



SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

**Sociétés et Humanités**

Université Paris Cité

# **Étude du vécu de l'homme lors d'une interruption volontaire de grossesse.**

*Savoir-agir, savoir-être, savoir procédural  
entre pré et post-évènement.*

Par Alice ROCHETTE  
Dirigé par Maïa FANSTEN

Mémoire de Master 2 EVSAN  
Année Universitaire 2022 - 2023

Présenté et soutenu en juin 2023

Devant un jury composé de :

FANSTEN Maïa, sociologue et maîtresse de conférences à l'Université Paris Cité

EIDELIMAN Jean-Sébastien, sociologue et maître de conférences à l'Université Paris Cité



Except where otherwise noted, this work is licensed under  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>



## Remerciements

En premier lieu, je remercie Mme Maïa FANSTEN, sociologue et maîtresse de conférences à l'Université Paris Cité. En tant que directrice de mémoire, elle m'a guidée dans mon travail et m'a aidée à avancer par l'intermédiaire de ses remarques, suggestions et conseils méthodologiques et bibliographiques. Je lui témoigne ma reconnaissance pour son temps consacré à la réalisation de cet écrit et pour son soutien et investissement tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je désire aussi remercier les professeurs de l'Université Paris Cité, qui m'ont fourni les outils pour la réalisation de ce travail et pour la qualité des enseignements dispensés au cours de cette seconde année de Master EVSAN.

En second lieu, je remercie les dix hommes de ce travail pour le temps qu'ils m'ont accordé et leur spontanéité bienveillante dans nos échanges.

Enfin, je remercie mes proches pour le temps consacré à la relecture du mémoire et à la correction des imperfections.



## Résumé du mémoire

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un droit de femmes. Selon l'INED, entre 1976 et 2020 en France, il y a eu 4 188 974 IVG. Autant de femmes que d'hommes engagés dans l'acte procréatif. Bien que la personne de sexe masculin ait un rôle dans la fécondation, il n'est pas systématiquement présent auprès de la femme lorsque celle-ci se retrouve confrontée à une grossesse non-souhaitée. Cette enquête se tourne vers les hommes qui sont avertis de la grossesse. L'objectif de ce travail est de questionner l'influence de l'IVG sur les comportements des hommes au courant. Les comportements sont savoir se conduire par rapport à autrui (savoir-agir) et à soi-même (savoir-être) ainsi que les connaissances sur la procédure (savoir procédural). (GARDIEN, 2017) L'enquête présentée ici, composée de dix entretiens semi-directifs avec des hommes concernés, s'attache à apporter des réponses. Elle retrace le récit des hommes rencontrés et les différents temps qui entourent l'IVG.

Mots clefs : interruption volontaire de grossesse, homme, comportements, socialisation, bifurcations, sentiments, contraception, parentalité



|   |    |
|---|----|
| Introduction .....  | 10 |
| Chapitre 1 La place de ces hommes dans les IVG vécues .....   | 14 |
| I. Dans l'intimité du couple .....  | 14 |
| A. L'annonce de la grossesse .....  | 14 |
| a. Les réactions varient selon le type de relation .....  | 15 |
| b. Le couple en situation de crise .....  | 16 |
| c. Se projeter dans la grossesse post-IVG .....   | 18 |
| B. Prendre la décision d'interrompre la grossesse .....   | 19 |
| a. La femme est seule décisionnaire : une dichotomie entre choisir et imposer .....                                   | 20 |
| b. L'homme prend la décision pour sa partenaire .....   | 22 |
| c. La décision est commune .....  | 23 |
| C. L'IVG : entre situation de crise et renforcement des liens .....   | 25 |
| a. Le couple se maintient.....  | 25 |
| b. Le couple se sépare.....   | 26 |
| c. L'épreuve par le monde médical .....   | 27 |
| II. La capacité d'accueil des hommes rencontrés .....   | 29 |
| A. Être présent, être absent : entre choix et volonté.....  | 29 |
| a. Certains hommes sont présents .....  | 29 |
| b. Certains hommes ne sont pas présents .....   | 31 |
| B. Les hommes portent le <i>care</i> .....  | 33 |
| a. Le prendre soin comme rôle stéréotype féminin : passation de ce rôle quand la femme est en situation de crise..... | 34 |
| b. Une multitude de figures : réponse émotionnelle et présence physique .....   | 35 |
| c. Post-IVG : validation ou reproches de la réponse .....   | 37 |
| C. Les limites du « pouvoir d'agir » de l'homme .....   | 39 |
| a. Sentiment d'impuissance face aux douleurs de sa partenaire .....   | 39 |
| b. Les limites d'action par la définition d'un cadre individuel .....   | 41 |
| Chapitre 2 Les conditions d'expressions, de l'expression des hommes .....   | 43 |
| I. Les qualifications lexicales et émotionnelles des hommes .....   | 43 |
| A. Le lexique des hommes sur l'IVG.....   | 43 |
| a. La procédure d'IVG et les stades du développement embryonnaire.....  | 43 |
| b. Les connaissances sur l'IVG .....  | 45 |
| c. Des nominations profanes à l'usage de termes médicaux .....  | 48 |
| B. Les hommes rencontrés qualifient l'IVG .....   | 49 |

|            |   |    |
|------------|---|----|
| a.         | L'attitude distanciée des hommes rencontrés.....                        | 50 |
| b.         | L'IVG est un « évènement de vie important » .....                       | 52 |
| c.         | Une qualification genrée des expressions .....                          | 55 |
| C.         | Une IVG qui forme pour la suivante : étude de cas de Laurent .....      | 56 |
| a.         | Le récit de la première IVG.....  | 56 |
| b.         | L'influence de celle-ci sur la suivante.....                            | 57 |
| II.        | En parler ou pas .....  | 59 |
| A.         | Les hommes verbalisent les évènements.....                              | 59 |
| a.         | Les échanges dans le couple.....  | 60 |
| b.         | En parler à l'extérieur de la relation .....                            | 63 |
| c.         | L'homme le partage pour informer les autres .....                       | 65 |
| B.         | Les hommes gardent le silence.....                                      | 67 |
| a.         | L'écart entre l'ouverture de la parole et le garder pour soi .....      | 67 |
| b.         | La nuance du silence sélectif.....                                      | 69 |
| C.         | Le passage du microcosme de la relation au monde social du couple ..... | 71 |
| a.         | La femme détient la clef de la parole .....                             | 72 |
| b.         | L'ouverture du microcosme .....   | 72 |
| Chapitre 3 | Les transformations du rapport à soi, à l'autre .....                   | 76 |
| I.         | La contraception divisée entre évolution et maintien des normes.....    | 76 |
| A.         | Les connaissances sur la contraception .....                            | 77 |
| a.         | L'acquisition du savoir contraceptif.....                               | 77 |
| b.         | Les modifications ou la conservation du savoir post-IVG.....            | 79 |
| B.         | La contraception dans le couple .....                                   | 82 |
| a.         | Pré-IVG, une responsabilité discutée .....                              | 82 |
| b.         | Le retrait comme contraception masculine .....                          | 84 |
| c.         | La contraception post-IVG.....  | 86 |
| II.        | L'évolution du rapport à la parentalité .....                           | 88 |
| A.         | La parentalité pensée, établie, modifiée .....                          | 89 |
| a.         | Penser au devenir parent : le rôle des filles ? .....                   | 89 |
| b.         | Être parents : la norme d'un couple établi.....                         | 90 |
| c.         | L'IVG marque une parentalité en décalée.....                            | 92 |
| B.         | Le désir d'enfant de l'homme .....                                      | 93 |
| a.         | Penser son rôle de parent sur le modèle reçu .....                      | 94 |



|  |     |
|--|-----|
| b. L'écart entre paternité et parentalité.....                                 | 95  |
| c. Définir son rôle de parent par la filiation externe .....                   | 97  |
| d. Le Janus de la paternité : entre norme inculquée et enjeux de l'avenir..... | 97  |
| Conclusion.....  | 100 |
| Bibliographie.....   | 102 |
| Annexe.....  | 107 |
| Graphiques relationnels des enquêtés avec leurs partenaires .....              | 107 |
| Attestation de non plagiat.....  | 111 |

## Introduction

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est une procédure médicale qui permet à une femme qui ne souhaite pas poursuivre sa grossesse de l'interrompre. L'IVG est légale en France depuis la loi Veil de 1975. Elle est le résultat de plusieurs décennies de lutte de la part des mouvements de revendication des femmes. À la fin de la Première Guerre mondiale l'avortement et la contraception sont interdits. Ce n'est qu'à partir des années 1950 que les questions du combat pour les droits des femmes refait surface. Ces dernières vont se battre pour obtenir le droit de choisir le moment d'avoir un enfant. La loi NEUWIRTH de 1967 autorise la vente de contraceptifs dont la pilule et le dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet). Dans les années 1970 deux manifestes vont être publiés. Le premier s'agit du « manifeste des 343 salopes » paru en 1971. Ce sont 343 femmes, dont des intellectuelles ou des femmes du monde des arts qui déclarent avoir avorté et demandent la légalisation de l'interruption d'une grossesse. Parmi ces femmes, nous trouvons Simone de Beauvoir, Agnès Varda, Gisèle Halimi, Jeanne Moreau ou encore Annie Leclerc. La seconde proclamation est le « manifeste des 331 » publié en 1973 et signé par des professionnels de la santé. Ils déclarent « Oui, nous avortons ». Ces médecins demandent le droit à un « avortement libre, décidé entièrement par la femme, et par elle seule, sans l'intermédiaire d'une commission médicale ». (LARRÈRE, 2022) Le dernier évènement central qui participe à la légalisation de l'avortement en France est le procès de Bobigny porté par Maître Gisèle HALIMI. En 1972, Marie-Claire CHEVALIER est encore mineure lorsqu'elle est jugée pour avoir avorté à la suite d'un viol. Me HALIMI va transformer le tribunal en tribune et faire le procès de la loi répressive. Ce dernier devient politique. Elle y démontre le caractère désuet des lois de 1810 et 1920 qui condamnent l'avortement. L'issue de cette histoire est que Marie-Claire est acquittée et le procès de Bobigny devient une importante étape qui conduira à la loi de 1975. (VALENTI, 2022) Aujourd'hui, l'avortement est légal depuis 48 ans. Il est entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie depuis 1982. Selon l'INED, en France, entre 1976 et 2020, il y a en moyenne 199 475 interruptions volontaires de grossesses par an. On en dénombre 4 188 974 IVG en 44 ans. Ce nombre d'IVG est autant de femmes que d'hommes engagés dans l'acte procréatif. Pour qu'il y ait une grossesse, un spermatozoïde doit franchir la zone pellucide entourant l'ovocyte. Les membranes de l'ovocyte et du spermatozoïde fusionnent puis le spermatozoïde entre dans l'ovocyte. Cette fusion et pénétration forment un œuf appelé zygote. Le zygote est la cellule de l'embryon. (Passeport Santé, 2022) Cette petite aparté biologique marque la présence de l'homme dans la conception.

Elle induit sa potentielle présence auprès de sa partenaire qui décide d'avoir recours à une IVG. Dans la procédure d'une interruption volontaire de grossesse, l'homme apparaît comme tiers. La femme est évidemment première. Les seconds sont les professionnels de la santé qui assurent le bon déroulement psychique et physique des étapes de l'IVG. Quant à l'homme procréateur, il est selon l'enquête « Les hommes et l'IVG » de Geneviève CRESSON, absent, envahissant ou trop gentil.

Le sujet de ce travail est de se concentrer sur l'homme, cet autre, de questionner sa place et l'influence de l'IVG sur celui-ci. Le choix de cet objet de recherche s'est fait après la lecture de *L'Évènement* de Annie ERNAUX. À la page 64 de son livre, nous y lisons « *Le seul à ne pas paraître intéressé était celui dont j'étais enceinte, qui m'envoyait de Bordeaux des lettres espacées, dans lesquelles il évoquait allusivement les difficultés pour trouver une solution* ». Dans ce récit autobiographique, l'homme est absent. Le questionnement initial né de cette non-présence. Dans quelle mesure l'homme prend la décision de tourner le dos à une situation à laquelle il a participé, quelles sont ses raisons. En dépassant cette absence, comment est-ce qu'il se positionne si sa présence n'est pas souhaitée, ou s'il est désiré, comment est-ce qu'il est présent pour sa partenaire ?

Pour ce faire, nous avons pris la décision de mener une enquête qualitative. Dix entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de dix hommes volontaires. Le volontariat est le biais de ce travail. Les enquêtés sont tous porteurs du truisme : « Son corps, son choix ». Ils se sont montrés, à différentes échelles, présents et accompagnateurs pour leurs partenaires. Une partie a été recrutée par relation de proximité, une seconde par l'intermédiaire des réseaux sociaux puis de bouche à oreille. Cet effet s'explique lorsque des enquêtés partagent les coordonnées d'amis qui ont connu une IVG. Les enquêtés supposent que ces personnes peuvent être d'accords pour en parler. Les dix hommes appartiennent à trois générations différentes, leurs identités ont été anonymisées. Gaétan, Ryan, Robin et Quentin ont entre 20 et 30 ans. Rémi, Ruben, Benjamin et Laurent ont entre 30 et 50 ans. Vincent et André sont respectivement âgés de 50 et 65 ans. Gaétan, Rémi, Quentin, André et Robin ont connu une IVG. Benjamin, Laurent et Vincent en ont vécues deux IVG. La seconde IVG de Vincent est une interruption médicale de grossesse (IMG). Ryan connaît trois IVG et Ruben quatre. Leurs arbres de filiations relationnels sont illustrés en [annexe](#).

Les hommes rencontrés ont marqué un intérêt pour ce sujet de recherche :

*« J'ai envie de dire que ça me semble vraiment important de faire émerger ces questions de sociétés, [...] je pense qu'une réflexion profonde sur l'IVG est tout aussi intéressante [...] Je pense que c'est important le travail que tu es en train de faire sur*

*comment est-ce qu'on vit ses expériences-là parce que je pense que c'est elles qui peuvent justifier l'importance de mettre beaucoup plus de moyens sur l'éducation, c'est dans ce contexte-là que je suis autant impliqué et que j'ai eu envie de répondre à ta demande » - Rémi*

*« Je trouve le sujet intéressant. Encore une fois, on se recentre sur les mecs et certaines féministes pourraient se dire : ne te recentre pas sur les mecs, ce n'est pas le moment !*

*Mais on ne parle peut-être pas assez des mecs dans ces situations-là ! » - Quentin*

Ce verbatim de Quentin permet de soulever une question. Celle de la légitimité de parler de l'homme dans un droit entièrement féminin et d'un acte qui peut influencer sur le corps et le psychiques de la femme. Ici, il ne s'agit pas de collecter l'opinion de l'homme sur la procédure de l'IVG ni de lui donner une place décisionnelle ou de le victimiser quant à son absence de droit. L'homme est interrogé sur son expérience et ses ressentis. Nous ouvrons une porte pour discuter d'émotions et de vécus individuels. Certains des hommes rencontrés se sont pris au jeu d'un déversement sans tabou ou barrière : *« ... je crois que je n'en avais pas reparlé avec quelqu'un depuis... depuis il y a 2 ans en fait, comme ça, aussi... aussi détaillé, ou même, je crois que sur le ressenti je crois que je ne suis jamais allé si loin avec quiconque en fait, je vais devoir te payer pour le psy en fait ».* (Benjamin)

La méthodologie d'enquête est complétée par une revue de littérature aux orientations multiples : sociologique, historique ou encore psychosociale.

Dans ce travail, nous nous demandons dans quelles mesures une interruption volontaire de grossesse influence le comportement des hommes rencontrés et quelles sont les différentes adaptations, attitudes et perceptions qui en découlent ?

Le comportement trouve sa signification dans le savoir-être, savoir-agir et le savoir procédural des hommes rencontrés. Le savoir agir, correspond au fait de savoir se conduire par rapport à autrui. Le savoir être se lie au savoir se conduire par rapport à soi-même. (SCHLANGER, 2009) Le savoir procédural est la connaissance sur l'IVG et ce qui se rapporte ou gravite autour de la procédure. Le comportement se caractérise dans les différentes manières physiques et verbales que les hommes vont utiliser. Nous interrogeons les façons dont l'IVG agit sur l'ensemble de ces savoirs et l'attitude des enquêtés. Nous chercherons à comprendre sur quelle durée l'IVG peut influencer l'homme. Est-ce que son champ d'action s'étudie sur le temps qui encadre l'IVG, de l'annonce aux semaines qui suivent ? Sur le temps plus long, des années après ? Nous étudierons les champs de répercussions de l'IVG sur l'homme. Comment

cette expérience va agir sur les savoirs ? Est-ce qu'elle va modifier des choses ? Est-ce qu'elle trouve une limite d'action ?

Dans une première partie, nous allons traiter de la place de ces hommes rencontrés dans l'IVG qu'ils ont vécue. Dans une seconde partie, nous mettrons l'accent sur les conditions et moyens d'expression. Cette expression se décline dans le lexique utilisé, dans la manière dont ils vont, ou pas, le partager, et enfin dans la capacité à exprimer leurs émotions. Enfin, nous étudierons l'influence de l'IVG sur deux perspectives de la procréation : la contraception et la parentalité.

# Chapitre 1 La place de ces hommes dans les IVG vécues

Le moment de l'interruption volontaire de grossesse place le couple et les deux partenaires individuellement dans des rôles et positions hétérogènes. Dans ce premier temps du travail de recherche, il s'agit d'aller interroger cette hétérogénéité dans le récit des hommes. Elle va être influencée par le vécu de la relation mais aussi la manière dont les hommes rencontrés envisagent l'avenir du couple et leur futur sentimental et personnel. (DIVERT, 2016) Ici, c'est le temps de l'IVG dans le couple qui est étudié avant qu'il ne soit partagé auprès des proches. Il s'agit d'envisager de manière descriptive les premières étapes logistiques de l'IVG. Elles consistent à prendre la décision de faire une IVG et d'y intégrer l'engagement des hommes rencontrés dans le processus décisionnel. S'y ajoute la multiplicité des accompagnements dont ils ont fait preuve à l'attention de leur partenaire. Dans cette partie, on retrouve d'un côté l'aspect relationnel et interactionnel par les mots dans le couple et d'un autre côté l'empreinte physique et émotionnelle de l'homme par sa présence, ou absence, au cours de l'IVG.

## I. Dans l'intimité du couple

Dans le récit des hommes rencontrés, l'IVG est d'abord vécue au sein du couple. A l'exception des femmes qui ne verbalisent pas la grossesse à leur partenaire, les enquêtés sont les premiers au courant. Dans cette partie nous allons cheminer de l'annonce de la grossesse à la prise de décision de procéder à une IVG. Nous allons également étudier l'enjeu d'épreuve, que ce soit dans le microcosme de la relation ou induite par des interventions extérieures.

### A. L'annonce de la grossesse

Le moment où la femme annonce à son partenaire sa grossesse est imprégné de réactions multiples. Un appel téléphonique, un sms, une annonce au petit matin, à l'hôpital etc. Les hommes se retrouvent face à une réalité plus ou moins anticipée à laquelle ils doivent produire un retour. Dans ce travail, il s'agit d'étudier ce faire face et les réponses individuelles des hommes influencées par la situation affective, relationnelle du couple à l'instantané et des projets de vie associés.

### a. Les réactions varient selon le type de relation

L'annonce de la grossesse est une étape qui intervient dans le récit des hommes rencontrés. Sa mise en mot et son vécu diffèrent. Ces différences s'illustrent selon le type et la durée de la relation mais aussi sur les échanges en lien avec la parentalité dans le couple. Une dernière variable apparaît, celle de l'effet de surprise. La présence d'un contraceptif établi et utilisé selon le mode d'usage dans la relation, révèle une attitude différente à l'égard de l'annonce. Selon ces différents points, nous pouvons diviser les hommes en deux groupes. D'une part, il y a ceux qui sont dans de jeunes relations où la contraception n'est pas fixée. De l'autre, il y a les couples exclusifs, ensemble depuis plus d'un an, où un contraceptif féminin est présent ou pris régulièrement dans le cadre de la prescription médicale.

Dans le premier groupe, les réactions s'intègrent dans une continuité entre prise de risque et l'idée que la situation ne soit pas irrémédiable. En termes de prise de risque, nous l'illustrons par le récit de Quentin et puis celui de Ryan. Quentin est dans une relation depuis environ 7 sept mois et le couple n'utilise pas de contraceptif. Quentin parle de « *prendre des risques consciemment* ». L'hypothèse d'une grossesse non-désirée a été envisagée. Le cas échéant, sa partenaire lui a demandé d'être présent et de s'occuper de l'aspect administratif de la procédure, c'est-à-dire prendre les rendez-vous médicaux. Quant à Ryan, qui a connu trois IVG, il n'a de relations sexuelles que dans des relations non-exclusives. Il aborde les femmes en soirée ou sur des applications de rencontre, type « *Tinder* ». Il les rencontre quelques fois et si la relation dure sur le long terme, il qualifie la femme de « *sexfriend* ». Le « *sexfriend* » est un ami avec lequel une personne a des rapports sexuels. Pour la première IVG de Ryan, tout comme Quentin, aucune contraception médicale n'est utilisée, c'est le retrait qui est pratiqué. Cette technique contraceptive consiste à l'homme de se retirer de sa partenaire avant l'éjaculation. Pour le cas de Ryan, le retrait est le premier facteur de risque. Le second est l'absorption d'alcool dans le cadre de ses sorties nocturnes. Pour ces deux hommes, le cheminement réactionnel est similaire : prise de risque, puis effet de surprise à l'annonce de la grossesse et enfin, savoir qu'il est possible d'y remédier et donc de ne pas paniquer :

« *Je pense que d'un côté je savais qu'il y avait la possibilité d'arrêter ce début de grossesse assez vite, donc ça ne m'a pas fait paniquer plus que ça.* » - Ryan

Dans le second groupe, les réactions sont plus hétérogènes dans le sens où le fait que la relation s'étend sur le long terme, le projet parental a été plus ou moins discuté. Pour exemplifier ces dires, nous allons prendre les trois situations. La première, celle de Gaétan, en couple depuis trois ans avec utilisation du stérilet. La seconde est la première IVG de Ruben, qui en a connu

quatre, en couple depuis sept ans avec usage de la pilule contraceptive. La troisième est la situation de André, en couple depuis dix ans avec également la pilule comme moyen de contraception. Entre ces trois hommes, le projet parental est graduel, tout comme les réactions. Pour Gaétan, l'idée de devenir parents avec sa partenaire a été discutée mais n'advierait que lorsque leurs conditions matérielles d'existences seront stables. Au moment de l'annonce, ces conditions ne sont pas acquises, c'est le sentiment de panique qui prime. Pour la première IVG de Ruben, la trajectoire de leur relation est marquée par le fait de devenir parent ensemble. A l'annonce de la grossesse, le couple est engagé dans un spectacle d'acrobaties en duo. Bien que le désir d'enfant soit présent, la réaction est de se dire que pour eux et leur carrière professionnelle, ce n'est pas le moment. La sécurité et la solidité du couple assure un report de cette parentalité :

*« Elle savait que moi je n'étais pas du tout... je n'avais aucun souci d'avoir un enfant ensemble, donc elle sentait aussi cette sécurité de pouvoir se... qu'on puisse remettre ça à plus tard » - Ruben*

Pour André, sa partenaire et lui ont déjà deux enfants. Il ne souhaite pas en avoir un troisième et il l'a exprimé à sa femme. Sa réaction se manifeste par de la surprise, davantage orientée vers le fait que sa femme prend une pilule contraceptive et qu'en conséquence elle n'est pas censée tomber enceinte.

Une exception se dégage de ces deux groupes, c'est le cas de Rémi. Il est dans une relation depuis quatre ans dans laquelle le couple n'utilise pas de moyen de contraception. Pendant les rapports, Rémi et sa partenaire pratiquent le coït interrompu. Il arrive un moment où sa partenaire lui demande de ne plus se retirer. Rémi n'est pas en accord avec cette requête, mais sous la force de répétition, il finit par consentir. Cependant, Rémi ne veut pas d'enfant. Ce souhait est exprimé et entendu par sa partenaire. Le couple prend, comme Quentin, des risques consciemment. A l'annonce de la grossesse, la réaction de Rémi est neutre : il rejette sans échange avec sa partenaire la possibilité d'aller au bout de la grossesse.

L'annonce de la grossesse se caractérise donc par des réactions hétérogènes. Les hommes l'expriment par de la panique, de la surprise, du rejet ou encore des émotions positives coupées par une relecture de la relation à l'instantané et l'impossibilité d'accueillir un enfant.

#### *b. Le couple en situation de crise*

Les réactions à l'annonce de la grossesse varient selon le type de lien qui unit les deux partenaires. Cependant, si nous intégrons les couples dans leur schéma et perspective de vie,



nous observons que le contexte et les conditions de la relation font que l'annonce de la grossesse intervient en parallèle d'autres facteurs. Pour cette intégration des couples au cadre élargit de l'appréhension de la vie, nous allons étudier le versant conflictuel des relations des hommes rencontrés. L'idée est d'envisager cette annonce dans une situation de crise. La crise se caractérise par une réorganisation relationnelle marquée par un sentiment d'incertitude dans la poursuite ou la rupture du couple. (BILLÉ, 2007) Dans le cadre des entretiens, le désalignement de certains des couples se fait soit par rapport au projet de vie, soit en lien avec les sentiments qu'ils éprouvent l'un pour l'autre. Cette idée s'éclaircit par les situations relationnelles de Robin, Benjamin et Vincent.

Pour Robin, en couple depuis cinq ans, la grossesse est annoncée dans une situation de fin de relation. Paradoxalement, le couple vient d'emménager ensemble, mais celui-ci est ponctué par des conflits verbaux et des désaccords quant à leurs projets de vie. Robin a le sentiment que sa partenaire est désinvestie de son installation professionnelle dans le maraîchage. Il se sent blessé et énervé d'autant plus que ce projet s'inscrit dans une perspective très floue de l'avenir et d'une situation de précarité financière. Le futur du couple ne prend pas la même direction. Pour Benjamin, l'annonce de la grossesse s'articule avec la reprise de rapports avec son ex-partenaire. Ils sont restés deux ans ensemble puis décident de se séparer. Ils se retrouvent lors de vacances entre copains et recommencent à coucher ensemble dans le cadre d'un couple non-exclusif. Cette non-exclusivité est marquée par une asymétrie des sentiments. Benjamin explique qu'elle veut plus que lui, qu'elle a encore des sentiments que lui n'a plus. Cette asymétrie est génératrice de disputes dans le couple, fluctuant entre phases de « *tendresse* » (dixit Benjamin) et phases de conflits. Selon lui, « *cette grossesse non désirée [symbolise] une relation qui [est] vécue différemment de chacun de [leur] côté* ». Pour Vincent, l'annonce de la grossesse se présente également dans un non alignement des sentiments. A l'inverse de Benjamin, c'est Vincent qui présente une affection plus importante que sa partenaire avec qui il connaît sa première IVG. Sa partenaire a déjà une enfant. Avant de le rencontrer, d'après le récit de Vincent, elle est dans une situation de précarité dans un logement insalubre. Vincent rapatrie sa partenaire et sa fille dans son appartement et construit une sorte de projet familial. Il achète un chien pour l'enfant par exemple : « *j'avais même acheté un chien, un chien noir, c'était un Scottish (Terrier écossais). Tu vois, moi j'étais parti sur « on fait une famille, et en avant* » ». Cependant, tout comme les deux autres hommes, le conflit caractérise la relation. A l'annonce de la grossesse et dans cette optique de construction de famille mais de crise dans le couple, Vincent se sent partagé et angoissé quant à l'accueil de ce bébé.

La situation de crise dans le couple fait que l'annonce de la grossesse devient un enjeu dans le maintien ou non du couple. Nous allons le comprendre dans le déroulé de cette partie, la réflexion autour de la poursuite de la grossesse peut influencer la poursuite de la relation : « *le couple doit sortir vainqueur pour que le fœtus soit confirmé* » (HERMITTE, 2007). En d'autres termes, la décision d'aller au bout de la grossesse doit passer par un échange sur la viabilité de la relation sur le long terme.

### *c. Se projeter dans la grossesse post-IVG*

L'annonce de la grossesse est aussi un moment pour les hommes d'envisager cette parentalité. L'ambivalence de ces projections est qu'elles se disent et se repensent par la prise de recul sur les événements et leurs relectures. Pendant les entretiens, certains des hommes disent que si la partenaire l'avait souhaité, ils auraient été prêts à avoir un enfant. Le couple ou l'homme dans son individualité aurait mis en place les moyens de l'accueillir ou aurait redéfini les conditions de leur relation pour la future arrivée. Dans les hommes rencontrés, ils sont quatre à le verbaliser. Benjamin et Vincent énoncent, à posteriori, l'hypothèse d'une remise en couple et d'un arrêt des conflits :

*« Au point que si elle l'avait gardé, on se serait remis en couple officiellement je pense... [...] Enfin... ouais, je pense qu'on se serait remis ensemble quoi... »* - Benjamin

*« Si j'avais eu un gamin avec elle, ça aurait duré... enfin voilà j'aurai eu un enfant et j'aurais tout fait pour l'aimer... enfin je me voyais bien être père tout seul, [...] je me dis, si jamais elle n'avait pas voulu faire d'IVG ça aurait été compliqué, mais après j'aurais assumé. »* - Vincent

Quant à Ryan et Quentin, ils projettent ce qu'ils auraient mis en place pour répondre aux besoins de l'enfant. Ryan explique qu'il aurait assumé l'enfant. Il aurait arrêté ses études, puis contacté une amie dans la restauration pour trouver un emploi et aurait passé son permis. Quentin énonce le fait que s'ils avaient voulu le garder, ils se seraient débrouillés. Cependant, cette idée de débrouille n'est pas dite par Quentin au moment de la prise de décision. Il le justifie par le fait de ne pas compliquer la situation de dilemme que sa partenaire vit, c'est-à-dire faire ou ne pas faire une IVG. C'est quelque chose dont il nous parle dans l'entretien comme d'une hypothèse. Il dit qu'il aurait trouvé les moyens financiers et que le couple aurait su s'adapter.

A travers ces relectures, nous pouvons émettre une théorie de reconstruction de l'expérience de ces hommes, voire une théâtralisation des choses qui auraient été mises en place pour garder la

face. Cette reconstruction pourrait également s'expliquer par le résultat des processus d'harmonisation entre son soi du présent et celui du passé. (LINDÓN, 2005) D'un côté, cette théâtralisation est le résultat de quelque chose qui peut encore avoir lieu ou qui a eu lieu. Ces quatre hommes ont un désir de paternité affirmé ou sont déjà parent. Vincent qui est depuis devenu papa de deux enfants, nous dit qu'il aurait tout fait pour aimer cet enfant. Il connaît les enjeux de la parentalité et projette son attitude actuelle sur celle qu'il aurait adopté si la grossesse avait été menée à terme. Vincent dit sa vie comme il la joue dans le présent. De l'autre, les valeurs transmises par la socialisation n'ont peut-être pas pu être appliquées à ce moment de leur trajectoire de vie. Nous pouvons prendre l'exemple de Ryan. Il est issu d'une famille catholique pratiquante. Le fait de ne pas avoir de partenaire fixe et de se retrouver dans une situation de grossesse non-désirée va à l'encontre de ce qui lui a été inculqué et des normes du catholicisme. Avec le recul, le fait de se projeter, comme expliqué ci-avant, peut être un moyen de raccrocher le récit à son système de valeurs transmis et de réduire la rupture entre sa socialisation primaire et son mode de vie actuelle.

Les prémices des descriptions ci-dessus sont développées et complétées dans la partie suivante. Elles portent sur les enjeux et le processus argumentaire de prise de décision de stopper la grossesse.

## B. Prendre la décision d'interrompre la grossesse

Dans la continuité de l'annonce de la grossesse vient le moment de choisir de maintenir le développement de l'embryon ou de l'interrompre. Nous allons étudier la place de l'homme dans ce choix à travers le modèle de Albert HIRSCHMAN « *Exit, Voice, Loyalty* ». Ce modèle a été étudié dans le cadre des entreprises et les attitudes utilisées par les salariés pour faire face aux défaillances du système auquel ils appartiennent. Ici, il est extrapolé à la prise de décision. En 1988, Guy BAJOIT définit les termes de la façon suivante : Chaque notion est liée au processus décisionnel d'arrivée à une IVG. « *Exit* », ou défection en français, est défini par le fait que l'individu sort du système d'interaction. Il rompt la relation sociale, cesse de coopérer, se soustrait à l'autorité, au pouvoir qu'il exerce ou qu'il subit. Le rapprochement avec la place de l'homme est que, d'un côté, il laisse la femme seule responsable de la décision. De l'autre, c'est la femme qui exclut l'homme des échanges et prend la décision de manière unilatérale. « *Voice* », ou protestation, consiste à l'individu de rester au sein des interactions tout en

cherchant à réduire ou à supprimer son mécontentement en essayant de changer le système d'interaction de l'intérieur. Le lien est que l'homme prend la décision à la place de sa partenaire de faire une IVG, ceci par le biais d'une exposition d'arguments. Enfin, « *loyalty* » ou loyauté est que l'individu reste un membre fidèle qui conserve sa foi dans l'organisation et dans ses dirigeants. La connexion semble un peu moins nette avec la prise de décision. Nous pouvons faire la liaison dans le cadre suivant : la décision est le fruit d'une discussion partagée et solidaire entre la femme, qui détient le pouvoir sur son corps, et l'homme en tant que partie prenante de l'acte de procréation et dans le lien affectif qui lie les deux êtres. Nous allons illustrer le modèle de HIRSCHMAN par le récit des enquêtés.

a. *La femme est seule décisionnaire : une dichotomie entre choisir et imposer*

Tout d'abord, « *exit* ». La défection aborde le même nombre de faces qu'un tétraèdre. Dans les quatre cas, l'homme obtempère à un choix que la femme a pris en autonomie. Cependant, cette imposition s'inscrit dans une continuité quatre issues. Tout d'abord, cette continuité se définit dans la volonté de laisser la femme choisir. Ensuite, la femme s'est positionnée quand elle découvre la grossesse et l'homme accepte. Puis, la femme n'en parle à son partenaire qu'après avoir fait l'IVG. Enfin, la femme formule une volonté de poursuivre la grossesse pour finalement procéder à une IVG sans en discuter avec son partenaire. Pour le premier énoncé, nous trouvons Robin et le second IVG de Benjamin. Robin laisse la totale autonomie à sa partenaire de prendre cette décision. Il dit ne pas se voir lui imposer son choix sur son corps :

*« C'est bizarre pour moi, parce que pour moi c'était hors de question de la forcer à avorter ou de la forcer à avoir un enfant, du coup j'avais du mal à me positionner par rapport à ça. Pour moi en fait, ça ne relevait pas de ma décision » - Robin*

Sa partenaire prend la résolution de faire une IVG. Ce moment a été rediscuté dans la relation quelques années après cette IVG, alors qu'ils ne sont plus ensemble. Les mots de sa partenaire sont que ce libre choix l'a laissée face à une trop grande responsabilité et qu'elle s'est sentie seule devant la décision. Selon Robin, elle lui dit avoir été un peu trop confrontée à une décision d'adulte et aurait aimé que le fait de faire, ou pas, une IVG soit davantage discutée en lien avec la situation de leur couple à ce moment-là :

*« Non, [Robin] là on ne peut pas avoir un gosse, peut-être que ça ne va pas si bien entre nous en ce moment, peut-être que ce n'est pas le moment pour nous, ou ce n'est*

*pas le moment au niveau santé économique du couple » » - Robin reprend les mots de son ex-partenaire.*

Cette situation est similaire à celle de Benjamin, dans le cadre d'une seconde IVG. Celui-ci ne veut pas imposer un choix. Il parle du fait qu'elle l'écoute beaucoup et qu'il ne veut pas influencer son avis. Benjamin est d'accord pour qu'elle interrompe la grossesse comme il est d'accord pour qu'elle la poursuive. Finalement, tout comme la partenaire de Robin, sa copine de l'époque prend la décision de faire une IVG. Mais dans les deux cas, selon le récit de ces deux hommes, il semble que les femmes auraient aimé entendre une opinion plus accompagnatrice de la part de leur partenaire, pour diminuer le poids de cette responsabilité. Pour le second énoncé, nous avons les récits de la quatrième IVG de Ruben et la première de Laurent. Pour ces deux hommes, les femmes exposent leur volonté au moment de l'annonce de la grossesse et les hommes acquiescent. Pour Ruben, c'est l'expression d'un soulagement face à cette résolution. En effet, nous allons le voir ci-après, la décision au moment de la troisième IVG a été prise après le délais légal des 14 semaines d'aménorrhée en France. Après s'être retrouvée dans cette situation, le fait que la partenaire de l'IVG quatre se positionne vite le rassure :

*« Moi j'avais l'expérience de [partenaire IVG 3] derrière, donc elle a tout à fait raison, c'est super qu'elle se positionne tout de suite, ça m'arrange, je suis très content qu'elle se positionne de façon ferme que c'est trop tôt pour elle, donc il n'y a pas de souci, on avance. » - Ruben*

Pour le troisième, la première IVG de Benjamin exemplarise l'énoncé. Il est en relation avec une partenaire depuis deux ans et demi. Ils se séparent et c'est à ce moment que la grossesse intervient. D'après le récit de Benjamin, la tristesse liée aux conflits de fin de relation a fait qu'elle n'a pas pris sa pilule en continu. Elle lui annonce un mois plus tard, autour d'un verre, cet oubli de pilule puis la grossesse et l'IVG qui ont suivi. Dans cette situation, Benjamin est marqué par le fait qu'elle ait vécu l'IVG seule et exprime un sentiment de culpabilité d'avoir été absent.

Enfin, pour le quatrième, c'est le cas de Ryan dont son récit a été débuté dans la partie sur les projections dans la parentalité. Si Ryan se projette autant en réfléchissant à trouver un emploi dans la restauration ou en arrêtant ses études, c'est parce que sa partenaire émet, en premier lieu, la volonté de poursuivre la grossesse. Lui ne le souhaite pas, mais finit par accepter : *« je vais assumer, de toute façon, [...] si j'étais prêt à coucher avec elle... c'est un package quoi, il faut que j'accepte. »*. Cependant, alors qu'il continue d'envisager le futur, jusqu'à réfléchir à l'annoncer à ses parents, elle programme une IVG puis lui déclare qu'elle a avorté de son côté.

Ryan exprime un sentiment de trahison, bien qu'il comprenne le choix de cette partenaire, il aurait aimé qu'elle lui en parle : « *moi, c'est vraiment le fait de ne pas m'en avoir parlé qui m'a débecté, qui me débecte toujours.* ».

#### *b. L'homme prend la décision pour sa partenaire*

Ensuite, « *voice* ». Cette notion qui inverse la position interactionnelle de l'homme et de la femme en comparaison à « *exit* », s'éclaire par le parcours de Rémi, André, Vincent et la troisième IVG de Ruben amorcée ci-dessus. Pour « *voice* » ou protestation que nous pourrions substituer par affirmation d'une volonté individuelle, nous rapportons à nouveau quatre modèles dont un qui mêle « *exit* » et « *voice* ». Le premier modèle est celui de Rémi. Nous l'avons mentionné en exception au moment de l'annonce de la grossesse. Rémi ne veut pas d'enfant, et c'est une volonté qu'il a exprimé à sa partenaire avant de connaître cette grossesse. Elle est au courant et insiste pour que Rémi ne se retire plus au moment de l'éjaculation. Pour l'un comme pour l'autre la situation est claire et les risques de cette pratique sont connus et acceptés. Au moment de l'annonce, Rémi ne questionne pas sa partenaire sur ce qu'elle veut. Selon lui, la volonté de sa partenaire est dessinée d'avance sachant que les conditions de leurs rapports et les risques engagés ont été discutés :

*« Le contexte dans lequel c'est arrivé, le fait que ce soit ma partenaire qui est beaucoup insisté pour que je finisse par accepter d'éjaculer dans son vagin ça... ça a fait que je me suis autorisé à être aussi directif sur ça » - Rémi*

Rémi est porteur de la décision parce qu'il a été transparent dès le début de la relation.

Le second modèle est la situation de André. André et sa femme ont deux enfants. A la naissance de sa seconde fille, André exprime à sa partenaire son intention de ne pas en avoir un troisième. A l'annonce de la grossesse, alors que sa femme souhaite un troisième enfant, c'est André qui porte la décision en exposant des arguments logistiques. Leurs situations professionnelles respectives les maintiennent occupés, plus les deux enfants en bas âge à gérer, André ne se voit pas, par « *confort personnel* », introduire un nouvel être dans leur quotidien. Il argumente au cours d'une discussion dans laquelle sa femme finit par concéder à son raisonnement.

Le troisième modèle prend sa source dans le récit de la première IVG de Vincent. A l'annonce de la grossesse, il est dans un premier temps partant pour avoir un enfant avec cette partenaire. Dans un deuxième temps, il prend le temps de relire son couple, marqué par des conflits, et ne se voit pas passer le reste de sa vie avec cette personne. Tout comme André, il expose son point

de vue sur leur relation et démontre que l'arrivée d'un enfant n'est peut-être pas la bonne solution pour eux :

*« Je lui ai dit « je pense que ça ne va pas trop en ce moment entre nous », voilà et elle l'a compris. Elle l'a compris et voilà, du coup... elle, ou on, enfin on a décidé que ce n'était pas possible et elle l'a entendu » - Vincent*

Enfin, le dernier modèle combine le « *exit* » puis le « *voice* » de HIRSCHMAN exposé par Guy BAJOIT. Il intervient dans la troisième IVG de Ruben. A l'annonce de la grossesse, Ruben l'accueille avec un « *pourquoi pas* » mais il sent sa partenaire plus hésitante. Il ne souhaite pas se positionner pour elle et lui laisse le temps de réfléchir à leur situation. Cependant, plus le temps passe et plus le « *pourquoi pas* » de Ruben se transforme en un sentiment que ce n'est pas une bonne idée pour eux deux et qu'il ne faut pas aller au bout de la grossesse. Arrivée au-delà du délai légal français, Ruben dit se positionner plus fortement :

*« « Pour moi là ce n'est pas possible que tu dises oui/ non – oui/ non, je ne trouve pas ça respectueux, ni envers moi, ni envers toi-même, ni envers cet être qui a envie de se manifester, donc il faut vraiment que ça ne traîne pas, qu'on se positionne », donc j'étais un peu, pas violent, mais un peu ferme » - Ruben*

Cependant, sa partenaire prend encore un peu de temps avant de finalement accepter de faire une IVG. Ruben parle d'un certain pouvoir qu'elle détient et qui fait qu'elle est la seule à pouvoir décider quand ce sera le bon moment. Entre lui et sa partenaire s'est déroulé un temps de négociation où les mots de Ruben et les silences de sa copine se confrontaient. Ruben a comme outil la patience et sa capacité argumentaire, le « *voice* », quant à sa partenaire, elle a le pouvoir sur son corps et sur sa décision dans laquelle les mots de Ruben ne semblent pas faire écho, le « *exit* ».

### *c. La décision est commune*

Enfin, *loyalty*. Cette dernière notion du modèle de HIRSCHMAN s'associe au parcours décisionnel des relations de Gaétan, Quentin, la première et deuxième IVG de Ruben, ou encore le cas particulier de l'interruption médicale de grossesse (IMG) connue au sein du couple actuel de Vincent. Les échanges pour se décider à poursuivre ou non la grossesse reposent sur les conditions individuelles des deux membres du couple, mais aussi sur le déroulé du projet de vie à deux. Au niveau des conditions individuelles, nous retrouvons majoritairement le fait d'être encore étudiant ; d'être dans une situation précaire ; de ne pas avoir assez de place dans le logement ou l'instabilité des revenus. Quand les deux membres du couple partagent ces

situations, ils se mettent d'accord pour procéder à une IVG. Gaétan est en couple depuis trois ans. Le projet d'avoir des enfants n'a été que très peu abordé dans le couple dans le sens où ils attendent d'avoir des conditions matérielles d'existences stables. A l'annonce de la grossesse ce n'est pas le cas. Ils prennent cependant le temps d'en discuter et de se confirmer que ce n'est pas le moment pour eux : ils sont encore jeunes, leurs projets professionnels respectifs ne sont pas encore aboutis, ils sont dans une situation précaire. Quentin est en couple avec sa partenaire depuis sept mois lorsque la grossesse intervient. Ils sont tous les deux étudiants et s'étaient mis d'accord pour ne pas avoir d'enfant avant la fin de leurs études. Cette entente commune pré-grossesse entraîne la décision d'interrompre la grossesse :

*« Je pense que j'étais d'accord avec elle, et que ce n'était pas le moment, ça faisait que 7 mois qu'on était ensemble, elle doit finir ses études, je dois finir mes études, ce n'est pas le moment, je pense qu'on était d'accord sur le moment » - Quentin*

Pour la première IVG de Ruben, comme expliqué ci-avant, lui et sa compagne sont engagés dans un spectacle d'acrobaties. Bien que le désir d'enfant soit présent, à ce moment donné, ils privilégient leur carrière professionnelle. Ils ont un spectacle de prévu dont l'ensemble des dates ont été vendues. Ruben parle du « *moment le plus fort de [leur] carrière en duo* ». Selon Ruben, l'un comme l'autre trouve ça dommage d'annuler cette co-construction artistique, d'autant plus que leur projet d'enfantement est en sécurité dans leur relation. Si ce n'est pas maintenant, ils savent que ce sera plus tard. Ils prennent donc ensemble la décision de faire une IVG : « *elle était tout à fait consentante et là c'était beaucoup plus facile à accueillir parce que c'était une décision qu'on a prise ensemble* ». Enfin, pour la seconde IVG de Vincent, sa femme et lui ont l'ambition d'avoir un second enfant. Ils mettent environ un an avant qu'une fécondation ait lieu. Lors d'examens médicaux, le professionnel de la santé déclare une grossesse gémellaire. L'un des deux embryons se développe de manière extra-utérine. Ce développement engage sa santé ainsi que celle de la partenaire de Vincent. Le couple échange sur les pour et les contre d'aller au bout de cette grossesse à risque. D'autant plus que le premier enfant avait mis du temps à arriver et que celui-ci a eu des problèmes de santé pendant les premières années de vie. L'idée de se retrouver à nouveau confrontés aux institutions médicales font qu'ils se mettent tous les deux d'accord sur le fait d'interrompre la grossesse : « *bon, assez spontanément, on avait mon premier fils avec qui on avait galéré... donc voilà... on a pris la décision tous les deux de... de... de faire une IVG* ».

Dans le récit de ces hommes, ce que nous distinguons est qu'aucun d'entre eux, à l'exception de Rémi, n'énonce la possibilité de juste ne pas vouloir d'enfant au moment de l'annonce de la grossesse. (HERMITTE, 2007) Ils justifient l'IVG par l'instabilité des



ressources, les changements organisationnels que ça entraînerait, le droit de la femme de prendre cette décision sur son corps, l'obtention d'un diplôme ou de devoir aller au bout d'un projet à deux. En définitive, les hommes se positionnent en négociation avec la femme, en don d'assentiment sur sa décision ou après un échange copartagé pour prendre la décision à deux.

### C. L'IVG : entre situation de crise et renforcement des liens

Dans cette dernière sous-partie, nous allons sauter quelques étapes qui seront vues ci-après pour arriver à l'influence de l'IVG sur la relation. L'IVG va devenir dans les couples des hommes rencontrés un outil de renforcement des liens ou à l'inverse d'argument dans les séparations. Les couples ont partagé une situation de crise dans laquelle, certains d'entre eux étaient également en crise. Ils se retrouvent face à une double réorganisation relationnelle : vivre l'IVG puis survivre à l'IVG en termes de statut de couple : maintenir ou séparer. L'IVG comme situation de crise fait que les couples traversent plusieurs épreuves auxquelles ils doivent faire face.

#### *a. Le couple se maintient*

Les couples qui ne se séparent pas après l'IVG sont ceux qui sont ensemble depuis plusieurs années ou qui se projettent sur du long terme. La prise de décision de procéder à une IVG s'est retrouvée au centre d'interactions et de négociations entre les deux partenaires. L'IVG se traduit comme un événement dans une trajectoire relationnelle soudée par le temps et les projets futurs ou aboutis. Les deux partenaires connaissent un dépassement de l'épreuve puis de la crise en se réintroduisant dans leur structure pré-IVG. Cette structure fait office d'équilibre, c'est-à-dire qu'elle permet au couple de retrouver sa stabilité. Autrement dit, les partenaires connaissent un retour à la normale. Les couples, liés à des projets en commun, vont faire face pour leurs bonnes réalisations. Nous pouvons reprendre l'exemple de la première IVG de Ruben : Les ambitions professionnelles priment à l'instantané. Le couple est lié et en accord sur la décision de faire une IVG. Ça ne réengage en rien l'amour qu'ils se portent l'un pour l'autre. C'est également le cas pour l'IMG, c'est-à-dire l'interruption médicale de grossesse, de Vincent et l'IVG d'André. Ces hommes sont engagés dans une relation. L'IVG intervient comme une épreuve à traverser ensemble et ne redéfinit par les conditions d'amour que le couple se portent. Pour aucun d'entre eux l'IVG apparaît comme une épreuve anodine, elle

compte. Cependant, le fait que le couple ne se définit pas par la seule arrivée de la grossesse fait que la relation se maintient. D'autant plus que bien que le choix de faire une IVG puisse être porté par l'homme uniquement ou par le couple, les hommes n'énoncent pas de conflits verbaux. André nous explique qu'il n'y a pas eu de disputes ou de violences, les discussions sont restées sereines alors que sa femme souhaitait aller au bout de la grossesse. Par ailleurs, si l'épreuve, notamment de la prise de décision, est traversée ensemble et qu'elle est le produit d'un « *voice* », le couple en ressort ensemble mais aussi renforcé. Nous pouvons traiter de l'exemple de la seconde IVG de Laurent. Celui-ci nous explique que la décision de procéder à une IVG a été prise de concert. Le contexte est que sa partenaire et lui sont dans des situations de harcèlement professionnel voire de burnout. Ils ont un projet parental ensemble, mais leur statut psychologique fait qu'ils choisissent de reporter cette parentalité. Ce choix est le résultat d'une discussion par laquelle le couple sort consolidé :

*« Peut-être, je ne sais pas, renforcé un peu les liens, ouais. D'avoir pris tout ce temps à en discuter, à continuer à se projeter, voilà, je pense que ça a contribué à renforcer la relation. » - Laurent*

Au final, les relations qui se sont maintenues, c'est-à-dire celles de Quentin, André, Rémi, Gaétan, Robin, les secondes IVG de Vincent, Laurent et Ruben et la dernière de celui-ci, sont celles qui projettent leur couple dans l'avenir.

### *b. Le couple se sépare*

Les couples qui se sont séparés à la suite directe de l'IVG sont ceux qui étaient dans de jeunes relations, inférieures à six mois. Dans les récits des hommes, les couples ne sont pas portés par des projets annexes qui peuvent pallier à l'épreuve de l'IVG. C'est le cas pour Benjamin, Ryan, la première IVG de Vincent et Laurent et la seconde de Ruben. Nous pouvons diviser ces hommes en deux groupes. Le premier groupe où la séparation a lieu s'explique lorsque la rupture avait été entamée avant de connaître la grossesse. Ce sont les couples ponctués par les disputes, c'est-à-dire les couples déjà en crise avant de connaître l'épreuve de l'IVG. L'instabilité relationnelle d'un couple qui fait face à une situation de crise ne résiste pas. Ce sont également les hommes qui se sont positionnés en retrait de la décision ou en acteur de celle-ci. Il n'y a pas de partage du dialogue avec leur conjointe. Cela peut affirmer un désengagement de l'homme dans le futur de la relation lorsqu'il est acteur de la décision, mais aussi un désengagement de la femme quand elle est motrice de celle-ci. En effet, pour la première IVG de Laurent ou la troisième de Ruben, c'est la femme qui amorce la séparation.

Pour Ruben, elle reprend sa relation avec son ex-partenaire alors qu'elle est toujours avec lui. Pour Laurent, sa partenaire choisit de faire l'IVG car elle est en train de se séparer de lui : « *et je n'ai pas eu de nouvelles pendant plusieurs jours aussi parce que je pense que, je ne savais pas, mais en fait elle était en train de rompre...* ». L'annonce de la grossesse, alors qu'il n'y a pas de projection du couple dans la durée est à l'origine de la désintégration de la relation et donc de la rupture. Le second groupe, composé de Ryan seul, illustre la séparation par la volatilité des rapports. Dans l'entretien de Ryan, celui-ci nous explique avoir des relations ponctuelles non exclusives avec plusieurs partenaires. Il ne mentionne pas un engagement futur avec l'une d'entre elles :

*« Si on vient à coucher ensemble, et bien, on couche ensemble, mais il n'y a pas eu de projection, du moins il n'y a pas de promesses de couple qui ont été faites »* - Ryan

L'inexistence d'une perspective à deux, soit l'absence de projet, conduit Ryan à interrompre les rapports à la suite de l'IVG. Ces deux groupes s'intègrent dans une désunion post-IVG, seulement, d'autres couples se sont séparés mais quelques mois voire années après l'IVG. L'enjeu d'avoir connu une interruption de grossesse dans ces ruptures est que celle-ci est utilisée en argument par les partenaires. C'est le cas de Robin. Il se sépare de sa copine quelques temps après l'IVG. Son ex-partenaire utilise cette épreuve de grossesse comme argument défensif dans la rupture : « *elle a pu me dire... mais comme on se balance des phrases assassines en fin de relation, que genre un peu en mode « heureusement qu'on n'a pas gardé cet enfant »* ».

### *c. L'épreuve par le monde médical*

Ce que nous observons est que la décision de faire l'IVG n'est pas corrélée à des tensions dans les couples exclusifs et stables. Pour ces cas, nous allons ouvrir une parenthèse. La crise par l'épreuve provient du monde extérieur au couple, ici les professionnels de la santé. En se basant sur les récits des hommes, deux cas de figure se dégagent. D'un côté, le sentiment que la décision prise par le couple est remise en question. De l'autre, le sentiment d'être culpabilisé et infantilisé d'avoir pris cette décision. Ces deux figures sont retrouvées chez trois enquêtés. Pour les autres, la mise en avant de ces deux sentiments est inexistante. C'est davantage des éloges du professionnalisme de ces praticiens et praticiennes qui sont énoncées. Pour le premier sentiment exprimé, la situation s'illustre par l'expérience de Gaétan. La décision que sa partenaire fasse une IVG s'est prise à la suite d'un échange. Ils se sont posé la question, ils ont pris le temps de regarder leur vie à l'instant présent et de voir s'il était possible de devenir

parents. Le couple se montre solidaire et en accord sur le choix à faire. C'est en arrivant devant les professionnels de la santé que ce choix est remis en question. Gaétan sent l'obligation de questionner à nouveau la décision aux regards de la pression médicale ; ici un gynécologue rencontré et l'infirmière de la pharmacie de l'hôpital :

*« Le gynéco un peu plus, en regardant [ma partenaire] et en lui disant « voilà, vous en êtes à là, est-ce que vous voulez ? », enfin, il avait plus un regard moral sur l'acte, il remettait plus en question la décision de [ma partenaire]. Mais de façon assez insidieuse et je me souviens vraiment quand on est allé récupérer les cachets, parce qu'elle pouvait utiliser les cachets pour expulser le fœtus, on est allé à la pharmacie de l'hôpital et on a eu affaire à une infirmière qui vraiment a regardé Emma de haut en bas de façon assez condescendante. » - Gaétan*

A ce sentiment de devoir se remettre en question par contrainte de professionnels de la santé, Gaétan se sent énervé. Cet énervement n'est pas exprimé à sa partenaire parce que ce n'est pas le moment pour elle, il dit devoir surtout se montrer présent et maintenir son soutien sur l'acte qui va être réalisé. Le couple en sort renforcé dans le sens où ils ont fait face à des remises en question de leur décision et sont restés solidaires. Pour le second sentiment formulé, Quentin et Rémi permettent de mieux comprendre ce que nous entendons. Du côté de Quentin, le sentiment d'être infantilisé est issu d'interactions avec la secrétaire médicale de l'hôpital. Quentin dit qu'elle traitait sa copine comme une personne qui ne comprend pas la procédure. Il dit qu'elle se montrait insistante sur la nécessité de lire de manière approfondie des documents transmis. Par ailleurs, elle rappelle au couple qu'il faut utiliser un contraceptif lors des rapports. Quentin se sent infantilisé, d'autant plus qu'il est interne en radiologie, en conséquence il a fait des années en médecine c'est-à-dire qu'il possède ce savoir médical : *« je n'aime pas le côté infantilisant, le côté on t'explique les trucs comme une personne qui ne comprend pas comment ça marche ! »*. Du côté de Rémi, c'est ce même sentiment qui prime combiné à celui de la culpabilité. Ce duo est ressenti à la rencontre avec la professionnelle de la santé qui prescrit la pilule abortive à sa partenaire : *« ce qu'il me reste comme souvenir ce sont les questions, les remarques qu'elle faisait, ces intonations que je trouvais culpabilisantes et infantilisantes »*. Pour finir, d'après les hommes que j'ai interrogés, les couples sortent renforcés ou séparés à la suite de l'IVG. Ils se remettent de l'épreuve, qui peut être accentuée par des acteurs extérieurs ou prennent la décision de faire route à part.

Dans ce premier temps, nous avons décortiqué l'annonce de la grossesse comme l'entrée dans une situation de crise puis la décision de faire une IVG et les enjeux d'épreuve qui sont

associés à celle-ci. Ce processus est différent selon les types de relations, c'est-à-dire les couples récents ou les couples établis, mais aussi selon l'existence de projets de vie, tel qu'un projet professionnel et/ou parental. Dans le second temps, nous allons étudier la présence des hommes le long de l'IVG, ainsi que les moyens qu'ils mettent en place pour manifester cette présence. Enfin, il s'agit de voir les limites de ces moyens et de la capacité à agir des hommes rencontrés.

## II. La capacité d'accueil des hommes rencontrés

Pour continuer la chronologie de l'interruption volontaire de grossesse que les hommes rencontrés ont vécu dans une relation, nous allons reprendre au moment de l'après décision. Cette partie est consacrée à l'accompagnement ou non, de l'homme dans la procédure, mais aussi à sa manière d'être là pour sa partenaire. Enfin, nous verrons que l'homme peut faire face à certaines limites physiques et émotionnelles de sa partenaire, mais aussi individuelles qui peuvent restreindre sa capacité à être présent.

### A. Être présent, être absent : entre choix et volonté

La dichotomie de la présence est simple : être ou ne pas être présent. Les hommes rencontrés se divisent dans celle-ci. La présence ou l'absence des hommes rencontrés ne trouvent pas de justification dans les types de relation ou les projets du couple. Ryan est présent pour les partenaires qui le lui demandent tandis qu'André est absent. L'un est dans des relations basées sur le sexe non-exclusif et le second est marié depuis 10 ans. Ces comportements semblent être la réponse à une demande de la femme ou à une volonté de l'homme.

#### *a. Certains hommes sont présents*

Les hommes rencontrés qui sont présents le sont de l'annonce de la grossesse à l'après IVG. Les étapes de sa présence sont la prise des rendez-vous, la présence pendant ces dits rendez-vous médicaux, l'accompagnement pendant les IVG par méthode instrumentale ou au moment de la prise des pilules abortives. Pour ce deuxième type d'IVG, l'homme est également présent la nuit, pour l'expulsion de l'embryon. Ils partagent l'évènement avec leur partenaire par la manifestation d'actes physiques et logistiques. L'homme ne ressent pas dans son corps ce que sa partenaire vit mais il se positionne comme un support sur lequel elle est accueillie. Le

verbe « accueillir » intègre la double dimension de présence physique et de présence psychique. (RAPOPORT, 2010) Certains des hommes sont en mesure de produire les deux, d'autres n'en produisent qu'une. Lorsqu'il manque une des deux dimensions, nous percevons un vide que la femme peut reprocher dans l'après IVG. Nous le verrons un peu plus loin dans la validation ou non de l'accompagnement de l'homme. L'accueil de ces hommes advient aux différentes étapes de l'IVG que nous allons illustrer avec le récit des enquêtés.

L'accueil chez Quentin passe par sa prise en charge de tout l'aspect logistique. Il est interne dans un hôpital. A l'annonce de la grossesse, il contacte par l'intermédiaire de l'annuaire de l'établissement, une chirurgienne obstétricienne qui l'oriente vers une sage-femme. Il pose les rendez-vous et accompagne sa partenaire à ces entretiens médicaux. Au moment de l'échographie endovaginale, que sa partenaire appréhende et qu'elle n'a jamais faite, la professionnelle de la santé propose à Quentin de la réaliser : « *elle me dit « votre compagnon peut le faire si ça vous gêne »* ». Sa partenaire refuse ; cependant Quentin explique qu'il aurait été d'accord de la faire si elle l'avait souhaité. Cette proposition est le paroxysme de l'échelle d'investissement physique des hommes rencontrés pour leur partenaire. Dans les autres cas, les hommes sont aux côtés de leur partenaire pendant les entretiens médicaux. Pour ces entrevues, les hommes s'interrogent sur leur juste place. Ils ne doivent pas raconter à la place de la partenaire et ne doivent pas répondre aux questions qui ne leur sont pas adressées. De par son expérience en gynécologie, Quentin connaît le rôle qu'il doit occuper :

*« Je trouvais que l'accompagnant avait tendance à trop parler à la place de celui ou celle qui était là pour consulter, donc je pense que je n'ai pas trop parlé, j'ai écouté, j'ai fait des petits signes de tête, j'ai touché sa main quand j'ai senti qu'elle avait besoin, après... j'ai posé quelques questions plutôt par rapport à comment ça allait se passer, par rapport aux risques, plutôt ça, plutôt des questions d'ordre médicale, plus qu'autre chose, je pense. » - Quentin*

Quentin possède l'avantage d'avoir ses connaissances issues de son terrain d'exercice. En revanche d'autres hommes rencontrés ont pensé leur juste place. C'est le cas de Ryan qui se dit être spectateur de l'entretien avec la professionnelle de la santé. Il dit qu'il est dans une position d'écoute et présent pour soutenir sa partenaire.

A la suite des rendez-vous médicaux, les hommes soutiennent leur partenaire lors des aspirations ou de la prise des pilules abortives. Pour le premier type d'IVG, les hommes ne peuvent pas être aux côtés de leur partenaire dans la salle d'intervention. Cette impossibilité est décidée par les professionnels de la santé. Lorsque Ruben accompagne sa première partenaire pour son IVG instrumentale, il n'est pas autorisé à entrer, ce qu'il regrette :

*« Je ne pouvais pas rentrer, mais voilà. C'est vrai que j'aurais préféré, elle aussi, parce qu'elle n'avait pas d'anesthésie, donc c'est dommage... je regrette un peu de ne pas avoir été vraiment côté d'elle au moment de l'acte médical » - Ruben*

Un seul des hommes rencontrés, pour qui sa partenaire a fait une IVG instrumentale, a insisté pour être auprès d'elle lors de l'intervention, c'est Gaétan. Celui-ci se retrouve dans une situation de négociation et de remise en question de son choix d'être présent par les soignantes. Il ne s'intéresse pas à leur manœuvre dissuasive qui consiste à lui expliquer qu'il ne fait pas partie du protocole et que s'il venait à faire un malaise, personne ne pourrait s'occuper de lui : « *« vous n'avez pas le droit de rentrer ; on ne va pas prendre soin de vous, si vous tombez dans les pommes ça va mettre en péril le protocole, etc. » »*. Quatre infirmières vont se relayer pour lui tenir ce discours. Or, pour lui, seul l'avis de sa partenaire compte. Elle souhaite qu'il soit là, alors il sera là : « *[Ma partenaire] voulait que je sois là, et pour moi aussi c'était important d'être présent* ». Pour le second type d'IVG, l'IVG médicamenteuse, les hommes sont présents lorsque l'embryon est expulsé. Quentin dit surveiller les douleurs de sa partenaire, lui préparer à manger, lui faire des bouillottes d'eau chaude, il dit prendre soin d'elle. Robin partage les mêmes attentions que Quentin, il lui fait à manger, la véhicule ou va faire les courses. Quant à Rémi, il reste aux côtés de sa partenaire jusqu'au « *passage aux toilettes* ».

Tout comme les situations illustrées ci-avant, Vincent est également présent auprès de ses partenaires en les accueillant. Cependant, bien que la majorité des hommes rencontrés soient aux côtés de leur partenaire pendant les différentes étapes de l'IVG, d'autres ne le sont pas.

### *b. Certains hommes ne sont pas présents*

L'absence de certains des hommes rencontrés s'expliquent par l'intermédiaire de deux figures d'opposition. La première figure qui s'oppose à sa présence est la femme autrement dit la partenaire de l'homme. La seconde figure d'opposition est créée par l'homme lui-même. Soit par un choix individuel de ne pas vouloir être là, soit par la contrainte d'une pression extérieure, ici l'activité professionnelle. L'homme exprime la volonté d'être là pour sa partenaire mais ne peut l'être.

Pour la première figure, la femme ne veut pas de la présence de l'homme. Nous prenons la situation d'André pour la développer. Pour l'IVG qu'André a connue, c'est lui qui a orienté la décision en présentant un argumentaire à sa femme. Sa femme adhère et consentit à l'opinion d'André sur le fait de ne pas avoir un troisième enfant à ce moment de leur vie. Cependant lorsqu'il lui expose sa volonté d'être présent pour les rendez-vous médicaux elle ne le souhaite

pas. André dit ne pas insister dans une idée de ne pas s'imposer à elle. Il qualifie son absence de lâche, sachant que c'est lui qui a pris la décision pour eux deux mais également de confortable :

*« C'est un peu lâche, peut-être, mais... d'autant que c'était ma volonté, donc j'aurais pu aller au bout, mais elle ne voulait pas, je n'allais pas l'accompagner de force. Pour moi, c'était confortable qu'elle dise « j'y vais toute seule », ok ! » - André*

Cette ambivalence fait que les événements sont très abstraits pour André. Il n'est pas présent et n'assiste pas à la réalité de la procédure. Il reste dans sa routine professionnelle : *« c'était la routine habituelle, travail, et puis je ne me suis pas arrêté de vivre parce qu'elle avait ce rendez-vous médical »*. Ce retrait fait que sa capacité d'accueil est faible. Cette faiblesse combinée à, selon les mots de André, la façon dont sa femme vit l'IVG dans sa propre intimité accentuent la dimension d'absentéisme d'André.

Pour la seconde figure et son aspect d'absence de volonté d'être présent, nous avons les secondes IVG de Ryan et de Benjamin. Ryan justifie sa non-présence par le lien qui le lie à sa partenaire. Le rapport qui a mené à la grossesse non-désirée a eu lieu à leur première rencontre. Alors qu'il accompagne automatiquement sa première partenaire, qu'il qualifie de *« sexfriend »* ce qui sous-entend la création d'une relation au-delà des rapports sexuels, il ne propose pas sa présence à la partenaire de sa seconde IVG vécue : *« je n'ai pas eu ce réflexe-là parce que la relation avec elle n'était pas la même ! »*. Cependant, il précise qu'il l'aurait accompagnée si elle le lui avait demandé. Quant à Benjamin, sa situation imbrique les deux figures exposées jusqu'à maintenant. Lors de sa seconde IVG il n'est pas présent pour les rendez-vous médicaux mais il l'est quand sa partenaire prend la seconde pilule abortive. Il justifie son absence première par la non-envie d'être là. Sa partenaire lui demande de l'accompagner tandis qu'il lui ment. Il lui explique qu'il est au travail, alors qu'il est chez lui : *« je lui ai menti, je lui ai dit que je travaillais, mais j'étais chez moi. »*. Comme André, il parle d'un comportement de lâche. Lorsqu'il se retrouve face aux douleurs de sa partenaire au moment de l'expulsion de l'embryon, il dit réaliser qu'elle aurait eu besoin de lui dès le début. Il n'a pas su accueillir physiquement et psychologiquement la détresse de sa partenaire et nous allons le voir plus tard. Elle le lui reprochera vivement. Nous l'avons compris, tout comme André, Benjamin emploie la notion de lâcheté. D'un côté parce qu'André a choisi pour sa femme, de l'autre parce que Benjamin n'a pas su participer à la décision et a préféré mentir que d'être présent pour elle. Ils qualifient leurs comportements et leurs attitudes à l'encontre de leur partenaire de lâche. Cette qualification répond à leur autodéfinition de leur comportement. Nous pouvons supposer que



la perception de leurs attitudes est en adéquation avec le rôle qu'ils s'attribuent et permet d'anticiper un jugement extérieur.

Enfin, toujours selon la seconde figure pour le côté vouloir mais ne pas pouvoir, nous avons le récit de la seconde IVG de Laurent. Laurent est CPE dans un établissement dans l'ouest de la France, sa partenaire vit en Île-de-France. Il traverse l'ensemble des étapes de l'IVG à distance. Il est présent physiquement pendant les week-ends et émotionnellement quotidiennement par l'intermédiaire d'échanges téléphoniques. Sa partenaire prend ses rendez-vous médicaux pendant la semaine, Laurent ne peut pas se rendre disponible. Il aurait aimé l'accompagner jusqu'au bout sachant que la décision était commune. Laurent est investi dans les différentes étapes de l'IVG mais la pression de sa présence requise à son travail qui s'ajoute à la distance géographique fait qu'il est absent : « *je n'étais pas là la semaine, je n'ai pas pu l'accompagner à l'hosto, chose que j'aurai aimé... que j'aurais faite* ».

Finalement l'accueil physique et psychique ou le non accueil de la femme trouvent ses explications dans les récits individuels des hommes. Les comportements des hommes sont induits par leur volonté et celle de leur partenaire à l'instantané. Cette volonté peut par la suite devenir sujette à des reproches ou un assentiment des comportements adoptés. Avant d'en arriver là, nous allons prendre le temps de décortiquer ces dits accueils physiques et/ou psychiques que les hommes, principalement ceux qui sont présents, adoptent pour leur partenaire.

## B. Les hommes portent le *care*

L'homme est face à un fait notable qui compte, soit individuellement soit pour le couple. Cet évènement et le degré d'importance accordé vont investir l'homme dans un processus de prendre soin de sa partenaire. Ce prendre soin est exprimé par les hommes, dans leur récit c'est-à-dire soit verbalisé, soit symbolisé avec la description d'actes dans l'espace, corporels ou émotionnels. Cette partie repose sur la théorie du *care*, sur une approche microscopique, au sein du couple, à l'instar des travaux sur le monde professionnel. C'est sa place dans la vie individuelle, « *sollicitude que j'offre, celle dont je bénéficie, soins apportés, soins reçus* » (ZIELINSKI, 2010), qui est traitée ci-après.

a. *Le prendre soin comme rôle stéréotype féminin : passation de ce rôle quand la femme est en situation de crise*

L'approche historique du prendre soin – du « *care* », place la femme dans un stéréotype de genre qui relève de son rôle. L'histoire de ce stéréotype est liée à la socialisation de l'amour maternel (BESSIN, 2009). Dès le 19<sup>e</sup> siècle, l'assistance aux pauvres est dictée par les hommes d'Église. Ils délèguent l'aspect charité et assistance aux femmes, les dames patronnesses. Ces personnes président aux œuvres de charité, aux ventes et aux baux donnés au profit des pauvres, elles s'occupent des œuvres sociales. S'ajoute à ces fonctions leurs qualités d'écoute et d'attention en faveur des individus désœuvrés. Elles représentent l'amour maternel en prolongeant leur rôle au sein de leur foyer aux domiciles des classes laborieuses. (BESSIN, 2009) Au-delà de ces dames patronnesses, la femme a toujours été placée dans cette pratique d'activité de soin. Elle est au côté des malades, des personnes âgées, des femmes en couches. Cette présence prend racine dans les valeurs stéréotypées des femmes : altruisme, patience, douceur, écoute ainsi que leurs destinées naturelles à prendre soin d'autrui. Elle se lie à l'aspect maternel de la femme, au fait qu'elle s'occupe du bébé, des enfants, du partenaire puis des parents. (FABREGAS, 2020) Les soins sont récurrents aux sphères de la société et sont en grande majorité portés par les femmes : dans la famille par la mère, au sein des associations, dans les institutions de santé ou les structures pour les enfants : aide-soignante, assistante maternelle, etc.

Au 21<sup>e</sup> siècle, dans les couples hétérosexuels, la femme détient majoritairement ce « prendre soin » non officiel. (ESPINASSE, 2013) Elle prend soin de ses enfants, de ses parents et de son conjoint. Pour ce dernier acteur, nous pouvons ouvrir une parenthèse avec la division sexuelle du travail ménager. Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en 1986, un homme actif à temps plein consacre 20h au travail domestique contre 36h pour sa femme qui exerce le même nombre d'heures d'activité professionnelle. En 1999, le temps consacré à l'activité du ménage n'augmente que de six minutes pour les hommes. En 2002, les femmes donnent au travail domestique un temps deux fois supérieur à celui des hommes. Cette même année, pour un couple biactif, la femme dédie 4h17 de son temps pour le ménage contre 1h29 chez les hommes. (ESPINASSE, 2013) Au cours des années 2010 – 2020, ces taux horaires ont eu tendance à se rapprocher, bien que les activités soient toujours socialement divisées – bricolage/jardinage pour les hommes, tâches ménagères pour les femmes. Ceci ne se défait cependant pas par un équitable partage des tâches domestiques. Nous pouvons l'expliquer par la sous-traitance du travail domestique fait par les femmes à une

personne qu'elles paient, généralement d'autres femmes issues de la migration. (SASSEN, 2010) Nous pouvons fermer cette parenthèse qui illustre le maintien des stéréotypes de genre dans la prise en charge du ménage.

Par cette double perspective, prendre soin de l'autre, prendre soin de soi chez soi, nous constatons que les femmes sont porteuses de ces dimensions. Toutefois, face à une situation de crise, ici une grossesse non-désirée, c'est le corps de la femme et son psychique qui sont engagés. C'est alors la femme qui puisse émettre un besoin de « prendre soin » d'elle. En définitive les rôles s'inversent. Nous tenons à préciser qu'à travers les récits des hommes, certaines des partenaires ont pu exprimer des douleurs et un mal-être psychique tandis que d'autres pas du tout. Les hommes se font auto-émetteurs de ce besoin de « prendre soin ». Sans le récit des femmes, il est impossible d'affirmer si c'est quelque chose dont l'homme se fait porteur face à la situation ou si c'est la femme qui le lui requiert.

L'homme rencontré qui fait ressortir une absence de prendre soin de sa partenaire est André, le plus âgé. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le couple est plus imprégné des stéréotypes de genres et de la division sexuelle du prendre soin dans un ménage. Cependant, nous pouvons illustrer cette inversion théorique des rôles chez les autres couples, indépendamment de leur âge :

*« Je m'étais retrouvé dans une situation où j'avais l'impression que si je pouvais faire quelque chose, c'était en étant présent, en accompagnant, en anticipant, en prenant soin quoi. » - Gaétan*

#### *b. Une multitude de figures : réponse émotionnelle et présence physique*

La capacité de l'homme à « prendre soin » se fait à travers la double dimension d'accueillir : présence physique et présence psychique (RAPOPORT, 2010) c'est-à-dire par l'intermédiaire de démonstrations corporelles, logistiques et émotionnelles à l'attention de sa partenaire. L'homme, sur le temps de l'IVG, détient le *care* qui apparaît en situation de crise. Pour l'étudier nous allons nous reposer sur ses caractéristiques définies par Agata ZIELINSKI en 2010. Son article se fonde sur les travaux de Joan TRONTO sur l'éthique du *care*. TRONTO définit le *care* par une « *activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie* ». (TRONTO, 2009) Le *care* se divise entre aptitude et pratique concrètes, reconnues socialement

ou instituées. Dans le cadre de notre enquête, nous allons étudier le premier aspect, l'idée d'aptitude, de disposition des hommes à prendre soin de leur partenaire. Elle se définit par la réponse à un besoin, mais aussi de l'estime de soi et des capacités relationnelles de l'autre. Pour ce faire, nous allons reprendre trois des quatre composantes du *care* que ZIELIENSKI met en avant : l'attention, la responsabilité et la capacité de réponse. Cette dernière caractéristique est traitée dans la partie suivante.

L'attention se comprend dans la manière dont l'individu perçoit un besoin chez l'autre. Elle intègre une dimension d'affects et de sentiments moraux ; c'est la capacité morale à percevoir la vulnérabilité. L'attention demande aux hommes rencontrés d'être vigilants aux besoins de leurs partenaires afin de pouvoir y répondre. Elle s'utilise et s'inculque soit en décidant de faire attention à l'autre soit à l'issue de transformations progressives qui fait que l'individu intègre l'attention dans ses valeurs. L'attention implique la sensibilité et l'empathie de l'individu. La capacité de l'homme à porter son attention sur sa partenaire revient, dans un premier temps, à son implication dans l'acte procréatif. Dans un second temps, à son implication dans la relation et dans le développement ou l'aboutissement de projets en commun. Tous les hommes engagés ou projetés dans des relations sur le long terme font attention à leur partenaire. Une exception se dégage dans le lien **attention donnée à** sa partenaire et le statut du couple, c'est celui d'André. L'engagement est inscrit dans un lien institutionnel et parental entre les deux partenaires, cette solidité et stabilité relationnelle peut expliquer l'absence du prendre soin. Les rapports sont solides et concrets, ils n'impliquent pas l'attention c'est-à-dire la reconnaissance d'un besoin de l'autre mais aussi d'un besoin de l'homme d'être pris en soin. Par ailleurs, si nous replaçons le couple dans les stéréotypes de genre liés à leurs âges, nous pouvons supposer que le couple est toujours dans la division genrée du rôle du père et de la mère auxquels sont affiliés des fonctions. Les mères donnent la vie et les pères donnent du sens par l'intermédiaire des champs symboliques de l'ouverture au monde ou de l'autorité. (DELFORGE, 2006) Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'André ne reconnaît pas les besoins de sa partenaire parce qu'il ne se reconnaît pas dans la procréation et la natalité.

La responsabilité revient au fait de répondre à ce qui a été identifié par l'individu comme l'appel de l'autre. La relation de couple entraîne cette responsabilité : l'autre existe et l'homme oriente sa vie en fonction non plus de lui, mais de sa partenaire. L'existence de l'autre implique la responsabilité ou la disposition du partenaire pour sa copine. Les dispositions des hommes rencontrés passent par plusieurs démonstrations dans lesquelles ils se positionnent en retrait de leur soi, c'est-à-dire de leurs ressentis sur l'IVG :

*« Il faut savoir juste, je pense, être là, ne pas tirer le drap vers soi, en disant « pauvre de moi, c'est mon enfant, truc... » ben non, le machin est dans elle, c'est elle qui a les risques vitaux » - Quentin*

*« J'ai toujours eu le truc où c'était elle qui traversait quelque chose de plus que moi »  
- Robin*

*« Au moment où ça se passe c'est... c'est... ce n'est pas le mec la priorité, c'est normal. » - Benjamin*

Après l'attention et la responsabilité, le prendre soin passe par des actes dans l'espace ou des démonstrations émotionnelles dans le respect des demandes de la femme. Quentin va endosser un rôle de surveillant en contrôlant les saignements ou que sa partenaire ne perde pas connaissance. Il va également, comme Gaétan ou Robin, avoir des attentions pratiques : faire à manger, préparer un thé ou une bouillotte. Ryan va apporter un soutien moral et psychologique alors que Rémi va surtout être présent physiquement. Il accueille sa partenaire dans ses bras lorsqu'elle « s'effondre » au retour du test positif, il la véhicule pour les différents rendez-vous : « c'était sans doute difficile de verbaliser les choses donc c'était plutôt dans l'ordre de mon attitude que j'étais présent... ». Nous constatons pour Rémi, mais aussi pour Quentin ou pour la première IVG de Laurent que la limite qui s'instaure dans la capacité d'accueil et de prendre soin de sa partenaire est la difficulté d'exprimer et de mettre en mots ses ressentis sur l'évènement. Ce frein émotionnel est étudié dans le chapitre suivant. Enfin, Gaétan fait attention à toujours demander à sa partenaire si elle est toujours d'accord avec l'IVG, si elle souhaite qu'il soit là, qu'il l'accompagne. Il est présent pendant l'IVG chirurgicale sur la demande de sa partenaire : « je tenais la main de [ma partenaire], [...] il s'agissait surtout de prendre soin ou d'être derrière [ma partenaire] ».

### *c. Post-IVG : validation ou reproches de la réponse*

Dans cette dernière partie, nous allons prendre la quatrième caractéristique définie par ZIELINSKI, celle de la capacité de réponse. Celle-ci engage la réceptivité et la compréhension et est évaluée par le destinataire, en l'occurrence les partenaires des hommes rencontrés. (ZIELINSKI, 2010) Les hommes vont émettre des remarques tenues par leurs partenaires ou des ressentis sur leur situation de couple. Ces remarques se découpent entre reproches de l'accueil de l'homme et approbations positives.

Pour les remarques négatives, elles se caractérisent dans la situation de Benjamin. Comme expliqué ci-avant, Benjamin n'est pas présent pendant les rendez-vous médicaux de sa

partenaire. Il lui ment. Son récit est développé dans la partie suivante, mais pour faire un point, Benjamin a des problèmes personnels qui l'empêchent de s'investir pleinement pour sa partenaire. Il est en burnout professionnel et est sujet à des addictions. En conséquence, il est trop centré sur ses difficultés pour faire attention aux besoins de sa partenaire. Il dit le réaliser lorsque celle-ci prend la pilule abortive et manifeste des douleurs au moment des contractions et des saignements ou lorsqu'elle lui fait comprendre qu'elle avait besoin de lui :

*« Quand elle m'a dit « mais pourquoi tu n'étais pas là, t'aurais pu être là, t'aurais dû être là » et en fait, quand j'ai... quand j'ai assisté à sa douleur lors de l'ivg, je me suis dit « putain, en fait elle aurait eu besoin de moi depuis le début en fait » » - Benjamin*

Pour les remarques positives, nous mettons en avant un renforcement des liens dans le couple. Ce renforcement s'illustre par la validation de la confiance entre les deux partenaires par la capacité de l'homme à faire face à l'évènement et à être présent pour l'autre :

*« Notre couple a été un peu renforcé aussi je dirais, en termes de confiance, de futur possible, enfin on avait un peu, je ne sais pas, elle avait plus confiance en moi j'imagine » - Gaétan*

Gaétan dit *« avoir fait ses preuves »*. Il n'a pas lâché sa copine, a montré un engagement face aux différentes situations, toujours en faisant attention aux besoins de sa partenaire en lien avec son rôle et la place qu'il doit prendre. Ce renforcement est aussi exprimé chez Laurent. Le fait d'avoir discuté avec sa partenaire de la décision de faire une IVG, mais aussi d'eux et de leur avenir, a affirmé la solidité de leur relation : *« d'avoir pris tout ce temps à en discuter, à continuer à se projeter, voilà, je pense que ça a contribué à renforcer la relation »*.

Deux situations se retrouvent à la frontière entre reproche et assentiment vis-à-vis de l'attitude des hommes rencontrés. La situation de Quentin et de Robin. Pour Quentin, sa partenaire lui reproche son absence d'expression émotionnelle : *« distance émotionnelle [...] elle me reproche de ne pas m'exprimer, [...] c'était plus par rapport au fait que je ne pleure pas, que je ne montre pas assez mes émotions »*. Cependant, en termes d'organisation logistique, il explique que si elle n'avait pas été satisfaite, elle le lui aurait exprimé : *« elle a été assez satisfaite de mon accompagnement, c'est comme ça que je l'ai ressenti, je pense que si elle n'avait pas été satisfaite, elle me l'aurait dit »*. S'ajoute à ce ressenti l'impression qu'elle a compris qu'elle peut compter sur lui. En prenant des risques consciemment, un contrat implicite engage Quentin à sa partenaire, celui de prendre en charge la logistique de l'IVG :

*« On en avait déjà discuté, que s'il se passait un truc je serais là, et si elle acceptait de prendre des risques c'est que s'il se passait un truc, je sois là et que je fasse jouer mes contacts pour être dans les meilleures conditions possibles » - Quentin*

En remplissant sa part du contrat il a prouvé qu'elle pouvait lui faire confiance. Quentin se trouve donc en proie à l'oxymore : reproches-positifs. Pour Robin, c'est l'absence de positionnement que sa partenaire retient. Elle le lui exprime lorsqu'ils ré-échantent sur ce moment de leur vie. Elle équilibre son propos en mettant en avant la présence de Robin : « *ce qu'elle m'a exprimé hier c'est que moi j'ai été très présent, et pour elle s'était très cool ça, qu'on soit tous les deux face à ça, qu'elle ne se retrouve pas toute seule par rapport à ça* ».

En définitive, nous pouvons dire que le bon partenaire est celui qui trouve la bonne distance (CARDI, 2010) physique et émotionnelle. Dans un dernier temps, nous allons voir comment est défini le cadre d'action de l'homme, les ressources et les limites qu'il possède.

### C. Les limites du « pouvoir d'agir » de l'homme

Le pouvoir d'agir se définit entre capacité et possibilité. Qu'est-ce que les hommes rencontrés ont été en mesure de faire et qu'est-ce qu'ils ont pu faire. Ces deux points ont été vus ci-avant. Ici, il s'agit de comprendre les facteurs qui ont pu limiter ce double pouvoir, nom masculin et verbe infinitif.

#### a. *Sentiment d'impuissance face aux douleurs de sa partenaire*

L'impuissance face aux souffrances de la femme connaît une évolution croissante. Nous allons la décrire et voir si elle limite la capacité d'agir des hommes. L'augmentation se décline en trois puissances. La première est la souffrance exprimée qui rend la situation plus compliquée pour l'homme et accentue le sentiment d'impuissance. La seconde est la souffrance partagée dans laquelle l'homme investit la souffrance de sa partenaire par un état mental dégradé ou à l'inverse, lorsque les deux partenaires vivent l'IVG de manière détachée. La troisième est la souffrance tue. Si la souffrance n'est pas dite ou/et que l'homme interprète une non-importance de l'évènement chez sa partenaire, l'homme accompagne et traverse l'IVG plus simplement.

Pour la puissance une, nous pouvons illustrer par les situations de Gaétan, Vincent, Quentin et Benjamin. Ces hommes racontent leur impuissance par leur incapacité à pouvoir partager les souffrances et les douleurs de leurs conjointes. Gaétan manifeste son impuissance la nuit, lorsque sa copine expulse l'embryon. Il se dit être « *comme un con* », près d'elle, dans les toilettes à ne rien pouvoir faire à l'exception de choses pratiques comme des thés ou des

bouillottes. Le fait de ne pas pouvoir partager les ressentis dans sa partenaire fait que Gaétan ne se sent pas utile. Il ne met pas en avant sa présence et ses attentions comme soutenant sa partenaire. Quentin exprime être davantage touché par les ressentis de sa partenaire que par les siens. De par sa formation médicale, il voit le déroulé des événements de manière théorique. Dans sa conception, l'embryon n'a pas de conscience, il dit utiliser l'approche scientifique pour se protéger mais c'est difficile pour lui de voir sa partenaire souffrir. Sa partenaire est péruvienne, socialisée et éduquée dans une famille catholique. Elle considère l'embryon comme une vie *« je pense que ça la rend triste de ce dire... parce qu'elle se dit plus que c'était une vie, machin, ce qui n'est pas forcément mon cas... »*. En conséquence, l'impuissance de Quentin s'écrit dans son incapacité à rationaliser sa partenaire : *« mais, moi ce qui me rend triste et ce qui me touche, c'est le fait qu'elle soit dans cet état émotionnel par rapport à ça »*. Vincent se retrouve dans ces mêmes situations de désœuvrement que les deux cas précédents pour l'IMG vécue avec sa femme. Le récit de cette IMG est marquée par une erreur médicale. Comme expliqué plus tôt, la femme de Vincent connaît une grossesse gémellaire extra-utérine. Au moment de l'IMG chirurgicale, il s'avère que le chirurgien obstétricien ne vérifie pas avoir retiré les deux embryons. Au retour dans la chambre où Vincent attend sa femme, celle-ci expulse le deuxième embryon dans son lit. Ils sont tous les deux. Vincent prend l'embryon et l'écarte de sa partenaire. Cet événement et ces conditions sont traumatisantes pour les deux partenaires. A nouveau, Vincent exprime une souffrance individuelle plus importante parce que sa partenaire est très touchée par la confrontation avec l'embryon : *« c'était aussi pour ma femme, enfin tu vois, c'est...tu vois c'était juste, je me disais « putain la pauvre ... » enfin, tu vois c'est comment... comment tu... comment tu peux survivre à un truc comme ça »*. Enfin, l'histoire de Benjamin rejoint les trois autres. Il explique que sa partenaire est dans une grande détresse psychologique et que cette expression est très dure pour lui :

*« C'est beaucoup de sa détresse à elle, mais...parce que... parce que... parce que c'est dur de voir quelqu'un qu'on aime, même si ce n'est pas de l'amour comme on l'entend, mais voir quelqu'un qu'on aime souffrir autant, c'est dur quoi » - Benjamin*

L'impuissance de Benjamin se lie à son incapacité à prioriser les souffrances de sa partenaire à ses souffrances personnelles. La grossesse non-désirée, le processus décisionnel et de présence qui s'en suivent s'ajoutent à une série de difficultés qu'il traverse personnellement. Son état mental est pris par d'autres contraintes qui limitent sa capacité à accueillir, du moins dans un premier temps, les souffrances de sa partenaire. Au final, pour ces quatre hommes, voir la personne qu'ils aiment souffrir, accentue leur souffrance individuelle et le sentiment d'impuissance face à leurs douleurs physiques et psychiques.



Pour la puissance deux, c'est plus la deuxième configuration qui est observée, cette idée que pour les deux partenaires il n'y a pas d'expression de souffrance et donc pas de sentiment d'impuissance. Nous pouvons l'illustrer par les récits de Ryan, Robin et Vincent. Qu'ils aient accompagné ou non leurs partenaires, celles-ci n'ont pas émis, dans les retranscriptions des trois hommes, une détresse physique ou psychique. Ils se positionnent en soutient mais n'investissent pas d'émotions négatives. Ils développent une sorte de neutralité positive dans leur accompagnement, surtout Ryan et Robin : « *moi j'ai le souvenir d'avoir été en mode « ok, il se passe ça, ce n'est pas simple », en mode chill [détente], en mode « oui, oui... on traverse le truc ensemble » » (dixit. Robin).*

Pour la puissance trois, c'est le récit de Rémi qui l'exemplarise. Sa partenaire n'exprime pas de douleur ce qui fait que c'est moins douloureux pour lui, bien qu'il soit porteur de la décision :

*« Elle n'a pas eu beaucoup de douleurs non plus et tant mieux, je pense que c'était mieux pour elle, mais je pense que c'était aussi mieux pour moi, le coup psychologique aurait été d'autant plus élevé si en plus ça avait été douloureux. » - Rémi*

La capacité d'agir des hommes rencontrés n'est pas limitée par l'expression de souffrance de leur partenaire et leur sentiment d'impuissance. Selon ses mots, la partenaire de Rémi n'exprime pas de douleurs, il est présent et l'accompagne tout le long. Les partenaires de Gaétan, Vincent et Quentin expriment des douleurs ou une souffrance psychique et ils sont présents tout du long. La partenaire de Robin ou celles de Ruben, non exposées ici, n'émettent pas de douleurs et ils sont également accompagnants et soutenant.

#### *b. Les limites d'action par la définition d'un cadre individuel*

La capacité d'agir des hommes rencontrés peut être limitée par le cadre de présence et d'accompagnement que les femmes définissent ainsi que par le cadre que les hommes s'accordent. La femme peut d'une part limiter les actions de son partenaire en restreignant son champ d'intervention et d'une autre, l'homme peut se limiter dans sa capacité à agir ne sachant pas comment intervenir.

Pour le premier cas, nous retrouvons les récits d'André et de Benjamin. André n'agit pas pour sa partenaire en l'accompagnant par exemple, parce que sa partenaire ne le souhaite pas. Elle lui exprime le souhait d'être seule, ce à quoi André consent : « *elle a voulu y aller toute seule, elle y est allée toute seule, elle est revenue toute seule* ». Quant à la partenaire de Benjamin, elle lui demande de ne pas être dans les toilettes avec elle pendant l'expulsion de l'embryon : « *moi je n'étais pas là à ce moment-là, évidemment, j'aurais pu mais je n'y étais pas, parce*

*qu'elle ne l'a pas souhaité* ». Pour ces deux hommes, c'est bien la copine ou femme qui définit leur cadre d'action, cependant, les deux expriment un soulagement à leur absence. Il y a un parallèle entre ce que la femme souhaite et ce dans quoi l'homme se sent confortable pour agir. Pour le second cas, nous parlons de la situation de Benjamin qui n'arrive pas à délimiter quand et où est-ce qu'il doit être présent. Dans les premiers temps, il ne questionne pas sa partenaire sur comment il peut-être là pour elle. Il va se présenter lorsque celle-ci prend le second cachet de l'IVG médicamenteuse. Cette présentation à cet instant se justifie dans le fait qu'il ne se pensait pas utile avant : *« j'estimais que ma présence n'était peut-être pas nécessaire »*. En s'imaginant des frontières, il limite sa capacité à agir pour sa partenaire. Il réalise qu'il aurait pu être accompagnant et intervenir en la soutenant par sa présence lors des rendez-vous médicaux que lorsqu'il devient spectateur de ses maux et reproches.

Pour résumer, le pouvoir d'agir, c'est-à-dire la possibilité et la capacité de l'homme se structure principalement dans les limites exprimées par les femmes des hommes rencontrés et la volonté de l'homme à mettre ses difficultés entre parenthèse à l'instantané. Le sentiment d'impuissance ne refreine pas la volonté des hommes rencontrés à prendre soin de leur partenaire. Ce sentiment influence la manière dont les hommes vivent l'IVG, sujet que nous traitons dans le chapitre suivant.

En conclusion, nous avons compris que l'IVG est traversée de manières plurielles en fonction des types de relations et en fonction des capacités d'accueil des hommes rencontrés. Les hommes rencontrés se font spectateur, porteur ou codécideur de la décision d'interrompre la grossesse. A la suite des négociations dans le sens d'une IVG, les hommes rencontrés vont détenir le *care* sur cette période. Certains d'entre eux vont s'en emparer et prendre soin de leur compagne. Ils vont les accompagner dans les différentes étapes. D'autres, dans le respect des demandes de leur partenaire, vont prendre du recul sur la situation et vont la laisser gérer individuellement. La femme se fait donc aussi porteuse d'un cadre intime que l'homme respecte. Ce cadre délimite la capacité d'agir des hommes rencontrés et peut aussi être restreint par des maux individuels, propres à l'homme. En revanche, la capacité d'action n'est pas limitée par le sentiment d'impuissance qu'ils peuvent éprouver devant les souffrances de leurs partenaires.

Dans la partie suivante, nous allons nous pencher sur les facultés des hommes à verbaliser leurs émotions au moment de l'IVG ainsi que la manière dont ils l'ont personnellement vécue. Enfin, l'IVG sortira du microcosme du couple par l'intermédiaire de l'ouverture de la parole sur les événements ou en cours ou terminés.

## Chapitre 2 Les conditions d'expressions, de l'expression des hommes

L'expression est « l'action de rendre manifeste par toutes les possibilités du langage ce que l'on est, pense ou ressent ». Ce sont les moyens ou manières d'exprimer les choses. Ici, l'expression se rattache à une triple dimension. La première est la lexicale. La seconde est l'émotionnelle. Enfin, troisième et dernière dimension est la verbalisation. Les hommes rencontrés vont se saisir de ce triplet pour manifester leur présence aux côtés de leur partenaire au cours de l'IVG qu'elle vit.

Dans un premier temps nous verrons l'usage d'un lexique lié à l'IVG mais aussi les capacités expressives émotionnelles des hommes rencontrés. Dans un second temps, en lien avec ces aptitudes expressives, nous étudierons les manières dont ils parlent de l'IVG et comment ils la partagent. Cette double action est inexistante chez quelques-uns des enquêtés. Nous essayerons de comprendre ce silence.

### I. Les qualifications lexicales et émotionnelles des hommes

Pour les hommes rencontrés, l'IVG est une épreuve qui engage leur soi, c'est-à-dire leur individualité dans leur entièreté. Cet engagement passe par la capacité à mettre des mots sur l'IVG, c'est-à-dire la procédure et son déroulé général. C'est aussi être en mesure de qualifier leurs émotions et ressentis sur l'interruption de grossesse. Il s'agit ici de comprendre ce duo de mise en mots tout en comprenant les modifications qu'elle opère sur les enquêtés et les limites des hommes à les énoncer.

#### A. Le lexique des hommes sur l'IVG

Dans cette partie, nous allons cheminer de la description médicale de la procédure et aux moments d'acquisitions des connaissances sur l'IVG jusqu'aux termes profanes ou savants utilisés par les hommes. Il s'agit de comparer les mots des hommes avec les mots scientifiques afin d'envisager des différences ou non avec le vocabulaire médical.

##### *a. La procédure d'IVG et les stades du développement embryonnaire*

Pendant les entretiens, les hommes rencontrés emploient des termes pour parler de l'IVG qu'ils ont vécue avec une partenaire. Avant de détailler le lexique propre aux hommes rencontrés, nous allons faire un détour par le vocabulaire médical. Pour ce faire, nous décrivons les procédures d'IVG médicamenteuse et instrumentale, ainsi que les différents stades de développement hebdomadaire de l'embryon au fœtus. Nous résumerons les phases de la grossesse afin de faire le parallèle entre celles-ci et les mots employés par les hommes rencontrés. Ce point est étudié après avoir identifié l'étendue des connaissances des enquêtés sur l'interruption volontaire de grossesse.

Pour l'IVG, celle-ci est ouverte à toutes les femmes, quel que soit leur âge, qui ne souhaitent pas poursuivre une grossesse. Elle est légalement pratiquée en France jusqu'à la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse, soit 16 semaines après le 1<sup>er</sup> jour des dernières règles. Comme vu ci-avant, en France, deux méthodes existent. La première est l'IVG médicamenteuse et la seconde est l'IVG instrumentale. Selon le site du gouvernement, pour avoir accès à l'une ou à l'autre, il faut tout d'abord faire une première consultation médicale auprès d'un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Ce rendez-vous est un moment d'échange et de partage d'informations sur la procédure entre le professionnel de la santé et la femme. A l'issue de cette première rencontre, le professionnel de la santé recueille le consentement écrit de la femme pour faire l'IVG. Selon le site de l'assurance maladie, deux consultations sont obligatoires. La première, pour examiner la femme, l'informer sur les méthodes ainsi que sur leurs avantages et inconvénients, lui remettre un dossier guide et lui délivrer une attestation de consultation médicale. La seconde, pour confirmer à l'écrit la demande d'interruption de la grossesse, le don de consentement de la femme au professionnel de la santé, le choix de la méthode et la réception de la deuxième attestation de consultation. (Ameli.fr, 2023) A la suite de la première ou deuxième consultation et en fonction de l'avancée de la grossesse, la femme peut choisir une des deux méthodes citées ci-dessus. L'IVG médicamenteuse, consiste à prendre deux médicaments à 24 ou 48 heures d'intervalle. Les comprimés peuvent être ingérés où la femme le souhaite : au domicile ou dans le cabinet du professionnel de santé. L'IVG médicamenteuse n'est possible que jusqu'à la septième semaine de grossesse. L'IVG instrumentale est quant à elle une intervention chirurgicale réalisée en ambulatoire. Il s'agit de retirer l'œuf situé dans l'utérus. Elle a lieu à l'hôpital ou dans une clinique, voire dans certains centres de santé. Lors de cette méthode d'IVG, la femme est sous anesthésie générale ou locale. Elle est possible jusqu'à la limite légale en France, soit jusqu'à la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse, comme énoncé ci-dessus. Pour savoir quelle méthode sera utilisée, il faut dater la grossesse. Cette datation est effectuée par l'intermédiaire d'un interrogatoire, d'une prise de sang, et d'un examen clinique,

ou au moyen d'une échographie. Que ce soit l'une ou l'autre méthode, une consultation de suivi est essentielle 14 à 21 jours après l'IVG afin de garantir que la grossesse est bien interrompue. (Site du Gouvernement, 2023)

Concernant le développement de l'embryon, celui-ci connaît plusieurs étapes avant d'atteindre la 14<sup>e</sup> semaine du délai légal pour pratiquer une IVG en France. Nous allons nous reposer sur les descriptions du site « Naître et grandir ». Lors des deux premières semaines, la femme n'est pas enceinte. Elles correspondent aux 14 jours entre le 1<sup>er</sup> jour des dernières règles et la fécondation. Dans cet intervalle sont incluses les dernières règles et l'ovulation. L'ovulation est la phase d'expulsion de l'ovule d'un des deux ovaires. Elle a lieu généralement entre 11 et 18 jours avant les menstruations. L'ovule vit entre 12 et 24 heures alors que les spermatozoïdes peuvent vivre 3 à 5 jours dans le corps de la femme. La période de fertilité est d'environ cinq jours tous les mois. La 3<sup>e</sup> semaine est la fécondation, c'est-à-dire le début réel de la grossesse lorsqu'un spermatozoïde entre à l'intérieur de l'ovule. C'est le stade d'œuf. L'œuf descend par les trompes de Fallope jusque dans l'utérus. La 4<sup>e</sup> semaine est l'implantation de l'œuf. Il s'attache à la paroi de l'utérus, c'est le moment de la nidation. Entre les semaines cinq et sept, c'est-à-dire jusqu'à la limite pour procéder à l'IVG médicamenteuse, ce sont les organes qui s'activent et les membres qui s'esquissent. Chronologiquement et simplement, c'est l'apparition du cordon ombilical, le développement du cœur, les gros traits du visage : les yeux, le nez, la bouche, les oreilles et le développement du cerveau. Entre les semaines 8 et 10, ce sont les premiers mouvements, les contours des doigts et les paupières qui se constituent. A la semaine onze, l'appellation embryon est remplacée par celle de fœtus. Le fœtus mesure environ 45 millimètres et pèse 10 grammes. Entre les semaines 12 et 14, les ongles commencent à pousser, les premiers tissus osseux débutent leur modelage et les traits du visage du fœtus se précisent. A la fin de la 14<sup>e</sup> semaine, soit la fin du 1<sup>er</sup> trimestre, le fœtus mesure 85 millimètres et pèse environ 45 grammes.

En définitive, à l'issue de cette description, les termes médicaux à retenir sont les deux types de procédures d'IVG, les stades de développement de l'embryon, le déroulé des procédures et les dates légales pour les pratiquer.

#### *b. Les connaissances sur l'IVG*

Dans ce point, nous faisons l'hypothèse que la sémantique des hommes sur l'IVG ou le développement embryonnaire se fait en lien avec leurs connaissances individuelles sur cette procédure. Nous nous demandons si le vocabulaire employé est acquis pré ou post-IVG.

Autrement dit, avant ou après avoir vécu une IVG avec leurs partenaires respectives et comment celui-ci a été intégré. Nous allons tenter de le comprendre par l'intermédiaire des récits des hommes rencontrés. Dans ces configurations, nous relevons quatre groupes. Le premier a acquis les connaissances de base sur ces deux points par l'intermédiaire d'un tiers. Le second découvre et apprend lorsque sa partenaire et/ou lui prennent la décision de procéder à une IVG. Le troisième possède des compétences académiques en lien avec son activité professionnelle. Enfin, le quatrième traverse une trajectoire entre vivre l'IVG et se renseigner sur les procédures post-IVG. Des hommes peuvent intervenir dans plusieurs groupes.

Pour le premier groupe, nous pouvons prendre l'exemple de Vincent et Benjamin. D'un côté, le tiers est la maman de Vincent, d'un autre, c'est une amie de Benjamin. Vincent se dit curieux de ces sujets. Il explique que l'acte de procréation et les événements qui peuvent en découler font partie de la vie d'adulte. Vincent énonce le fait qu'être adulte c'est aussi savoir maîtriser ces choses-là. Cette curiosité le pousse à questionner sa maman lorsqu'il a environ 18 ans. A cet âge, cela fait huit ans que l'IVG a été légalisé en France. Pendant son enfance et adolescence, sa maman est infirmière, puis assistante du service social et enfin psychothérapeute familiale. De par ses professions de santé et du sociale, mais aussi par son appartenance historique à la légalisation de l'IVG, sa mère possède les connaissances sur le sujet : *« elle a été, comment on va dire, infirmière, et donc ces trucs-là, elle nous expliquait, donc...je pense qu'elle a dû m'expliquer ça une fois »*. C'est par ce prisme-là que Vincent développe une compréhension sur les deux procédures d'IVG. Pour Benjamin, l'apprentissage se fait en deux temps. Un premier temps lorsqu'une ancienne partenaire lui explique qu'elle a vécu une IVG avec un ex-partenaire : *« j'avais une ancienne copine qui m'en avait parlé parce qu'elle l'avait fait, pas avec moi, un ex, c'était médicamenteux, elle m'a expliqué comment ça se passait quoi »*. Dans un second temps, lorsque son ex-copine, lui annonce qu'elle a fait une IVG au moment de leur séparation :

*« Je me suis renseigné sur la procédure... en fait j'avais déjà eu ce problème-là avec une autre copine, mais je n'étais pas là lors... lors de la procédure en fait, donc je m'étais renseigné à ce moment-là »* - Benjamin

Il nuance son propos en annonçant une dichotomie entre savoir-faire et savoir-être. Il connaît la procédure d'IVG médicamenteuse mais explique que lorsqu'il s'y retrouve confronté, avec la seconde partenaire avec qui il vit une IVG, il est dans l'inconnu : *« quand on ne l'a pas vécu, c'est évidemment l'inconnu »*.

Pour le second groupe, nous nous appuyons sur le récit de Rémi. A l'époque, il avait 23 ans et était étudiant pour devenir enseignant. Il est présent à l'hôpital au moment où sa partenaire fait

un test de grossesse. Face à cette réalité, mais aussi en lien avec son orientation universitaire, Rémi a pour premier réflexe d'aller à la bibliothèque (BU) pour se documenter. A la BU, il s'informe sur les stades de développement embryonnaire : « *de ce que je voyais, ça me paraissait déjà bien avancé, je trouvais qu'il y avait quand même pas mal de temps qui s'était passé et que l'embryon avait déjà eu pas mal de temps pour se développer* ». Son objectif est de prendre connaissance des délais pour l'IVG médicamenteuse et d'anticiper les conditions dans lesquelles ça allait se passer. En effet, pour l'homme qu'il était à 23 ans, l'IVG, par aspiration s'apparente à un « *film d'horreur* ». Il ne souhaite pas que sa partenaire ait à vivre ça.

Pour le troisième groupe, nous y retrouvons Quentin seul. Comme expliqué ci-avant, Quentin est interne en radiologie. Avant d'arriver dans ce service, il a dû passer le concours de médecine dans lequel l'interruption volontaire de grossesse est un chapitre de révision. En corrélation, il dit connaître les notions. Par ailleurs, c'est le seul homme à parler d'une procédure protocolaire et d'une surveillance dès la prise de la première pilule abortive. Pendant l'entretien, il nous décrit des moments clés comme la présence du médecin pour le premier médicament ou la nécessité d'être à moins de 20 minutes d'un hôpital. Il indique aussi le fait que la femme doit être en présence de quelqu'un en permanence et qu'elle est en arrêt de travail pendant deux ou trois jours. Nous observons un écart entre son récit, celui des autres hommes rencontrés mais aussi avec les descriptions de « l'assurance maladie » ou du « gouvernement ». Nous pouvons le justifier par son appartenance au corps médical et son application exacte de ses compétences académiques et de terrain. Quentin n'est pas le seul professionnel de la santé rencontré, André en fait également partie. Il est dentiste. En revanche, à l'opposé de Quentin, André exprime ne pas avoir de connaissances sur le sujet de l'IVG. Il justifie cette absence de connaissances, non pas par l'intermédiaire de son parcours en médecine, mais par son statut d'homme : « *ça ne me concerne pas personnellement parce que ce n'est pas sur mon corps qu'on va le faire* ».

Enfin, pour le quatrième groupe, nous avons les récits de Robin, Rémi et Ruben. Au moment de l'IVG avec son ex-partenaire, Robin dit ne connaître que l'IVG médicamenteuse et le délai approximatif des trois mois. Il va développer ses connaissances en intégrant une culture féministe, en partie par l'écoute de podcast : « *je me suis mis à écouter des meufs qui parlent de meufs et de trucs qui... Voilà !* ». C'est par l'intermédiaire de ces écoutes et des témoignages de femmes qu'il se dit découvrir ce qu'une IVG pouvait vraiment être, ainsi que les différentes procédures existantes. Enfin, si nous avons précisé des données descriptives dans le développement embryonnaire c'est parce que dans les récits des hommes nous constatons une acquisition de ces savoirs post-IVG. C'est le cas de Rémi et de Ruben. Tous les deux intègrent

la durée de fécondation de leurs spermatozoïdes et l'importance de gérer sa contraception. Rémi explique que plus jeune, il ne sait pas que les spermatozoïdes peuvent rester féconds jusqu'à une semaine. Il complète par le fait qu'il n'est pas au courant que l'ovulation ne se limite pas au quatorzième jour du cycle menstruel de sa partenaire. Lorsqu'il pratique le coït interrompu (= le retrait) avec la femme avec qui il vit une IVG, le couple base leurs rapports sur des informations procréatrices rudimentaires. Aujourd'hui, Rémi a créé et gère une association sur la contraception masculine. Il connaît toutes ces subtilités qu'il transmet à d'autres hommes et femmes :

*« Je parle des statistiques liées à l'ivg et je vais plutôt parler du fait que ce n'est pas un acte qui est nécessairement anodin, que si les femmes qui ont recours le vivent très bien tant mieux, mais que ça peut ne pas être le cas et que du coup c'est important que les hommes ne banalisent pas ça » - Rémi*

Nous l'avons compris, les hommes rencontrés ont des connaissances sur l'IVG, acquises de manière hétérogène. Cependant, bien qu'ils aient les mots, nous allons constater un écart entre dire le médical et dire les événements comme ils le sentent au moment de l'entretien.

### *c. Des nominations profanes à l'usage de termes médicaux*

Dans les récits issus des entretiens et par l'intermédiaire des questionnements, les enquêtés sont contraints de mettre leurs mots sur ce qu'ils ont vécu. Ils se doivent d'apposer leurs termes au déroulé de l'IVG connue avec une partenaire. L'usage de notions médicales se confond avec des termes profanes et provisoires qui permettent, sur le moment de l'échange, de décrire les événements. Le vocabulaire pour dire les événements se tire du contexte, de la situation d'enquête. Les hommes rencontrés mélangent les deux lexiques. Ils nomment les stades de développement embryonnaire : embryon ou fœtus, au moment de l'IVG. Néanmoins, à l'annonce de la grossesse ou de la prise de décision, ces deux termes ne sont pas employés. A ce niveau, deux temps se développent en lien avec l'usage du terme bébé. Le premier temps est le fait de ne pas savoir comment nommer. Robin l'illustre : *« on a eu une discussion sur garder ou pas garder l'enfant quoi ? je ne sais pas comment dire, le bébé ? »*. C'est la même configuration chez Benjamin, celui-ci non plus ne sait pas comment dire les choses : *« j'étais là quand elle a pris le 2<sup>e</sup> qui est censé expulsé le... voilà »*. Le second temps se présente chez Ryan. Au résultat du test de grossesse, Ryan projette un bébé et non un embryon : *« On fait le test et BOOM, il y a un bébé, du moins il y a un truc qui est entrain de grandir à l'intérieur »*.



Comme Ryan, certains des hommes rencontrés parlent de l'embryon en termes de finalité : bébé, enfant, marmot, etc. jusqu'au moment où nous échangeons sur la procédure d'IVG. A cette étape, nous pouvons émettre l'hypothèse que les hommes n'humanisent plus l'embryon parce que la décision de faire une IVG a été prise et que le devenir parent n'existe plus. Dans le verbatim de Ryan, celui-ci parle de bébé puis de « *truc* ». Cette deuxième dénomination est très utilisée chez Quentin. Quentin dit « *truc* » pour parler de la procédure d'IVG, de l'embryon ou de la pilule abortive. Nous savons que Quentin a fait des études de médecine et qu'en conséquence il connaît les termes. L'hypothèse que nous pouvons faire est qu'à l'inverse de Robin qui ne sait pas nommer, lui ne souhaite pas nommer pour rester à distance de la réalité. Quentin nous explique que le stade auquel sa partenaire a fait l'IVG, l'embryon se trouve dans un entre-deux où il n'est pas observé comme un humain : « *pour moi ça n'a pas de conscience, je ne considère pas ça comme un être humain* ». Quentin ne nomme pas l'embryon et couple cette absence d'emploi avec une approche purement scientifique. Il nous explique ce double phénomène par une façon et une volonté de se protéger des événements afin d'épargner sa partenaire en restant « *solide* ». « *Truc* » est aussi utilisé chez Robin et Ruben pour nommer les mêmes éléments que Quentin. Chez ces deux hommes, ce sont des usages purement profanes mêlés à d'autres termes comme enfant ou bébé.

Finalement, certains des hommes rencontrés nomment un potentiel existant en parlant d'enfant et autres synonymes. Ces nominations sont employées jusqu'à la prise de décision de procéder à une IVG. Lorsque la décision a été prise, ce sont les termes médicaux qui sont utilisés. Le mot enfant est remplacé par embryon, voire fœtus en fonction des connaissances des hommes sur le développement embryonnaire.

## B. Les hommes rencontrés qualifient l'IVG

Selon les dires des hommes, nous pouvons inclure les attitudes de leurs partenaires dans la typologie de Sophie DIVAY vis-à-vis de leur réaction face à l'IVG. Le premier groupe constitue une attitude d'indifférence ou distanciée par rapport à l'IVG. Nous y trouvons la première partenaire de Vincent ou celle de Laurent. Le second groupe considère l'IVG comme un mal-nécessaire. La décision d'avorter n'est pas désirée à 100% mais c'est-ce qui semble le plus raisonnable à l'instantané. Ici, nous pouvons inclure la première partenaire de Ruben, la seconde de Laurent ou les trois partenaires de Ryan. Enfin, le troisième groupe est celui des femmes qui sont très affectées. La décision est subie plus que sincèrement voulue. La partenaire

de Benjamin se lie à ce dernier groupe. (DIVAY, 2004) Comme annoncé, nous rédigeons ce classement d'après les récits des enquêtés. Dans ce point, nous allons voir les attitudes des hommes rencontrés sur la même déclinaison que Sophie DIVAY. L'attitude s'entend dans la manière de qualifier l'IVG mais aussi les émotions et ressentis en lien avec celle-ci. Les émotions ressenties se découpent en trois points : ce que l'homme ressent vis-à-vis de l'IVG, de sa partenaire et de soi. Les hommes qui ont connu plusieurs IVG peuvent avoir des ressentis différents sur les événements. Ceux-ci vont varier selon le type de relation, le type d'engagement et les moments de vie durant lesquels l'IVG intervient.

#### a. *L'attitude distanciée des hommes rencontrés*

La première réponse des hommes en lien avec l'IVG est une attitude distanciée. Cette distance n'est pas homogène entre les enquêtés qui se lient à ce point. Elle varie d'un homme à l'autre et elle ne répond pas à la même définition. Les grandes lignes de définition de cette distance se font des façons suivantes : l'absence de regret qui se lie à la substitution du temps de l'IVG par la naissance d'un enfant, l'absence de confrontation ou de charge émotionnelle et l'absence de lien relationnel profond avec sa partenaire. Nous allons illustrer ces propos par le récit des hommes rencontrés.

Pour ce qui est de l'absence de regret, nous pouvons revenir sur les mots d'André. Celui-ci qualifie l'IVG comme quelque chose d'important mais d'anodin. Il dit que ce n'est pas dramatique. « *Anodin* » se rattache à sa signification de type sans-danger ou sans-gravité. Il parle d'une toute petite parenthèse. Les termes d'André marquent une distance émotionnelle avec l'IVG. Cette distance psychique est accentuée par sa distance physique. En effet, pour rappel, André n'accompagne pas sa partenaire et n'est pas présent pendant la procédure. Cependant, si André opère d'une attitude distante par rapport à l'IVG, c'est induit par la naissance, deux ans plus tard, de sa troisième enfant. C'est de cette façon qu'André justifie son absence de regret : « *je pense que c'est surtout au fait d'avoir le 3<sup>e</sup> après, c'est le fait qu'il n'y ait pas de regret [...] comme il y a eu la 3<sup>e</sup>, je pense que ça doit réduire le sentiment de regret* ». Il explique que cette troisième naissance « *gomme l'évènement* ». Néanmoins, il raconte que s'il n'avait eu que deux filles, l'IVG aurait été plus présente dans sa vie. En contradiction avec cette apparente indifférence, dans son individualité de parent, il réduit la distance avec les événements lorsqu'il explique qu'il aurait aimé avoir quatre enfants. Il revient sur sa décision de procéder à l'IVG en la qualifiant de « *connerie* » ou que « *cette décision n'était pas la bonne* ». De ce fait, au moment où il compte ses enfants, il inclut l'embryon de l'IVG : « *le 4<sup>e</sup>*

*potentiel c'est le 3<sup>e</sup> qui n'a pas vécu* ». A nouveau, il marque une distance en substituant un manque par un autre : l'absence de regret par l'arrivée de la troisième enfant, le désir d'un quatrième enfant en comptant l'embryon de l'IVG. André n'est pas le seul des hommes rencontrés à adoucir l'IVG en racontant la naissance d'un enfant. Nous retrouvons également Ruben, qui a un enfant avec sa première et un avec sa troisième partenaire avec qui il a connu une IVG, et Vincent qui a un enfant après l'IMG.

Pour ce qui est de l'absence de confrontation ou de charge émotionnelle, nous avons les narrations de Ruben, à nouveau pour les IVG connues avec sa première partenaire et sa troisième partenaire ainsi que celle de Robin. Pour Ruben, cette distance avec les IVG ne se lie pas à une absence de ressentis partagés avec ses partenaires. Avec sa première partenaire, il parle de « *versements d'émotions et de larmes et de moments joyeux* ». La distance par rapport à l'IVG se développe dans le fait que lui et ses partenaires se sont accompagnés dans les procédures. Ils se sont soutenus émotionnellement et ont pu se décharger l'un auprès de l'autre : « *là avec [partenaire 1], c'était... au niveau psychologique j'ai le souvenir d'une légèreté assez simple dans le sens où on a vécu ça tous les deux* ». Ce sont les mêmes explications pour sa quatrième IVG vécue avec sa troisième partenaire. Il exprime qu'il n'y a pas de sentiment du registre de la souffrance pour lui car ils s'y sont pris tôt, il parle de « *simplicité* ». Cette rapidité et cohésion dans la décision n'influencent pas leur vie. Elles font qu'il n'y a pas de confrontation ou de charge émotionnelle. Pour Robin, cette distance se définit dans le fait qu'il ne soit ni marqué ni affecté par les événements. Cet énoncé s'éclaire en deux points. Pour le premier point, Robin dit ne pas être marqué parce que c'est sa partenaire qui vivait ça dans son corps. Elle traversait quelque chose de plus que lui. Pour le second point, Robin explique ne plus y penser parce que la procédure s'est déroulée sans complication et que son couple en est sorti sans conflit : « *je pense que vu que ça s'est bien passé ce n'était pas traumatique* ». Pour Ruben comme pour Robin, nous ne relevons pas un registre émotionnel négatif ou le sentiment d'avoir traversé une épreuve.

Pour ce qui est de la distance par l'absence de lien profond et exclusif avec sa partenaire, nous pouvons reprendre la situation de Ryan. Ses configurations de relations ouvertes et multiples, en lien avec sa situation économique et professionnelle, font qu'il est distant avec les IVG qu'il a connues : « *très détaché, très détaché, parce que moi je savais que ce n'était pas possible, je savais que c'était la meilleure des choses à faire* ». Cependant, en parallèle de ce manifeste détachement, Ryan finit par énoncer un sentiment de tristesse lorsqu'il imagine son enfant : « *Il aurait été comment, ça aurait un mec, ça aurait été une fille ? est-ce qu'il aurait eu mes oreilles bizarres ? j'ai des oreilles hyper fines de lutin !* ». Tout comme André, un processus

d'adoucissement se fait. Il recouvre la joie qu'il aurait aimé ressentir avec l'arrivée d'un enfant par le fait que si cela s'est passé comme ça c'est que ça devait arriver. Ayant des parents pratiquants catholiques, nous pouvons faire un rapprochement avec le concept théologique de prédestinée. Ryan énonce l'idée que ce n'était pas ce qui était prévu pour lui à l'instantané. Finalement, pour Ryan, la dichotomie entre la distance émotionnelle et les projections qu'il a de son « *gosse* » peut inclure son récit dans l'IVG comme un événement de vie important.

*b. L'IVG est un « événement de vie important »*

La seconde manifestation des enquêtés est d'insérer l'IVG dans la lecture de sa vie. Cette insertion se justifie dans une triple définition. La première est le fait que l'IVG ait engendré l'expression de sentiments inédits. Elle s'inscrit dans un processus de retour à la normale et de stabilisation des émotions. Les hommes qui intègrent cette définition et ce processus ne sont pas systématiquement arrivés au statut émotionnel de l'avant IVG. La seconde est que l'IVG influence la trajectoire de vie. La troisième est le partage d'un temps d'épreuve avec une partenaire.

Pour la première définition, l'IVG est perçue comme une transition entre le temps de l'IVG et le deuil de celle-ci. La symbolique du deuil se trouve dans la perte mais aussi dans le développement de troubles liés à cette perte. Nous ne sommes pas sur la notion de bifurcation qui implique un changement dans la trajectoire de vie. La transition marque le passage d'un temps important, dans lequel l'individu est soumis à ses émotions, au moment où celui-ci reprend le contrôle. Nous pouvons illustrer ces dires par les récits de plusieurs hommes rencontrés. Dans un premier temps, cette idée de deuil liée à la perte. Ruben qualifie la troisième IVG qu'il vit de confrontante et de « *pénible au niveau émotionnel* ». Cette IVG a été opérée en Espagne. En effet le délai légal français de la pratique d'une IVG était dépassé. A la suite de la procédure, Ruben dit que lui et sa partenaire ont le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal et qu'ils doivent le payer. Cette dette coûte émotionnellement pour Ruben ainsi qu'émotionnellement et physiquement pour sa partenaire. Pour s'en défaire, ils font un temps de recueillement pour marquer la transition entre l'erreur et le pardon :

*« On a fait un rituel aussi avec [partenaire 2] assez beau pour dire au revoir à cette âme, et dire voilà « on n'est pas prêt pour t'accueillir, on n'est pas mûre, on n'est pas dans un endroit d'amour qu'on aimerait être donc on s'excuse, ce sera peut-être à un autre moment, pour plus tard, ou avec d'autres êtres mais ce n'est pas par nous et on s'est excusé » - Ruben*

Quentin soutient avoir ressenti ce deuil. Nous pourrions relier le temps de l'entretien à son temps de transition. Il confie utiliser l'entretien pour s'exprimer sur ce qu'il a vécu et ressenti. Cette expression, il ne l'a encore jamais mise en œuvre. Il le justifie par l'idée qu'il met rapidement les choses de côté. Dans un second temps, penchons-nous sur l'idée de deuil jointe au développement de troubles. (Définition de troubles ?) Il s'agit de se raccrocher à son moi du passé. Il faut faire le deuil de l'évènement en supprimant le trouble. Ici, nous retrouvons le récit de Gaétan et de Benjamin. Ces deux hommes rencontrés pensent l'IVG comme le « *climax d'une très mauvaise période* », dicit Benjamin. Ils cumulent plusieurs difficultés personnelles. Pour Benjamin, l'IVG représente « *le truc le plus difficile [qu'il ait] eu à vivre* ». L'épreuve de Benjamin est développée dans une partie infra. Pour l'introduire, c'est un temps difficile pour lui, en partie car il a été spectateur d'une douleur qui n'était pas la sienne. Gaétan parle d'une « *sacrée étape dans [sa] vie* ». Cette IVG qu'ils partagent plus ou moins avec leur partenaire est l'élément qui fait basculer la difficulté en trouble. Les troubles sont, pour Gaétan un trouble dépressif et pour Benjamin des addictions aux substances.

Concernant la deuxième définition, c'est à dire l'influence sur la trajectoire de vie, nous exploitons l'histoire de Rémi. Rémi inscrit cette IVG dans la prise de conscience de son devoir contraceptif. Cette IVG, comme évènement de vie, va influencer la gestion de sa fertilité pour ne pas se retrouver face à une grossesse non désirée. En racontant son parcours, c'est le regret qu'il émet. Si à 21 ans il avait été sensibilisé et éduqué sur sa fertilité, il aurait pris des précautions concrètes et « [vivrait] *mieux cette expérience* ». Cette procédure d'IVG associée à d'autres « *déboires contraceptifs* » font qu'aujourd'hui il est très impliqué dans la contraception masculine. Implication par l'utilisation mais également par la transmission des connaissances à d'autres hommes et femmes dans le cadre de son association.

Au sujet de la troisième définition, la qualification de l'IVG par l'épreuve du couple à la confrontation de la procédure ; nous illustrons cette légende par le récit de Vincent. Pour résumer son parcours entamé ci-avant, Vincent accompagne sa femme actuelle pour une IMG. Vincent évalue l'avancée de la grossesse à deux mois. Le chirurgien ne vérifie pas que les deux embryons aient été aspirés. Sa partenaire expulse un embryon dans sa chambre en post-opératoire. Le couple se retrouve confronté à celui-ci. Vincent l'éloigne de sa femme et le dépose près de l'évier. Vincent qualifie cette épreuve de « *très traumatisante* ». Il l'explique par le fait d'avoir vu l'embryon de la taille d'une « *grosse crevette* ». Rappelons-le, d'après la description de « *Naître et grandir* », l'embryon a déjà ses contours dessinés. Les bras, les jambes et les yeux sont déjà identifiables. Il mesure en moyenne trois centimètres. Cette vision, qui va lui rester sur le long terme, rend concret l'enfant qui aurait pu naître. Un autre aspect

rend cet épisode de la vie du couple plus compliqué, c'est le monde médical. D'un côté, le professionnel de santé n'a pas pris le temps de s'assurer que l'IMG était complète. De l'autre, l'établissement de santé ne s'est pas excusé : « *le médecin, au début il n'a même pas reconnu qu'il avait fait ça... [...], tu vois genre on fait une grosse connerie et on ne dit pas, c'était ça... [...]. je ne sais même pas s'ils se sont excusés* ». Cette non reconnaissance d'une erreur médicale est très violente pour lui. Vincent intitule ce moment comme faisant « *partie de [leur] roman personnel* ». Il a construit une étape de leur relation, renforcé les liens du couple et n'a pas remis en doute leur désir d'avoir un second enfant. Enfant qui naît un an après.

Enfin, l'un des procédés d'insertion de l'IVG comme un évènement de vie est de penser ou imaginer l'embryon. Ces projections ne sont pas du registre d'un manque ou d'un regret sur la décision qui a été prise. Elles s'expliquent dans un rapport à soi et à sa vie avec la présence de cet enfant qui aurait pu naître. Ce sont des projections passagères dans lesquelles les hommes rencontrés se demandent ce qu'aurait été leur vie avec cet enfant ou ce à quoi il aurait ressemblé, quel âge il aurait etc. Quentin pense à ce que l'embryon serait devenu. Vincent et sa femme imaginent leur vie si elle avait été marquée par l'arrivée de jumeaux dans leur quotidien. Ruben parle en termes de force que ses enfants qui ne se sont pas nés lui donnent. Il dit que les enfants des IVG ou des fausses-couches qu'il a connus sont présents. Il les compte et énonce qu'il a quatorze enfants dont trois qui se sont manifestés. Ses quatorze enfants sont porteurs d'une force que Ruben reçoit dans son âme. Laurent compare son âge avec l'âge que l'embryon de l'IVG aurait aujourd'hui : « *ah ben tient en fait j'aurais pu avoir un gamin qui aurait tel âge maintenant* ». Pour ces hommes rencontrés, tout comme André ou Ryan dont les projections ont été décrites ci-dessus, il n'y a pas de regret ou de tristesse. Seul Benjamin se dégage du groupe. Benjamin pense qu'il a laissé passer sa chance de devenir père : « *voilà, il y a cette inquiétude-là aussi. De se dire que ça se trouve c'est ma seule chance... et je l'ai gâchée.* ». Sa partenaire actuelle le rassure en lui disant que si ça a fonctionné une fois ça remarchera dans leur couple.

L'IVG comme évènement de vie se manifeste dans toutes ces dimensions développées. Sa qualification est propre aux récits hétérogènes des hommes rencontrés. Cependant, bien que certains des enquêtés semblent marquer une distance avec l'IVG, nous constatons que pour aucun des hommes l'IVG correspond à un non-évènement. Elle compte et est repensée dans son après.

### c. Une qualification genrée des expressions

Pour terminer, nous pouvons ouvrir un nouvel axe : l'expression des émotions subjectives des hommes au moment de l'IVG. Nous allons renverser la qualification individuelle des hommes par la qualification de la description qu'ils ont de leur attitude. Certains des hommes rencontrés, du moins pendant l'entretien, n'expriment pas d'épanchement émotionnel au moment de l'IVG. Nous pouvons rattacher cette absence à une attente genrée des comportements masculins. Dans les stéréotypes de genre, les hommes sont rattachés à la raison alors que les femmes sont reliées aux émotions. Les hommes ont davantage de retenue et de contrôle d'eux-mêmes. Ils ont des émotions plus stables dont ils ont une meilleure maîtrise. (BOQUET et LETT, 2018) Sur la base de ces prénotions, nous comprenons l'attitude de certains des enquêtés. Leurs manifestations vont être de l'ordre de comportements physiques placides. Cette distance est consciente. Dans la situation d'une IVG où la femme prime sur tout, ils choisissent sciemment d'éteindre leurs émotions. C'est le cas de Rémi qui dit devoir payer le coup psychologique en ne laissant pas transparaître ses émotions et en étant présent pour sa partenaire. Il la prend dans ses bras, la conduit à l'hôpital. Cette situation se retrouve chez Quentin : *« je me suis plutôt mis dans une position de soutien et d'aide, aide à trouver un rendez-vous rapidement, aide en étant-là, juste tenir la main, être présent, plutôt que de me focaliser sur mes sentiments »*. Il parle d'être solide. Cette attitude va lui être reprochée par sa partenaire péruvienne. Il dit qu'elle aurait aimé qu'il soit plus à même d'exprimer ce qu'il ressentait. Depuis l'IVG, Quentin essaie de changer son comportement et d'être plus démonstratif à l'attention de sa copine. Il passe de la raison à l'émotion. Robin est dans la même configuration que Quentin. Il connaît une évolution de son expression. Elle se lie à sa rencontre avec une nouvelle partenaire. Au moment de l'IVG, il parle d'être un *« mec de base »* qui n'est pas en mesure de poser des questions sur les émotions de son ex-copine ou d'exprimer les siennes. Il se dit *« kassos des émotions »* mais présent pour elle. Encore une fois, l'homme a une stature physique, il est dans l'espace mais il ne partage pas ce qu'il ressent avec sa partenaire. Il est une présence muette, un pilier sur lequel la femme peut se reposer physiquement mais où l'accueil émotionnel est restreint. Deux hommes se détachent des autres enquêtés. Ce sont Ruben et Gaétan. Les deux sont en mesure de partager leurs ressentis avec leur partenaire. Ils échangent des pleurs, des moments de tendresse face à l'épreuve de l'IVG. Ils embrassent leurs émotions et celles de leurs partenaires tout en ayant la double présence : affective et dans l'espace.

Finalement, les hommes face à l'IVG doivent construire leur propre univers de sens avec leur socialisation genrée. Cette socialisation se joint à l'inculcation d'un comportement « viril ». Les garçons puis les hommes doivent se montrer forts et braves. Ils ne doivent pas exprimer les émotions liées à la tristesse, la peur ou la douleur. Ils ne montrent pas de signes de faiblesse ou de vulnérabilité. (NIEDENTHAL et al., 2009) Le comportement adopté par les enquêtés se décline entre adoption d'une attitude expressive comme décrit ci-dessus et détachement de ces attentes stéréotypées.

### C. Une IVG qui forme pour la suivante : étude de cas de Laurent

Comme annoncé dans la partie supra, les hommes qui connaissent plusieurs IVG n'emploient pas les mêmes qualifications sur leurs ressentis. Cette idée est illustrée dans la situation de Laurent. Cette étude de cas se rattache au dernier point ci-avant. Il s'agit ici de développer une situation dans laquelle l'homme connaît un *turning point* (HUGHES, 1950) entre la première et la seconde IVG qu'il a vécu. Le *turning point* s'associe à un moment de recomposition et de modifications de son soi. (BIDART, 2009) Le moment, ici le premier IVG de Laurent, va engendrer une rupture avec sa socialisation et sa manière d'être. Laurent va se recomposer et adopter une nouvelle attitude ainsi qu'une nouvelle qualification des événements pour la seconde IVG. Laurent intègre des changements dans sa logique d'action pour sa partenaire, des inversions de priorités, des modifications dans son système de contraintes et de ressources. (BIDART, 2006)

#### a. Le récit de la première IVG

Laurent est en couple depuis environ cinq mois lorsque sa partenaire lui annonce sa grossesse. C'était en 2008, il avait 28 ans. Un matin, elle lui déclare être enceinte et lui dit qu'elle va procéder à une IVG. Cette femme est la première personne avec qui il connaît une IVG. Laurent n'est pas en accord avec la décision de sa partenaire. Il explique toutefois que l'IVG est évidente pour lui. Cette évidence, il la justifie dans le fait que leur relation soit récente. Laurent raconte qu'à cette déclaration, il ne dit rien, il ne trouve pas les mots. Il n'arrive pas à exprimer oralement à sa partenaire ce qu'il ressent et pense de la situation. Il parle de stupeur et de sidération. Il arrive néanmoins à l'exprimer par le corps en prenant sa partenaire dans ses bras. Sa partenaire fait une IVG sans la présence de Laurent et ne donne plus de nouvelle. L'IVG



marque la fin de leur relation. Laurent cherche à la contacter pour avoir de ses nouvelles, en vain. Ils ne se verront que dix ans plus tard, en 2018. Laurent dit mal vivre ces dix années. Il s'en veut de ne pas avoir été en mesure de s'exprimer et de ne pas l'avoir accompagnée :

*« Je l'ai très, très mal vécu pendant une dizaine d'années... m'en voulant de ne pas avoir pu exprimer ce que j'avais à exprimer, de pas avoir pu accompagner d'une manière ou d'une autre, mais voilà, de ne même pas en avoir discuté en fait, du type ou du non type d'accompagnement qu'elle aurait voulu »* - Laurent

Il qualifie ses manquements de traumatisants. Il les définit par son manque de soutien, de discussion, d'accompagnement ou d'aide qu'il aurait pu apporter. Ces ressentis lui sont propres. En recontactant cette partenaire une dizaine d'années après, elle lui explique que pour elle c'était banal et que ce n'était pas sa première IVG : *« nan, nan ne t'inquiète pas, je ne t'en veux pas, quelque part je vivais ça... enfin ce n'était pas la première fois, c'était un peu normal »* [Laurent cite les mots de sa partenaire]. Ces déclarations soulagent Laurent. Indépendamment de ses réponses à son traumatisme après un temps long, Laurent a modifié son comportement après cette expérience. Il qualifie cette IVG de fondatrice et d'importante dans son évolution. Elle a changé sa perception de lui-même et son rapport aux femmes. Il a reconnu des manquements dont il s'est imprégné pour adopter de nouvelles attitudes. Ces nouveautés se définissent en termes d'accompagnement, d'écoute et de capacité à échanger. Pour les intégrer, il dit qu'il s'est entraîné. Il réalise et répète plusieurs fois, en situation, ses nouvelles capacités émotionnelles. Aujourd'hui, Laurent qualifie ses aptitudes de mécaniques. Elles sont, pour lui, la bonne manière d'être, la bonne manière d'être en relation avec autrui mais aussi envers lui. L'IVG de Laurent apparaît comme une souffrance subjective qui devient un événement de vie. Elle lui a permis de reconnaître que des choses doivent changer notamment l'expression de ses émotions et ressentis. Il a fait un travail sur lui en faisant un retour sur son expérience, sur son passé et en a retiré de nouvelles façons d'agir. (BAUBION-BROYE, 1998) C'est ce que nous allons constater pour la seconde IVG qu'il vivra.

#### *b. L'influence de celle-ci sur la suivante*

Au début des années 2010, Laurent rencontre une nouvelle partenaire. Après 6 mois de relation, celle-ci déménage des Pays-de-la-Loire à la région parisienne pour des raisons professionnelles. Ils sont dans une relation à distance. Laurent la rejoint tous les week-ends. Au bout d'un an de relation, ils décident de s'installer ensemble. Laurent lance les démarches pour pouvoir être muté. Il est CPE dans un établissement scolaire. Sa mutation lui sera refusée.

Lorsqu'elle est finalement acceptée, ils emménagent six mois ensemble avant de se séparer, deux années après l'IVG. Au bout d'un an de relation, sa copine est enceinte. Le projet d'avoir des enfants a été discuté dans la relation. Mais Laurent ne se voit pas vivre la grossesse à distance. De plus, sa copine traverse un burnout professionnel et ils n'ont pas les conditions matérielles d'existences pour accueillir un enfant. Ils prennent la décision de concert d'interrompre la grossesse, pensant leur projet parental protégé dans leur couple. Ce temps de l'annonce et de la prise de décision sont les moments d'illustrations des nouvelles aptitudes de Laurent. Tout d'abord, il justifie l'usage de ces compétences émotionnelles et relationnelles par le sentiment d'être plus en sécurité dans la relation. Il décrit cette sécurité par une dimension affective qui s'est créée dans une relation plus longue que pour sa première IVG. Ensuite, il évoque avoir réussi à mettre les mots. Lui et sa partenaire ont pris le temps d'en discuter, ils étaient tous les deux acteurs de l'échange. Il s'affirme en soutien de sa décision et respecte le choix de sa copine. Enfin, il va prendre le temps d'expliquer son attitude d'écoute et d'échange à cette seconde partenaire. Il lui raconte le traumatisme de sa première IVG dans le but qu'elle comprenne ses réactions. Laurent est en mesure d'exprimer ses ressentis.

Laurent qualifie cette seconde IVG en opposition à la première. Il dit qu'il n'aurait pas agi de cette manière, c'est-à-dire en position d'écoute et de partage, s'il n'avait pas été traumatisé par sa précédente expérience. Il développe un sentiment positif engendré par le vécu de la première interruption de grossesse. Il formule qu'elle lui a permis de ne pas répéter ses erreurs et de ne pas faire vivre à cette seconde partenaire ce qu'il pensait avoir fait vivre à sa première compagne. Il a réussi là où il avait manqué la première fois. Il parle de satisfaction dans la gestion : *« en opposition à l'autre, c'est-à-dire que je pense avoir... avoir réussi là où j'ai péché la dernière fois, donc je suis plutôt content de moi. Une sorte de satisfaction dans la gestion. »*

Finalement, Laurent a fait de sa première IVG un turning point, un moment de bifurcation dans sa trajectoire de vie. Il a retiré de cette expérience des négligences qu'il a acquises dans l'après. Cette acquisition lui a permis d'avoir le sentiment de mieux gérer une seconde IVG. Il est plus présent émotionnellement et plus apte à accueillir sa partenaire.

Pour terminer, au moment de l'entretien, les hommes sont en mesure de nommer les événements. Ils acquièrent ces nominations au temps de l'IVG tout comme avant ou après. Leurs moyens d'expressions émotionnelles sont également engagés dans l'IVG. Ils sont variables d'un enquêté à un autre. Nous avons constaté des difficultés expressives mais aussi une reconnaissance de ces difficultés. Nous avons compris que

certaines des hommes adoptent de nouvelles aptitudes à la suite de l'IVG. L'IVG fait office de bifurcation dans la trajectoire de vie des hommes, c'est à dire qu'elle recompose et redéfinit leur manière d'être.

Dans la partie suivante, nous allons voir les conditions de partage des hommes rencontrés. Nous entendons par là leur capacité à parler des événements ainsi que le choix des interlocuteurs. En opposition, nous allons également étudier les enquêtes qui gardent le silence et les raisons de cette omerta.

## II. En parler ou pas

Les hommes rencontrés s'inscrivent tous dans un dualisme : parler de l'IVG ou ne pas en parler. Ils ont tous, à un moment donné, partagé l'expérience de l'IVG. Ce partage est soumis à des choix : qui doit savoir ? qui peut accueillir cette information ? pourquoi en parler ? Bien qu'ils aient raconté les événements ou reparlé de l'IVG à au moins une personne, il y a une rupture entre les enquêtés qui s'expriment librement et ceux qui trient les destinataires de leur récit.

Dans un premier axe nous allons développer les trajectoires de partage des hommes qui verbalisent les événements. Dans un second axe, c'est l'opposé qui est approfondi. Enfin, nous effectuerons une étude de cas de Benjamin, dont la parole a été contrôlée par sa partenaire.

### A. Les hommes verbalisent les événements

La logique de verbalisation de l'évènement se traduit entre en reparler dans le couple puis le partager à l'extérieur de la relation. Ce schéma est une continuité qui se fait sur le plus ou moins long terme. Certains des hommes rencontrés ouvrent leur parole sur l'IVG dès l'annonce de la grossesse. D'autres attendent de « digérer » (dixit Ryan) l'évènement pour le raconter à des proches. Ci-dessous, nous décrivons les différents temps de partages du couple vers la périphérie de celui-ci, c'est-à-dire la famille ou encore les amis.

### a. *Les échanges dans le couple*

Le premier échange sur les événements est lorsque les hommes reparlent des événements au sein de leur relation. Ce partage dans le couple s'illustre et advient de différentes manières. Il peut refléter le besoin de remettre des mots tout comme le sujet peut arriver de manière aléatoire. Sept des dix hommes rencontrés reparlent de l'IVG à la suite de celle-ci. Le moment de ces dialogues s'inscrit dans différentes temporalités. Ils ne sont pas systématiquement dans les semaines qui suivent l'IVG. Ces échanges interviennent quand les partenaires sont encore ensemble, mais pas nécessairement.

Pour Gaétan, Ruben, Ryan et Vincent, ce temps de parole advient post-IVG. Dans la relation de Gaétan, cela se manifeste par le besoin de se dire comment les partenaires ont vécu l'IVG. Ils décousent ce qu'il s'est passé objectivement ainsi que leurs émotions subjectives et respectives. L'idée était d'exposer toutes les pensées qu'ils ont eues. Ces échanges durent environ deux mois. Gaétan explique cette période par le fait que le couple est en relation à distance. Ils ne se voient que les week-ends. Il pense que s'ils avaient partagé leur vie quotidienne, le couple en aurait parlé différemment, peut-être pas aussi longtemps. Ruben ré-échange avec sa première et sa troisième partenaire. Avec sa première femme, ils en parlent assez souvent. Il qualifie la décision de faire une IVG de « *pas simple à décider* ». Dans le couple, cette décision est qualifiée de courageuse et qu'il faut pouvoir l'assumer. Ce fait d'assumer passe par la solidarité relationnelle et la possibilité d'en parler à chaque fois que l'un des deux partenaires en ressent le besoin. Ils sont en mesure de s'accueillir l'un l'autre. Ruben est d'origine espagnole et dit ne pas avoir de problème à exprimer ce qu'il ressent. Cette facilité permet à ses partenaires, du moins sa première et troisième compagne, de se sentir libre d'échanger de tous les sujets. Pour Ryan comme pour la seconde IVG de Vincent, les échanges au sein du couple passent par la projection de l'enfant. Lorsque Ryan en parle avec sa « *sexfriend* », la première partenaire avec qui il a connu une IVG et avec qui il a créé un lien de confiance, ils s'imaginent la vie qu'ils auraient eu. Ils se demandent si le couple aurait fonctionné au-delà des rapports sexuels et ce à quoi aurait ressemblé l'enfant. Vincent et sa partenaire conversent des événements en imaginant leur vie avec l'arrivée de jumeaux. Vincent n'exprime pas le fait d'avoir parlé de la procédure en tant que telle, qui a été traumatisante pour lui et sa partenaire. Le discours du couple se base sur le positif qui aurait pu sortir de cet événement. Nous pourrions expliquer ces échanges dans les relations de ces quatre hommes par le lien de confiance qui unit les partenaires. Bien que les relations soient plus ou moins exclusives, confère Ryan, une solidarité affective maintient

les deux protagonistes dans une bulle de confiance. Au sein de cette dernière, il est possible de reparler du passé, confrontant ou pas.

Pour Robin et Quentin, l'occasion de mettre des mots sur l'IVG avec leur partenaire survient d'un acteur extérieur. Pour Robin, c'est la proposition de faire un entretien pour ce travail. Lui et cette femme ne sont plus ensemble. Lorsqu'ils étaient encore en couple, ils n'ont pas eu cette discussion. Cette absence, Robin l'explique par le fait que ce soit bien passé et qu'en conséquence, sa partenaire n'ait rien à lui redire. Par ailleurs, le couple s'est séparé peu de temps après l'IVG. C'est également la distance qui a mis un silence sur l'IVG. Aujourd'hui, lui et cette ex-copine sont en très bon termes et partagent des cours de danse ensemble. Lorsque Robin a accepté de faire l'entretien, la veille de celui-ci, il a décidé de questionner cette partenaire lors d'un cours de danse. C'est la première fois que Robin en reparle. Il l'interroge sur comment elle avait ressenti et traversé son IVG ainsi que sur les souvenirs qu'elle en garde. C'est un moment de mise à plat pour les deux protagonistes. Elle lui notifie et valorise le soutien dont il a fait preuve. Elle lui partage aussi le fait qu'il était trop absent dans la décision de faire une IVG. Il entend ce qu'elle lui dit. Il exprime que c'était un échange joyeux et positif. Pour Quentin, l'acteur est une série télévisée. Lui et sa copine regardent la série « La servante écarlate ». Pour faire court, cette série raconte un futur dystopique dans lequel la fécondité des êtres humains est presque inexistante. Elle se passe aux États-Unis où le pouvoir est détenu par une secte politico-protestante qui assujettit les corps des femmes à leur simple fonction reproductive. Une scène expose l'héroïne, June Osborne, en train de se faire ausculter par un gynécologue. June est enceinte de quelques semaines. Cette présence obstétricienne dans les médias fait remonter les souvenirs de sa copine sur la procédure d'IVG qu'elle a connue. Face à ce visionnage, sa partenaire lui dit que cela lui rappelle son échographie. C'est l'occasion pour le couple d'en reparler. Elle lui exprime sa tristesse. Cette tristesse touche Quentin : « *Mais, moi ce qui me rend triste et ce qui me touche, c'est le fait qu'elle soit dans cet état émotionnel par rapport à ça.* ». Si la discussion vient d'un agent extérieur au couple, c'est parce que Quentin n'est pas très enclin à s'ouvrir à sa partenaire. Il le dit : « *on en reparle vite fait* ». Nous pouvons l'expliquer par sa socialisation. Quentin raconte que ses parents ne sont pas démonstratifs. Lorsqu'il était enfant, il ne voyait que très rarement ses géniteurs se faire des câlins ou s'embrasser. Il pense que ce manque de figure d'expression des sentiments fait que lui-même ne soit pas démonstratif. Nous pouvons compléter par la réalité que Quentin soit un garçon. Bien que né dans un foyer peu expressif, sa condition de genre se lie aussi à cette non-démonstration. Nous attendons des garçons qu'ils deviennent virils. Cette virilité passe par l'absence de pleurs, la non-exposition et le non-partage de sa sensibilité, par le fait de ne pas

parler de son intimité ou de soi. (CASTELAIN-MEUNIER, 2023) Dans son récit, Quentin intègre toutes ces négations. Néanmoins, comme indiqué dans la partie précédente, il travaille sur son comportement pour gagner en confiance en lui. Sur le long terme, il a appris à tenir la main de sa partenaire dans la rue ou à l'embrasser devant ses proches. Avant, sa pudeur induite par le modèle de ses parents l'en empêchait. Par ailleurs, il poursuit son futur apprentissage en décrivant ce qu'il aimerait pour ses enfants : « *leur faire un petit câlin, plus de contact physique, leur dire que c'est bien* ». Il justifie ces volontés car ce sont des choses que ses parents ne lui ont pas données. Nous comprenons que si Quentin n'est pas à même de reparler des choses en creusant ses émotions en lien avec son éducation, il fait des efforts pour sa partenaire. Il apprend au fur et à mesure à s'ouvrir et à étendre ses aptitudes émotionnelles.

Pour Benjamin, l'échange de mots avec sa partenaire se passe lors de leur rupture. L'IVG est discutée dans un climat de conflits et de souffrances individuelles. Sa partenaire lui dit qu'elle a tué son enfant. Benjamin retranscrit un sentiment de culpabilité qu'elle porte d'avoir fait une IVG. Benjamin est bouleversé par ces mots. Il sent la douleur de son ex-copine. Bien qu'il n'ait plus de sentiment amoureux pour elle, il lui porte une affection forte. Face à la puissance des mots de cette femme, il sent sa détresse. Dans cette relation, les échanges inter-couple sont douloureux et marquent la fin de la relation. La première IVG de Vincent s'inscrit également dans une dimension de rupture. L'expression de la douleur n'est pas la même. Sa partenaire rompt avec lui en reparlant de l'IVG comme quelque chose qui a emporté son amour pour lui : « *une fois qu'elle a fait l'IVG, elle m'a dit « l'amour que j'avais pour toi a disparu* » ». L'IVG n'est plus abordée dans l'ex-relation. Elle n'était qu'un argument pour mettre fin au couple.

Bien que la majorité des enquêtés ait reparlé des événements post-IVG, deux d'entre eux n'ont pas ré-échangé dans leur couple. Le temps de l'IVG est passé sous-silence. Soit parce que la partenaire ne souhaite plus en parler, c'est le cas d'André, soit parce qu'il y a un sentiment de culpabilité qui plane dans la relation. Cette deuxième configuration est présente chez Rémi et la troisième IVG de Ruben. Pour André, il n'y a pas d'échange parce qu'elle voulait le garder et lui non. Il explique que sa femme intériorise les événements et que l'arrivée de la troisième enfant a adouci les événements. Pour Rémi, la grossesse non-désirée intervient alors que sa copine souhaite qu'il ne se retire plus pendant leurs rapports sexuels non protégés. Il considère qu'il a fait une « *connerie* » en cédant à sa demande. Il ajoute qu'elle sait que c'est elle qui a insisté pour arrêter de pratiquer le coït interrompu. Ce double paramètre, avoir cédé, avoir insisté fait peser un poids sur le couple. Le sujet n'est pas ré-abordé dans l'intimité de la relation post-IVG.

Les hommes parlent de l'IVG dans leur couple bien que cela intervienne à des temporalités différentes. Nous aurions pu émettre l'hypothèse que les échanges se font à la suite de l'IVG. Or, démontré ci-dessus, la parole s'ouvre ou non, en fonction du type de relation, mais aussi de comment s'est passée la procédure et les conditions qui ont mené à celle-ci.

*b. En parler à l'extérieur de la relation*

Les hommes rencontrés qui en parlent dans leur couple, sont aussi les hommes qui en parlent à l'extérieur de la relation. Les récepteurs sont les proches, les amis mais aussi les partenaires suivantes. Tout comme le fait d'échanger avec la compagne de l'IVG, les temporalités de partages sont diffuses. Les enquêtés peuvent en parler au retour du test positif, pendant la procédure ou au détour d'une conversation, dans la période post-IVG.

A l'annonce de la grossesse de sa partenaire, Gaétan en parle à des amis, mais aussi à sa famille. Il choisit ces personnes par rapport à un lien de confiance qu'il entretient avec eux. Alors que sa mère lui exprime un soutien, son père va l'accueillir avec des reproches. Ceux-ci sont énoncés avant que Gaétan ait dit qu'ils allaient interrompre la grossesse. Pour son père, l'arrivée d'un enfant avec les conditions d'existence de son fils n'est pas possible. Gaétan à 21 ans, il est en étude et n'a pas de ressources financières. Son père parle de « *catastrophe dans un sens économique* » et dans l'idée qu'il avait du futur de son fils : « *Il se disait « ça y est, c'est fini, il ne peut plus avancer dans ses études, il ne va que trimer au boulot pour pouvoir payer les couches »* ». Alors que Gaétan est en situation de crise personnelle, il va se retrouver à faire face à la violence symbolique de son père. Après ces reproches, Gaétan lui indique que sa partenaire va interrompre la grossesse. Son père n'ajoute plus rien. Suite à l'IVG, il va prendre le temps d'en parler avec sa petite sœur, ainsi qu'à sa partenaire suivante. Les échanges avec sa petite sœur s'inscrivent dans un rôle de prévention. Un devoir fraternel d'expliquer à sa sœur ces événements. Il lui raconte l'IVG et étend la discussion à la contraception masculine qu'il utilise et à son engagement dans le mouvement féministe. Il sent sa sœur réceptive et demandeuse de comprendre et d'apprendre. La discussion avec sa partenaire actuelle advient à sa demande. Elle le sollicite pour que Gaétan lui raconte l'IVG de son ex-partenaire. Il le fait puis le couple n'en parle plus. Dans ces multiples interactions, Gaétan est ouvert et volontaire pour échanger. C'est également le cas pour Ruben. Ruben n'a pas de difficulté à interagir sur sa vie et sur les événements qui la marquent. Il échange en dehors de ses relations avec sa famille et ses amis. Il qualifie ces personnes de « *gens de confiance* ». Ses parents se positionnent en soutien dans toutes les IVG qu'il vit. Ils laissent gérer leur fils. Ils sont

davantage présents dans la logistique des IVG qu'émotionnellement. Par exemple, pour la troisième IVG opérée en Espagne, ils logent leur fils et sa compagne car ils vivent dans la même ville que la clinique. Ruben échange avec sa sœur. Il dit qu'elle a une grande capacité d'accueil et qu'il peut se déposer auprès d'elle, qu'il se sent écouté. Ruben en parle aussi avec les partenaires antécédentes. Pour les IVG deux, trois et quatre connues avec deux partenaires différentes, il va en parler avec sa première femme. Ils sont restés amis et ont un fils ensemble. Cette personne a, selon les mots de Ruben, tout comme sa sœur, une grande capacité d'accueil. C'est elle qui va lui suggérer de faire un rituel pour l'enfant de la troisième IVG qu'il connaît. Bien que Ruben ait une parole très libre, le nombre de personnes avec qui il parle varie selon les IVG. Pour les IVG confrontantes, qu'elle soit la première vécue ou celle passée le délai légal en France, il en parle beaucoup autour de lui. Toute sa famille proche, ses amis ou même son ex sont informés. Pour la dernière IVG, Ruben explique qu'il n'y a pas de charge émotionnelle et qu'elle s'est déroulée simplement. Il n'en parle qu'à la maman de sa partenaire et à sa première femme.

Alors que Ruben en parle simplement et sans tabou autour de lui, Ryan va restreindre le partage de l'IVG vécue à ses amis et cousins. Il ne va en parler que post-IVG. Sur le temps de l'IVG, Ryan dit devoir digérer l'information. Par la suite, lorsqu'il la partage, il se contente d'expliquer le processus objectif de l'IVG sans dévoiler ce qu'il ressent. Les réactions de ces personnes sont ambivalentes. Certains vont dire que c'était le mieux à faire, d'autres, de confession chrétienne vont accuser ses partenaires d'avoir assassiné un enfant. Ils vont énoncer le fait que la femme ne peut pas avorter et menacent ses partenaires d'aller en enfer. Confronté à ces attitudes différentes, Ryan dit laisser couler. Il comprend que les gens puissent avoir des opinions différentes. Il n'en tient pas rigueur.

Tous les hommes qui connaissent une autre relation que celle avec la partenaire de l'IVG en parlent ou le mentionnent à la copine suivante. Ces échanges se fondent à la demande de la partenaire ou à l'initiative de l'homme. Ils ne rentrent pas nécessairement dans les détails, mais les nouvelles partenaires sont mises au courant à un moment ou à un autre. Pour Robin par exemple, en lui disant qu'il va faire l'entretien sur ce travail, elle lui dit qu'elle ne savait pas qu'il avait connu une IVG. Robin explique qu'il ne raconte pas plus l'évènement mais sa copine a quand même fini par l'apprendre. En opposition, Laurent va entièrement développer le récit de la première IVG vécue à sa seconde partenaire afin de justifier son attitude.

L'IVG sort de l'intimité du couple lorsque l'homme juge les récepteurs de l'information être des personnes de confiance. Prenons en exemple les partenaires suivantes avec qui les hommes construisent un futur, les familles qui sont en mesure d'écouter et de soutenir ou encore



les amis. Certains des enquêtés se retrouvent confrontés à des opinions différentes des leurs ou à des jugements de valeurs. Nous pensons à Ryan ou à Gaétan. Par ailleurs, en parler peut prendre plusieurs sens. Cela peut juste être signaler avoir connu une IVG, comme partager ses émotions ou raconter la procédure dans son objectivité.

### *c. L'homme le partage pour informer les autres*

Le dernier temps de partage de l'IVG est d'utiliser son récit dans le but de sensibiliser d'autres personnes. Certains des hommes rencontrés se désignent porteurs d'un savoir expérientiel. La définition de ce savoir est simple : c'est l'idée d'apprentissage et d'appropriation d'un savoir par l'expérience. Le profit des enquêtés est de connaître la procédure d'une IVG ainsi que leur manière subjective de l'avoir traversée. Ce cheminement comporte la reconnaissance d'erreurs commises mais aussi le fait d'avoir assisté à la souffrance de sa partenaire. Nous caractérisons ces savoirs sous différentes formes : savoir d'action, savoir-être, savoir procédural ou théorique. (GARDIEN, 2017) La transmission des différents savoirs des hommes se retrouvent dans trois situations. Primo, l'homme sensibilise comme mesure de réparation sur l'attitude qui l'a conduit à l'IVG. Secundo, l'homme en parle autour de lui parce qu'il considère qu'il n'a pas reçu l'aide dont il avait besoin au moment de l'IVG. Tertio, l'enquêté informe parce qu'il n'est pas gêné par le sujet et qu'il est dans une démarche de libérer l'homme, dans le sens biologique et social, de la pression de virilité qu'il lui est imposée.

Dans la situation une, c'est le récit de Rémi qui exemplarise l'énoncé. La trajectoire de Rémi est marquée par le fait qu'à un moment donnée, un enfant aurait pu se présenter à lui. Cette éventualité est le fruit de son erreur contraceptive. S'ajoutent à ceci d'autres événements contraceptifs tels qu'un préservatif qui a craqué ou d'avoir éjaculé dans le vagin d'une partenaire sans son consentement. Il regrette d'avoir manqué d'éducation et de sensibilisation sur la sexualité et la contraception. Pour épargner et agir à l'attention des autres, Rémi a créé une association sur la contraception masculine. Dans cette association, il tient des groupes de parole avec des hommes. Il parle de sexualité, de contraception et aussi d'IVG. Il y décrit les aspects techniques et les statistiques qui se lient aux interruptions de grossesse. Il sensibilise les hommes mais aussi des femmes par l'intermédiaire de ces échanges en petit comité tout comme il tient des conférences sur ces différents sujets. Rémi s'est donné comme objectif de pallier le manque de sensibilisation et d'accès aux informations. Il précise que les ressources de

connaissances sont plus riches que lorsqu'il était jeune mais l'accessibilité et le partage n'est pas suffisant : *« en tout cas moi ça me motive à faire en sorte que ces informations dont on dispose maintenant soient les plus accessibles possibles et qu'il y ait le plus possible d'éducation sur ces questions »*. Il se proclame détenteur de la responsabilité de cette diffusion. La situation deux est éclaircie par Gaétan. Pendant l'entretien, Gaétan est questionné sur ce qu'une personne qui lui aurait expliqué la procédure et comment il pouvait aider sa partenaire lui aurait apporté. Voici sa réponse :

*« S'il y avait eu quelqu'un qui était venu me voir pour me dire comment est-ce que ça se passait, ce que j'avais le droit de faire, ce que je pouvais faire pour aider contre la douleur, psychologiquement aussi, comment je pouvais soutenir ma partenaire, ou comment je pouvais être soutenu psychologiquement, j'aurais aimé ouais... »*

En se faisant porteur de sa propre expérience, Gaétan désire apporter à ses pairs ce qu'il n'a pas reçu. Il va jouer un rôle préventif auprès de sa sœur, ses amis et de ses demi-frères. Cette prévention passe par son récit et la manière dont il a vécu l'IVG :

*« Moi c'était surtout ce moment-là où je tenais la main de [nom de sa partenaire], où on entendait la machine, où on voyait tout ce sang sortir par les tuyaux transparents et ça... ça du coup, enfin voilà, du coup je fais plutôt de la prévention avec mes potes quoi, je leur raconte, je leur dis « ce n'est pas fun », ce n'est pas fun du tout. »*

A la suite de ses explications et descriptions des événements, Gaétan alerte sur la nécessité des hommes de contrôler leur fertilité. Gaétan est lui-même porteur d'une contraception masculine. Il explique à ses amis ou au copain de sa sœur par exemple, comment cela fonctionne, quels sont les avantages etc. Il précise que sa méthode n'est pas la seule existante et développe les autres. Enfin, lorsqu'un copain ou une amie se retrouve dans une situation d'IVG, il annonce qu'il est derrière eux/ elles et qu'il les soutient.

Enfin, le troisième point trouve son explication dans les parcours de Ruben et Laurent. Ruben organise avec sa première partenaire des cercles de parole sur la sexualité. Ils y convient hommes et femmes. Prochainement, Ruben va organiser des stages tantra pour les hommes. D'après Ruben, le tantra est une voie de développement de la personne. Il permet de faire sortir la vérité de l'âme ainsi que de son soi profond. C'est une description concise de cette pratique spirituelle. Dans le cadre de ces stages, c'est un moyen pour les hommes d'accueillir leurs vulnérabilités. Les séances permettent de reconnaître qu'à un instant dans leurs vies, les hommes ont été confrontés à des moments difficiles, des moments où ils ont commis des erreurs. Le tantra est un temps pour se déposer sur un mode de communication non-violente. C'est un temps exutoire pour se libérer des tensions. Déposer sa vulnérabilité et partager son

intimité va contre le dictat viril de la socialisation masculine. Ruben s'inscrit dans une volonté de pacifier le féminin et le masculin. Il souhaite que les hommes soient en mesure d'accueillir et d'exprimer leurs émotions. Quant à Laurent, il parle de ses expériences d'IVG, des fausses-couches qu'il a connues dans des relations et de contraception dans des discussions ordinaires. Il rompt les tabous sur ces sujets. Par ailleurs, il est CPE dans un établissement scolaire. Il considère que c'est son rôle de faire en sorte que les élèves soient confortables pour venir échanger sur tous les sujets. Il ne partage pas avec ses élèves son expérience intime mais il fait en sorte qu'en tant qu'homme, une personne ayant ses menstruations se sente assez en confiance pour lui demander une protection hygiénique par exemple. Finalement, les enquêtés ont trois grandes sphères pour reparler de l'IVG : l'intimité du couple, le partager aux proches ou se faire porteur d'un savoir expérientiel pour sensibiliser les autres. Dans la suite du partage, nous allons étudier les enquêtés dont la parole est tue ou verbalisée à demi-mots, volontairement ou pas, par une force extérieure.

## B. Les hommes gardent le silence

Si des enquêtés sont en mesure et ont envie de parler de l'IVG autour d'eux, certains n'en n'ont pas la volonté. Le vécu de l'IVG justifie cette non-confiance. Si l'IVG s'est bien passée, comme pour Robin, ou s'il est traversé dans l'intimité stricte du couple, le cas d'André par exemple, l'IVG sera tue. D'autant plus que la manière d'expérimenter la procédure et l'investissement émotionnel qui s'y adjoint s'illustrent par la socialisation des hommes rencontrés. Les normes et les valeurs dont l'individu est imprégné va aussi exemplariser le silence.

### *a. L'écart entre l'ouverture de la parole et le garder pour soi*

Les hommes rencontrés n'ont pas la même volonté de partager l'évènement en dehors de leur couple. Pour justifier cette absence de confiance, nous allons étudier deux caractéristiques du silence en lien avec la socialisation : l'âge des enquêtés et la religion. Pour l'âge, nous nous reposons sur l'enquête de l'analyse des comportements sexuels publiée en France en 1993. Nous faisons un focus sur le point « paroles sociales et influences normatives » développé par Alexis FERRAND et Lise MOUNIER. Ces deux sociologues se concentrent sur la vie sexuelle du couple. Ils expliquent que les hommes ne s'étendent pas sur

leurs expériences sexuelles, surtout ceux des classes favorisées. Les hommes en couples ont moins de confidents. Ils se confient moins que leurs partenaires qui sont plus communicatives et plus à l'écoute. Les hommes âgés parlent moins que les plus jeunes. Les récepteurs des mots des hommes sont surtout les amis bien qu'une petite place soit laissée à la famille. (FERRAND ET MOUNIER, 1993) Si nous rattachons ces points à la situation de l'IVG, nous constatons des similitudes. Dans notre enquête, les deux hommes qui ne parlent pas de l'IVG en dehors de leur couple sont Vincent, 56 ans et André, 64 ans. L'un le justifie par sa socialisation, ce que nous allons développer ci-après, l'autre parle d'un « *sujet qui ne vient pas sur la table facilement* », induit par le silence dans le couple. D'autant plus que pour André, comme expliqué ci-avant, le sujet n'est que succinctement abordé avec sa partenaire. Ce silence dans la relation peut aussi justifier qu'il n'en parle pas autour de lui. Pour appuyer cette absence de confiance entre les deux partenaires, nous racontons la situation de recrutement d'André pour l'entretien. André s'est porté volontaire lors d'un dîner alors que le sujet de ce travail est exposé. Il ne consulte pas sa femme, il réfléchit quelques minutes puis annonce qu'ils ont connu une IVG et qu'il est d'accord pour en parler. Il justifie cette spontanéité par le fait qu'il n'a « *pas grand-chose à cacher* » et qu'il souhaite rendre service. La réaction de sa femme peut être qualifiée de réaction défensive. Elle ne comprend pas pourquoi il souhaite participer et raconter leur intimité. Pendant l'entretien, André va décrire qu'au retour dans le microcosme du couple, sa femme juge sa spontanéité : « *ma femme me l'a reproché ce matin « pourquoi tu as dit ça, ça ne la regarde pas* » » ou encore « *ce matin elle m'a engueulé, enfin elle ne m'a pas engueulé mais « pourquoi tu as dit ça ? ça ne les regardait pas* » ». L'attitude de sa partenaire peut expliquer pourquoi André échange peu sur le sujet. Il développe que sa femme vit ça de manière plus intime. Son silence peut s'associer au respect du secret sous-entendu par le fait qu'ils en aient très peu reparlé. (CRESSON, 2006) Bien qu'il y ait cet aspect chez André, il est difficile de ne pas relier sa non-expression à la même caractéristique que Vincent, c'est-à-dire sa socialisation. Pendant l'entretien, il est compliqué de creuser l'enfance d'André ainsi que sa relation avec ses parents. André est pris de vives émotions lorsque les questions sur cette partie de sa vie sont énoncées. Cependant, nous savons que André a 64 ans et qu'il est dentiste dans les Pays-de-la-Loire. Selon le site « trouver un métier », le salaire mensuel d'un dentiste libéral varie entre 4000 € et 11 000€ par mois. Nous pouvons donc dire qu'André appartient à un milieu favorisé. Par son âge et son niveau de vie, nous comprenons qu'André intègre les deux dimensions de FERRAND et MOUNIER. Elles sont le fait que les hommes âgés issus de milieux favorisés parlent moins. Par ailleurs, André a été éduqué en tant que garçon dans les années 60-70. Le passé est des normes virilistes de la socialisation qui étouffent l'expression

des émotions des personnes nées de sexe masculin. Nous comprenons que bien que André ne semble pas gêné de parler de l'IVG dans un entretien. Son passé et sa culture de classe font que ce n'est pas un sujet sur lequel il échange librement dans le quotidien. Il est marqué par un enfermement de l'évènement dans sa socialisation ainsi que son rapport intime et personnel qu'il partage avec sa compagne.

Pour ce qui est du rapport à la religion, c'est le cas de Vincent qui est développé. Vincent reparle de l'IVG avec sa femme uniquement. Il le justifie par l'intermédiaire de son éducation. Celle-ci a été tenue par une mère protestante qui lui a transmis les valeurs et normes de cette religion. Il se dit imprégné d'une éthique protestante. Il la définit par un rapport plus direct au sacré et l'idée que si l'humain fait une erreur, il doit l'assumer. Son éthique place l'homme devant ses responsabilités. Il se dit empreint de ça : « *quand je fais une connerie, un truc bien ou un truc mal, c'est moi, et du coup j'assume !* ». Sa manière d'assumer consiste à garder les choses pour lui, à ne pas le partager à un tiers. C'est par ce côté de la religion que Vincent justifie son silence sur les évènements. Il va utiliser cette éthique différemment entre l'IVG et l'IMG vécues. Pour l'IVG, il accentue l'usage de ses valeurs. Pour rappel, Vincent a des rapports non protégés avec sa première copine. Elle finit par être enceinte et Vincent lui expose un argumentaire pour qu'elle choisisse de procéder à une IVG. A la suite de cette procédure, il n'est pas fier de ne pas avoir pu anticiper cette situation en contrôlant sa fertilité. Comme il n'est pas fier, il justifie son éthique protestante dans le sens où il doit assumer son erreur. Cela passe par le silence. Pour l'IMG que sa femme traverse, il dit que c'est plus facile à encaisser puisque la santé de sa compagne est engagée. Le côté médical de la procédure réduit le fait d'avoir commis une erreur en amont de la grossesse. Le sentiment de Vincent de devoir se responsabiliser en ne partageant pas les évènements contredit la définition qu'il fait de son éthique. Finalement, son éthique n'est pas de se taire quand il fait quelque chose de bien ou de mal. Elle se rapproche davantage d'une idée de tapir ses émotions, quoi qu'elles soient.

#### *b. La nuance du silence sélectif*

André et Vincent sont les deux seuls hommes rencontrés à ne pas parler de l'IVG autour d'eux, à ne pas avoir cherché à trouver de confident pour échanger. Autrement dit, les huit autres en ont parlé autour d'eux. Mais l'ouverture de cette parole n'est pas neutre. Elle implique de faire un choix entre ceux qui doivent savoir et ceux qui ne doivent pas. En parallèle, les hommes

qui parlent sans tabou et sans limite de leur expérience peuvent se trouver confrontés à des personnes qui censurent leur volonté de partage.

Pour ce qui est du choix des confidents, Ryan, Quentin, Benjamin et Rémi illustrent ce point. Ryan a grandi dans une famille chrétienne, croyante et pratiquante. Ses parents vont à la messe tous les dimanches. Néanmoins, Ryan ne s'accroche plus aux valeurs du christianisme. Son mode de vie, notamment son rapport au sexe, crée une rupture avec sa pratique religieuse. Il ajoute qu'il n'aime pas se sentir contraint par une doctrine, il souhaite être libre : « *puis je n'aime pas être enchaîné en fait, je n'aime pas être bloqué, je déteste ça parce que je ne peux pas être moi-même tout simplement !* ». Ces deux ruptures créent un écart entre lui et ses parents. Cette scission marque le choix de ne pas leur parler des trois IVG qu'il a connues. Tout comme Ryan, Quentin n'en parle pas à ses parents. Il sait qu'ils vont être porteurs de reproches. Il n'a pas envie, à 30 ans, de se prendre une leçon de morale de la part de ses géniteurs. Il dit qu'il doit assumer les choses. Cette responsabilisation est induite par un garder pour soi. Quentin complète en disant que s'il discute de l'IVG avec ses parents, ils vont comprendre qu'il a pris des risques dans son intimité. Il ne veut pas que ses parents intègrent cette sphère de sa vie. Pour Benjamin, c'est toujours les parents qui ne sont pas mis au courant. Il n'en parle pas à sa maman pour ne pas l'inquiéter. Il veut la protéger, ne pas lui faire de peine. Enfin, quant à Rémi, celui-ci en parle de manière indirecte. Il fait une conférence publique sur le sujet rediffusée sur les réseaux sociaux. Il ne sait pas si sa famille la verra, ils n'en n'ont pas discuté dans la sphère intime. Rémi tient à maintenir une distance avec son entourage, que ce soit sa mère ou sa sœur. Cette conférence s'inscrit dans sa dynamique de partage de son savoir expérientiel. Elle n'est pas une intermédiaire pour lever le voile sur une partie de sa vie auprès de sa famille.

Pour ces quatre hommes, c'est l'enjeu de la réception auprès des parents qui est mise en avant. La non concordance des valeurs familiales suite à son émancipation, la peur du reproche, ne pas vouloir faire de la peine ou le maintien d'une distance émotionnelle justifient le choix du silence. Ce tri pourrait aussi se légitimer dans l'aspect partager ses expériences sexuelles. Est-ce que l'enfant parle de sa sexualité avec ses parents ? Si nous nous référons aux papas enquêtés de ce travail qui ont été questionnés sur leurs échanges sur la sexualité avec leurs enfants, la réponse est non. André ne parle pas de rapports intimes avec ses filles. Dans la même situation de terrain où André se porte volontaire pour faire l'entretien, sa fille est également présente lors du diner. Elle n'est pas au courant que ses parents ont connu une IVG dans leur mariage : « *ma 3<sup>e</sup> fille, apparemment elle n'était pas au courant, ce qui me surprend. Hier soir, effectivement, elle dit « ah bon ? » et moi j'étais sûre, sinon je n'aurais pas balancé ça comme ça, parce que*

*c'est quand même un peu violent* ». Cette situation questionne la place de la sexualité dans la sphère familiale. Elle n'a pas été abordée dans les autres entretiens, il est difficile d'apporter une réponse développée.

Pour ce qui est de la censure par l'autre, Gaétan et Benjamin éclairent cette affirmation. Gaétan est l'un des hommes qui se fait porteur d'un savoir expérientiel. Il en parle librement à ses ami(e)s, sa sœur, ses demi-frères et sa copine actuelle. Il est d'accord avec le fait d'échanger sur son vécu, d'entendre celui des autres ou de soutenir une personne qui connaît une même situation. Cependant, auprès de ses parents, il ne peut plus en parler. La réaction de ses parents à l'annonce de la grossesse est ambivalente. Sa mère le soutient, son père lui fait des reproches. Face à cette dualité, Gaétan aimerait quand même pouvoir continuer à échanger sur cette période de sa vie. Toutefois, il déclare que le sujet est devenu tabou. Après l'IVG, ses parents ne lui ont plus jamais posé de question ou mentionné cette parenthèse dans la trajectoire de leur fils. Encore une fois, nous pouvons interroger la place de la sexualité, mais aussi des émotions dans la sphère familiale. En effet, pour Gaétan, l'IVG s'inscrit dans une intervalle personnelle compliquée. Nous l'avons décrit supra, il a fait une « *petite dépression* ». Lors de cette période, son père ne comprend pas cette expression de la douleur : « *je me souviens vraiment des moments où je disais à mon père qui ne comprenait pas le fait que je sois malheureux et triste, je lui disais « mais là j'ai quand même traversé ça dans ma vie, l'ivg et ça m'a marqué aussi quoi... »* ». Son père ne légitime pas la souffrance que son fils peut ressentir à la suite de l'IVG. Benjamin est le dernier exemple de mise sous silence de sa volonté de partager. Sa trajectoire est développée ci-après. Elle se découpe en deux temps. Le premier temps est la contrainte de se taire, le second est le pouvoir parler qui a pour conséquence de se faire exclure de son cercle social.

### C. Le passage du microcosme de la relation au monde social du couple

Benjamin est en couple avec une femme depuis deux ans. Ils se rencontrent sur leur lieu de travail. La relation se découd avec le temps et est ponctuée par des disputes. Ils se séparent, mais après une petite pause, ils ont à nouveau des rapports non-exclusifs. Sur cette période, ils ne sont pas en couple officiellement et ont d'autres partenaires. Quelques temps après avoir recommencé à se voir, son ex-copine le contacte pour lui annoncer qu'elle a fait un test de grossesse. Il est sorti positif. Sa partenaire ne sait pas quoi faire et elle aimerait entendre son avis. Il lui explique que c'est son corps, que c'est à elle de prendre la décision. Elle choisit de faire une IVG. Dans son déroulé, Benjamin n'est présent que pour la nuit qui suit la prise de la

seconde pilule abortive. L'absence de Benjamin à la prise de décision et aux rendez-vous médicaux lui est reprochée par son ex-compagne. Benjamin culpabilise d'avoir eu ce comportement et de ne pas avoir été présent tout du long de l'IVG. Cette culpabilité va le pousser à faire tout ce dont sa partenaire a besoin, notamment ne pas parler de ses ressentis sur l'IVG dans le cercle d'amis qu'ils ont en commun.

*a. La femme détient la clef de la parole*

La partenaire de Benjamin ne veut pas que l'IVG sorte de leur couple tant qu'elle n'est pas prête à en parler. Benjamin dit qu'elle lui interdit de le partager. Il accepte : « *j'aurais été un peu prêt à tout faire pour adoucir un petit peu son épreuve* ». La copine de Benjamin détient un double contrôle. L'évident, celui d'avoir la décision d'interrompre ou de poursuivre la grossesse. Le symbolique, celui de maintenir le droit de verbaliser l'IVG sous-silence. Comment évaluer la place de l'homme dans sa possibilité d'échanger sur quelque chose qu'il a également vécu ? Le vécu n'est pas le même, il est de l'ordre émotionnel et d'un point de vue extérieur mais il reste existant. Quentin s'est aussi vu remettre en question son envie de discuter de l'IVG en dehors de son couple. Nonobstant, il n'a pas attendu d'avoir l'autorisation pour le faire, il n'en a eu que les répercussions. Il explique que sur le moment, il fallait qu'il en parle à quelqu'un. Lorsqu'elle l'apprend, sa copine va le lui reprocher. Les remarques reposent sur l'argumentaire que l'IVG est leur « *truc* » et que Quentin n'est pas obligé d'en parler à quelqu'un d'autre. Quand sa copine va finalement en discuter avec une amie, elle va comprendre pourquoi Quentin a eu envie d'en parler. A son récit, Quentin rajoute : « *je ne pense pas lui devoir des comptes sur mon ressenti par rapport à l'expérience, comme je n'ai pas décidé par rapport à son corps, je ne pense pas qu'elle puisse décider sur ma parole* ». Nous trouvons une délimitation de jusqu'où le ou la partenaire se sent légitime de décider pour l'autre. Cette légitimité se trouve dans une moralité subjective dont chacun définit les contours. La morale de Quentin, c'est-à-dire sa bonne manière d'être ou son éthique, est de ne pas décider sur le corps de sa copine. Cette morale lui dicte que sa partenaire doit adopter un comportement similaire pour son droit d'expression. Quentin attend un principe de réciprocité. Pour revenir au récit de Benjamin, celui-ci s'est tu jusqu'à que sa copine commence à en parler dans le cercle d'amis qu'ils ont en commun.

*b. L'ouverture du microcosme*



Entre le maintien du silence et l'ouverture du microcosme du couple, Benjamin fait un travail de « *façade* ». En 1973, dans *La Mise en scène de la vie quotidienne*, Erving GOFFMAN étudie au niveau microsociologique, les interactions entre les personnes. Pour se faire, il va utiliser la métaphore du théâtre pour décrire les échanges entre les individus. La théâtralisation des interactions sociales place les individus dans des jeux d'acteurs où chacun a son rôle. A travers son rôle, les individus adoptent une « *façade* » qui varie selon les personnes avec qu'ils interagissent. L'enjeu, toujours d'après Erving GOFFMAN, est que la perception de l'autre soit en adéquation avec le personnage qui lui est attribué. Le jeu d'acteur de Benjamin est de faire comme si de rien n'était : « *ça allait, on parle d'autres chose, on rigole, on fait beaucoup de blagues et puis ça passe, on n'est pas obligé d'avoir des discussions profondes, voilà. On peut se sentir un peu seul ça s'est sûre.* ».

Lorsque sa partenaire ouvre ses vannes de la parole, une scission va se créer entre Benjamin et les autres. Benjamin dit être rejeté par le groupe qui l'accuse d'être responsable de ce qui est arrivé. Leurs accusations reposent sur la conscience de Benjamin dans le fait qu'elle était plus amoureuse que lui. Il est jugé d'avoir continué à la fréquenter alors qu'il savait que ça n'allait mener nulle part. Autrement dit, ses amis pensent qu'il aurait pu éviter la grossesse et l'IVG qui a suivi : « *en fait ils m'ont reproché surtout de ne pas avoir mis un stop avant d'arriver à ce truc horrible quoi.* ». Les amis de Benjamin se font *entrepreneurs de moral* (BECKER, 2020). Ils sont créateurs de la norme et la dicte à Benjamin comme les principes qu'il aurait dû adopter avant de blesser leur amie. De même, ils vont mettre en avant le sentiment d'indifférence que Benjamin dégage. Or, celui-ci dit que cette apparence n'était qu'induite parce que sa partenaire lui avait demandé de ne pas en parler. Benjamin va se retrouver dans un tourbillon de reproches qui va faire de lui un être stigmatisé. Son attitude d'indifférence va déclencher une réaction sociale négative qui va le rejeter de son groupe de pairs. (GOFFMAN, 1975)

Pour Benjamin, l'IVG s'inscrit dans une période difficile pour lui dans sa subjectivité. Il fait un burnout professionnel et développe des addictions aux substances : « *je pense que c'était le paroxysme quoi, le climax d'une très mauvaise période. Je pense que c'était l'évènement le plus dure de cette période qui était déjà extrêmement difficile* ». Post-IVG, l'attitude qu'il a adoptée durant celle-ci entraîne son rejet de son monde social. A l'échelle microscopique du couple et des liens sociaux de Benjamin, celui-ci connaît un processus de désaffiliation. Il n'est intégré ni dans son travail ni auprès de ses pairs. Cette double désintégration fait qu'il devient sujet à la vulnérabilité. (MARTIN, 2013)

Benjamin s'éloigne de ses amis et de cette ex-partenaire pendant un temps. Puis vient le temps des justifications. Cette période prend des mois où il doit expliquer et justifier les événements et son comportement. Il trouve ce devoir argumentaire injuste, actuellement il ressent encore de la colère d'avoir été si vivement rejeté. Il leur partage. Ses amis reconnaissent leur absence mais expliquent leurs réactions par le comportement global de Benjamin : « *ils disaient aussi que c'était une période de ma vie où je pouvais être infecte et un sale type et machin et qu'ils avaient mis ce truc-là un peu dans le même panier, comme si je l'avais provoqué volontairement* ». Benjamin conclut son récit par deux points. Le premier est qu'il aurait aimé être d'avantage soutenu par ses amis, bien qu'il sache qu'à cette période, c'est sa copine qui devait prioriser : « *parce que l'attention était focalisée sur elle et en vrai ça se comprend, je préfère ça, c'est elle qui avait le plus besoin de soutien je pense.* ». Le deuxième est qu'il agirait différemment si les événements se répétaient.

La trajectoire de verbalisation de l'IVG de Benjamin se déroule entre devoir se taire, pouvoir parler mais être rejeté et se justifier pour réintégrer sa sphère sociale.

Ainsi, les hommes rencontrés parlent. Les plus jeunes discutent de l'IVG de leur plein grès, les plus vieux échangent lorsqu'une perche leur est tendue et d'autres quand l'autorisation leur est donnée. Les enjeux de l'ouverture de la parole sont de visualiser les droits de qui sur qui. Dans le cadre de ce travail, l'IVG est partagée émotionnellement par deux êtres. Les deux partenaires ont le droit d'en parler parce qu'ils ont vécu ça à deux. Mais comme ils ont traversé l'IVG ensemble, ils ont aussi un droit de parole sur l'expérience commune. Le partage se présente comme un lieu de reconnaissance où les partenaires ont été là l'un à l'autre. Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'absence de reconnaissance de leur partenaire dans le partage de l'évènement fait qu'elle souhaite que ça reste dans l'intimité du couple. (AUTANT, 2010) Par exemple, André et Benjamin n'étaient pas là lors des procédures. Leurs partenaires respectives, confère le récit des deux enquêtés, ont choisi soit de garder l'IVG pour elle, soit le moment pour la raconter à ses pairs.

En conclusion, les manœuvres des enquêtés dans la mise en mot de l'IVG, c'est-à-dire la nommer et en parler, sont induites par l'homme ou par des agents extérieurs. Les compétences individuelles des enquêtés se caractérisent par un lexique profane et/ou savant. Les hommes rencontrés qui emploient les deux connaissent une trajectoire de nomination d'enfant à embryon. Ce basculement est sous-entendu par la décision d'interrompre la grossesse. Les hommes rencontrés définissent leur manière d'en parler et à qui en parler. Ce choix repose sur

une dynamique individuelle liée à la socialisation et sur les relations qu'ils entretiennent avec leurs proches. Ils sont majoritaires à s'exprimer librement. Sans lien de confiance, de sentiment de réciprocité ou de volonté de le partager à leurs relations étroites, certains des enquêtés se font porteurs d'un savoir expérientiel pour sensibiliser d'autres personnes. L'IVG peut ne pas dépasser le couple, ce qui est justifié par le respect de l'intimité de sa partenaire. De surcroit, l'ouverture de la parole peut être reprochée par la partenaire ou sujet à un rejet social. Finalement, la parole de l'homme est volontaire, bien qu'ils choisissent les récepteurs, ou dictée par l'extérieur.

Dans la partie suivante, nous allons voir si l'IVG est source de changements chez les enquêtés. Le changement va être illustré dans un double rapport : le rapport à la contraception, le rapport à la paternité et/ ou parentalité. Le choix de ces deux items se justifie dans la structure de l'interruption volontaire de grossesse. Gérer sa contraception pour ne pas revivre une IVG. Vouloir être père et ou parent et ne pas faire d'IVG si grossesse.

## Chapitre 3 Les transformations du rapport à soi, à l'autre

L'interruption volontaire de grossesse peut s'apparenter à une parenthèse dans la vie des hommes. Pour certains comme André ou Robin c'est le cas, pour d'autres comme Rémi ou Gaétan, elle a une influence au-delà du temps de la procédure. Bien que les enquêtés soient touchés de façon hétérogène par l'IVG, nous allons interroger les changements qu'elle peut opérer sur les hommes. Pour ce faire, nous allons nous dégager de l'évènement en tant que telle et questionner deux entités annexes à celui-ci. Ce sont le rapport à la contraception et à la parentalité. Ces deux points sont choisis car ils encadrent une IVG. Le premier sous-entend que la contraception n'était pas présente ou qu'elle n'a pas été efficace. Le second a pu être pensé avant, pendant ou après l'IVG. Nous nous demandons si l'IVG apparaît comme un moment de bascule dans la manière de réfléchir le devenir parent ou d'utiliser la contraception. Il s'agit de comprendre si l'IVG transforme les hommes. La transformation renvoie à des répercussions sur le comportement des enquêtés, c'est-à-dire le savoir-être, savoir-agir et le savoir-procédural, ici davantage lié à l'application d'un contraceptif.

### I. La contraception divisée entre évolution et maintien des normes

En France, la contraception est légalisée en 1967. Le recours à la pilule contraceptive et au dispositif intra-utérin (DIU), autrement dit le stérilet, a progressivement remplacé la méthode du retrait. Le retrait implique les hommes car c'est eux qui doivent interrompre la pénétration pénovaginale. Avec le temps, la norme contraceptive est devenue : usage du préservatif au début de la vie sexuelle ou au début de la relation de couple ; prescription d'une pilule lorsque le couple s'officialise sur le long terme ; pose d'un DIU quand le couple ne souhaite plus d'enfant. Depuis 1967, nous avons assisté à une médicalisation et à une féminisation de la contraception dans lesquelles les hommes cisgenres apparaissent comme peu concernés par le contrôle de la fécondité. (LE GUEN et al., 2021)

Pour ce premier point, nous allons voir si les enquêtés entrent dans l'hypothèse que les hommes sont peu concernés par cette maîtrise de la fécondité. Il s'agit de le refléter par leurs connaissances individuelles et la méthode contraceptive utilisée dans le couple. Tout cela, mis en perspective selon l'avant et l'après IVG.

## A. Les connaissances sur la contraception

La fécondité, c'est-à-dire la capacité de reproduction des êtres humains, se contrôle. Si une grossesse n'est pas désirée, cela passe par l'utilisation d'un moyen de contraception. Il existe des contraceptions masculines et féminines. Pour les premières, on retrouve notamment le préservatif, la technique du retrait, la vasectomie mais également les méthodes thermiques comme le slip chauffant ou l'anneau contraceptif testiculaire. La pilule, l'implant, le DIU, le préservatif féminin ou encore le patch font partie des contraceptions féminines. Toutes les méthodes ne sont pas répandues, connues et utilisées de la même manière. Cependant, elles se rattachent, à un moment donné, à la prise de connaissance de leurs existences. Les acteurs de transmission sont variés. Dans le récit des enquêtés, nous allons identifier les vecteurs de connaissances, ainsi que l'évolution ou la stagnation du savoir post-IVG.

### a. *L'acquisition du savoir contraceptif*

Seuls quatre des dix hommes rencontrés ont été interrogés sur la manière dont ils ont acquis leurs premières connaissances sur la contraception. Les vecteurs de savoirs sont l'école ou la famille. Pour deux de ces hommes, ils prennent connaissance de la contraception au lycée dans le cadre des cours de Science de la Vie et de la Terre (S.V.T). C'est le cas de Rémi et Gaétan. Dans la relation de Rémi, lui et sa partenaire ont des relations sexuelles non-protégées où il éjacule dans le vagin de sa copine. Pour savoir s'il y a une possibilité qu'elle devienne enceinte, Rémi se base sur ses cours de sciences de la vie et de la terre. Ces derniers lui apprennent que le jour d'ovulation de la femme est le 14<sup>e</sup> jour de son cycle menstruel. En ce jour dit, le couple pratique le retrait. Pour Gaétan, ce sont aussi les cours de S.V.T qui fondent ses premières compétences. Durant ces enseignements, ses professeurs lui parlent de préservatif et de l'ensemble de la liste des contraceptions féminines qui puissent exister. La contraception masculine est passée sous-silence. Quant à Ryan, il découvre la contraception lors de ses premières relations intimes. S'ajoutent à ses expériences, des cours sur la contraception en BTS dans lesquels ses enseignants lui parlent des infections ou maladies sexuellement transmissibles (IST et MST). Pour le dernier homme, Vincent, il échange avec sa mère qui appartient au monde médical. Elle a une double formation d'infirmière et d'assistante du service sociale. Pendant l'entretien, Vincent mentionne l'association de l'usage du préservatif à l'intérêt de se protéger contre les « *microbes, ou la transmission d'un virus* ». Le point commun pour ces trois derniers

hommes est d'avoir comme premier référent le préservatif. Dans d'autres entretiens, comme celui de Laurent, André, Vincent ou encore de Rémi, le sujet du préservatif est abordé à plusieurs reprises. Ces quatre hommes se disent appartenir aux générations SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise). Laurent relate avoir été « *bourriné* » au lycée par la prévention faite pour lutter contre le virus d'immunodéficience humaine (VIH). Laurent exprime que selon lui, l'usage du préservatif est une évidence. Une chose semble ressortir de ces premières connaissances acquises. En effet, il s'agit de l'utilisation d'un contraceptif masculin, non pas pour gérer sa fertilité mais pour éviter d'avoir une MST/ IST. Nous pourrions faire l'hypothèse que dès les premières règles des femmes, celles-ci sont sensibilisées au fait d'être enceinte, alors que les hommes sont d'abord informés sur les MST/ IST. D'après Cécile VENTOLA, le domaine de la santé reproductive est dédié aux femmes. La prise en charge médicale de la procréation est concentrée sur les personnes ayant un utérus. Comme expliqué dans l'introduction, en 1967, la contraception s'est médicalisée en affirmant sa féminisation ainsi qu'en discréditant les techniques contraceptives dont la gestion était masculine : usage du préservatif et retrait. (VENTOLA, 2014) Le recours au préservatif est revenu en force dans les années 70 avec l'épidémie mondiale de SIDA. Le virus du SIDA est découvert en 1983 à l'Institut Pasteur par Françoise BARRE-SINOUSI, Jean-Claude CHERMANN et Luc MONTAGNIER. D'après l'ONUSIDA, depuis le début de l'épidémie, les décès de suite de maladies liées au SIDA ont estimé à 40,1 millions de personnes. (ONUSIDA, 2023) Une scission s'opère : la femme est sous contraception pour gérer sa fécondité, l'homme se protège et protège son ou sa partenaire des MST/IST. Nous pourrions supposer que ce rôle de protecteur est également un héritage de la première guerre mondiale. A la fin de celle-ci, les pertes humaines sont telles que le gouvernement décide d'interdire la contraception. C'est la loi de 1920 qui acte cette proscription. Le préservatif est autorisé dans l'unique but de lutter contre la propagation des maladies vénériennes. (LARRÈRE, 2022) Cette hypothèse peut s'illustrer dans la situation de Ryan. Pour la première personne avec laquelle il connaît une IVG, ils utilisent le préservatif. Lorsque la relation s'installe sur la base de relations sexuelles régulières mais non exclusives, les partenaires font des tests pour vérifier qu'ils n'ont pas d'IST ou MST : « *on avait une petite routine, on est parti sur une relation « sexfriend », et puis à un moment on s'est dit « on retire le préservatif, on fait nos tests etc. », tout le monde est clean* ». Lorsque les résultats sortent négatifs, ils ont des relations non-protégées qui se fondent sur la « *contraception naturelle* » : le coït interrompu. La possibilité que la femme tombe enceinte n'est pas émise. L'idée est surtout de ne pas attraper de maladies ou infections. Ryan exemplarise aussi ce propos dans la transmission de son savoir contraceptif à sa petite sœur. Il oriente son discours vers

l'usage du préservatif pour éviter la transmission de maladie ou d'infection vénérienne : « *s'il [partenaire de sa petite sœur] demande un truc, de ne pas lui accorder ce truc, genre « vas-y nan t'inquiète je gère, je suis clean, on peut y aller sans préservatif ! », nan ! ça ce sont des conneries ! ».*

*b. Les modifications ou la conservation du savoir post-IVG*

A la suite de l'IVG, pour certains des hommes, les connaissances individuelles sur la contraception ne sont pas développées. Pour d'autres, la perspective d'à nouveau se retrouver dans une situation de grossesse non-désirée les poussent à élargir leurs connaissances. Le premier groupe d'hommes va avoir un regard critique sur le second. En les questionnant sur la contraception masculine, ils vont mettre des mots sur ce qu'ils en pensent.

Le groupe un, composé de Ryan, Vincent et André, n'est pas enclin à faire évoluer ou modifier leur contraception. Dans leur couple, la femme a la charge contraceptive. Soit le couple maintient le port du préservatif soit il pratique la méthode du retrait.

Le groupe deux, dans lequel Gaétan et Rémi trouvent leur place, va connaître une bifurcation dans leur idée initiale d'utilisation de la contraception. Claire BIDART définit la bifurcation comme « l'apparition d'une crise ouvrant un carrefour biographique imprévisible dont les voies sont elles aussi aux dépens imprévues – même si elles vont rapidement se limiter à quelques alternatives –, au sein desquelles sera choisie une issue qui induit un changement important d'orientation ». (BIDART, 2006)

L'IVG apparaît pour ces hommes comme une crise parmi d'autres, un des moments d'incertitude qui va conduire à des changements. La justification de ces évolutions est un désir d'autonomie, pour soi et pour l'autre dans l'optique de responsabiliser son sperme. Avant de connaître une IVG, Gaétan ne s'intéresse pas à la contraception de sa partenaire : « *mon éducation de mec cisgenre a fait que je ne me suis vraiment pas intéressé à ça du tout* ». Après l'IVG, qui constitue un premier changement biographique, il commence à s'y intéresser. C'est lorsqu'il rencontre sa partenaire actuelle que l'apprentissage va laisser place à la pratique. Cette rencontre marque une nouvelle rupture. Sa copine qui ne souhaite pas prendre un contraceptif hormonal lui demande de prendre en charge la contraception dans leur couple. Gaétan nomme cette demande de « *grosse étape dans la remise en question de [sa] masculinité ou de [sa] classe de genre* ». Comme introduit plus tôt, l'homme n'est pas socialisé à cette prise en charge :

*« Au début, ce n'était pas facile, je crois, enfin ça été vraiment, où je me suis dit « putain c'est bizarre, j'ai l'impression que ça me retire quelque chose », vraiment le*

*patriarcat fait corps où je me disais « mais attend pourquoi c'est à moi de m'en occuper ? » il y a eu une heure où je remettais en question la démarche que j'étais en train de faire » - Gaétan*

Depuis la médicalisation de la contraception, celle-ci est une norme féminine. Ce point sera développé infra. Pour Gaétan, la requête de sa partenaire et l'IVG constituent deux moments de crise qui vont aboutir au port d'un « SpermaPause », soit un boxer chauffant. Gaétan a modifié individuellement puis à la demande d'un tiers sa manière de percevoir et concevoir sa contraception. Il exprime avoir pris ses responsabilités. Pour Rémi, sa trajectoire contraceptive est marquée par de multiples crises qui mènent à des changements. Il y a l'IVG connue quand il avait 21 ans. Il y a aussi le fait qu'il ait éjaculé dans le vagin d'une partenaire sans son consentement, un préservatif qui a craqué ou encore un doute sur s'être retiré avant l'éjaculation. Rémi qualifie ces événements de « *déboires contraceptifs* » dont cette liste n'est pas exhaustive. A leurs suites, qui auraient pu tous finir par une grossesse non-voulue, Rémi va mener des recherches sur la contraception masculine. Il souhaite prendre ses responsabilités lors de ses rapports sexuels et sur sa fertilité. Rémi ne veut pas d'enfant. La cohérence de ce choix personnel est d'être en mesure de contrôler sa fertilité. Il le justifie d'autant plus que certaines de ses partenaires ont un désir d'enfant :

*« Il y a aussi le fait qu'en prenant de l'âge j'ai de plus en plus été confronté à des partenaires qui pouvaient avoir envie de la parentalité, et que je voulais pas du tout avoir à vivre ça, ni la parentalité, ni le fait d'être le géniteur d'un gamin que je n'ai pas envie de rencontrer » - Rémi*

Il débute ses recherches à 33 ans en envisageant la vasectomie. Les professionnels de la santé ne le rassurent pas sur les éventuelles complications. C'est à 37 ans qu'il mène de nouvelles introspections sur un contraceptif masculin. Rémi prend la décision d'utiliser la méthode thermique. Il porte un slip chauffant. Cette méthode lui permet de contrôler et de prendre en charge sa fertilité. Bien qu'il ne soit pas aller au bout de la procédure, Rémi n'est pas le seul à mentionner la vasectomie. Gaétan en parle et Ruben a planifié son opération en février dernier. La vasectomie est la section des canaux déférents, ceux où circulent les spermatozoïdes. Selon la Haute Autorité de Santé, elle est irréversible et permanente. (HAS 2019) Rémi et Gaétan sont les deux des hommes du corpus qui connaissent une bifurcation dans leur contraception. Les autres maintiennent leur pratique individuelle après l'IVG et certains d'entre eux ont un regard dubitatif ou critique sur les méthodes masculines.

Les hommes porteurs d'observations à l'égard de la contraception masculine sont ceux qui ne changent pas après l'IVG. Nous avons André, Vincent, Ryan ou encore Robin. Les deux plus



âgés ne mentionnent pas de potentiels changements dans l'avenir à l'inverse des deux derniers. Les observations sont teintées de curiosité, de méconnaissance, d'ironie et d'attentes vis-à-vis de l'avancée scientifique. André se montre attentif aux méthodes tout en trouvant ça étrange :

*« A part le préservatif, je ne connais que ça... il y a quelques temps, il y a un an, j'avais vu une émission à la télé sur, comment ça s'appelle ? parce que les spermatozoïdes ne vivent que s'ils sont à 36°C, donc l'idée c'est de faire une espèce de... comment dire ? d'écharpe au niveau des testicules, pour qu'ils soient plus chauds, ce qui fait que les spermatozoïdes... j'avais vu ça à la télé, on voyait des gars qui fabriquaient leur petit truc, c'était flouté, il y a des passages qu'on ne voyait pas... donc il y avait trois quatre gars qui étaient ensemble, qui avaient une machine à coudre et qui construisaient leur truc, pour éviter d'être fécond [...] c'était un peu bizarre... voilà » - André*

Pour Vincent, celui-ci parle d'implant ou de vasectomie mais lorsqu'il est mentionné le slip chauffant, il rit. Pour Ryan et Robin, c'est plutôt la contrainte et le manque de résultats scientifiques qui freinent les démarches. Ryan s'exprime *« après je vais laisser une bonne partie de la population tester, faire mon analyse et puis voilà »*. Quant à Robin : *« je ne dis pas que je suis en mode « oui, GO, je vais faire le slip chauffant !! », je pense qu'il y aurait une petite réticence mais je serais prêt à passer le pas. »*.

Nous pouvons nous interroger sur ce qui distingue le changement de son absence, voire sa réticence. Si nous restons sur les enquêtés mentionnés dans cette partie, c'est-à-dire Gaétan, Rémi, Ruben, André, Vincent, Ryan et Robin, nous pouvons décrire plusieurs points explicatifs. Ces points sont propres aux trajectoires individuelles des hommes rencontrés, ils ne sont pas des généralités. Le premier point explicatif est que la différence entre les trois premiers : Gaétan/ Rémi/ Ruben et Ryan/ Robin est la volonté d'avoir des enfants. Gaétan, Rémi et Ruben ne veulent pas ou plus d'enfants, ils prennent en charge leur contraception. Ils corrélèrent ce choix par le contrôle de leur (non-)fertilité avec leur souhait. Rémi accentue cette absence de désir d'enfanter par l'éducation qu'il a reçue de ses parents. Rémi confie avoir subi de la maltraitance de leur part fondée sur des violences physique et psychique. A cette maltraitance s'ajoute une agression sexuelle lorsqu'il a 10 ans. Rémi explique que son enfance qu'il qualifie de *« traumatique »* ne lui permet pas de se sentir capable d'accueillir un enfant. Pour le second point explicatif, nous énonçons l'inverse que le premier. Ryan et Robin sont sciés entre le pourquoi pas changer et la volonté d'avoir des enfants. Ils ont tous les deux l'objectif de construire un projet parental. Celui-ci prime sur le contrôle de leur sperme. Enfin, en troisième

explication, nous trouvons l'âge. Vincent et André ne se responsabilisent pas alors qu'ils ne souhaitent plus d'enfant. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette absence de changement est induite par leur génération d'appartenance. Ils sont davantage marqués par leur socialisation de genre et moins enclins à la questionner ou la remettre en question. D'autant plus que pour André, sa compagne appartient à une génération similaire. Elle est aussi façonnée par sa socialisation. A l'opposé de la copine de Gaétan, nous pourrions nous demander si sa partenaire pense même à la possibilité de demander à son mari de porter la charge contraceptive. Pour Vincent et André, le facteur âge justifie leur intéressement ironique ou tardif. André prend connaissance de la méthode thermique il y a un an, soit à 63 ans.

Après l'IVG, les enquêtés, dans leur individualité d'homme, connaissent, d'un côté une évolution de leur rapport à la contraception en repensant leur socialisation d'homme. De l'autre, nous observons une cohérence de genre dans l'absence d'évolution. Dans la partie suivante, il s'agit d'interroger le changement à l'échelle du couple ainsi que l'investissement de l'homme dans les modifications ou non de la contraception dans leur relation.

## B. La contraception dans le couple

Les recherches sur la contraception sont inscrites dans différentes approches. L'une d'elle est la sociologie des usagères et des usagers de contraceptifs. Ce courant se concentre sur les conditions du choix d'une méthode, des personnes consultées pour cette décision, aux négociations entre les partenaires et la question du partage de la responsabilité contraceptive. (ROUX, 2021) Dans ce second axe sur la trajectoire contraceptive des couples pré et post-IVG, nous allons interroger l'ensemble de ces énoncés.

### *a. Pré-IVG, une responsabilité discutée*

Lorsque l'IVG n'est pas intervenue dans le couple, la responsabilité de la contraception est évidente ou discutée. Elle n'est pas remise en question lorsque le couple, surtout l'homme, n'a pas besoin de renégocier ce qui est déjà utilisé, surtout par la femme. Elle est sujette à des échanges quand elle connaît une rupture dans son utilisation.

Pour le premier groupe, nous trouvons plusieurs récits qui mettent en avant la norme contraceptive établie dans la société. Cette norme, comme expliqué ci-avant, est induite par la médicalisation de la contraception féminine dès sa légalisation en 1967. Cette médicalisation

et cette féminisation des pratiques contraceptives font tourner les acteurs responsables de la contraception. Alors que, dans les couples hétérosexuels exclusifs, la femme et son partenaire semblent les principaux concernés, les professionnels de la santé se sont insérés entre les deux pour progressivement écarter l'homme de la discussion. (VENTOLA, 2014) Cet énoncé trouve sa justification dans plusieurs récits des enquêtés. Nous trouvons Gaétan, Benjamin, Ruben, André et Laurent. Pour l'ensemble de ces hommes, c'est leur partenaire qui porte la charge contraceptive. Cette configuration s'explique car elles ont déjà une contraception avant de se mettre en couple avec les hommes rencontrés. Néanmoins, lorsque la relation s'officialise, les hommes ne disent pas avoir échangé sur la contraception que le couple, notamment la femme dans son individualité, souhaite utiliser. Dans le cas de Gaétan, sa copine porte un stérilet en cuivre. Il nous dit : « *C'est elle qui avait pris les choses en main, elle avait déjà cette contraception avant notre début de relation et du coup, sans trop en parler, elle a juste pris le lead de notre contraception* ». Les partenaires de Benjamin et de Ruben portent également un stérilet. Ruben parle d'une « *prise en charge comme un couple classique* ». Quant à André et Laurent, la femme de l'un et la seconde partenaire de l'autre prennent une pilule contraceptive. André dit qu'il ne s'en occupe pas. Cette assignation contraceptive à sa femme, il l'explique par la discrétion de celle-ci. La contraception n'est pas un sujet de conversation dans leur couple. Cependant, nous pouvons supposer que si André n'ouvre pas la discussion avec sa partenaire, c'est qu'il considère la contraception comme un rôle féminin. Ici, la contraception comme rôle féminin s'affirme comme fait social. Nous pouvons faire l'hypothèse que la force d'imposition de cette norme permet de rendre compte d'un processus d'absence de discussion entre les partenaires. Dans la trajectoire de ces cinq hommes, la femme se charge de la contraception pour le couple et c'est normal. Pourtant, le fait qu'elle ne soit pas discutée ne veut pas dire que les hommes ne sont pas impliqués. Nous pouvons remarquer que chacun d'entre eux sont en mesure de nommer le contraceptif utilisé dans la relation. L'implication comportementale des hommes dans la contraception du couple est de l'ordre de la description. Pour le second groupe, la contraception est un sujet dans la relation pré-IVG des hommes rencontrés. La discussion advient quand la femme souhaite changer de méthode contraceptive. Bien qu'il y ait une volonté de partage de la charge contraceptive, la partenaire reste motrice du changement. Les entretiens de Ruben et de Laurent exemplarisent ces mots. Au début de leur relation, la première femme de Ruben prend la pilule contraceptive, puis se fera poser un stérilet. Sa partenaire va prendre la décision de le retirer. Ce choix, Ruben en est aussi moteur. Il lui propose de revenir au préservatif car il trouve que la contraception féminine est intrusive : « *je voyais qu'il n'y avait pas grand-chose de vraiment respectueux envers la femme et envers*

*son système génital et son organisme, presque tout était intrusif* ». Par ailleurs, il mentionne le fait que le stérilet les gênait dans leurs rapports sexuels : « *elle portait le stérilet, il était un peu présent, gênant je trouvais, du coup, on a décidé...* ». Dans ce récit, la charge contraceptive semble être discutée, voire elle semble impacter autant le corps de Ruben que celui de sa partenaire. Pour Laurent, sa première copine avec qui il connaît une IVG ne souhaite pas prendre de contraceptif hormonal. La contraception n'est pas davantage discutée, Laurent utilise des préservatifs : « *je ne discute pas ce genre de chose, ce sont les gens qui choisissent ou pas de gérer ça avec leur corps donc, en contrepartie je m'adapte* ». Nous pourrions interroger une forme de contrôle ou de rôle de sauveur de l'homme dans ces deux récits. L'un veut « *respecter* » le corps de sa femme, l'autre s'adapte au besoin de sa copine. Les deux, à la sollicitation féminine, prennent la responsabilité de la contraception dans leur couple. Nous retrouvons cette idée de rôle de protecteur de la santé de l'autre. Alors qu'en 1920, l'usage du préservatif avait pour but de lutter contre les maladies vénériennes, ici il s'agit d'éviter à la femme une prise d'hormones. C'est lorsque la partenaire ne souhaite pas ou ne peut pas prendre de contraceptif féminin, que l'homme « prend en charge » la contraception. Cette prise en charge se tourne principalement vers le préservatif et la méthode du retrait, ou coït interrompu. Nous questionnons cette méthode dans la partie suivante.

#### *b. Le retrait comme contraception masculine*

Une contraception discutée et source de négociations entre les deux partenaires. C'est la méthode du retrait. Le retrait apparaît comme une contraception déviant de la norme. Cécile THOMÉ parle d'un « triple décalage normatif ». Selon la sociologue, la norme est la responsabilité contraceptive médicalisée, féminine et invisibilisée. La déviance du retrait s'explique par sa non-médicalisation, sa gestion masculine et par l'interruption du script sexuel le plus courant. (THOMÉ, 2022) En 2013, selon l'Enquête Fécond de l'Institut National d'Études Démographiques (INED), 4,9% des femmes âgées entre 18 et 44 ans ont cette méthode contraceptive. Cette technique contraceptive minoritaire, qui consiste en une interruption de la pénétration pénovaginale au moment de l'éjaculation est présente chez six des hommes rencontrés avant l'IVG. Chez ces enquêtés, le retrait est l'affaire de l'homme et de la femme. Techniquement et physiquement, le retrait apparaît comme une responsabilité masculine. Toutefois, il est le sujet de négociations dans le couple. Celles-ci s'orientent sur la volonté de le pratiquer. Dans ce travail, ce désir est davantage porté par les partenaires des enquêtés. Dans les récits des hommes, le retrait trouve sa place dans l'utilisation non

systematique du préservatif et dans l'absence d'un contraceptif féminin. La pratique du retrait n'est pas homogène entre les enquêtés. Certains vont se retirer systématiquement avant d'éjaculer tandis que d'autres vont interrompre la pénétration seulement les jours théoriques d'ovulation de leurs partenaires.

Ce sont Quentin, Rémi, Vincent, Ruben, Ryan et Robin qui utilisent cette méthode pré-IVG. Quentin, Rémi et Vincent pratiquent le retrait sporadiquement. Quentin dit utiliser non systématiquement un préservatif pendant ses rapports intimes. Il parle de prendre des risques consciemment avec sa partenaire. Rémi et Vincent se retirent en fonction des cycles de leurs conjointes. Pour la première femme avec qui Vincent connaît une IVG, bien que ce soit lui qui doit anticiper son retrait, l'absence du port de préservatif est à la demande de sa partenaire. C'est elle qui ne souhaite pas utiliser de contraceptif et qu'il se retire avant l'éjaculation durant ses jours d'ovulations. Vincent ne questionne pas, il se dit aveuglé par l'amour qu'il lui porte. Pour Rémi, celui-ci ne supporte pas le préservatif. Le couple décide de pratiquer le coït interrompu avec l'étude des cycles. Cette pratique perdure jusqu'à que sa copine lui demande de ne plus se retirer. Alors que Rémi gère sa fertilité en se retirant de sa partenaire, celle-ci souhaite qu'il lâche prise : *« moi je dis « non, ça c'est hors de question » et puis à force de m'en parler, voilà, 6 mois plus tard, là c'était l'été on était en vacances etc., « bon ok », mais ça s'est passé sur l'oreiller quoi »*. A nouveau, c'est la femme qui prend en charge la contraception du couple.

Pour Robin, sa copine a un implant inséré sous la peau du bras. L'implant est une méthode contraceptive qui libère en continu un progestatif dans le sang. Robin n'explique pas le processus dans son récit, mais sa copine se fait retirer son implant et le couple décide de pratiquer le retrait. Cependant, Robin soulève un nouveau point, celui de la charge mentale. La charge mentale est une notion qui naît dans les années 70. Mais c'est en 2016 que la charge mentale s'inscrit dans un mouvement mondial qui dénonce les rapports sociaux de sexe. (HAICAULT, 2020) Titiou LECOQ, autrice, définit en 2023 lors d'une interview pour le média « Simone Podcast » la notion comme « le fait d'avoir en permanence dans la tête le soin, l'idée, la préoccupation de la maison, de la vie de couple et de la vie familiale ». Cette charge mentale est présente dans la gestion du retrait par Robin :

*« J'étais trop nul là-dessus, j'étais trop nul, en mode je n'arrivais pas à me mettre en tête les cycles, on n'a pas réussi à mettre les outils en place, j'ai été fainéant là-dessus et du coup c'est arrivé souvent que pendant l'acte je lui demande si c'est ok d'y aller, mais en fait c'est trop nul, on est en train de faire l'amour, on est à un moment de*

*plaisir et je lui fais « c'est ok de faire ça ? », mais en fait la charge mentale ?? » -*

Robin

Dans cette situation, alors que, comme répété, le retrait se présente comme un contrôle du corps de l'homme pour assurer son bon fonctionnement, c'est la femme qui doit s'assurer de la bonne gestion de cette méthode. La femme se présente comme étant la seule à faire attention à son cycle et à se tenir informée pour les deux partenaires. Il n'y a pas de partage.

Avant l'IVG, que ce soit une méthode contraceptive hormonale ou naturelle, dans le récit des hommes apparaît une figure majoritaire de la femme décisionnaire et gestionnaire. Seulement, alors qu'ils ne peuvent pas être enceints, les hommes sont aussi responsables que la femme dans le risque de concevoir une grossesse non-désirée. (LE GUEN et al., 2021) Or, avant l'IVG, peu des hommes rencontrés semblent avoir conscience de cet enjeu et des répercussions sur le corps de leur partenaire. Maintenant, nous allons voir si l'IVG influence le comportement contraceptif de l'homme et/ ou du couple.

### *c. La contraception post-IVG*

L'IVG découle d'un rapport sexuel où la contraception utilisée a échoué. L'échec peut-être issu d'un accident. Nous pouvons prendre comme exemple le stérilet de la copine de Gaétan qui est aspiré par sa coupe menstruelle ou le préservatif qui reste dans le vagin de la partenaire de Ryan. Il peut-être induit par l'efficacité de la contraception. Aucun moyen contraceptif n'est efficace à cent pour cent. Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et son Baromètre santé, l'implant est le contraceptif le plus efficace dans la pratique à 99,9%. Le retrait est efficace à 73%, le stérilet à 99,8% et la pilule à 92%. Le moins efficace dans la pratique est le spermicide, à 71%. Cela dit, après l'IVG, les couples vont connaître la mise en place d'un contraceptif, une responsabilisation de son sperme ou le maintien de la méthode pré-IVG. Dans cette partie, ce sont les relations qui se sont maintenues post-IVG qui sont étudiées.

La mise en place d'un contraceptif post-IVG apparaît chez Quentin et Rémi. Ce changement est porté par différents acteurs. Dans le récit de Quentin, ses mots laissent entendre que c'est sa partenaire qui prend la décision d'utiliser un contraceptif féminin. La femme décide mais cela est source de négociations dans le couple. Chez Quentin, le couple se questionne sur deux méthodes : se tenir au préservatif ou la pose d'un stérilet. Quentin se renseigne sur le stérilet en cuivre d'un point de vue médical et lui transmet les informations collectées. Il lui laisse la liberté

de choisir. Il justifie cette absence décisionnelle par le fait que la contraception agit sur le corps de sa copine :

*« Ce n'est pas à moi de décider ce qu'elle doit choisir ! Je suis concerné, c'est juste que je ne veux pas donner l'impression de décider pour elle ! Mais je ne suis pas impacté directement par le truc, je ne vais pas la pousser à prendre la pilule si, enfin... si ce n'est pas mon corps en fait, c'est dans ce sens-là que je ne suis pas concerné, mon corps n'est pas concerné, c'est son corps à elle ». - Quentin*

Dans son récit, nous comprenons que la contraception masculine de Quentin se restreint au port du préservatif. Il n'est pas envisagé un partage de la charge contraceptive. Post-IVG, alors qu'il a l'expérience d'un échec contraceptif, il se positionne en retrait de cette responsabilité. Pour Rémi, l'acteur moteur du changement est le monde médical. A la suite de l'IVG, sa copine se voit proposer un contraceptif par la professionnelle de la santé qui l'a suivie. Rémi n'a pas le sentiment que le couple ait la possibilité d'échanger sur le sujet ou d'envisager une autre méthode que celle proposée : *« en fait, la personne qui nous a reçu elle a quand même été très insistante, même assez infantilisante, et du coup elle n'a pas... c'était vraiment de l'ordre de l'injonction, on n'a pas vraiment eu cette sensation qu'elle lui laissait la possibilité d'envisager différentes méthodes »*. La professionnelle de la santé fait office de figure d'autorité, voire d'entrepreneuse de morale (BECKER, 2020). Son discours véhicule les normes et les représentations attendues dans la société. Ce genre de discours participent à la construction des comportements et des prénotions de la population générale vis-à-vis de l'univers de sens médical. (VENTOLA, 2014)

Post-IVG, la responsabilisation du sperme apparaît à plusieurs degrés. D'un côté, elle passe par l'utilisation négociée du préservatif, de l'autre elle se construit autour de l'information puis l'application d'une méthode dont la charge est cent pour cent masculine. Le premier point est éclairé par Ryan. Sa responsabilisation passe par une négociation vis-à-vis de ses partenaires. Si elles n'utilisent pas de contraceptif, il assure toujours utiliser un préservatif depuis les IVG connues. Tandis que si elles ont une contraception, il dit ne pas en mettre car les *« risques sont infimes »*. Le second point est illustré à travers le récit de Gaétan qui a déjà été énoncé. Après l'IVG vécue avec sa première partenaire, il se renseigne en autonomie sur la contraception masculine. Le basculement dans la pratique a lieu lorsqu'il rencontre sa seconde partenaire qui ne souhaite pas prendre de contraceptif et lui demande de gérer cet aspect du couple. Ces deux degrés, mis en comparaison, apparaissent comme radicalement opposés. Toutefois, encore une fois, ce sont les partenaires qui se trouvent soit majoritairement porteuses de la charge contraceptive, soit motrices du changement.

Nous retrouvons le maintien de la méthode pré-IVG chez André, Vincent et Laurent. Les trois partenaires de ces enquêtés vont continuer la contraception qu'elles avaient avant l'IVG. Une seule exception se dégage du maintien de la pratique, c'est Robin. Avec sa partenaire, ils continuent à utiliser le retrait comme contraception.

Finalement, que ce soit la mise en place d'un contraceptif à la suite de l'IVG ou le maintien de la méthode pré-IVG, il apparaît que la contraception est majoritairement portée par les copines des enquêtés. Nous comprenons que l'IVG influe de manière hétérogène sur les comportements des hommes. Certains vont changer radicalement leur méthode contraceptive en la prenant en charge sur leur corps. D'autres, vont être sensibilisés à la multiplicité des contraceptifs, notamment masculins, mais ne sont pas enclins à les utiliser. Enfin, les derniers hommes ne connaissent pas de changement sur eux ou pour leur partenaire. Alors qu'une fécondation souhaitée ou non implique les deux partenaires, il semble que la charge contraceptive repose toujours sur les femmes. *(NB : au moment de l'IVG. En effet, des hommes comme Rémi ou Ruben utilisent des contraceptions masculines dans le temps présent)*. Cette charge se manifeste d'un côté par le contrôle de celle-ci avant l'IVG. De l'autre, après l'IVG, par le fait de devoir demander à son partenaire d'utiliser un contraceptif masculin. Il y a aussi l'idée que les professionnels de la santé continuent de maintenir cette médicalisation féminine en orientant la prescription d'un contraceptif vers la femme. Enfin, la charge se présente dans le maintien d'un contraceptif hormonal féminin. Elle est d'autant plus importante lorsque le couple ne souhaite plus d'enfant.

Dans la seconde partie, nous allons étudier les répercussions de l'IVG sur le rapport à la parentalité des hommes rencontrés.

## II. L'évolution du rapport à la parentalité

Dans cette dernière partie, nous nous demandons si la perspective de la grossesse redéfinit les conditions du devenir parent des hommes rencontrés. Nous l'avons compris dans le premier chapitre, l'annonce de la grossesse peut conduire les hommes à se projeter dans une parentalité. Indépendamment de ces projections, pré-IVG, la parentalité peut être, ou non, un sujet de discussion entre les deux partenaires avant de connaître une IVG. Nous allons interroger la présence ou l'absence d'échanges sur ce sujet. Il est question d'appréhender la dimension du projet parental dans le cadre du couple ainsi que les individualités respectives des



hommes rencontrés. Pour condenser, il s'agit de comprendre l'influence que l'IVG a, ou pas, sur la volonté d'être parent, d'être père. La parentalité se définit comme la prise en charge matérielle, affective et éducative de l'enfant. Elle ne se limite pas aux parents biologiques, elle englobe les acteurs qui sont susceptibles d'assumer cette fonction. (DOYON et al., 2013) Le père est l'un des acteurs de cette parentalité. Ceci se complète avec la mise en avant de ce qui fait varier l'aboutissement d'un projet parental : la socialisation, les envies de la femme et de l'homme ou encore les discours éco-anxieux définis infra.

### A. La parentalité pensée, établie, modifiée

Le devenir parent, dans les relations des hommes rencontrés, est un sujet que l'ensemble des couples exclusifs ont abordé. Le seul cas d'absence d'échange pré-IVG est celui Ryan. Celui-ci entretient des relations occasionnelles basées sur le sexe. La parentalité est un objet de discussion dans la relation tout en étant pensée à l'échelle de l'homme. Nous allons voir quand est-ce qu'elle est pensée, comment est-ce que les hommes arrivent à y méditer et si elle aboutit.

#### a. *Penser au devenir parent : le rôle des filles ?*

En faisant un détour par la sociologie du genre, nous pouvons d'abord nous demander si la pensée du « devenir parent » n'est pas un rôle de fille. A la naissance de l'enfant, la socialisation de genre va destiner aux différentes étapes de la vie : orientations scolaires, vie familiale, relations amoureuses, choix professionnels et extra-professionnels. (BUSCATTO, 2019). Ces étapes sont définies par des « dispositions genrées » soit « *l'ensemble des manières d'agir et de penser socialement définies comme masculines ou féminines, que les individus ont intériorisées au cours de leur histoire, et qui les conduisent à agir d'une manière spécifique dans des contextes déterminés* » (COURT, 2007). Si nous interrogeons le « devenir parent » comme une disposition genrée, nous pouvons remonter à l'enfance des garçons et des filles. Nous faisons un focus sur la construction des rôles genrés par l'intermédiaire des jeux. Dès les plus jeunes âges, le jeu est l'occasion de développer la base de la socialisation. Ce développement est porté par les entreprises et magasins de jouets. En effet, ces structures opèrent une scission insidieuse entre ce qui est socialement acceptable pour les garçons et pour les filles. Les magazines qui promeuvent leurs produits sont construits de telle façon que les filles intègrent la sphère domestique et les garçons le monde extérieur. Les jouets des garçons font l'apologie des métiers physiques, qui intègrent la conduite d'un véhicule ou le port d'arme.

Ils s'associent au danger et à la nécessité de faire preuve de courage. Ceux des filles les astreignent à de nombreuses activités professionnelles qui se lient au *care* : prendre soin des enfants, faire attention à son apparence ou effectuer le travail domestique. Les enfants filles sont construites pour être présentées comme des mamans miniatures. (ZEGAÏ, 2010) C'est de là que nous pouvons nous demander si les hommes rencontrés sont sensibles à la question de la parentalité avant de connaître une IVG. Ils sont façonnés pour ne pas l'être et Gaétan, l'un des enquêtés, le reflète :

*« J'avais 21 ans... 21/22 ans, c'était, enfin pour moi c'était inimaginable, je crois que j'étais un peu sous le choc aussi de me poser véritablement la question. On regarde des films, on fantasme un peu ce truc-là, mais quand on est devant ou quoi, je me souviens vraiment que ça avait résonné quoi : est-ce que je suis prêt à être papa ? PFOUA, pas du tout quoi. Et je n'étais même pas prêt pour me poser véritablement la question. » - Gaétan*

Nous pourrions émettre l'hypothèse suivante : pour les enquêtés penser la parentalité vient avec la rencontre de « la bonne » (dixit Vincent) personne : « *tu l'as vraiment quand tu es amoureux de quelqu'un et que tu as envie, enfin tu vois, pour compléter, et quand tu as une femme qui a un désir d'avoir un enfant, pour... enfin, c'est vraiment un partage de la vie qui est formidable* ». Et dans la situation de Gaétan, nous pourrions tout aussi supposer que la parentalité se trouve questionnée à l'annonce de la grossesse.

#### *b. Être parents : la norme d'un couple établi*

La maîtrise des naissances par l'ouverture du droit à la contraception ou celui de procéder à une IVG a modifié le lien parental. Le devenir parent est plus facilement contrôlable. Il devient le résultat d'une volonté individuelle ou du couple. (« Devenir parents », 2009) Toutefois, cette volonté reste dictée par des normes sociales inculquées et attendues de deux personnes ensemble ayant des projets sur le long terme. Il est important de noter que vouloir un enfant est une norme partagée par les différents groupes sociaux. Chaque catégorie socioprofessionnelle ambitionne le droit à sa reproduction. Ceci, tant que les situations économiques, matérielles et sociales le permettent. (GEAY et HUMEAU, 2016) Dans le récit de certains des hommes rencontrés, la volonté de fonder une famille est inscrit dans leur socialisation. Ryan souhaite devenir père un jour. C'est l'un des hommes rencontrés qui s'est le plus projeté lorsque sa partenaire lui a annoncé la grossesse. Pour rappel, elle souhaite mener au terme sa grossesse puis procède à une IVG sans en informer à Ryan. C'est le contexte qui

pousse à une projection organisationnelle si profonde : arrêter ses études, passer le permis, avoir un travail. Les premières pensées de Ryan sont de pouvoir subvenir aux besoins de cet enfant, de réunir les conditions matérielles d'existences suffisantes. Ces conditions sont souvent mentionnées chez les enquêtés. Soit au moment de la décision d'interrompre la grossesse, soit en pensant au fait de devenir parent. Par exemple, pour Laurent, il s'imagine être papa avec la deuxième femme avec qui il vit une IVG parce qu'il a une situation plus stable. Il se décrit comme posé et moins dans la précarité. Il a obtenu sa formation de conseiller principal d'éducation (CPE). Cette formation lui permet d'obtenir un CDI à la place de son CDD d'assistant d'éducation (c'est-à-dire pion). Il passe le cap de la trentaine et dit avoir d'autres envies pour la suite de sa vie. Laurent intègre la double dimension de la bonne construction du projet parental. Il détient les moyens d'existences et le statut. La venue d'un enfant passe par l'intériorisation de ces normes procréatives. Ce sont les conditions socialement définies pour avoir un enfant. Ces normes propres aux « futurs parents » dans leur individualité sont associées à des normes du couple. Être dans une relation sur le long terme et habiter ensemble conditionnent également l'arrivée d'un enfant. (DÉCHAUX et LE PAPE, 2021) Laurent entre dans ce schéma normé sachant qu'à l'annonce de la grossesse, il est en couple depuis un an et demi et fait des aller-retours entre le domicile de sa compagne et son lieu de travail. André, Ruben et Vincent intègrent, au même titre que Laurent, ces normes procréatives. André parle de « *cycle normal de la vie d'un jeune garçon marié* ». La venue d'un enfant dans son mariage est évidente : « *par rapport à moi, par rapport à ma partenaire, par rapport à la société en générale, par rapport au fait qu'il y a des gens qui donnent la mort et d'autres qui donnent la vie, voilà !* ». Chez André ou Vincent, les doyens des enquêtés, nous émettons le postulat que leur génération d'appartenance accentue davantage l'inculcation de la norme parentale. Si nous revenons à Ryan, 24 ans, le plus jeune des enquêtés, nous attribuons son désir d'être père à sa socialisation religieuse. Ses deux parents sont chrétiens pratiquants. La religion, notamment l'église catholique a longtemps influencé la norme sociale du devenir parent. Le christianisme porte et enseigne les attentes traditionnelles de la famille. Dans la Genèse, le premier livre de la Bible, nous lisons au verset 1.28 : « *Dieu les bénit, et Dieu leur dit : Soyez féconds, multipliez, remplissez la terre, et l'assujettissez ; et dominez sur les poissons de la mer, sur les oiseaux du ciel, et sur tout animal qui se meut sur la terre* ». Ryan est allé à la messe étant enfant puis adolescent. Nous pouvons présumer que l'église, par ses versets, a socialisé Ryan à la norme de la parentalité catholique. Aujourd'hui, Ryan n'est plus pratiquant car ses valeurs ne correspondent plus à celles de l'église. Cependant, il reste empreint de cette socialisation. Un autre enquêté semble imprégné par l'église. C'est Ruben. Ruben est espagnol. Bien qu'il vive

en France, ses parents habitent toujours en Espagne. Entre 1939 et 1975, l'Espagne est sous un régime dictatorial dirigé par une idéologie nationale-catholique. (NATTIEZ et SANTIAGO, 2018) Sachant que Ruben a 46 ans, nous identifions sa date de naissance à l'année 1977. Selon la concordance des dates, nous pouvons supposer que ses parents ont été élevés sous ce régime. Par ailleurs l'Espagne a pour religion dominante le christianisme avec 70% de pratiquants. Nous émettons l'hypothèse, qu'intentionnellement ou pas, Ruben a été socialisé aux normes religieuses ainsi qu'au rôle des êtres humains à se multiplier et à assurer une descendance. Par ailleurs, nous pouvons souligner que l'Espagne a des normes familiales très présentes. La famille est une institution fondamentale avec de fortes solidarités. (NATTIEZ et SANTIAGO, 2018) Ce duo religion/ centralité de la famille laisse entendre que la volonté de Ruben d'être père est construite socialement.

Pour les enquêtés, nous comprenons que la parentalité est davantage le produit d'une construction sociale que le fruit d'une volonté propre. Toutefois, pour la majorité d'entre eux, l'IVG vient rompre cette normalité. Nous allons le discuter, l'IVG n'est qu'une parenthèse avant l'adoption de la norme.

### c. *L'IVG marque une parentalité en décalée*

Comme annoncé dans l'introduction de cette partie, la parentalité est un sujet dans le couple avant même de connaître une grossesse non voulue. A l'instantané, si le projet parental associé aux normes procréatives ne sont pas atteints, le choix se porte vers l'interruption de cette grossesse. Pourtant le poids des normes et des attentes de la société font que l'IVG marque une parentalité en décalé pour les enquêtés. Ce décalage se caractérise par la naissance d'un enfant, par le fait d'en reparler dans le couple post-IVG ou d'échanger sur le sujet dans une nouvelle relation.

Pour le premier cas, nous trouvons Ruben, Vincent, André et Laurent. Ces quatre hommes sont papas avec les femmes avec qui ils ont connu une IVG à l'exception de Laurent qui est père avec une nouvelle partenaire. Concernant André, l'IVG est « *gommée* » par l'arrivée de sa troisième enfant. Vincent se sent « *plein* » dans la manière dont il a construit son projet parental avec sa femme. Laurent est « *hyper content* » et Ruben a toujours senti le devenir parent en sécurité avec ses partenaires, surtout la première. Il identifie l'IVG comme une épreuve avant de construire sa famille.

Au sujet du second cas, nous avons Quentin, le seul enquêté sans enfant qui est toujours en couple avec sa partenaire de l'IVG. Au moment de l'IVG, Quentin et sa copine sont toujours

en études. C'est une situation instable qui ne concorde pas avec la norme procréative. Les deux partenaires ont partagé la volonté de devenir parents un jour. Après l'IVG, c'est une discussion qu'ils abordent de nouveau : « *on en n'a pas discuté des heures, mais je sais qu'elle veut des enfants et elle sait que je veux des enfants un jour* ».

Enfin, pour le troisième cas, nous retrouvons Robin, Benjamin et Ryan. Les deux premiers sont dans de nouvelles relations et Ryan continue à avoir des relations temporaires. Avec sa nouvelle partenaire, Robin s'entend devenir père : « *moi j'ai eu de très fortes envies d'enfant ces deux dernières années en partageant cette relation avec elle, [...] je vois cette partenaire comme une bonne parente* ». Ce désir était déjà présent avec sa copine avec qui il a connu une IVG. Le climat conflictuel qui habitait leur couple avait mis entre parenthèses sa volonté jusqu'à cette nouvelle rencontre. C'est le même schéma pour Benjamin. Lui et sa partenaire actuelle utilisent comme moyen de contraception le retrait. En le questionnant sur le risque de se retrouver en situation de grossesse non désirée, Benjamin répond que si ça devait se reproduire, il n'y aurait pas d'IVG. Le couple est prêt à devenir parent. Benjamin considère la parentalité comme un objectif de vie, quelque chose pour passer le temps : « *sinon, je me dis qu'est-ce que ça va être long de... tu vois ? en vrai jusqu'à 80 piges sans enfant, qu'est-ce que c'est long, je ne suis pas prêt, ça occupe quand même* ». Quant à Ryan, il ambitionne d'être père lorsqu'il aura rencontré la bonne personne.

Finalement, que ce soit avant ou après l'IVG, les hommes rencontrés pensent leur parentalité. Celle-ci n'influence pas le projet parental du couple ou des enquêtés. Certains d'entre eux sont aujourd'hui devenus pères, quant aux autres, il semble que cela aboutira dans le futur. Cette parentalité peut être mise à l'épreuve ou négociée par la vie, la partenaire et les nouveaux enjeux environnementaux. C'est-ce que nous allons voir infra.

## B. Le désir d'enfant de l'homme

Si l'IVG n'influence pas la parentalité des hommes rencontrés, le devenir parent est construit et redéfini par des facteurs extérieurs. Cette partie ouvre une parenthèse sur la manière dont les hommes déterminent le rôle de père qu'ils désirent endosser. La façon d'être qu'ils projettent d'être parent et la façon dont ils sont pour autrui, le savoir-être et le savoir-agir, sont la répercussion de leur socialisation. Elles sont aussi le fruit d'une volonté du couple ou individuelle. Enfin, la prégnance des discours éco-anxieux marque un tournant dans l'avenir procréatif de certains des enquêtés.

### a. *Penser son rôle de parent sur le modèle reçu*

Chez certains des hommes rencontrés, le devenir parent se pense dans la manière d'être avec ses futurs enfants. Se projeter dans cette parentalité est le reflet du schéma familial reçu. Ce schéma est aussi l'origine de l'absence de désir d'enfant. Ici, deux récits renvoient à cette dichotomie liée à la socialisation : vouloir ou ne pas vouloir être parent comme conséquence de celle-ci. Quentin convoite à devenir père lorsqu'il aura acquis un statut et des conditions d'existences stables. Cependant, il ne souhaite pas être comme ses parents ont été avec lui. Rémi ne veut pas être père même s'il intègre les dimensions normatives de la procréation. Rémi confie que l'éducation et l'affection dont ses parents ont été porteurs relatent de la maltraitance. Pour Quentin, il explique son besoin d'être plus démonstratif avec ses enfants par les distances physique et émotionnelle qui se sont construites avec ses parents. Il justifie ces distances par les origines asiatiques de ses géniteurs : *« je pense qu'ils soient asiatiques ça joue aussi, le fait qu'ils sont eux-mêmes peu démonstratif envers les enfants, on les voyait rarement se faire des câlins, on les voit rarement s'embrasser »*. Dans l'imaginaire de son rôle de père, Quentin aimerait offrir l'opposé à ses enfants. Il aspire à être plus démonstratif, avoir plus de contacts physiques, leur faire des câlins, être en mesure de faire des compliments : *« je pense que je dirais à mes enfants que c'est bien, que je suis fière d'eux, que ce n'est pas grave, les autres on s'en fou »*.

Quand à Rémi, il énonce avoir grandi dans une famille qui communiquait peu et dans laquelle il ne se sentait pas à l'aise. Il explique que ses parents n'étaient pas outillés pour créer une relation familiale de confiance avec lui. Son père est abusif, à cela s'ajoutent des violences physique et morale. Rémi attribue ces mêmes comportements à sa mère. Il qualifie sa relation qu'il entretient avec ses parents de *« malsaine »*. Cette socialisation fondée sur les violences, Rémi la porte encore aujourd'hui. Il n'est pas en mesure d'accueillir un enfant. Il estime ne jamais le pouvoir, parce qu'il a été victime d'abus : *« je ne me sens toujours pas guéri de ces traumatismes et du coup toujours pas apte à m'occuper correctement d'un enfant »*.

Ces deux hommes traduisent leur choix et leur manière de vouloir monter un projet parental selon la façon dont ils ont été eux-mêmes élevés. L'IVG n'a pas d'incidence sur celui-ci. Pour Rémi, elle était nécessaire, justement pour ne pas avoir un enfant qu'il ne se sent pas prêt à accueillir. Pour Quentin, nous pouvons davantage penser l'IVG comme une manière d'avoir gagné en compétences affectives. Pour rappel, sa copine lui reproche de ne pas être assez démonstratif émotionnellement. Après l'IVG, Quentin dit essayer de faire des efforts, de se montrer plus tactile. Nous pouvons émettre la possibilité que ces changements

comportementaux et affectifs pourront profiter à son désir d'être plus démonstratif avec ses hypothétiques enfants.

### *b. L'écart entre paternité et parentalité*

La socialisation influe sur la projection parentale. Une autre source vient négocier avec l'aboutissement de la parentalité, ce sont les partenaires des enquêtés. Ici, ce ne sont pas systématiquement les femmes avec qui les enquêtés ont connu une IVG. Ce sont les copines actuelles des hommes rencontrés. Deux configurations s'opposent : l'homme a émis le désir d'être papa mais la femme ne le souhaite pas ; la femme projette une parentalité avec un homme qui ne le veut pas. Dans les deux configurations, nous observons un décalage entre l'envie d'être parent et le projet parental du couple. Entre un choix individuel et un choix collectif. Dans le récit des enquêtés, le choix individuel prime sur le global, c'est-à-dire que la décision d'un des deux partenaires va s'imposer à l'autre. L'un des partenaires se soumet à celui qui ne souhaite pas d'enfant et met en place sa propre contraception. Cette deuxième explication est portée par les hommes.

Pour la première configuration, les entretiens de Gaétan et Robin viennent la clarifier. Avec leurs ex-copines, celles avec qui ils ont vécu une IVG, les deux hommes ont un échange sur la parentalité. Dans le couple de Gaétan, ils étaient tous les deux d'accords pour avoir des enfants dans l'avenir. Devenir parents faisait partie de leurs plans futurs : *« ouais, un peu, mais plus voilà dans les termes du projet, on aura la ferme et puis après on aura nos enfants... »*. La parentalité aurait abouti lorsqu'ils détiendraient les conditions matérielles d'existences suffisantes pour les accueillir. Pour Robin, le couple en avait également discuté. Dans ses échanges, Robin exprime un désir plus important que sa partenaire : *« elle m'a dit ça, qu'on avait déjà discuté de ça, et ce qu'elle se souvenait c'est qu'avoir des enfants faisait partie du projet de vie que je voulais avoir »*. Quoi qu'il ait été dit dans leurs relations, les deux hommes se sont séparés de leurs partenaires. Ils sont tous les deux dans de nouvelles relations. Pour Gaétan, alors qu'avec la femme de l'IVG il dit vouloir être parent, en compagnie de sa nouvelle compagne, ce n'est plus le cas. Sa copine ne veut pas d'enfant. Sa décision devient celle de Gaétan et il l'accepte : *« je n'ai pas envie de l'imposer à qui que ce soit, je n'ai pas envie de l'imposer à [ma copine], elle ne veut pas d'enfant et puis je n'en aurai pas et puis c'est comme ça... »*. Gaétan explique que le fait d'avoir un enfant se passe dans le corps de la femme, que les modifications ne s'opèrent pas sur son corps. Si la grossesse se produit en dehors de lui, il ne se voit pas imposer sa décision sur quelqu'un. Gaétan connaît un tournant dans sa paternité.

Aujourd'hui il l'envisage dans la manière de la contrôler en adoptant un contraceptif et en repensant sa masculinité. Du côté de Robin, celui-ci a toujours désiré un enfant. Cette envie est passée de sa relation avec la femme avec qui il a connu une IVG à sa présente copine. Le nouveau couple discute de ce sujet. Robin lui exprime un souhait de parentalité dont il a envie avec elle. Sauf que sa compagne a un passé traumatisant et des problèmes de santé. Il retranscrit un passif familial lourd ainsi qu'un accident de voiture lorsqu'elle avait 20 ans. A la suite de cet accident, des plaques de métal lui ont été posées dans le cou, elle souffre de douleurs chroniques. Elle dit ne pas être sûre d'avoir la force de porter un enfant. Le désir de Robin se voit négocié. Il raconte que si elle ne souhaite vraiment pas d'enfant, ça ne mettrait pas un terme à la relation. Il ajoute qu'il existe d'autres options pour devenir parents. Toutefois, il dit que ce n'est pas la même chose et qu'il aimerait quand même avoir des enfants avec elle. Pour ces deux hommes, ce sont les partenaires qui influencent le projet parental. Les hommes se retrouvent à devoir calquer leurs envies sur celles de leurs copines. Ce qu'ils semblent tous les deux accepter. Il y a un écart entre vouloir être père et pouvoir être père. Le pouvoir implique leurs conjointes. Si elles ne le désirent pas, ils ne peuvent pas les contraindre. Ils redéfinissent leur couple sur d'autres projets et ambitions relationnelles.

Pour la seconde configuration, ce sont Rémi et Ruben qui enrichissent l'énoncé. Nous l'avons compris, Rémi ne veut pas d'enfant. Il avance dans l'âge et dit se retrouver confronter à des femmes qui elles veulent des enfants. Ruben est en couple avec la troisième femme avec qui il connaît une IVG. Ils ont déjà des enfants issus de relations antérieures. Elle aimerait en avoir un deuxième, Ruben ne partage pas cette envie. Ces deux hommes, pour ne pas aller contre leurs volontés, vont mettre en place une contraception masculine. En gérant leur fertilité, ils contrôlent leur envie ou non de devenir pères :

*« J'ai essayé justement la contraception masculine avec [partenaire 3], dans la première année de notre relation, parce qu'elle avait pas mal envie d'avoir un deuxième enfant mais moi je voulais que notre couple aille bien dans le fond et dans les endroits plus émotionnels, j'avais envie qu'on passe des étapes » - Ruben*

En prenant en charge leur (non-)fertilité, ils décident pour eux, pour leur corps. Ils choisissent quand et avec qui ils souhaitent avoir ou ne pas avoir d'enfant. Nous observons un retournement de la situation du contrôle contraceptif. Alors que les femmes sont détentrices de la norme contraceptive, la démocratisation de la contraception masculine chez certains hommes redistribue les cartes de la construction du projet parental. D'ailleurs, d'après les mots de Rémi, une de ses partenaires exprime une réprobation quant à sa gestion de sa fécondité : *« un jour elle a dit qu'elle détestait mon slip qui faisait que je maîtrisais ma fertilité ».*



### c. Définir son rôle de parent par la filiation externe

Pour les hommes rencontrés, la parentalité ne se définit pas que dans la filiation biologique de la paternité. Elle est recomposée par la création d'autres liens, principalement avec les enfants de proches. Celle-ci vient palier un manque ou répond à ce que l'homme est en mesure de donner. Ryan et Rémi ont créé du lien avec, respectivement, un filleul et des nièces.

Lorsque l'une de ses partenaires avec qui Ryan vit une IVG lui annonce vouloir garder l'enfant, il se projette dans ce rôle de père. Sachant que c'est une réelle volonté qu'il a, un projet dans sa vie, quand sa partenaire lui apprend qu'elle a fait une IVG, il se sent trahi. En parallèle, son cousin a un bébé. En voyant le bonheur de celui-ci, Ryan se dit que lui aussi aurait pu connaître cette joie. Pour pallier ce sentiment, il crée une relation avec son filleul : *« j'ai eu un petit filleul cette année, ce petit c'est la prune de mes yeux, il est trop beau, il est trop mignon, il est trop doux ! »*. Bien que son souhait de paternité n'ait pas abouti, il trouve un palliatif à travers l'affection qu'il porte à ce bébé. L'IVG marque une rupture et implique, du moins sur le moment présent, de redéfinir le rôle de parent de Ryan. Il n'est pas père mais il est quelqu'un pour un enfant.

Rémi a une sœur qui a deux enfants. Sa sœur est au courant que son frère n'en veut pas. Elle prend la décision de l'impliquer dans la vie de ses filles : *« elle m'a même demandé d'être le parrain de sa fille aînée, et celle qui a un an de moins, par mimétisme elle m'appelle parrain aussi »*. Ce rôle de parrain permet à Rémi de négocier son statut de parent dans ses capacités d'actions. Il dit vivre sa parentalité à travers ses deux nièces. Son implication pour elles correspond à ce qu'il est en mesure d'apporter à des enfants : *« je suis présent, mais pas trop. Le fait d'être là juste en bonus, plutôt que de me sentir responsable du bien-être d'un enfant, de son quotidien, ça me convient beaucoup mieux »*. Rémi ne se voit pas être le géniteur d'un être humain car il n'est pas capable de l'accueillir émotionnellement ou de lui apporter une sécurité différente de ce qu'il a reçu. Sa sœur lui propose un cadre d'épanouissement qui concorde avec ce qu'il peut offrir en tant que parent, ici oncle et parrain.

### d. Le Janus de la paternité : entre norme inculquée et enjeux de l'avenir

Dans cette dernière partie, nous mettons en avant le phénomène d'éco-anxiété des hommes rencontrés. L'éco-anxiété est apparue en 1997. C'est une notion élaborée par la

chercheuse en santé publique Véronique LEPAIGE. Elle se rapporte à un type d'angoisse que certains êtres humains ressentent devant la menace climatique et l'avenir de la terre. La multiplication des catastrophes naturelles et la dramatisation médiatique sont très présentes dans l'espace public. Le réchauffement climatique devient une réalité qui s'impose aux yeux de tous. (HIRIDJEE, 2022) Cette réalité appuyée par les différents rapports du groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC) interroge sur le sens d'avoir des enfants dans le monde d'après. C'est la jeune génération des enquêtés qui semble déchirer entre vouloir être parent et les enjeux de l'avenir. Ryan, Quentin et Robin portent ce discours. Nous l'avons compris, ces trois hommes veulent être père. Malgré cela, ils se questionnent sur le monde d'après et sur ce qu'ils auront à offrir à leurs enfants. Quentin pense que nous sommes déjà trop sur terre. Robin s'identifie à une génération qui est traversée par une multitude de changements : *« j'ai l'impression qu'on est une génération... que ce soit tous ces bouleversements sociétaux, la montée de l'extrême droite, ou le changement climatique, c'est quand même difficile de se projeter... »*. Quant à Ryan, il craint l'avenir : *« je veux être papa ! même si le monde de demain il me fait super peur, parce que je ne sais pas vers quoi... je ne sais pas vers quoi on va, vers quoi on se dirige, et il y a la fin dans le monde, l'essence qui augmente, l'électricité qui augmente, trop de galères quoi »*. Pour ces trois hommes, bien que dans leur discours nous supposons qu'ils deviendront pères dans l'avenir, l'appréhension du futur questionne le sens qu'ils ont de la parentalité.

Ainsi, la socialisation des hommes, les partenaires et les enjeux environnement dont certains enquêtés sont imprégnés redéfinissent la manière de penser un devenir parent. L'IVG y apparaît comme le formateur de nouvelles compétences ou comme nécessaire pour concorder avec des choix de vie individuels. Indépendamment de cet événement, la gestion masculine de la contraception inverse la norme du contrôle procréatif. Par ailleurs, qu'il vient de l'homme ou de la femme, le souhait de non parentalité individuelle s'impose sur le couple. Enfin, le devenir parent peut être envisagé et réfléchi, soit par la création de nouveaux liens de parentés, soit à travers une appréhension du monde d'après.

En conclusion, la contraception et la parentalité sont deux enjeux qui se lient à l'IVG. L'IVG marque un tournant contraceptif pour certains des enquêtés. Tournant induit par l'homme, la femme ou l'univers médical. Les hommes qui acquièrent de nouveaux comportements sont les enquêtés les plus jeunes ou ceux qui ont connu plusieurs *« déboires contraceptifs »*. Ils se divisent entre être informés des différentes méthodes qui existent et l'application sur son corps d'un contraceptif. Si l'IVG influence la contraception des couples,

elle semble ne pas avoir de répercussions sur le projet d'être parent. L'IVG n'est pas un moment de bascule sur comment penser son devenir parent. Néanmoins, l'homme doit définir sa manière de penser son désir d'enfant sur celui de sa partenaire. Cela se découpe en deux configurations. L'homme qui ne souhaite pas d'enfant, alors que sa partenaire oui, lui implique de mettre en place une contraception masculine. L'homme qui souhaite construire un projet parental, alors que sa partenaire non, fait primer la volonté féminine sur la sienne. Il reconduit son savoir-être au profit du savoir-agir, ici respecter la décision de sa partenaire.

## Conclusion

En conclusion, cette étude s'est penchée sur l'influence d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) sur le comportement des hommes. Nous avons identifié des changements comportementaux ainsi qu'une évolution des connaissances qui pourraient découler de cette expérience. À travers les récits des hommes interrogés, nous constatons que la réponse à cette question est nuancée. En fonction des moments de l'IVG, nous avons mis en avant des variations dans la manière dont les hommes se comportent vis-à-vis de leur partenaire. Certains prennent des décisions tandis que d'autres suivent le choix de leur copine. Certains hommes sont présents pendant la procédure, alors que d'autres sont totalement absents. Des facteurs externes influencent l'adoption de certaines attitudes. La passivité ou l'absence de l'homme peuvent être induites par la partenaire ou par le monde médical. Le pouvoir d'agir de l'homme dépend du respect de la place que la femme lui accorde et de sa capacité à s'adapter. Le concept de « savoir-être », c'est-à-dire la capacité à se comporter de manière appropriée (SCHLANGER, 2009), s'étend à leur aptitude à exprimer leurs pensées. L'ouverture de la communication est identifiée dans le partage de l'expérience de l'IVG et la possibilité d'exprimer les émotions qui y sont liées. Ce libre dialogue est influencé par la socialisation et les générations d'appartenances des hommes interrogés. Les hommes doivent composer avec l'univers de sens inculqué par leur socialisation masculine. La norme de la virilité, qui encourage la bravoure et la force, peut entraver l'expression émotionnelle liée à l'IVG chez certains participants.

L'IVG entraîne l'acquisition de nouvelles compétences, principalement en matière de contraception et de connaissance de la procédure elle-même. Le contrôle de la fertilité du couple ou de l'individu devient un sujet de discussion après l'IVG. La norme médicale peut imposer la contraception à la femme, mais certains participants la rejettent au profit d'une contraception choisie par eux-mêmes. Dans le cas des hommes qui utilisent une contraception, celle-ci peut être initiée à la demande de leur partenaire. Bien que ce ne soit pas le corps féminin qui soit directement influencé par la contraception, c'est la partenaire qui reste l'instigatrice de sa mise en place.

La question du *care* implique que certains participants manifestent des marques d'affection et d'attention plus prononcées que d'ordinaire. D'après les récits des enquêtés, ces manifestations sont remarquées par les partenaires et peuvent être perçues de manière positive après l'IVG. Les hommes qui n'ont pas adopté les comportements attendus par leur conjointe font face à des reproches. De plus, l'IVG met en évidence une double inversion des rôles de genre, observée

dans les entretiens. La première inversion concerne la prise en charge du *care* par les hommes lorsque leur partenaire est en situation de crise. La deuxième inversion concerne le contrôle de leur fertilité par certains participants grâce à l'adoption d'une contraception masculine.

Pour finir, cette étude a examiné l'influence de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sur le comportement des hommes. Nous avons constaté que l'IVG n'a pas d'effet sur leur rapport à la parentalité. La majorité des participants expriment toujours le désir d'avoir des enfants et la moitié d'entre eux sont déjà parents. Cependant, l'IVG peut entraîner un décalage dans la parentalité en raison des conditions matérielles ou de statut, de la relation avec la mauvaise personne, de l'absence de désir de la partenaire ou du jeune âge des hommes lors de l'IVG.

Par la suite, une étude comparative entre les discours des participants et ceux de leurs partenaires pourrait être envisagée. L'objectif serait de mesurer l'écart de perception entre ce que les hommes décrivent et ce que les femmes ont réellement perçu du comportement masculin pendant l'IVG. Les participants ont souvent mentionné les sentiments et les expériences vécus par leur partenaire tout au long de la procédure d'IVG. Certains ont suggéré de demander des précisions à leurs conjointes ou de les interroger directement. Nous l'avons compris, la place de l'homme dans une IVG est en partie déterminée par la place que la femme lui accorde. Recueillir directement le point de vue des femmes sur le comportement de leur partenaire pourrait offrir une nouvelle approche de la relation entre l'homme et l'IVG à travers le prisme féminin.

## Bibliographie

AMELI.FR, 2023, « L'interruption volontaire de grossesse (IVG) : délais et consultations préalables », *L'assurance maladie*, en ligne au : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/ivg/ivg-delais-france>

AUTANT Étienne, 2010, « Le partage : un nouveau paradigme ? », *Revue du MAUSS*, vol. 35, no. 1, pp. 587-610.

BAJOIT Guy, 1988, « Exit, voice, loyalty... and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement », *Revue française de sociologie*, vol. 29, n°2, pp. 325-345, en ligne au : [https://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_1988\\_num\\_29\\_2\\_2503](https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1988_num_29_2_2503)

BAUBION-BROYE Alain, 1998, « Introduction », Alain Baubion-Broye éd., *Événements de vie, transitions et construction de la personne*. Ères, pp. 7-15.

BECKER Howard S, 2020, « 8. Les entrepreneurs de morale », *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, sous la direction de Becker Howard S. Éditions Métailié, pp. 171-188.

BESSIN Marc, 2009, « Focus - La division sexuée du travail social », *Informations sociales*, vol. 152, no. 2, pp. 70-73.

BIDART Claire, 2009, « 13. Bifurcations biographiques et ingrédients de l'action », Michel Grossetti éd., *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. La Découverte, pp. 224-238.

BIDART Claire, 2006, « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 120, no. 1, 2006, pp. 29-57.

BILLÉ Michel, 2007 « Ruptures, crises et réorganisations familiales », *Gérontologie et société*, vol. 30/121, no. 2, pp. 73-84.

BOQUET Damien, LETT Didier, 2018, « Les émotions à l'épreuve du genre », *Le genre des émotions*, pp. 7-22, en ligne au : <https://journals-openedition-org.ezproxy.u-paris.fr/cliio/13961>

BUSCATTO Marie, 2019, *Sociologies du genre*, Armand Colin, pp.167.

CARDI Coline, 2010, « La construction sexuée des risques familiaux », *Politiques sociales et familiales*, vol. 101, n°1, pp. 35-45.

CASTELAIN-MEUNIER Christine, 2023 « Comment dépasser les stéréotypes et élever des garçons libres et heureux ? », *Éducation et sociétés*, vol. 49, no. 1, pp. 149-166.

COURT Martine, 2007, « La construction du rapport à la beauté chez les filles pendant l'enfance : quand les pratiques entrent en contradiction avec les représentations du travail d'embellissement du corps », *Sociétés et Représentations*, n°24, pp.97-110.

CRESSON Geneviève, 2006, « Les hommes et l'IVG, Expérience et confiance », *Sociétés contemporaines*, vol. n° 61, no. 1, pp. 65-89.

DÉCHAUX Jean-Hugues, LE PAPE Marie-Clémence, 2021, « II / La parentalité sous pression », Jean-Hugues Déchaux éd., *Sociologie de la famille*. La Découverte, pp. 31-56.

« Devenir parents », *Études*, vol. 411, no. 9, 2009, pp. 233-242.

DELFORGE Sandie, 2006, « Images et représentations du père et de la mère. Dans les revues adressées aux professionnel(le)s de l'enfance », *Informations sociales*, vol. 132, no. 4, pp. 100-105.

DIVAY Sophie, 2004, « L'avortement : une déviance légale », *Déviance et Société, Médecine & Hygiène*, vol. 28, n°2, pp. 195-209.

DIVERT Nicolas, 2016, « Des hommes et l'expérience de l'IVG », *La Revue Sage-Femme*, vol.15, n°2, pp 69 – 72.

DOYON Julie, ODIER DA CRUZ Lorraine, PRAZ Anne-Françoise, STEINBERG Sylvie, 2013, « Normes de parentalité : modélisations et régulations (XVIII<sup>e</sup>-XXI<sup>e</sup> siècles) », *Annales de démographie historique*, vol. 125, no. 1, pp. 7-23.

ERNAUX Annie, 1964, *L'Évènement*, Folio, p. 130.

ESPINASSE Catherine, 2013, « 2.7. La question du genre au sein du prendre soin », Véronique Chagnon éd., *Prendre soin. Savoirs, pratiques, nouvelles perspectives*. Hermann, pp. 141-147.

FABREGAS Bernadette, 2020, « L'histoire des soins : une histoire de femmes ? », au ligne au : <https://www.infirmiers.com/profession-ide/lhistoire-des-soins-une-histoire-de-femmes>

FERRAND Alexis, MOUNIER Lise, 1993, « Paroles sociales et influences normatives », in. *Groupe ACSF. Les comportements sexuels en France*, par SPIRA A. et BAJOS N., *La Documentation Française*, pp. 171-179, en ligne au : <https://shs.hal.science/halshs-00255838/document>

GARDIEN Ève, 2017, « Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? », *Vie sociale*, vol. 20, no. 4, pp. 31-44.

GEAY Bertrand, HUMEAU Pierig, 2016, « Devenir parents. Les appropriations différenciées de l'impératif de procréation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 214, no. 4, pp. 4-29.

GOFFMAN Erving, 1973, « Les représentations », *La Mise en scène de la quotidienne*, pp. 256.

GOFFMAN Erving, 1975, « Stigmate. Les usages sociaux du handicap », *Le sens commun*, pp. 180.

GOUVERNEMENT, 2023, « Le parcours de l'IVG », *Le site officiel sur l'IVG. Les réponses à vos questions sur l'Interruption Volontaire de Grossesse*, en ligne au : <https://ivg.gouv.fr/le-parcours-de-livg>

HAICAULT Monique, 2020, « La charge mentale. Histoire d'une notion charnière (1976-2020) », en ligne au : <https://hal.science/hal-02881589/document>

HAS, 2019, « Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme », en ligne au : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme)

HERMITTE Marie-Angèle, 2007, « De l'avortement aux procréations artificielles, la toute-puissance du projet parental », *Natures Sciences Sociétés*, vol. 15, no. 3, pp. 274-279.

HIRIDJEE Kévin, 2022, « L'éco-anxiété : entre angoisse et lucidité », *Dossier Cairn*, consulté le 26 mai 2022, en ligne au : <https://www.cairn.info/dossiers-2022-22-page-1.htm?contenu=article>

HUGHES Everett, 1950, « Cycles, Turning Points, and careers », communication présentée à la 8e conférence annuelle de Theology in Action, septembre, South Byfield, Massachusetts, (reprise in HUGHES E.C. (1971) *Sociological Eye*, Transaction Books, New Brunswick), trad. franç. « Carrières, cycles et tournants de l'existence », in HUGHES E.C., *Le Regard sociologique*, Textes rassemblés et présentés par J.-M. CHAPOULIE, EHESS, Paris, p. 165-173.

INED, 2022, « Avortements : évolutions du nombre d'avortements et des indices annuels depuis 1976 », en ligne au : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>

INED, 2013, « La contraception. Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 18 à 44 ans », *Enquête Fécond*, en ligne au : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>

INSERM, 2023, « Contraception. À chacun et chacune sa méthode », en ligne au : <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>

LA BIBLE, XVIe-XIIe av. J.-C., « Genèse 1.28 », *Livre de la Genèse*, en ligne au : <https://info-bible.org/lsg/01.Genese.html>

LARRÈRE Mathilde, 2022, « Canule, seringue et pompe à vélo », *Guns and Roses : les objets des luttes féministes*, Éditions du Détour, pp. 130-135.

LE GUEN Mireille, ROUZAUD-CORNABAS Mylène, VENTOLA Cécile, 2021, « Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction », *Cahiers du Genre*, vol. 1, n°70, pp 157-184.

LINDÒN Alicia, 2005, « Récit autobiographique, reconstruction de l'expérience et fabulation : une approximation à l'action sociale », *Sociétés*, vol. n° 87, no. 1, pp. 55-63.

MARTIN Claude, 2013, « Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert CASTEL », *Revue européenne de recherche sur le handicap*, Elsevier Masson, vol. 7, n°4, pp.293-298.



NAITRE ET GRANDIR, « Développement de l'embryon et du fœtus : 1<sup>er</sup> trimestre », en ligne au : [https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/grossesse-developpement-foetus-embryon/#\\_Toc72418407](https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/grossesse-developpement-foetus-embryon/#_Toc72418407)

NATTIEZ Laura, SANTIAGO Jose, 2018, « Transformations de l'institution familiale dans l'Espagne contemporaine : de la norme à l'ouverture des possibles », *Recherches familiales*, vol.1, n° 15, p. 125-136. DOI : 10.3917/rf.015.0125. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2018-1-page-125.htm>

NIEDENTHAL Paula, KRAUTH-GRUBER Silvia et RIC François, 2009, « Chapitre 8. Émotion et différences de genre », *Comprendre les émotions. Perspectives cognitives et psycho-sociales*, sous la direction de Krauth-Gruber Silvia, Niedenthal Paula, Ric François. Mardaga, pp. 275-309.

ONU SIDA, 2023, « Fiche d'information – Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de SIDA », consulté le 26 mai 2023, en ligne au : <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>

PASSEPORT SANTÉ, 2022, « Comment faire un bébé ? La conception d'un enfant », en ligne au : <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=comment-faire-un-enfant>

RAPOPORT Danielle, 2010, « « Accueillir » », Sylviane Giampino éd., *Accueillir*. Érès, pp. 11-18.

ROUX Alexandra, 2021, « Sociologie de la contraception en France », *Med Sci*, vol. 37, n°6-7, pp. 647-653, en ligne au : [https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full\\_html/2021/06/msc200536/msc200536.html](https://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2021/06/msc200536/msc200536.html)

SASSEN Saskia, 2010, « Chapitre 1 / Mondialisation et géographie globale du travail », Jules Falquet éd., *Le sexe de la mondialisation. Genre, classe, race et nouvelle division du travail*. Presses de Sciences Po, pp. 27-42.

SCHLANGER Jacques, 2009, « Agir et savoir agir », *Savoir être et autres savoirs*. sous la direction de Schlinger Jacques. Hermann, pp. 99-117.

THOMÉ Cécile, 2022, « Quand la sortie de la norme médicale interroge les normes intimes : l'exemple du coït interrompu », *Sciences sociales et santé*, vol. 40, no. 3, pp. 75-98.

TRONTO Joan, 2009, *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, Ed. La Découverte, p. 13 et 143.

VALENTI Catherine, 2022, « 1972 : les procès de Bobigny », *Vie Publique. Au cœur du débat public*, en ligne au : <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/287131-les-proces-de-bobigny-1972-pour-avortement-gisele-halimi>

VENTOLA Cécile, 2014, « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *Genre Sexualité et Société*, consulté le 19 mai 2023, URL : <http://journals.openedition.org.ezproxy.u-paris.fr/gss/3215> ; DOI : <https://doi-org.ezproxy.u-paris.fr/10.4000/gss.3215>.

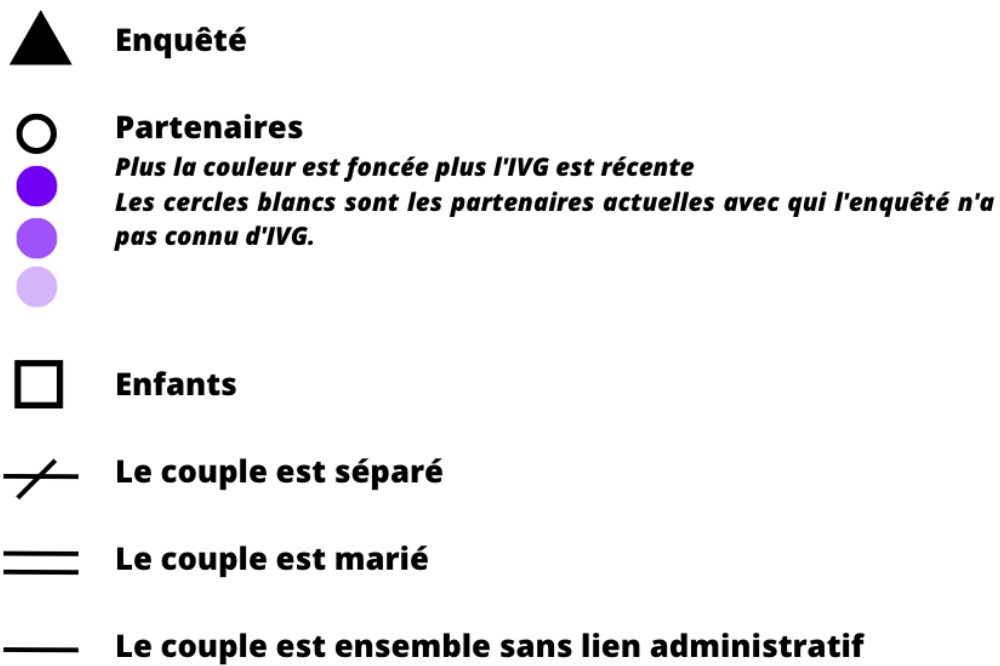
ZEGAÏ Mona, 2010, « La mise en scène de la différence des sexes dans les jouets et leurs espaces de commercialisation », *Cahiers du Genre*, vol. 49, no. 2, pp. 35-54.

## Annexe

[▲ Remonter à l'introduction](#)

Schémas des liens relationnels entre les enquêtés et leurs partenaires

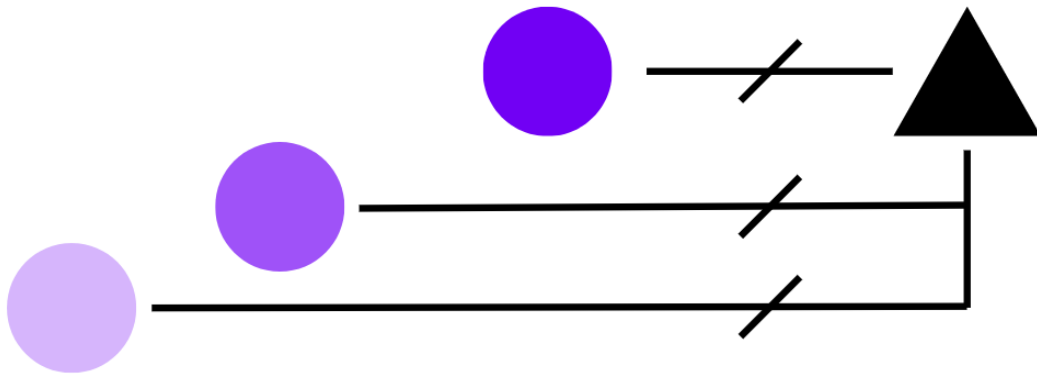
Légende :



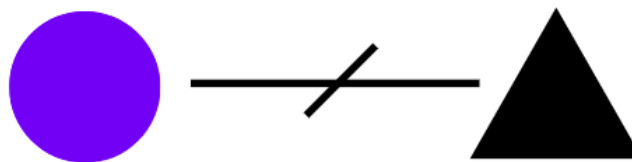
Gaétan, 26 ans



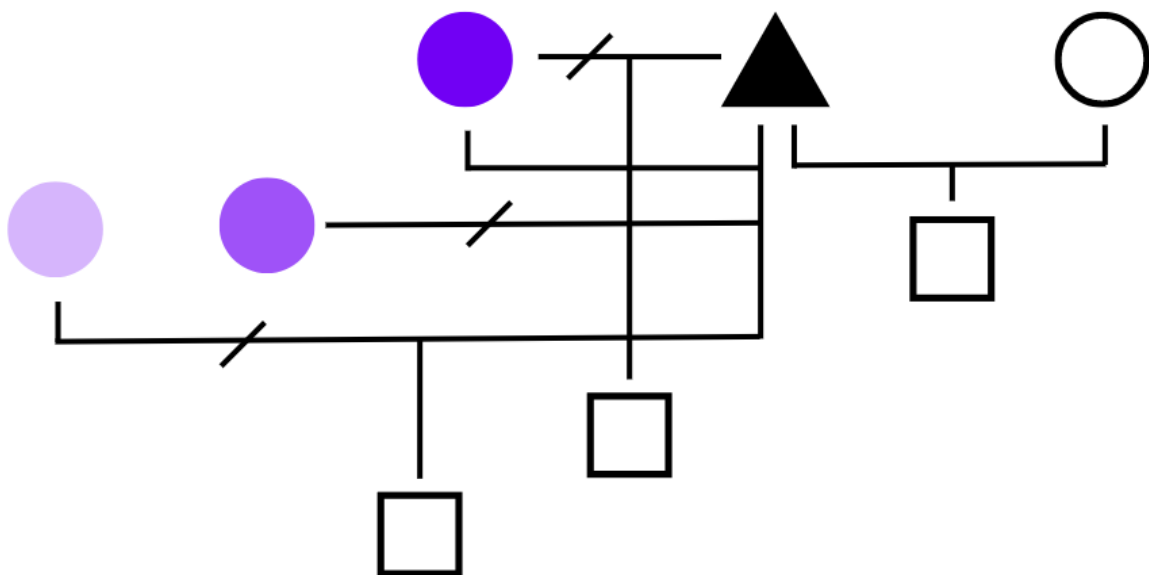
Ryan, 24 ans



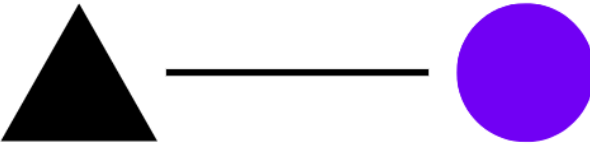
Rémi, 43 ans



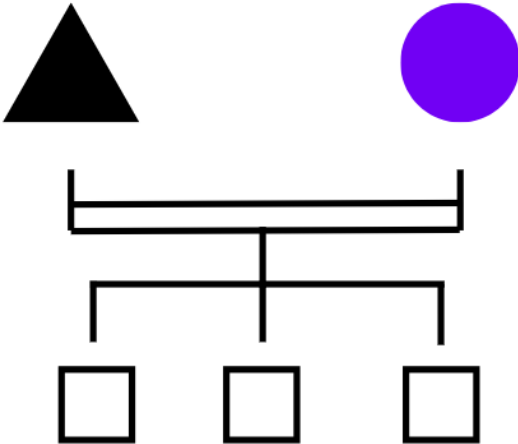
Ruben, 46 ans



Quentin, 30 ans



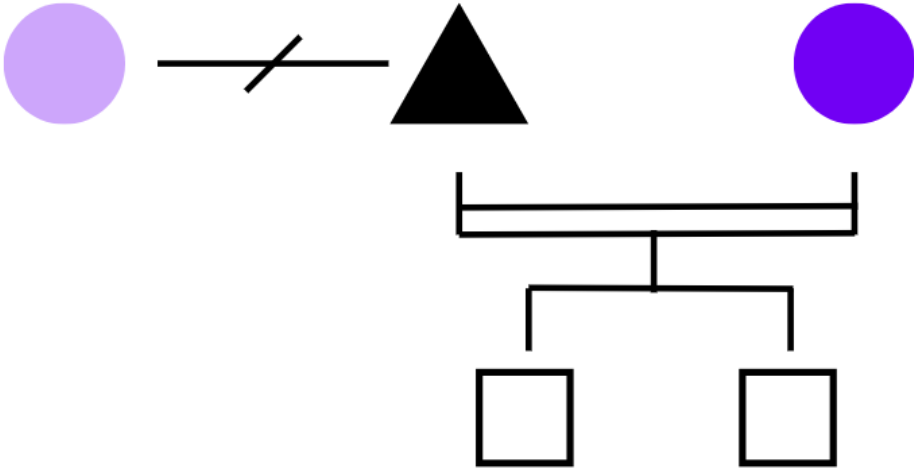
André, 64 ans



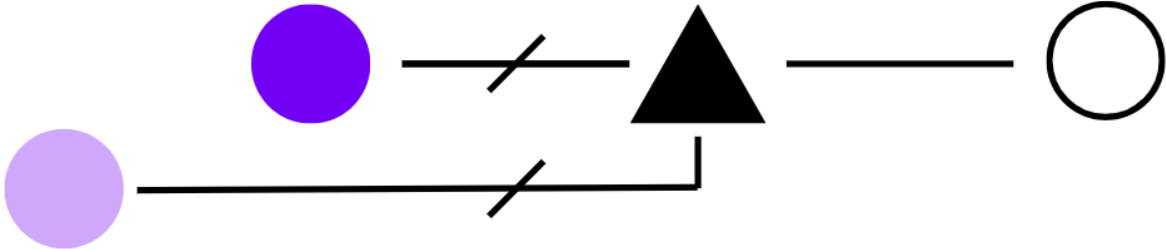
Robin, 30 ans



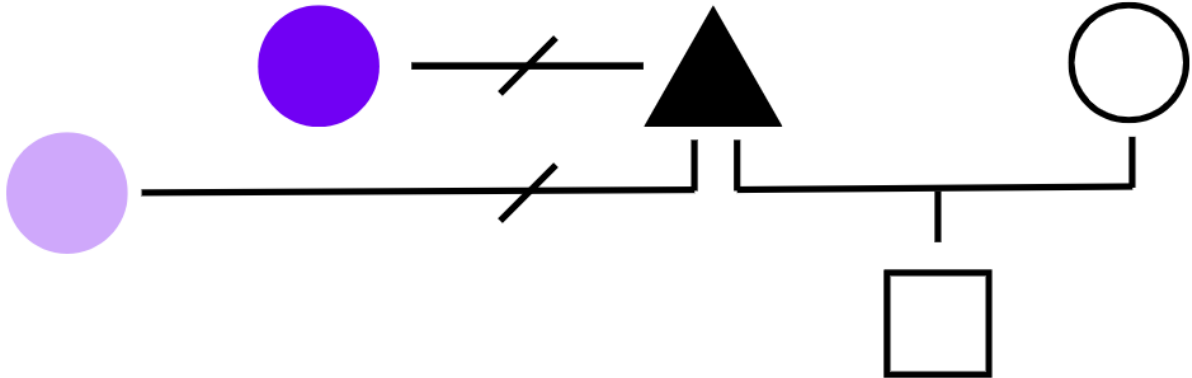
Vincent, 56 ans



Benjamin, 31 ans



Laurent, 43 ans



[▲Remonter à l'introduction](#)

## Attestation de non plagiat

### Déclaration d'originalité

#### ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT (à insérer dans chaque mémoire)

Afin de valoriser le travail personnel, l'équité, la propriété intellectuelle et le droit d'auteur, il est rappelé que le plagiat, qui consiste à « s'approprier les mots ou les idées de quelqu'un d'autre et de les présenter comme siens », est interdit.

Quelques exemples de plagiat :

- copier le passage d'un livre, d'une revue ou d'une page WEB ou encore du mémoire ou du rapport de stage sans le mettre entre guillemets et /ou sans en mentionner la source ;
- résumer les mêmes types de document sans mentionner la source ;
- insérer dans un travail des données, des graphiques, des images en provenance de sources extérieures non identifiées, non citées ;
- traduire partiellement ou totalement un texte ou réutiliser un travail produit, sans avoir obtenu au préalable l'accord de son auteur ;

Ce qu'il est possible de faire :

- il est possible de reprendre ponctuellement les idées d'un auteur (y compris d'un autre étudiant) ou ses travaux mais il est obligatoire d'indiquer les références utilisées ;
- emprunter textuellement aux autres est possible, sous réserve de placer les citations ou les extraits de textes « entre guillemets » et d'en mentionner la provenance de manière précise y compris pour les images, les tableaux et schémas. Les citations et emprunts doivent être de longueur raisonnable et adaptée aux propos du travail personnel.

Je, soussigné(e) .....**Alice ROCHETTE**.....

atteste avoir pris connaissance du contenu de cet engagement de « non-plagiat » et déclare m'y conformer dans le cadre de la rédaction de ce mémoire. Je déclare sur l'honneur que le contenu du présent mémoire est original et reflète mon travail personnel. J'atteste que les citations sont correctement signalées par des guillemets et que les sources de tous les emprunts ponctuels à d'autres auteur-e-s, textuels ou non textuels, sont indiquées.

Le non respect de cet engagement m'exposerait à des sanctions.

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé ».

lu et approuvé



