

LES HOMMES ET L'IVG,
Expérience et confiance
Geneviève Cresson

Presses de Sciences Po | Sociétés contemporaines

2006/1 - no 61
pages 65 à 89

ISSN 1150-1944

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2006-1-page-65.htm>

Pour citer cet article :

Cresson Geneviève, « Les hommes et l'IVG, » Expérience et confiance,
Sociétés contemporaines, 2006/1 no 61, p. 65-89. DOI : 10.3917/soco.061.0065

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LES HOMMES ET L'IVG, EXPÉRIENCE ET CONFIDENCE

RÉSUMÉ ¹ : *L'IVG s'inscrit dans des relations politiques, professionnelles et sexuelles qui sont largement des relations de pouvoir, d'où un risque de vulnérabilité accrue des femmes. La loi les protège en faisant de l'IVG un droit des femmes, au prix d'une disqualification sociale des décisions ou souhaits des hommes. Face à l'IVG, les hommes ont du mal à se situer. Les institutions de prise en charge médicale leur laissent une place secondaire, les considèrent au pire comme une gêne, au mieux comme une aide ponctuelle dans leur propre activité. L'interrogation sur les conditions de la « circulation de la parole » est centrale pour la compréhension sociologique de ce phénomène, comme elle l'est également dans une perspective de prévention. Dans la plupart des situations d'IVG, le secret se garde presque « naturellement », sans trop réfléchir. Entre hommes, la parole ne circule pas sur cette expérience. Ils se sentent isolés, et soumis à une expérience non partageable, ce qui complique la recherche d'information et de solution. Comment comprendre ce silence, ses différentes figures ? C'est ce à quoi s'attache l'enquête présentée ici, à partir d'entretiens avec des hommes directement concernés.*

Dans notre pays, les femmes, malgré une opposition politique virulente, qui s'est largement exprimée dans les années soixante-dix, se sont vu reconnaître le droit à interrompre une grossesse qu'elles ne désiraient pas poursuivre. L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), prévue par la loi de 1975, est un acte médical, placé sous le contrôle et la responsabilité des professionnels ; mais la grossesse est le plus souvent une conséquence de la rencontre hétérosexuelle. Cette triple inscription dans des relations – politiques, professionnelles et sexuelles – qui sont largement des relations de pouvoir, fait de cet acte un événement où la vulnérabilité des femmes risque d'être exacerbée, aussi bien collectivement qu'individuellement. Les débats publics sur ces questions, s'ils se sont globalement apaisés, rappellent régulièrement qu'aucun droit n'est totalement à l'abri d'une remise en question. En particulier, ils nous rappellent que la remise en question du pouvoir ancien des hommes sur le contrôle de la fécondité des femmes, par la législation libéralisant la contraception médicalisée et le droit à l'avortement, est parfois présentée comme une menace sur les relations entre les sexes. Il est vrai que ce pouvoir des femmes est reconnu par la loi : c'est à la femme de décider si elle désire ou non interrompre sa grossesse, les

1. Les premières versions de cet article, en 2003 et 2004, ont bénéficié des relectures et propositions de M. Ferrand et O. Steinauer, que je tiens à remercier.



médecins sont les garants de l'authenticité comme du respect de cette décision. Un mari ou un partenaire ne peuvent ni imposer une IVG ni s'y opposer contre l'avis explicite de la femme enceinte. Bien sûr, ils peuvent lui donner leur avis, tenter de l'influencer, exercer des pressions. Mais en droit, c'est bien la femme qui décide seule *in fine*. Cette disqualification sociale des décisions ou souhaits des hommes peut être interprétée soit comme un pouvoir exorbitant des femmes, soit comme la contrepartie de l'inégale répartition de la charge des enfants entre les hommes et les femmes.

« Pouvoir exorbitant » ou « inégale répartition des charges », l'asymétrie des positions des hommes et des femmes sur ces questions apparaît fondamentale. Même si l'activité sexuelle peut être présentée comme une rencontre entre partenaires *a priori* égaux, ceux-ci ne le sont pas face aux risques qui découlent de la rencontre. Le fait que les femmes supportent directement les risques de la conception est souvent avancé pour justifier qu'elles soient les premières responsables de la contraception et de ses échecs éventuels, qui restent considérés largement comme des affaires de femmes. Quoiqu'il en soit, la parole des hommes sur le devenir de la grossesse de leur partenaire n'est pas légalement nécessaire dans la décision d'effectuer une IVG. Est-ce pour cela que les recherches sur l'avortement, plutôt rares ces dernières années², ne se sont guère intéressées aux hommes, dont l'opinion n'est saisie qu'à travers ce qu'en disent les femmes ? Quand des hommes s'expriment sur l'IVG, c'est en qualité de praticiens de l'acte médical, de politiques ou de moralistes prenant part aux débats publics, ou d'experts de cette question psychologique et sociale – et très rarement en tant que partenaires sexuels des femmes recourant à l'IVG.

Traiter de l'expérience masculine face à l'IVG de leur partenaire implique de la replacer dans la trajectoire affective, sexuelle, parentale des hommes allant de la rencontre et de l'usage possible de la contraception, à la procréation, à l'IVG ou à l'éventuel apprentissage et exercice des rôles parentaux. Et de l'inscrire dans une perspective plus large qui analyse les rapports hommes-femmes à l'intérieur de la société, notamment concernant les enjeux autour de la procréation. Analyse qui sera menée ici en termes de rapports sociaux de sexe (Devreux, 1997 et 2001), problématique qui a déjà largement mis en évidence le contexte de la construction des rapports entre les hommes et les femmes. Les travaux récents insistent sur ces aspects des rapports sociaux de sexe :

— une spécialisation de domaines masculins et féminins ; en particulier les questions de santé, de prise en charge des personnes dépendantes sont plutôt du ressort des femmes (Cresson, 2001), ainsi que les soucis et tâches liés à la reproduction ; cette spécialisation se double d'une différence de valorisation, les domaines masculins étant considérés comme les plus prestigieux (Héritier, 1996).

— une « domestication de la sexualité des femmes » (Tabet, 1985) qui s'appuie notamment sur une représentation du monde où le féminin-maternel et le masculin-paternel sont définis par leurs références contrastées aux idées de nature et de culture, et où les doubles standards (systématiquement au bénéfice du masculin) perdurent.

2. En dehors de la recherche Inserm (Bajos et Ferrand, 2002) et la toute récente publication de Boltanski (2004), qui sont toutes deux parues après la fin de l'enquête présentée ici.

— une appropriation du corps des femmes, et de leurs « produits », dénoncée par le féminisme contemporain luttant pour la libre disposition de soi-même (Guillaumin, 1992).

Bien sûr, les rapports sociaux de sexe se caractérisent également par leur dynamisme. Cependant, malgré certaines avancées formelles, notamment sur le plan juridique, dans les remaniements des rapports entre les sexes, les transformations visibles se réalisent sur fond de permanence, voire de régressions partielles, qui ne doivent pas être négligées. La tension entre un idéal égalitaire et des pratiques qui le sont fort peu demeure vive (Dagenais et Devreux, 1998 ; Delphy, 2001).

Ce que nous apprennent les récentes recherches françaises sur la sexualité peut s'inscrire dans ce cadre général. Les hommes et les femmes ne lient pas activité sexuelle et engagement affectif de la même façon. « L'expérience des hommes et des femmes est donc contradictoire, et la 'libération des mœurs' n'a pas modifié de fond en comble les représentations ni les places inégales des hommes et des femmes dans ce champ » (Bozon, 1998, p.30). L'épidémie de Sida n'aurait pas non plus affecté en profondeur les comportements préventifs, au-delà d'un usage plus important du préservatif masculin dans les tout débuts de la relation. Les femmes se sont vu reconnaître la capacité d'exprimer leurs désirs plus librement, mais l'asymétrie entre les hommes et les femmes perdure, notamment dans les attentes vis à vis de la sexualité et le contrat implicite entre hommes et femmes reste source de malentendus. Dans ce contexte, la prise de risque (sanitaire ou contraceptif) peut procurer des bénéfices relationnels (en manifestant la 'confiance' en l'autre par exemple) qui occultent passagèrement aux yeux des partenaires l'importance des risques encourus (Bajos, 1998). Or, contrairement à ce qui se passe en matière de MST, en ce qui concerne les risques de grossesse, les conséquences ne sont pas les mêmes pour les deux partenaires. Par ailleurs, il faut souligner « le caractère ambivalent de la contraception en tant que norme : le droit à la contraception est aussi un devoir de contraception qui renvoie lui-même à des prescriptions précises concernant tant la taille de la famille et le temps consacré à sa constitution, que les méthodes à utiliser » (Bretin, 1992), normes et prescriptions pesant davantage sur les femmes que sur les hommes. Actuellement, tout se passe comme si la pratique contraceptive était sans problème, alors que la permanence du taux d'IVG montre le contraire.

Les tâches et responsabilités associées à l'accueil d'un enfant ne sont pas réparties de façon égale entre les hommes et les femmes ; pour ces dernières, ce que représente une naissance, ses implications profondes sur la carrière et le niveau de vie, est sans commune mesure avec ce que la naissance implique dans la vie des hommes (Kellerhals *et al.*, 1982 ; Romito, 1991). Le renouvellement des discours experts en la matière (Neyrand, 2000), s'il rompt avec le principe d'une exemption totale des activités de soins ou domestiques pour les hommes, n'a pas été jusqu'à remettre en question l'ensemble des stéréotypes anciens (Brugeilles et coll, 2005). En ce qui concerne l'accès aux formations, au travail et au salaire, les changements profonds de la société française ne doivent pas nous faire oublier la persistance d'une discrimination forte à l'égard des femmes. (Gadrey, 2001 ; Maruani et coll., 1998). L'articulation de toutes ces dimensions reste nécessaire pour comprendre la situation toujours asymétrique des membres du couple autour de l'IVG. L'évolution des mentalités et la disponibilité de nouvelles techniques médicales (PMA, contraception, IVG) ne doivent pas nous faire oublier la valorisation différente de leurs positions et acti-



vités, et l'inégale répartition des ressources et des charges qui sous-tendent toutes leurs relations sociales.

C'est dans ce contexte que nous nous intéressons à l'expérience des hommes dont l'épouse, la compagne ou l'amie d'un soir recourt à l'IVG pour mettre fin à une grossesse qu'ils ont contribué à faire survenir. Après avoir rapidement présenté l'enquête empirique³, ses limites et ses difficultés, et montré, à partir des propos de médecins, l'exigüité de la place faite aux partenaires des femmes demandant une IVG, nous exposerons dans une seconde partie les difficultés que rencontrent ces hommes à parler de la situation sous trois aspects : la contraception, la qualification d'un « produit de la conception », et l'avortement. Dans une troisième partie nous tenterons de comprendre non plus ce qu'ils disent mais à qui ils parlent ou ne parlent pas de l'IVG.

1. UNE ENQUÊTE CENTRÉE SUR UN PERSONNAGE « SECONDAIRE » DANS LE DISPOSITIF DE L'IVG

Le projet de recherche initial prévoyait d'interviewer des hommes confrontés à l'IVG d'une compagne actuelle ou ancienne, à des distances temporelles différentes de cette situation. En effet, je postulais qu'une IVG laisse des traces durables dans la mémoire des deux partenaires, même si celles-ci sont surtout documentées pour les femmes. Il m'importait de recueillir à la fois des témoignages « à chaud » d'IVG récentes, et d'autres plus lointains dans le temps pour mieux comprendre le travail de mémoire. Par ailleurs, la fréquence de l'IVG dans la population permettait d'envisager un 'recrutement' relativement facile d'hommes concernés. Or les tentatives de contact se sont avérées très difficiles, et plusieurs difficultés doivent être évoquées car, loin d'être anecdotiques, elles sont révélatrices de la complexité de l'objet de recherche lui-même.

1. 1. TROUVER DES HOMMES À INTERVIEWER

Même en multipliant les entrées et les contacts, je n'ai réussi à convaincre ni les interviewés potentiels ni même les intermédiaires susceptibles de les contacter. Pendant plusieurs mois, j'ai distribué des centaines de « papillons », démarche classique qui n'a cependant jamais abouti.

J'avais été frappée notamment par la gêne des hommes de mon entourage – privé ou professionnel – lorsque je leur demandais s'ils connaissaient des hommes dans cette situation-là. L'un de mes collègues sollicité m'a répondu : « des femmes concernées, j'en connais, mais des hommes concernés, non, je ne vois pas ». Comme j'ajoutais : « et ces femmes, elles n'ont pas de partenaire ? » Il réalisa soudain l'étrangeté de sa réponse. Et puis nous avons parlé d'autre chose. Un autre a évoqué l'IVG de son ancienne compagne avant de constater : « Je n'en avais jamais parlé, oublie cela ». Un troisième est d'accord d'évoquer une IMG, mais une IVG, « c'est autre chose ».

3. « Les hommes et l'IVG de leurs compagnes ». Recherche réalisée par Geneviève Cresson, dans la région lilloise, qui constitue un des volets de la recherche diligentée dans le cadre du contrat IC5/1998 sous la responsabilité du CRES-Paris XIII (Bobigny) dont le directeur est Didier FAS-SIN. Rapport à l'Intercommission N°5 de l'INSERM-Aide à la recherche IVG /Mai 2002.



les CIVG. Selon les équipes dirigeantes, ils peuvent élaborer une politique et une pratique très spécifiques sur chacun des points évoqués plus haut.

Ayant recueilli « la parole » des hommes dans un contexte qui n'était pas celui que j'avais projeté, dans le cadre d'un seul CIVG, il m'a paru nécessaire de prendre en compte, dans mon analyse, ce que ce CIVG avait de particulier, non pas de l'extérieur (comme on pourrait le faire en décrivant par exemple l'environnement urbain ou humain, le contexte institutionnel) mais à partir de la position des médecins et des personnels paramédicaux de ce centre. Pour compléter les entretiens avec les hommes « concernés », j'ai donc, de plus, interviewé l'ensemble des médecins (au nombre de six) et du personnel (soit quatre personnes : infirmières et aides infirmières) du CIVG où j'ai pu faire observations et entretiens. Je n'en retiendrai ici qu'un aspect : la façon dont les médecins décrivent, de leur point de vue, la place des hommes dans ce CIVG. (Par exemple, ils ont été interrogés sur leur perception du partenaire des trois dernières femmes venues en consultation pour une IVG. Sur les quinze consultations évoquées, trois hommes avaient accompagné leur épouse ou amie mais les contacts entre ces hommes et les médecins sont restés très brefs).

Plus généralement, la place laissée aux hommes dans ce type de consultation semble tenir davantage à l'organisation du travail ou aux habitudes médicales qu'à la nature de l'acte lui-même. La présence du compagnon brouille la pratique bien codifiée du colloque singulier. Comme le précise un des médecins :

« Le partenaire, c'est un tiers (...) dans une consultation qui est par définition duelle, c'est-à-dire qu'il y a la patiente, il y a la femme et il y a le médecin, et il y a un homme qui est là, un tiers. (...) Du point de vue du médecin, le fait qu'il y ait une troisième personne dans le bureau ou dans la salle d'examen, ça peut poser problème. »

(Médecin n° 4)

S'ajoutent à cela les raisons liées à l'inscription dans le temps. La demande d'IVG est une situation de relative urgence, où les délais sont courts ; ce n'est pas systématiquement le même médecin qui assure les trois moments de l'intervention auprès d'une femme (la visite pré-IVG, l'interruption elle-même, et la visite de contrôle post-IVG), et ce fonctionnement est peu propice à la connaissance poussée du contexte relationnel.

Une troisième série de raisons est liée au respect de la femme, de ses droits, de son intimité, de son vécu. L'IVG est un droit de la femme, il n'est pas question de privilégier le point de vue de l'homme ; n'étant pas prioritaire, la parole de l'homme risque de devenir tout à fait secondaire, voire superflue. Les médecins affirment ne pas vouloir profiter de cette situation de détresse éventuelle de la femme pour s'immiscer dans sa vie privée, sexuelle ou relationnelle ; ils souhaitent respecter la souffrance de la femme et affirment que, si le silence est parfois oppressant, il peut aussi être protecteur.

Ils évoquent également les difficultés éventuelles que les hommes rencontrent face à cet événement particulier, en proposant plusieurs interprétations. Au niveau biologique, la grossesse débutante n'affecte pas l'homme directement, ne le touche pas encore, il aurait donc beaucoup de mal à se sentir concerné ; au niveau psychique, la situation de l'homme serait difficile face à ce qui environne la conception, et à tout ce qui fait obstacle à la nécessaire désignation par la femme de l'homme

comme père (lorsqu'elle ne souhaite pas conserver cette grossesse par exemple). Ceci peut expliquer l'inconfort et les hésitations des hommes dans cette période. De plus un sentiment de culpabilité troublerait les hommes, l'IVG étant une situation difficile pour leur partenaire.

« Je pense que les hommes en particulier ont l'impression que c'est quand même une agression de leur femme. (...) agression, ça veut dire une atteinte, au physique, ou une atteinte au psychologique. »

(Médecin n° 1)

Cette situation dont ils sont co-responsables, mais dont ils ne vont pas souffrir directement, les conduirait à peu s'impliquer autour de l'IVG et à ne pas savoir en parler.

« La personnalité masculine est plus introvertie que la personnalité féminine ; ils se livrent beaucoup moins. »

(Médecin n° 7)

Tout en étant conscients du risque réducteur de ne prêter oreille qu'à la parole féminine, les médecins proposent une typologie des partenaires masculins. La figure la plus fréquente est celle du partenaire absent. La seconde figure est, à l'opposé, celle du partenaire envahissant, autoritaire, qui perturbe la relation de face à face entre le médecin et sa patiente. La troisième figure est celle de l'homme gentil mais un peu perdu et culpabilisé, qui ne sait ni quelle attitude adopter, ni quelle place prendre ; il est venu simplement pour répondre à la demande de sa femme. À côté de ces trois figures peu prisées, celle de l'homme « utile » se différencie clairement car il peut contribuer au succès de la relation médecin-patient (ou de la consultation). Il apparaît alors comme un allié du médecin, notamment en ce qui concerne la question de la contraception ultérieure.

« Il va nous aider à refaire le travail, le travail par rapport à la contraception quand même. Parce qu'à l'origine, l'IVG, donc la grossesse non désirée, c'est quand même un problème de contraception qui n'a pas été (...) ou qu'il n'y a pas eu de contraception ou elle a été mal faite, etc. Et la contraception, quand même ça se décide à deux, assez souvent. Et c'est bien qu'il soit là quelquefois pour ça. »

(Médecin n° 4)

En résumé, l'homme accompagnant est en règle générale une gêne pour le médecin. Il n'est ni reçu ni écouté pour lui-même mais en raison de son « aide » possible, il joue éventuellement le rôle de « troisième larron », à l'arrière plan de ce qui constitue le centre de la scène. Ce qui peut expliquer le mal être des hommes que j'ai interrogés, qui se trouvent ainsi dans une situation difficile à vivre pour les hommes, plus habitués à occuper le devant de la scène, à avoir le rôle de sujet principal.

1. 3. DES INTERVIEWÉS BIEN PARTICULIERS

En définitive les vingt-sept hommes interviewés ne peuvent en aucun cas représenter l'ensemble des partenaires sexuels ou conjoints des femmes ayant recours à l'IVG. Plus précisément, sont ainsi exclus :

— les hommes non avertis de la grossesse ou de la démarche IVG, ceux qui ont quitté la femme à cette occasion (situation beaucoup moins rare qu'il n'y paraît :



pratiquement, lors de chacune de mes demi-journées de présence au CIVG, où sept à dix femmes étaient accueillies, une femme se disait dans ce cas, selon les médecins) ne sont bien évidemment pas touchés par cette enquête ;

— les hommes qui n'ont pas accompagné leur amie ou conjointe à au moins l'un des trois moments de la démarche au CIVG – quelle que soit la raison de cette absence ;

— enfin, tous ceux qui ont décliné l'invitation à l'entretien de recherche (ou qui l'ayant accepté ne s'y sont pas présentés).

Je n'ai aucun moyen de savoir en quoi consiste le biais introduit, s'il existe, les connaissances sur les hommes concernés étant insuffisantes. Je n'ai pas cherché à obtenir une description objective de la population des hommes concernés, et il n'existe actuellement aucune donnée fiable sur le sujet.

Rappeler ces cheminements et difficultés ne renvoie pas seulement à la « cuisine » de la recherche mais au contraire à deux éléments très importants que je ne souhaite pas passer sous silence, parce qu'ils sont au cœur même de notre travail.

D'abord les difficultés à trouver « la bonne entrée » dans cet ensemble particulier, celui des hommes concernés par une IVG dans leur couple actuel ou passé ; je continue à postuler qu'un tel ensemble n'est pas très différent de la population masculine (hétéro)sexuellement active, et pourtant les difficultés à recruter des volontaires pour ces entretiens sont les plus importantes que j'aie rencontrées, malgré plusieurs expériences d'accès très difficiles (mais réussis) aux interviewés, dans mes recherches précédentes.

Ensuite les réticences que manifestent les hommes à parler de ce type d'événement. Il est clair que l'IVG n'est pas « un bon souvenir » que les hommes cultivent. Contrairement à ce qui arrive aux femmes concernées, cet événement ne s'inscrit pas dans leur corps, on ne sait pas comment il s'inscrit dans leur mémoire. L'interrogation sur les conditions de la « circulation de la parole » et de la construction de la mémoire est centrale pour la compréhension sociologique de ce phénomène (comme elle le serait également dans une perspective de prévention).

2. LA PAROLE DES HOMMES SUR LA CONTRACEPTION ET L'AVORTEMENT

Nous proposons une analyse thématique autour de ce qui se joue dans l'avortement, en abordant successivement trois aspects de la situation : la pratique de la contraception et la faible implication des hommes dans sa pratique d'abord ; la manière de parler de l'embryon ou du fœtus, avec l'hypothèse que le désintérêt relatif pour la contraception pourrait tenir dans le peu d'importance accordé au produit de la conception, ensuite ; la question des confidences à autrui sur l'IVG, enfin, pour comprendre les difficultés ou réticences à parler de ces sujets avec leurs proches. Ces difficultés et réticences peuvent être comprises comme le résultat de leur faible implication dans ces domaines, avant que, par un effet de cercle vicieux, elles en deviennent une des causes secondaires. Avant d'aborder ces points, présentons rapidement les interviewés.

PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON

Ces vingt-sept hommes peuvent donc être définis comme l'ensemble des hommes qui ont accompagné leur amie ou conjointe enceinte, à au moins un des trois contacts obligés pour la femme voulant bénéficier d'une IVG dans ce centre particulier, et qui ont accepté un entretien de recherche, avec une sociologue présente un jour (variable) par semaine entre le 23 février et le 28 juin 2001.

Le plus jeune interviewé a dix-sept ans, le plus âgé cinquante-deux ans. Les hommes sont surtout cadres moyens, puis étudiants ou lycéens ; il y a très peu d'ouvriers (trois) et d'indépendants (un seul). Enfin la moitié des hommes ont déjà un enfant (ou plusieurs), treize n'en ont jamais eu.

Les interviewés définissent les configurations relationnelles dans lesquelles ils s'inscrivent de trois façons inégalement réparties :

- dans près de la moitié des cas ils se disent au début d'une relation, sans cohabitation, avec un projet indéfinissable encore (treize cas) ;
- dans plus du quart des cas les hommes se disent au début d'un « projet de couple » (au sens : cohabitant, inscrit dans la durée, hétérosexuel) (six cas) ;
- enfin près d'un homme sur trois déclare vivre en couple constitué, avec fréquentation ou cohabitation ancienne et souvent déjà un ou des enfants, clairement inscrit dans la durée (huit cas).

Dans l'ensemble, le tiers des couples ont déjà vécu une expérience d'IVG ensemble (cinq cas) ; l'homme l'a vécue dans un couple précédent (trois cas) ; la femme y a déjà eu recours en dehors de ce couple (un cas) ⁵.

2. 1. LES HOMMES ET LA CONTRACEPTION

Poser la question de leur contraception dans ces circonstances, c'est renvoyer à l'échec et donc à un discours négatif sur l'efficacité de la méthode ou de la technique utilisées. Selon les hommes que j'ai rencontrés, les méthodes « modernes » médicalisées ou mécaniques, pourtant réputées les plus efficaces, ne sont pas les plus couramment utilisées. Six hommes seulement y font référence, constatant trois ruptures du préservatif, deux oublis de pilule, une grossesse sous stérilet. Sept couples privilégient la pratique du retrait, et les autres, c'est-à-dire quatorze couples, semblent avoir une pratique contraceptive « floue », voire inexistante. Certes, cinq couples déclarent calculer les jours « dangereux », mais trois couples n'utilisaient aucune technique, une femme se croyait stérile (aménorrhée liée à sa toxicomanie) ; dans cinq cas l'explication donnée n'était pas univoque.

Les pratiques contraceptives des hommes interviewés se caractérisent surtout par leur rareté et leur « anachronisme », si l'on prend au sérieux la norme moderne de la contraception efficace. Mais il est sans doute erroné de parler des pratiques contra-

5. Bien évidemment, il peut exister des situations où une IVG antérieure de la femme n'est pas connue par son ami actuel, ou ne m'a pas été signalée ; cette remarque est valable pour l'ensemble des données présentées ici et qui ne reposent que sur les déclarations des interviewés. A aucun moment, je n'ai cherché à « vérifier » les propos recueillis (dans des dossiers par exemple), pas plus que je ne les ai présentés au staff du CIVG, conformément au dispositif prévu et annoncé aux interviewés.



ceptives des hommes, car il ressort de leurs propos que, toutes méthodes confondues, la contraception reste d'abord, voire uniquement, l'affaire des femmes. Même pour les hommes qui utilisent des méthodes dites masculines comme le retrait (coït interrompu) ou le préservatif, les remarques renvoyant à la responsabilité principale de la femme ne sont pas rares :

« On n'a rien empêché. Je veux dire, je n'ai jamais mis un préservatif, donc... J'avais jamais pensé à mettre un préservatif parce que je me disais que c'était à elle peut-être de mettre, de prendre des pilules, qu'elle savait ce qu'elle faisait, donc... Je me suis reposé (sur elle). »

(Antoine : 25 ans, cadre moyen. Elle : 27 ans, employée peu qualifiée (petits boulots). Ils se connaissent depuis 4 ans et cohabitent depuis 6 mois, avec projet de mariage. Leur premier enfant a été conçu dans des circonstances semblables.)

Pour François, qui se présente comme un éjaculateur précoce et pratique difficilement le coït interrompu, cette méthode est présentée comme une demande (voire une décision ?) de la femme :

« Étant donné qu'à chaque fois que j'éjaculais, elle me demandait d'éjaculer, d'essayer d'éjaculer en dehors d'elle. Bon après bon, c'est ce que j'essaye de faire mais bon, apparemment, c'est pas toujours ce qui s'est passé. »

(François. 31 ans, technicien. Elle, 35 ans, secrétaire. Ils se connaissent depuis 3 ans, ont une liaison depuis 3 mois. Projet de cohabitation dans 6 mois. Elle est en instance de divorce.)

Didier présente la conception comme un accident, et précise spontanément :

« Euh... c'est plus l'accident de madame (il rit). C'est pas un accident de monsieur. »

(Didier, 32 ans, cadre commercial. Elle : 28 ans, secrétaire. Cohabitent depuis 8 ans, un enfant de 6 ans.)

Par la suite il m'apprend que sa conjointe avait arrêté de prendre la pilule, « parce qu'elle n'en avait plus », et il enchaîne :

« Moi je ne m'en occupe pas hein.

G.C : Vous ne vous en occupez pas du tout ?

Didier : Oh ben c'est son truc hein, c'est pas le mien hein. C'est son truc, bon j'essaye de penser à ce que je dois penser déjà par rapport au boulot, après, quand on est chez soi, on pense... à soi, si on doit commencer à penser, "est-ce que t'as bien pris ceci, bien pris cela", on s'en sort plus, on s'en sort plus. »

(Didier, 32 ans, cadre commercial. Elle : 28 ans, secrétaire. Cohabitent depuis 8 ans, un enfant de 6 ans.)

Patrick explique l'absence de contraception de son amie par l'insouciance de la jeunesse ; en ce qui le concerne, il lui semble suffisant de lui avoir fait confiance alors même que pour les autres aspects de leur vie de couple – et y compris dans la prise de décision de l'IVG – il affiche volontiers un rôle de leader protecteur à l'égard de cette compagne de quinze ans sa cadette.

GC : Et votre méthode de contraception c'était quoi ?

Patrick : Eh bien il n'y en avait pas. Parce que moi je pensais qu'elle... je ne suis pas rentré dans le détail, je n'ai pas demandé à voir sa pilule, voyez...



quelques problèmes. Donc il n'y avait plus de moyens de contraception à part se retirer, hein, qui ne marche pas forcément. »

(Nabil, 25 ans, travailleur social. Elle : 25 ans, secrétaire. Ils cohabitent depuis 3 ans ; un enfant de 18 mois.)

Les problèmes évoqués par Nabil concernent la consommation excessive d'alcool lors des fêtes de fin d'année, et de médicaments psychotropes par une conjointe apparemment déprimée qui ne peut donc utiliser une autre technique contraceptive.

Ainsi, utiliser le préservatif dans « une relation sincère » ne va pas de soi, notamment quand l'homme a eu auparavant d'autres types de relations et qu'il souhaite marquer la différence.

Dans cette logique, l'absence d'utilisation du préservatif tout au long de la vie sexuelle peut devenir, paradoxalement, une « preuve » du sérieux de l'interviewé, comme le pense Bertrand :

« Personnellement, je n'ai jamais fait avec, donc... En général j'ai toujours été un petit garçon sérieux, donc... j'ai... Bon, j'ai eu des relations entre les deux mariages, puisque j'ai été divorcé, j'ai été seul pendant dix ans. Mais, bon... je n'ai pas... fait n'importe quoi comme relation quand même ! C'était quand même... du suivi, bon... bon, il n'y a pas eu de continuité, mais c'était... c'était affectif quand même, c'était pas pour... pour la chose, comme on dit ».

(Bertrand, 52 ans, commerçant indépendant. Elle : 36 ans ; ouvrière. Elle a déjà un garçon de 17 ans ; mariés depuis 7 ans, ils ont ensemble un enfant de 6 ans.)

Je terminerai ceci en soulignant que si le préservatif « n'emballe pas trop », c'est à la fois pour des raisons physiques ou érotiques, et pour les significations qui restent attachées à cet objet, voire qui lui ont été fortement associées par les campagnes de prévention (MST et SIDA ; relations occasionnelles ou sans lendemain ; prostitution). Pour autant, le préservatif n'est guère présenté par les hommes interrogés comme une méthode de contraception qui leur permette de maîtriser leur propre fécondité. Cette dernière préoccupation n'est pas présente dans les propos des interviewés. Les hommes affichent clairement une préférence pour la contraception médicalisée, qui n'intervient pas dans le déroulement de l'acte sexuel et donc dans l'expérience du plaisir. Pour toutes ces raisons, ils s'en remettent aux femmes pour la contraception.

2. 2. DES EMBRYONS ET DES FŒTUS

Constater la faible implication des hommes interviewés dans la pratique de la contraception au quotidien pourrait laisser penser qu'ils n'accordent pas une grande importance aux conséquences de ses échecs. Et qu'ils n'accordent pas non plus un grand intérêt au produit de la conception lorsqu'ils demandent ou accompagnent sa suppression. Comment les hommes interrogés pensaient-ils au début de la grossesse, à 'cela' même dont on demande l'interruption ?

La moitié des hommes qui se sont exprimés sur ce thème⁶ tiennent l'embryon ou le fœtus pour un enfant : *Il a un cœur, c'est un enfant qui commence à se développer. 'J'ai tué un enfant'* (dix avis sur les vingt exprimés). Les autres pensent que

6. Quelques entretiens ont duré vingt minutes et donc ce thème n'a donc pas été abordé.

c'est une vie, mais pas encore un enfant ou pas encore une vie humaine (six cas) ; voire que c'est quantité négligeable : « *C'est comme un œuf, ça ne compte pas* » (quatre cas). Mais on verra très vite que ces lignes de partage sont moins nettes qu'il n'y paraît.

Au delà de ce constat global, des points communs se retrouvent dans les entretiens, presque indépendamment de la prise de position de l'homme interviewé sur la « nature » du produit de la conception. En effet, les hommes manifestent souvent une commune ignorance de cette nature, une maladresse et un malaise à en parler, une absence de repères sûrs ; et notamment, ils ignorent dans quelle mesure, à quel moment ou à quelles conditions, il devient légitime de parler d'enfant. En ce sens ils reflètent les controverses et les incertitudes présentes aussi bien dans l'opinion publique que dans le débat savant. La « diversité des images de l'embryon » (Kellerhals, 1976) persiste.

Ainsi, la difficulté à prendre la décision de poursuivre ou non cette grossesse est expliquée souvent par l'ignorance devant la réalité de son « contenu ». Georges s'interroge sur le caractère criminel de l'IVG, parce qu'il ignore en réalité de quoi il s'agit quand on parle d'embryon. Il explique comment il a pesé le pour et le contre, en ces termes :

« Ben pour, pour le garder euh, moi je..., enfin je savais pas du tout comment se passait un avortement. Pour moi au départ, c'était vraiment, c'était vraiment, je vais pas dire un meurtre, mais c'est, c'en est pas loin quoi, c'en est pas loin. Je ne connaissais pas en fait l'évolution de l'embryon, tout ça, je ne savais pas à quel stade il en était arrivé ce..., ce... enfin... Ben, je ne savais pas (rire) ; Ben j'ai du mal à l'appeler bébé et... c'est surtout ça qui me posait un problème moral quoi. Je savais pas. En clair comme je l'ai dit, pour imaginer, je savais pas si ça avait la taille d'un gambas ou d'une crevette grise quoi. Quand on m'a dit que c'était une crevette grise bon j'étais un petit peu soulagé et... ça... ça permet de mieux dormir, un petit peu quand même. Je savais pas du tout à quel stade... »

(Georges, 25 ans, engagé dans l'armée, cohabitation depuis 9 mois. Elle : 27 ans, employée ; pas d'enfant ni seuls ni ensemble. Ne sont pas sûrs d'en vouloir ensemble. Concernant la demande d'IVG : « *Je l'ai poussée, c'est elle qui a pris la décision.* »)

Choisit-on alors un repère quantitatif ? En quoi la gambas est-elle plus proche de l'humain que la crevette grise ? Est-ce que la taille suffit à discriminer les deux états ?

A l'inverse, les hésitations dans la décision à prendre vont se doubler d'une ambivalence ou d'une incertitude dans la façon de parler de « ça ». C'est un enfant et ce n'est pas un enfant, à la fois. Ce qui explique que le terme « bébé », utilisé spontanément par les hommes, n'est pas forcément revendiqué, il est plutôt utilisé faute de mieux, faute de repères ou de vocabulaire précis et satisfaisant. Ainsi, dans les propos de Walter avec qui je reviens sur ce terme de « bébé » qu'il a utilisé spontanément, l'imprécision du langage révèle les tensions dans l'expérience actuelle :

« G.C : Et vous vous parlez de bébé, “elle a un bébé en elle” vous dites. Pour vous, c'est un bébé ?

Walter : Ben tout de suite maintenant c'est encore un embryon mais... si on le laisse dans un an c'est un bébé... Moi je prends ça comme ça. C'est pour ça



que je dis que l'IVG, en ce qui me concerne, c'est dur à accepter parce qu'elle a une vie en elle, même si ce n'est pas un bébé, même si ce n'est pas encore un être humain comme on pourrait le dire, c'est un début de vie quoi. Je le vois comme ça. »

(Walter, 22 ans, statut d'étudiant mais il a abandonné ses études ; Voulait s'opposer à l'IVG, mais dit que sa situation sociale et économique ne lui permet pas de le faire. Elle : 20 ans, étudiante.)

On trouve des propos semblables en écoutant François :

« G.C : Et tout à l'heure vous avez dit à plusieurs reprises « on a fait un enfant, on a fait un enfant », vous pensez à ça en termes d'enfant ?

François : (...). Non je ne le prends pas pour un enfant mais bon ce qu'elle porte quand même... un enfant, elle porte quand même un enfant dans son ventre, pour moi c'est ça. Bon pas, pas encore mais bon mais (...), c'est un être vivant quand même. Donc bon, ça fait froid dans le dos.(...) ça choque quand même, c'est... Mais bon, je trouve que c'est pas le moment de lui donner, de donner cette chance à un enfant qu'on ne..., je reviens toujours sur la même chose, qu'on n'a pas désiré.

(François. 31 ans, technicien. Elle : 35 ans ; secrétaire. Ils se connaissent depuis 3ans, liaison depuis trois mois. Projet de cohabitation dans six mois. Elle est en instance de divorce.)

On constate ici l'importance du désir ou du projet parental dans ce qui fait qu'un embryon ou un « amas de cellules vivantes » peut devenir un enfant (Kellerhals, Pardini, 1976). Le temps, le déroulement des neuf mois de la grossesse, ne sont pas les seules conditions à cette transformation. Le désir importe, mais aussi la possibilité de la prise en charge, la responsabilisation, l'insertion dans un avenir possible et dans des relations significatives.

« Quand on donne une vie à quelqu'un, on la retire comme ça... C'est pas dans nos coutumes (...) Parce qu'on donne une vie à quelqu'un et qu'on sait, on sait très bien qu'on ne va pas assumer la responsabilité... en tant que père. Donc autant... autant le faire avant qu'il soit vraiment un être humain quoi. »

(Yann 35 ans, ouvrier au chômage. Ils se connaissent depuis 2 ans. Elle a 24 ans (je ne connais pas sa profession), elle va se marier sous peu avec un autre homme, qui n'est pas informé de cette grossesse.)

Et ce sont les hommes les plus religieux (ou, en tous cas, qui font explicitement référence à leur religion) qui expriment le plus leur détresse ou leur amertume devant la décision de l'IVG. Avec Yann, Mohamed en témoigne clairement, même s'il n'a pas les mots pour dire ce regret, exacerbé par l'échographie :

« Normalement, on a un enfant, on le garde. Donc je ne sais pas, tuer, c'est un péché.

GC : Et vous avez l'impression de tuer ?

Mohamed : Oui, bah oui. J'ai vu les photos (...)

GC : Pour vous, c'est un enfant ?

Mohamed : Ben c'est un bébé, je veux dire. »

(Mohamed, 17 ans, elle a 16 ans : ils sont tous deux lycéens, leurs parents ne sont pas au courant de leur liaison récente.)



circulation de leur parole sur cette expérience. J'ai donc demandé systématiquement aux hommes interviewés s'ils avaient parlé de cette IVG ou s'ils avaient l'intention d'en parler autour d'eux.

— d'autre part la rareté des écrits prenant en compte l'expérience masculine dans l'ensemble des questions liées à la contraception ou à la reproduction, renvoyait à un silence social sur ces événements de la vie « intime » des hommes, alors que du côté des femmes, la parole circule davantage.

L'enquête ACSF a mis en évidence la faible expansivité, – surprenante si l'on pense au mythe du mâle prêt à se vanter –, des hommes concernant leurs expériences sexuelles (un tiers des hommes et un quart des femmes disent n'avoir pas de confident à ce sujet) et notamment des hommes issus des milieux les plus favorisés. Les employés des deux sexes sont les plus loquaces sur leur vie affective et sexuelle. Les gens qui vivent en couple ont moins de confidents ; les plus âgés se confient moins que les plus jeunes et majoritairement les confidents sont des confidentes. On se confie surtout aux amis (même si les femmes laissent une place importante aux membres de la famille), rarement aux collègues (Ferrand et Mounier, 1993). Les femmes sont plus communicatives, et surtout elles reçoivent davantage de confidences, de la part des autres femmes comme de la part des hommes. On les présente volontiers comme plus « bavardes », alors qu'elles sont surtout plus à l'écoute, davantage disponibles. Dès lors le silence social des hommes sur leurs expériences intimes, est au cœur des rapports sociaux de sexe. Que constate-t-on en matière d'IVG ?

Le silence comme constat massif

Le résultat, clair et massif c'est **qu'aucun homme interviewé n'envisage de parler librement, ouvertement, de cette IVG dans son cercle relationnel**. Ils justifient systématiquement leur attitude, non pas en raison du tabou social qu'il pourrait représenter, mais parce qu'il s'agit d'un événement intime, dont on ne parle pas volontiers à l'extérieur. Or, les autres exemples de situations intimes que j'ai pu évoquer, en fonction des réponses précédentes de l'homme interviewé (une dispute, une scène de ménage, une fausse-couche...) suscitaient une réaction systématiquement beaucoup plus ouverte, plus orientée vers la possibilité voire la nécessité d'en parler. « *Mais, ça, non !* ». C'est donc bien que le statut d'évènement intime ne peut être l'explication suffisante.

Quelques hommes reconnaissent en avoir parlé dans **un cercle limité**. L'un des plus jeunes interviewés a assumé son besoin de pleurer dans les bras de sa sœur et de sa mère (mais n'en a pas parlé à son père). Un cercle « d'intimes » est donc informé dans six cas (un peu plus d'une situation sur cinq), mais ce cercle n'inclut pas tous les « intimes ».

La majorité des hommes interrogés a émis des **restrictions très importantes** à la parole sur l'IVG (seize cas, plus de la moitié). Ils insistent sur l'obligation de n'en parler qu'avec leur épouse, mettant en avant le souci de respecter sa volonté de secret (alors que, là encore, la question ne se pose pas pour d'autres aspects tout aussi intimes de la vie du couple). Tout en reconnaissant que ce secret n'est pas demandé explicitement par l'épouse, mais que cette demande est perçue implicitement par ces hommes.



(Miloud, 33 ans, ouvrier, liaison de trois mois avec une femme de 35 ans, ouvrière, collègue de longue date, mère de deux enfants « de pères différents », précise-t-il.)

— soit comme la signature des relations réussies d'un adulte avec ses proches :

« Parce que ... voilà on se fait confiance et ils (mes parents) n'ont pas besoin de savoir, je suis suffisamment grand pour assurer. (...) Ils sont bien conscients que je ne suis plus chez eux et qu'ils sont au courant d'une chose sur vingt de ce que je fais ».

(Claude, 20 ans, étudiant. Elle : 21 ans, étudiante ; non cohabitant, se connaissent depuis cinq mois.)

Plusieurs interviewés affirmeront : *Je n'ai pas de tabou, mais ça quand même ... ça ne se partage pas à l'extérieur*. La socialisation masculine conduit à ce genre de position. La réponse se présente comme une évidence, dont les motivations n'ont pas à être explicitées.

« Je ne sais pas, moi, je n'ai pas de sujet tabou avec les bons copains, mais c'est pas le genre de truc dont j'ai envie de parler. Peut-être parce que quelque part ça ne les concerne pas et que c'est un truc qui se passe entre ma femme et moi et que c'est pas un truc qui est facile à vivre. Qu'à la limite, je dise à un copain "Oui, c'est vrai, elle commence à me casser les pieds, on s'est engueulé, on a cassé de la vaisselle", ça peut faire du bien, ça ne m'est jamais arrivé mais ça peut faire du bien. Mais lui dire en fait qu'on a dû arriver à l'avortement, non je pense que, d'une part je n'ai pas envie d'en parler et puis je ne pense pas que ça les regarde quelque part et que ça les intéresse. C'est peut-être typiquement masculin ».

(Édouard, 36 ans. Elle : 31 ans, secrétaire en CDD. Mariés depuis 8 ans, 2 enfants de 7 et 4 ans ; « ils en feront un troisième », dit-il.)

Les hommes ne parlent pas ou alors ils parlent aux femmes qui ont, de leur côté, une plus grande latitude reconnue pour parler de choses intimes.

« Oui, justement, dans la famille, c'est pas des choses qu'on ébruite, hein, parce que... (soupon). Parce que je veux dire, c'est assez difficile déjà entre nous, en parler entre nous, mais c'est pas moi qui irais voir les frères et sœurs et dire "voilà, (mon amie) s'est fait avorter parce qu'on a eu ceci cela", non, non. Mais elle, elle en parle beaucoup plus, que ce soit avec moi ou avec sa mère ou avec ses belles sœurs... Elle en parle beaucoup plus.

GC : Et vous pensez qu'elle a raison d'en parler ?

Nabil : Elle a raison d'en parler. Si elle a des personnes à qui elle fait confiance et à qui elle peut se confier, tout en... tout en ayant le, comment dire... leur compréhension on va dire, tout en sachant qu'elles comprennent ce qui se passe, elle a raison d'en parler. Elle a raison. Parce que je veux dire, un truc comme ça, on ne peut pas le garder sur le cœur.

GC : Et vous, vous le gardez sur le cœur ?

Nabil : Moi, je ne le garde pas forcément, non, non, moi j'en parle avec les personnes qui sont au courant quoi, je veux dire, c'est-à-dire sa mère... On en parle mais c'est vrai que je ne m'étale pas dessus.

(Nabil, 25 ans, travailleur social. Elle : 25 ans, secrétaire. Ils cohabitent depuis 3 ans, un enfant de 18 mois.)

(Walter, 22 ans, statut d'étudiant mais il a abandonné ses études. Voulait s'opposer à l'IVG, mais dit que sa situation sociale et économique ne lui permet pas de le faire. Elle : 20 ans, étudiante.)

Cette crainte du jugement des autres, on sent confusément qu'elle n'est peut-être pas fondée, mais faute d'échanges sur ces questions, il est difficile de se faire une opinion de l'opinion de l'autre. Silence et crainte du jugement se renforcent mutuellement. C'est ce qu'exprime très bien ce cadre, époux d'une institutrice :

« Et puis, il y a aussi pas mal de jugements sur ce genre de choses quoi. Je veux dire, pas forcément envie de gérer ce problème-là en plus, il y a beaucoup d'a priori chez les gens... On pense, on se trompe peut-être mais... Et en même temps, on s'aperçoit que vraisemblablement, il y a des tas de gens qui ont le même réflexe, ce qui fait qu'on est peut-être plus nombreux qu'on ne le croit à partager les mêmes problèmes mais...

GC :... mais vous ne savez pas.

F : On ne sait pas. »

(Francis, 46 ans, cadre supérieur. Elle : 42 ans, institutrice. Ils se connaissent depuis 25 ans sont mariés depuis 22 ans. 2 enfants de 16 et 20 ans.)

La crainte de jugements négatifs, même différés dans le temps, est souvent présente, comme si la personne qui avait subi ou choisi une IVG était discréditée :

« GC : Et dans votre famille, par exemple, je ne sais pas, vous avez des frères et sœurs, des parents ?

Édouard : Oui. Non, je n'en ai pas parlé. Je n'en ai pas parlé parce que, parce que ma femme ne m'a même pas donné l'autorisation d'en parler, mais bon je n'ai pas besoin de son autorisation pour en parler et je ne pense pas en fait que ça nous aide beaucoup d'en parler à ma famille. Je ne pense pas que ça a pu arriver dans ma famille. J'en sais rien, personne ne m'en a parlé. Mais bon, je veux dire, je n'ai pas non plus envie qu'un jour, on puisse faire des reproches à ma femme en lui disant "Ah, tu as avorté !", non, je n'ai pas non plus envie que quelqu'un dans la famille lui fasse des reproches. »

(Édouard, 36 ans, mariés depuis 8 ans, deux enfants de 7 et 4 ans ; ils en feront un troisième dit-il. Elle : 31 ans, secrétaire en CDD.)

Le silence par crainte de faire de la peine au confident

Ici, la figure s'inverse, ce n'est plus pour protéger l'amie ou le couple contre les jugements extérieurs, mais pour protéger le confident habituel que l'on décide de garder le silence. C'est ce qu'explique Georges à propos d'une amie confidente. Benjamin est concerné par deux IVG en six mois, il explique qu'il a parlé à sa mère de la première IVG mais qu'il a gardé le silence sur la seconde IVG, estimant qu'elle avait assez de soucis comme cela.

En résumé : le silence comme situation piégée

Il n'est pas étonnant au vu de tout ce qui précède que la plupart des hommes découvrant que leur compagne est enceinte de façon inopinée ou non souhaitée, n'aient dans leurs relations aucun camarade parent ou ami dont ils savent qu'ils ont été confrontés à cette situation-là. Plusieurs diront qu'ils n'ont d'information sur ce sujet là que par les médias (le cas échéant) ou les associations spécialisées consultées



ministratives – les démarches à faire – et médicales ; on peut y voir une manifestation du contrôle exercé par le partenaire sur la décision de la femme, voire une imposition de la décision d'interrompre la grossesse à celle-ci, ou au contraire le résultat de la dépossession du pouvoir masculin dans la décision prise par la conjointe.

Comme les femmes, les hommes interviewés ne veulent pas d'un enfant sans père, c'est-à-dire en dehors d'une relation de couple « solide » et d'un projet parental. Près de la moitié de nos interviewés vivent une relation débutante, sans cohabitation, sans que leur engagement dans la durée soit acquis, et leur présence auprès de leur amie ne peut pas être interprétée uniquement en termes de volonté de contrôle ou d'imposition de leur décision. Ces dimensions peuvent coexister avec de l'empathie, comme par exemple chez ceux qui expriment leur malaise à faire souffrir leur partenaire, à qui ils viennent de refuser l'accueil d'un enfant. Ils ne sont pas insensibles aux difficultés de leurs compagnes (ce n'est pas un acte banal, dans leurs propos) ou de la situation (ils se posent des questions sur le produit de la conception, sur son éventuelle dimension humaine).

En revanche, en matière de contraception, la domination masculine se manifeste de façon subtile. En amont, en faisant de la contraception une « affaire de femmes », les hommes soulignent surtout leur volonté de ne pas se responsabiliser, de ne partager ni la charge mentale ni les inconvénients – érotiques notamment – des techniques disponibles. Le préservatif n'est guère présenté ni investi par les hommes comme la méthode de contraception leur offrant le moyen de reprendre le contrôle de leur propre fécondité. Cette préoccupation n'est pas présente dans les propos des interviewés. Les hommes affichent une préférence pour la contraception médicalisée, qui n'intervient pas dans le déroulement de l'acte sexuel et donc ne perturbe pas l'expérience du plaisir. Pour toutes ces raisons, ils s'en remettent aux femmes pour la contraception. Ils imputeront le plus souvent ses échecs à la femme, (ou aux techniques, ou à la situation, ou aux caprices de la biologie), très rarement à eux-mêmes. Comme dans l'ensemble des affaires « domestiques », la délégation d'un certain pouvoir aux femmes se double d'une faible valorisation du domaine de la vie du couple dans lequel ce pouvoir est concédé. Les femmes restent responsables de la contraception, « affaire de femmes », mais la force supposée du désir de l'homme, y compris sa possibilité d'imposer une relation sexuelle à sa partenaire, ne sont pas pour autant remises en question. Ce pouvoir secondaire reconnu aux femmes remet-il en cause l'équilibre des pouvoirs dans le couple ? Rien ne permet de l'affirmer. Le droit reconnu aux femmes de recourir à l'IVG se double de leur responsabilisation face à la contraception ou aux décisions à prendre, et d'une réelle solitude face à cette expérience.

L'interrogation sur les conditions de la « circulation de la parole » et de la construction de la mémoire, est centrale pour la compréhension sociologique de ce phénomène, comme elle l'est également dans une perspective de prévention. Dans la plupart des situations d'IVG, le secret se garde presque « naturellement », sans trop réfléchir. Entre hommes, la parole ne circule pas sur cette expérience. Ils se sentent isolés, et soumis à une expérience non partageable, ce qui complique la recherche d'information et de solution. Comment comprendre ce silence, ce désengagement des hommes face à cette situation ? Plusieurs aspects de la socialisation masculine peuvent éclairer cette attitude : la rareté des échanges d'expériences lorsque celles-ci sont jugées négatives ; l'apprentissage précoce de la rétention de l'expression des



émotions ; la difficulté de parler des questions intimes, surtout lorsqu'elles confrontent l'individu à ses limites et ses difficultés (c'est à dire lorsque l'homme n'a pas le « beau rôle »). Ils se retrouvent alors d'autant plus isolés ou démunis lorsqu'ils sont soudain concernés par une expérience qu'ils n'avaient pas anticipée, qui semble bien les déstabiliser, et face à laquelle ils ne savent pas quelles ressources mobiliser, pour eux mêmes d'abord, pour leur partenaire enfin.

Geneviève CRESSON,
Université de Lille1,
CNRS-CLERSE



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BAJOS N., FERRAND M., (dir) et l'équipe GINE. 2002. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Ed. Inserm.
- BAJOS N. 1998. Les risques de la sexualité, in Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Spira A. *La sexualité aux temps du sida*. PUF.
- BASTIN N., CRESSON G., TYBERGHEIN J. 1993. *Approche sociologique de la demande en réparation du préjudice thérapeutique : le cas du Sida*, Rapport final de recherche ANRS/INSERM
- BOLTANSKI L. 2004. *La condition fœtale*. Gallimard, NRF essais.
- BOZON M. 1998. Amour, désir et durée, in Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Spira A. *La sexualité aux temps du sida*. PUF.
- BRETIN H. 1992. *Contraception : quel choix pour quelle vie ?*, Paris : Ed Inserm
- BRUGEILLES C., CRESSON G., CROMER S. 2005. *Rapports sociaux de sexe et petite enfance*, Juin. Rapport à la CNAF.
- CRESSON G. 1995. *Le travail domestique de santé*. Paris : Ed. l'Harmattan.
- CRESSON G. 2001. Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes, in AÏACH P., CÈBE D., CRESSON G., PHILIPPE C. (eds) *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes : Ed ENSP.
- CRESSON G. 2002. Les hommes et l'IVG de leurs compagnes. In Rapport/contrat IC5/1998 sous la responsabilité de Fassin D. CRES-Paris XIII ; l'Intercommission n°5 de l'INSERM-Aide à la recherche IVG, Mai.
- DAGENAIS H., DEVREUX A-M. (éds) 1998. Ils changent, disent-ils. *Nouvelles questions féministes*, n° spécial 19/ 2-4.
- DELPHY C. 2001. *L'ennemi principal*, t. II. *Penser le genre*. Paris : ed Syllepse.
- DEVREUX A-M. 1997. Des appelés, des armes et des femmes ... *Nouvelles Questions féministes*, 18, 3-4, 50-78.
- DEVREUX A-M. 2001. Les rapports sociaux de sexe, un cadre d'analyse pour des questions de santé ? in Aïach P., Cèbe D., Cresson G. et Philippe C. (eds) *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Ed ENSP – Rennes.
- FERRAND A., MOUNIER L. 1993. Paroles sociales et influences normatives, in Spira A. Bajos N. Groupe ACSF, *Les comportements sexuels en France*, Paris : La Documentation Française,
- FERRAND M., JASPARD M. 1987. *L'interruption volontaire de grossesse*. PUF Que sais-je ?
- GADREY N. 2001. *Travail et genre, approches croisées*. Ed. l'Harmattan.
- GUILLAUMIN C. 1992. *Sexe, race et pratique du pouvoir, l'idée de nature*. Ed. Côté femmes.
- HERITIER F. 1996. *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*. Odile Jacob, Paris.
- HERITIER F. 2001. Privilège de la féminité et domination masculine. *Esprit*, mars-avril n° spécial « l'un et l'autre sexe ».
- HIRATA H., coll. 2000. *Dictionnaire critique du féminisme*. PUF. (voir notamment ces articles : Avortement et contraception (del Re A.) ; Domination (Apfelbaum E.) ; Féminité, masculinité, virilité (Molinier P. et Welzer-Lang D.) ; Sexe et genre (Löwy I.).
- HURTIG M-C., KAÏL M., ROUCH H. 1991. *Sexe et genre : de la hiérarchie entre les sexes*. Paris : Ed. du CNRS.

- KELLER P., PIERRET J. (éds). 2000. *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*. Paris : Ed. Syros.
- KELLERHALS J., PASINI W. 1976. *Le sens de l'avortement*, Genève. Ed. Georg.
- KELLERHALS J., coll. 1982. *Mariages au quotidien*. P. M. Favre, Paris et Lausanne.
- MARUANI, coll. 1998. *Les nouvelles frontières de l'inégalité*. Paris : Ed. La découverte
- NEYRAND G. 2000. *L'enfant, la mère et la question du père*. PUF.
- ROMITO P. 1991. *La naissance du premier enfant*. Delachaux, Niestlé.
- SIMMEL G. 1991. *Secret et sociétés secrètes*. Strasbourg : Ed. Circé.
- TABET P. 1985. Fertilité naturelle et reproduction forcée in Mathieu, N.C. *L'arraisonnement des femmes*, Paris EHESS.
- TABET P. 1998. *La construction sociale de l'inégalité des sexes*. L'Harmattan.