

CHAPITRE XII

L'AVORTEMENT, VÉCU MAIS TU !

Christina Lefkaditis

Pages 301-320 de l'ouvrage *L'accompagnement social et la mort* sous la direction de A. Magalhães de Almeida et M.-A. Berthod (2020)

© 2020, Éditions HETSL, ch. des Abeilles 14, CH-1010 Lausanne

www.hetsl.ch

doi du livre : 10.26039/2xtw-y269

doi du chapitre : 10.26039/wp8r-1586

Licence : CC BY-NC-ND

TABLE DES MATIÈRES

	SIXIÈME PARTIE. CORPS, SÉPULTURE ET MÉMOIRE	265
XII ...	Christina Lefkaditis	
	L'AVORTEMENT, VÉCU MAIS TU !	301
	DES VÉCUS DE L'AVORTEMENT QUI SE REJOIGNENT	302
	Un silence qui questionne	302
	Le sentiment de soulagement, un sentiment partagé	304
	Pas un drame, à moins d'être amené-e à le vivre ainsi	305
	... Encore moins un acte anodin	307
	Un élément qui fait partie de soi	308
	... Et qui est gardé pour soi	310
	DES RÉCITS SCIEMMENT ANCRÉS DANS UN CONTEXTE SOCIAL	312
	Un discours réfléchi	312
	Une décision par respect	313
	Faiblesse ou absence de projet parental	314
	L'incompétence de l'homme ressentie	317
	UN SILENCE QUI CACHE UNE RÉALITÉ SOCIALE	318
.....	BIBLIOGRAPHIE	325
.....	PRÉSENTATION DES AUTEUR-E-S	341

SIXIÈME PARTIE

CORPS, SÉPULTURE ET MÉMOIRE

Dans cette sixième et dernière partie, il est question du rapport au corps mort, de la destination de ce dernier et de sa sépulture, ainsi que de la mémoire que les individus entretiennent des défunt·e·s. Ces sujets sont d'autant plus importants pour le travail social qu'ils sont généralement absents des enseignements et des recherches dans cette discipline. En explorer les tenants et les aboutissants sur la base des questionnements des participant·e·s à l'atelier ouvre par conséquent de nouvelles perspectives pour les professionnel·le·s du social et sert à imaginer – et pourquoi pas expérimenter – des interventions ciblées dans des lieux et des situations que les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales ne fréquentent guère. L'article de Catherine Gaignat est emblématique à cet égard, puisqu'il relate une immersion dans un cimetière municipal pour situer les enjeux familiaux et professionnels de la mort périnatale. Il documente les procédures relatives à la prise en charge des fœtus et des mort-nés et analyse le sens de leur sépulture. Il soutient qu'une meilleure compréhension de ces réalités de la part des professionnel·le·s de l'accompagnement pourrait aider les familles à prendre des décisions confrontées à la mort périnatale. Sur le même sujet, Christina Lefkaditis n'a pas pris en considération la matérialité de ces corps et « quasi-personnes », mais a cherché à saisir la façon dont

leur représentation perdue, ou non, dans les récits des personnes ayant avorté. En rencontrant des femmes – parfois de nombreuses années après l'événement – et des hommes, elle décrit la place de cette expérience dans un parcours de vie et la façon dont une « personne » est conçue dans notre société contemporaine.

Parmi les trois autres travaux réalisés durant l'atelier de recherche et associés à cette partie, deux d'entre eux ont abordé la proximité que les professionnel·le·s du social ont avec le corps mort. Une proximité parfois imposée, parfois recherchée qui – au-delà des questionnements professionnels que celle-ci induit – interpelle les représentations que chacun·e se fait de la mort et de la finitude : comment anticiper la rencontre avec le corps vivant, en fin d'existence, et le trépas ? Comment toucher ces corps et en prendre soin ? Ritualiser les pratiques, sachant que les familles ne le souhaitent peut-être pas ? Helena Isabel Martins Lopes a cherché à répondre à ces questions en partant de son lieu de travail. Elle a documenté une thématique fort impressionnante, celle des soins mortuaires, aussi appelés « toilette mortuaire ». Son travail, intitulé « Les soins mortuaires en EMS », est un bon indicateur du sens – et du discours – que notre société produit sur la condition humaine. Les soins mortuaires en institution dévoilent comment la mort y est réfléchie, et comment elle est gérée. Dans le cas présent, il s'agit de trouver le savant et délicat dosage entre le milieu social et le milieu médical ; entre la dimension spectaculaire de la mort et le quotidien qui reprend rapidement ses droits avec l'arrivée d'un nouveau ou d'une nouvelle résident·e.

Cette expérience de terrain a mis Martins Lopes dans une « position embarrassante » et difficile à gérer, entre dévoilement et pudeur, entre proximité et mise à distance, ce qui l'a fait douter de sa capacité à l'entreprendre. Les tensions qui en ont résulté sont d'ailleurs souvent revenues dans les réflexions présentées durant les séminaires, non sans questionner les limites de l'encadrement pédagogique et méthodologique de ces étudiant·e·s du Master placé·e·s dans des situations de terrain négociées et choisies, mais gênantes et perturbantes. En l'occurrence, la participation de Martins Lopes à la réalisation d'une « toilette funéraire » impromptue, mais assumée durant sa recherche l'a amenée à réfléchir à ses propres interventions vis-à-vis des résident·e·s et à questionner son rapport à la mort, en particulier dans un univers culturel qui n'est pas le sien.

Ce type de terrain demande, de par la gestion des émotions engagées, une grande maîtrise des appréhensions et angoisses personnelles, susceptibles de contaminer symboliquement l'espace hors travail. Il a en tous les cas permis à Martins Lopes de documenter cette dimension anthropologique de la séparation des vivant·e·s et des mort·e·s qui s'opère à travers les soins mortuaires ; d'apprécier la volonté d'éliminer les traces de la mort – esthétisation des corps à présenter, gommage des marques de la souffrance – et de préserver l'ordre social et l'équilibre individuel pour le bien des familles concernées. Martins Lopes a analysé les soins mortuaires comme la continuité d'une relation de proximité et de respect envers la personne que les professionnel·le·s ont accompagné, pendant de nombreuses années parfois. Ce travail interroge la capacité des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales – qui ne sont pas des soignant·e·s – à appréhender leurs peurs et à questionner leurs pratiques et leurs représentations, du moins dans les établissements médico-sociaux.

La confrontation avec le corps mort a fait l'objet d'un autre travail. Éric Kolo s'est intéressé non pas à la façon dont les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales y font face, mais plutôt à la façon dont ces derniers et dernières pourraient aider celles et ceux qui y sont nécessairement confronté·e·s durant leur formation professionnelle. Kolo a mené son étude auprès d'étudiant·e·s en médecine, pour comprendre leur manière d'appréhender l'un des moments clés de leur cursus : la dissection d'un corps ou de ses parties. Certain·e·s étudiant·e·s se retrouvaient alors pour la première fois devant un cadavre, une expérience autant physique que sensorielle (vue, odorat, toucher). Les analyses menées dans ce travail – « Les étudiant·e·s en médecine face à la dissection : travail de recherche sur le vécu des étudiants et les limites de l'encadrement à Genève » – décortiquent les tentatives des étudiant·e·s de « déshumaniser » le corps ainsi que leur difficulté à dissocier corps mort et personne ayant une identité, révélée par des tatouages, des cicatrices ou les rides de la peau. Kolo décrit avec acuité l'appréhension de ces étudiant·e·s à travailler sur ces corps comme s'ils étaient des objets. Ceux-ci et celles-ci ont parfois de la peine à parler de ce qu'elles et ils ont vécu, des mécanismes et des stratégies défensives développées pour mettre à distance le cadavre, en recourant à l'humour ; à des jeux de langage ; à des postures physiques et des positionnements dans l'espace ;

à l'hyperconcentration, à la réification. Mettre des mots sur ces expériences morbides leur est également coûteux.

Ces constats posent la question de l'encadrement et de l'accompagnement par les enseignant·e·s de ces formations qui confrontent les étudiant·e·s au cadavre et, plus généralement, à la mort. Cette problématique doit interpeller les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales, dans la mesure où ils et elles pourraient jouer un rôle dans l'accompagnement de ces formations et favoriser le fait de mettre un sens sur les ressentis de ces étudiant·e·s. Kolo estime en effet pertinent de mettre en place et d'animer des espaces de paroles – là où ils n'existent pas encore¹ – pour anticiper, préparer, débriefier, en bref pour accompagner la gestion des émotions et favoriser le dialogue en la matière.

Enfin, le dernier travail associé à cette partie traite de la mémoire des défunt·e·s, de manière singulière et originale. Frédéric Bellenot a réalisé un travail sur sa propre famille, un travail de recherche qualifié de « sans limites », sur un objet de recherche aussi proche que lointain, difficile à assumer : « La fin de grand-papa. Nature d'un souvenir familial et auto-ethnographie mémorielle ». Dans le cadre de l'atelier, ce travail a été pertinent pour évoquer les aspects épistémologiques qu'il convoque – au niveau du dispositif méthodologique qu'il (im)pose – et pour aborder les dimensions réflexives incluses dans la description rétrospective d'une fin de vie, en l'occurrence celle d'un membre de la famille. Le document de Bellenot traite de la question du récit et de la bonne distance à trouver parmi les souvenirs « affectés » après le décès d'un grand-père, au risque de réveiller certaines choses que la famille a parfois voulu cacher. Il présente par ailleurs une analyse de la façon dont ce vécu personnel teinte le vécu professionnel de l'auteur.

Ce travail tourne autour du récit du décès d'une figure familiale, impliquant la personne qui le narre et le vit, ce qui rend l'objectivation difficile. Le groupe de participant·e·s concerné·e·s (membres de la famille) était convié à participer à la construction de la mise en scène du décès d'un homme – sa théâtralisation – et à accorder par

1 L'Association suisse des étudiant·e·s en médecine a par exemple lancé le projet « Doctors and Death ». À Lausanne, ce projet s'incarne dans une association portant ce même nom, destinée aux étudiant·e·s en médecine pour favoriser le dialogue « à propos des situations où ils [et elles] sont confronté[·e·s] à la mort durant leurs études. Cette démarche est un moyen de contribuer au développement d'une pratique médicale humanisée. » <https://doctorsanddeath.wordpress.com> ; (consulté le 3 mars 2019).

assentiment du crédit à la reconstruction de l'histoire familiale. Plus largement, ce travail met l'accent sur la maîtrise narrative et fictionnelle du récit de vie des personnes que les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales accompagnent ; il montre les risques de figer les représentations relatives à une personne ou à un événement dans un discours, et de renforcer certains stéréotypes. Comme le mentionne Bellenot, les personnes n'évoquent que ce qui les arrange dans la construction de ce type de récit et cela malgré le travail réflexif et introspectif qui peut être réalisé. Se pose finalement la question pour les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales de savoir comment aider les familles à trouver, dans la mesure du possible et pour autant que cela s'avère opportun, une sorte de « vérité commune » dans un récit face à la fin de vie, à la mort et au deuil, un récit qui « arrange tout le monde » et dans lequel tous et toutes peuvent s'y retrouver afin de favoriser l'intervention professionnelle.

L'AVORTEMENT, VÉCU MAIS TU !

CHRISTINA LEFKADITIS

Le vécu autour de la pratique de l'avortement est rarement évoqué, sachant que celle-ci est plutôt répandue selon les chiffres officiels : l'Office fédéral de la statistique (2018b) fait état de 6,2 interruptions de grossesse pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans résidant en Suisse en 2017. Avant cette recherche, il m'était rarement arrivé de participer à une discussion portant sur cet acte. C'est ce silence qui m'a amenée à « faire quelque chose sur [l'avortement] ». Tout comme Natalie Benelli (2011, p. 41), à qui j'emprunte cette expression, je n'avais ni hypothèse de travail ni question de recherche précise au moment de me lancer, seulement des idées et quelques connaissances profanes.

Mon objectif a été de rencontrer des femmes et des hommes ayant vécu cette expérience afin de saisir, à travers leur récit, comment elle s'est inscrite dans leur parcours de vie. J'ai cherché à comprendre leur vécu d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) non seulement sur le court terme, mais aussi, et surtout sur le moyen et le long terme. Au cours de sa carrière professionnelle, la travailleuse ou le travailleur social peut être amené·e à rencontrer des individus se trouvant émus ou simplement témoignant d'une interruption de grossesse qu'ils ont vécue. En présentant dans cet article les résultats de ma recherche,

j'espère leur permettre d'aller au-delà des idées reçues sur le vécu de cet événement et de mieux appréhender ces échanges auxquels elles ou ils participent parfois à en explorer le sens. Pour y parvenir, je contextualise dans une première partie la question de l'avortement et présente les personnes que j'ai interviewées avant de mettre en perspective leur façon d'appréhender cet événement. Puis, dans la seconde partie, je situe les récits collectés dans leur contexte social afin d'en apprécier la place dans le parcours de vie, dans le plus ou moins long terme.

DES VÉCUS DE L'AVORTEMENT QUI SE REJOIGNENT

Avant de décrire le vécu de l'IVG et de l'analyser en restant au plus proche des témoignages collectés, je mets tout d'abord en perspective le silence qui règne autour de l'interruption de grossesse et décrit les personnes ayant accepté de partager leur expérience avec moi. Cela permet ensuite de montrer qu'un sentiment de soulagement s'associe souvent à celui de solitude dans leurs propos et que leur expérience, décrite comme importante, est souvent gardée pour soi et pourquoi.

302

UN SILENCE QUI QUESTIONNE

Mes premières lectures m'ont directement orientée vers ce questionnaire central : comment les personnes concernées vivent-elles l'avortement ? Difficile d'oublier les paroles prononcées par Simone Veil face à l'Assemblée nationale française en novembre 1974 : « C'est un drame et cela restera toujours un drame » (Lambert, 2014, p. 214). En Suisse, le droit à l'IVG reste aujourd'hui encore un droit d'exception. Selon ledit « régime du délai » entré en vigueur en 2002, lorsque l'IVG est effectuée dans les douze premières semaines de la grossesse, elle est « non punissable » si cette dernière représente un « danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique » de la femme et/ou si cette dernière se trouve dans un « état de détresse profonde » (art. 119 du Code pénal suisse).

On peut y voir une injonction faite aux femmes à vivre l'avortement comme quelque chose de grave, comme un dernier recours en quelque sorte. La sociologue Christine Delphy appelle « ceux qui nous disent qu'il ne faut pas (le) banaliser » à se décider sur son caractère criminel ou non : « Certes, la vérité, souvent, n'est ni toute blanche ni toute

noire. Mais elle ne peut pas être si grise qu'on nous le dit » (2000, p. 3). Les femmes qui ont recours à l'interruption de grossesse perçoivent-elles qu'il existe une manière de la vivre qui soit socialement correcte, à la différence d'autres qu'il est préférable de taire ?

Une autre question a par ailleurs émergé au fil de mes explorations : le vécu de l'avortement peut-il être conjugué au masculin ? Bien qu'il s'agisse d'un acte médical sur un corps féminin, il est intéressant d'appréhender la façon dont un tel événement est vécu sans pour autant avoir été expérimenté dans sa propre chair. En outre, même si les hommes ne prennent pas la décision finale d'avorter, ils peuvent être associés au processus décisionnel. Dès lors, quel est leur vécu de l'IVG ? Et que nous permet-il de dire sur celui des femmes ?

Pour traiter ces questions, j'ai effectué un travail de terrain entre avril et novembre 2015. Neuf entretiens semi-directifs ont été menés, dont un entretien exploratoire avec une conseillère en santé sexuelle, Aline de son prénom fictif, exerçant dans un service de planning familial. Les huit autres personnes interviewées, cinq femmes et trois hommes, sont âgées de 29 à 60 ans. Toutes ont vécu un avortement entre quatre semaines et trente ans avant l'entretien. Le niveau de formation, le domaine d'activité professionnelle ainsi que la situation familiale varient passablement de l'une à l'autre. Toutes vivent en Suisse depuis leur naissance ou leur petite-enfance, en Suisse romande au moment de l'entretien.

303

Afin de donner un aperçu de leur profil, j'indique dans les lignes ci-dessous pour chacun-e, l'âge au moment de l'entretien et la période qui le sépare de l'interruption de grossesse ; la situation professionnelle lorsque l'interruption a été pratiquée et celle occupée durant l'entretien (si différente) ; la situation familiale qui prévalait au moment de l'IVG et celle indiquée durant l'entretien (si différente également), ainsi que le terme que les personnes ont utilisé pour en parler :

- Patricia, 41 ans, six semaines auparavant ; employée de commerce ; célibataire avec un enfant ; IVG ;
- Marie, 60 ans, trente-cinq ans auparavant ; mère au foyer, désormais recueilleuse de récits de vie ; mariée avant un enfant, puis mariée avec un enfant et un petit-enfant ; avortement ;

- Sébastien, 33 ans, huit ans auparavant ; en formation, désormais technicien ambulancier ; en couple sans enfant ; IVG ;
- Sylvia, 43 ans, deux ans auparavant ; urbaniste, désormais en recherche d'emploi ; en couple sans enfant ; avortement ;
- Pascal, 37 ans, douze ans auparavant ; bûcheron, désormais jardinier ; célibataire sans enfant, désormais marié avec trois enfants ; avortement ;
- Diana, 29 ans, un mois auparavant ; étudiante en biochimie ; en couple sans enfant ; avortement ;
- Fabienne, 40 ans, huit ans auparavant ; éducatrice ; en couple avec deux enfants, désormais mariée avec deux enfants ; avortement ;
- Jean, 36 ans, dix ans auparavant ; historien de l'art ; célibataire sans enfant, désormais célibataire ou en couple sans enfant ; avortement.

304

Quatre parmi ces huit personnes ont répondu à une annonce écrite. Par ailleurs, ce n'est qu'une annonce (parmi plus de vingt apposées en divers endroits), sur un panneau d'affichage d'un supermarché, qui m'a valu ces quatre appels de femmes. Il a été en revanche plus difficile de trouver des hommes prêts à témoigner. Le bouche-à-oreille a permis d'en trouver trois. Pour l'anecdote, à plusieurs reprises, on m'a dit que ça ne jouait pas, l'interruption n'étant pas volontaire pour l'homme en question (qui n'était pas présent). Cela montre à quel point les termes sont susceptibles d'être surinterprétés et à quel point le sujet est sensible.

LE SENTIMENT DE SOULAGEMENT, UN SENTIMENT PARTAGÉ

Un sentiment de soulagement faisant suite à l'interruption volontaire de grossesse ressort de la majorité des entretiens. Sébastien avance – il semble être le seul des interviewé·e·s à le penser – que ce sentiment, dans cette situation, est plus spécifiquement masculin. Selon lui, « s'il y a une IVG, c'est que [...] l'homme ne veut pas le gamin, il ne veut pas assumer ; il n'est pas assez mature. » Patricia le lie avec le fait de « reprendre un rythme normal », de « reprendre une vie quoi ». Marie, qui a avorté dans les années 1980, a aussi ressenti du soulagement. Partageant sa chambre, lors de son hospitalisation, avec des femmes

qui venaient également de subir un curetage, mais parce qu'elles avaient « perdu leur bébé » (ses mots), il était difficile pour elle d'exprimer son ressenti. Fabienne dit avoir été un peu soulagée et ajoute n'avoir « en tout cas pas [éprouvé] des émotions positives », mais plutôt de la tristesse et de la culpabilité. Enfin Diana, quant à elle, précise s'être sentie beaucoup mieux dès les premiers saignements, lesquels ont eu lieu lors de la phase d'évacuation d'une IVG médicamenteuse. La fatigue liée à la grossesse influait négativement sur son état psychique.

Dans *L'injonction à un vécu dramatique de l'IVG*, la sociologue Sabine Lambert (2014) postule l'existence d'une « manière de vivre “correctement” son IVG », d'une « norme selon laquelle les femmes se doivent de vivre et/ou de s'exprimer à propos de leur avortement ». Elle avance aussi que les femmes qui témoignent d'un vécu non dramatique, par exemple se déclarent soulagées ou affirment ne pas regretter, transgressent cette norme (2014, p. 214). Je pense que les femmes et les hommes interviewé·e·s ressentent le poids de cette norme dans une certaine mesure, mais s'en distancient également. Dans plusieurs entretiens, au moment de décrire les sentiments « non négatifs » qu'elles ou ils ont pu ressentir au fil des années, une explication ou une contextualisation de ces ressentis est toujours proposée. Il semble y avoir une forme d'adhésion à la norme décrite malgré un vécu majoritairement non dramatique de l'IVG.

305

PAS UN DRAME, À MOINS D'ÊTRE AMENÉ·E À LE VIVRE AINSI

Dans les entretiens, le vécu en lien avec l'interruption de grossesse est décrit comme donnant lieu à de nombreuses émotions qui ne sauraient être associées à la seule perception d'avoir vécu un « drame », à l'exception de Sylvia. Patricia a traversé la période autour de l'IVG assez difficilement. Bien que deux personnes de son entourage fussent dans la confiance et présentes pour elle, elle se sentait seule. Marie aussi évoque la solitude ressentie pendant et après son hospitalisation : « Ça m'a pesé de ne pas pouvoir en parler. » Fabienne a quitté l'hôpital à pied et s'est aussi sentie seule. Néanmoins, l'avortement est quelque chose qu'elle a souhaité, il s'agissait donc de le vivre : « C'était ma bulle, voilà. » Diana également a voulu se rendre seule aux différents

rendez-vous. Cette étudiante explique avoir beaucoup pleuré et ressenti de la colère envers son petit ami durant la période précédant l'interruption de grossesse. Elle corrèle ce sentiment au « chaos hormonal » causé par cette dernière. Pour sa part, Patricia se souvient s'être énervée contre plusieurs personnes : « Hormonalement parlant, ce n'était pas évident. » Elle décrit le jour de l'IVG comme un « drôle de jour », une « parenthèse ». Pascal, à l'époque bûcheron, se souvient de la pénibilité de sa journée de travail durant laquelle sa petite amie a avorté, cette dernière ayant été accompagnée par quelqu'un d'autre.

Selon Christine Delphy, le fait que l'on dise que plus de deux décennies après la loi, la France compte encore plus de 200 000 avortements par année sous-entend que les femmes profitent d'avoir la possibilité d'avorter pour le faire. Or, « ce n'est pas une partie de plaisir. Cela n'a pas à être non plus la tragédie que l'on veut que l'avortement soit, qu'on fabrique avec un parcours du combattant humiliant et traumatisant » (Delphy, 2000, p. 3). L'avortement n'a été une expérience joyeuse pour aucune des personnes que j'ai interviewées. Toutefois, seule Sylvia le définit comme « un événement de [sa] vie vraiment traumatisant ».

306

Sylvia affirme tout d'abord avoir reçu une « grosse claque » au moment d'apprendre sa grossesse. Malade physiquement et souffrant psychologiquement, elle a mal vécu la période entre cette nouvelle et l'avortement. C'était comme si elle avait un « corps étranger » en elle. Malgré l'écoute dont elle bénéficiait de son compagnon et de sa meilleure amie, elle avait l'impression d'être dans un « monde parallèle ». Elle décrit l'interruption de grossesse comme très douloureuse et évoque un sentiment de solitude et un « grand vide » pendant les jours et semaines qui ont suivi. À différents moments de l'entretien, Sylvia fait part d'éléments plus contextuels qui, à mon sens, ne peuvent être séparés de son vécu de l'avortement.

Elle raconte notamment l'accueil que lui a réservé une infirmière du service de gynécologie de l'hôpital : les paroles culpabilisantes de cette dernière à son égard ; ses soupirs répétés ; l'inscription, devant ses yeux, de la date du terme de la grossesse. L'avancement de celle-ci semble une information plus pertinente que la date présumée d'un accouchement qui n'aura pas lieu. Sylvia relate encore les questions que son gynécologue lui a posées au sujet de son couple, ressenties comme empreintes de normes morales : « Si ça m'était arrivé à 20 ans, je pense que je n'aurais

pas eu autant de traumatisme. Mais en arrivant à un âge où on vous dit que c'est peut-être votre dernière chance, que c'est l'âge charnière, la quarantaine, je pense que ça, ça a aussi un impact sur le ressenti après. » Il est difficile de savoir si elle perçoit son « âge charnière » comme un facteur aggravant par rapport au vécu de l'avortement en lui-même et/ou comme un facteur la rendant plus facilement cible de jugements moraux. Quoi qu'il en soit, nous verrons dans le sous-chapitre suivant que ni elle ni les autres interviewé·e·s ne le banalisent.

... ENCORE MOINS UN ACTE ANODIN

Plusieurs interviewé·e·s précisent, à leur manière, leur conception de l'avortement qui apparaît toujours comme un acte important. Patricia dit que c'était une décision difficile à prendre au niveau de l'éthique. Sébastien fait un lien entre son vécu de l'IVG et son idée sur cette pratique : « Je pense que la souffrance venait du fait que [...] je ne suis quand même pas hyper, hyper content de... L'avortement ce n'est quand même pas du tout anodin ; je pense même que ce n'est pas très bien. » Pascal insiste sur le fait que l'avortement est un choix personnel et difficile à prendre, la femme portant « tout ce poids (de la décision) sur les épaules » ; il dit à ce propos avoir appuyé celle de sa petite amie pour lui « alléger la conscience ». Pour sa part, Diana soutient, sur le ton de l'évidence, qu'elle aurait préféré éviter de passer par un avortement, à la suite duquel elle a décidé de profiter d'avoir la santé. Elle pense que la souffrance liée à l'avortement est « prise à la légère » dans notre société, du fait que l'IVG est perçue comme résultant d'une volonté. Selon Jean, l'interruption de grossesse peut être assez destructrice en fonction des conditions dans lesquelles elle a lieu et l'état de la personne.

Sylvia, Fabienne et Marie amènent un autre éclairage. Elles évoquent l'importance de la décision de garder la grossesse. La première insiste sur le fait que la vie d'un enfant n'est pas anodine. Selon elle, de nombreuses personnes ont un enfant pour des raisons qu'elles considèrent comme mauvaises : « Pour faire comme tout le monde, pour rentrer dans un cadre, [...] pour se sentir valorisées ou pour avoir un statut social. » Fabienne avance que pour que l'enfant soit bien, il faut que la mère se sente prête ; qu'elle soit en accord avec elle-même. Marie estime que son choix était celui d'une « bonne mère », se référant aux normes

sociales liées à la figure que représente cette dernière, normes dont elle a conscience : « [Je] ne pouvais pas lui offrir ce qu'il fallait, à cet enfant qui allait venir. »

Selon Delphy, la crainte de la banalisation de l'avortement, liée à la peur qu'il ne soit plus considéré comme un dernier recours, n'ont pas lieu d'être (2000, p. 1). Sabine Lambert (2014) va plus loin. Au risque de brusquer celles et ceux – médecins et psychologues compris·e·s – pour qui cette souffrance irait de soi, elle cherche à en trouver les raisons. Pour ce faire, elle enlève la naturalité lui étant conférée. Plus que sur la souffrance, les témoignages se rejoignent donc sur un point spécifique : l'expérience de l'IVG fait partie du parcours de vie ; elle n'est jamais effacée ni oubliée.

UN ÉLÉMENT QUI FAIT PARTIE DE SOI

308

Diana a décidé, après l'avortement, de profiter d'avoir la santé. Je pense que cette idée peut être rapportée à deux choses : au fait, d'une part, qu'elle se sentait mal pendant la grossesse (et donc n'avait pas la santé) et au souhait de tirer profit de ce vécu pour la suite d'autre part. Cette explication se confirme lorsqu'elle dit avoir « décidé de le regarder comme une expérience ». Elle considère avoir appris quelque chose, « c'est sûr », avoir fait un pas vers une certaine maturité. En outre, elle utilise une image très intéressante pour illustrer ce qu'elle a vécu : une route sur laquelle elle s'est retrouvée engagée, le temps de la grossesse, et de laquelle elle s'est séparée pour en prendre une autre. Fabienne définit l'événement comme « un peu décisif [...] Ça m'a peut-être aidée, en fait, à me séparer du papa de mes enfants. » Avec le recul, Pascal voit l'événement comme l'ayant aidé à prendre la décision de changer de travail. La démarche entreprise lui a permis de trouver un poste « bien meilleur ».

Plus encore que l'avortement comme expérience « formatrice » ou « décisive », l'avortement apparaît comme un élément faisant intégralement partie de soi, du parcours de vie. Les personnes disent souhaiter garder quelque chose en mémoire. Patricia dit avoir essayé de ne pas attacher trop d'importance à ce qu'il s'est passé quelques semaines seulement avant notre entretien, puis nuance son propos : « J'ai envie d'oublier, et puis quelque part, j'ai envie de garder quand même un petit,

ouais, souvenir.» D'ailleurs, elle est allée mettre un cierge à l'église à la suite de l'IVG, ce qu'elle considère comme un rituel lié au deuil. Fabienne, parlant de ce qu'elle éprouve au moment de l'entretien, dit qu'elle se sent sereine par rapport à cette « histoire » qu'elle définit comme la sienne; elle y pense rarement, mais ne l'a pas « effacée » pour autant.

Marie et son époux ont « toujours eu l'impression que c'était une fille ». Avec le sourire, elle explique qu'à la naissance de sa petite-fille, « pour moi ça a fait comme un lien ». Ces paroles montrent qu'elle garde quelque chose en elle de sa grossesse interrompue, quelque chose qui, bien que dans son esprit, n'en demeure pas moins présent. La naissance de sa petite-fille, âgée de 16 ans au moment de l'entretien, semble avoir renforcé cette présence: « C'est comme si c'était cet enfant que je n'ai pas pu avoir. [...] Comme si elle était revenue, autrement. »

Ce qu'il s'est passé il y a plus de dix ans fait aussi partie de Jean et de son parcours: « Je vis cette histoire à travers ce que ma copine de l'époque a pu me raconter à un moment donné. » Je perçois l'utilisation de l'indicatif présent, dans cette phrase et dans d'autres, comme emblématique. À deux reprises, il évoque en effet le fait d'avoir « pu être papa » pendant trois semaines, d'avoir donc endossé ce rôle sans le savoir. Il émet toutefois une réserve quant à la véracité des propos de son ex-petite amie: « Finalement, il n'y a pas de preuve. » Au fond, Jean se dit « attaché à ce quelque chose, cette graine qui était en elle ». Cet attachement à ce quelque chose qui aurait physiquement existé reste ancré en lui.

Diana, qui étudie la biochimie, utilise des mots qui en disent long sur le rapport qu'elle entretient avec l'interruption de grossesse vécue quelques semaines avant notre entretien. Elle estime « métaboliser la chose très bien ». Elle affirme, au contraire d'autres femmes, ne pas se sentir responsable d'avoir « tué un enfant ». En outre, elle se dit « plutôt scientifique » et semble penser que sa vision des choses permet cette bonne métabolisation. Par cette expression, elle entend le passage par différents stades émotionnels: alors qu'elle pleurerait beaucoup et était souvent fâchée avant l'avortement, tristesse et colère ont gentiment donné place à plus de sérénité. L'utilisation de ce terme donne une indication importante. Bien qu'il s'agisse d'interrompre le développement et d'évacuer la matière biologique dans les deux étapes de l'IVG

médicamenteuse, il ne s'agit pas d'évacuer le vécu de l'avortement au cours du processus qu'elle décrit, mais de l'intégrer.

Plusieurs éléments mis en lumière dans ces différents propos font écho au deuil. En particulier tel que ce dernier est décrit par la sociologue Karine Roudaut, c'est-à-dire un deuil qui ne se borne pas au rituel, mais qui « intègre des représentations symboliques et des rites d'interaction de la vie ordinaire » (2005, pp. 18-19). En outre, il s'inscrit dans un itinéraire et porte un enjeu identitaire. Je me permets de faire un lien entre avortement et deuil, car le premier peut être défini comme l'interruption d'un processus biologique entamé (et non comme la fin d'une vie), pour reprendre les termes de l'anthropologue Nicole-Claude Mathieu (2013). Cette dernière met l'accent sur le caractère culturel de la maternité et définit l'avortement comme un « refus culturel d'un processus biologique entamé » (p. 63).

... ET QUI EST GARDÉ POUR SOI

310 Toutes et tous les interviewé-e-s disent n'avoir parlé de leur expérience qu'à un nombre restreint de personnes. Patricia s'est confiée à sa sœur et à sa meilleure amie, mais pas à d'autres proches, de peur de leur jugement. Plus tard dans l'entretien, elle explique qu'ayant parlé de son expérience à très peu de monde, elle ignore dans quelle mesure la société juge cet acte. Elle se dit qu'en fin de compte, elle se juge elle-même. Elle se sent même ridicule, « à quelque part, d'avoir 41 ans et puis de faire une connerie comme ça ». Sylvia a discuté de ce qu'elle était en train de vivre avec des proches puis, plus tard, a évoqué son expérience en présence de personnes qu'elle voyait régulièrement. Plusieurs d'entre elles n'ont pas réagi, ce qu'elle pense préférable. Pascal, à l'époque de l'avortement, n'en avait parlé qu'à sa famille. Il est à noter que la relation qu'il entretenait avec la femme tombée enceinte était une relation extra-conjugale, un « secret de polichinelle ». Diana explique l'avoir caché à l'une de ses meilleures amies, à qui l'avortement semble poser un problème d'ordre éthique. Idem pour Fabienne, dont l'amie « essayait de faire des bébés pendant un sacré moment ». Jean explique que ce n'est pas tant la proximité avec une personne qui fait que l'on en vient à lui raconter son expérience, mais plutôt ce qui les lie. Il en a parlé à des personnes stériles.

Ces passages montrent qu'il s'opère une véritable sélection des personnes à qui l'interviewé-e parle de son avortement, certainement aussi un choix des mots utilisés et de l'information transmise. Les personnes ayant vécu cette expérience cherchent à éviter d'être la proie de jugements ou encore de brusquer l'autre à cause de leurs convictions. Il leur arrive encore d'éviter de blesser l'autre à cause d'une expérience liée à la procréation. Ces constats rejoignent ceux de Sophie Divay (2004), qui a mené une étude dans le cadre d'une association dans laquelle elle participait, en tant que conseillère conjugale, à des entretiens préalables à l'IVG. Elle relate notamment que certaines femmes souhaitent garder le secret pour éviter d'éventuelles pressions pour les dissuader d'avorter. C'est le cas de Patricia, qui n'a parlé de sa grossesse au partenaire qu'après son interruption, n'ayant pas envie de se faire « parasiter » par une personne avec laquelle elle ne souhaitait « en tout cas pas » avoir d'enfant.

Sylvia, qui a parlé de son expérience à des personnes proches et moins proches, se dit impressionnée du nombre de « ah ben moi aussi » qu'elle a entendus. Divay (2004) note que les réactions de l'entourage ne sont pas systématiquement négatives. Il arrive même que la révélation de la décision d'avorter entraîne des confidences inattendues. Elle explique que l'avortement représente un type de déviance permettant de se soustraire aux jugements d'autrui. En effet, la femme qui avorte n'est pas porteuse d'un « stigmat visible » (Divay, 2004, p. 200), l'homme non plus.

Cette sociologue se réfère à Erving Goffman qui définit le stigmaté comme « un attribut qui jette un discrédit profond ». Il précise : « En réalité, c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler. L'attribut qui stigmatise tel possesseur peut confirmer la banalité de tel autre » (2010, p. 13). La personne doit choisir entre dire ou ne pas dire, comment, où et quand. Il en va, selon les termes de Goffman, du « maniement d'une information discréditrice pour soi-même » (2010, pp. 57-58). Les femmes interviewées se souviennent de manière précise à qui elles ont parlé de leur expérience. Les réponses des hommes sont plus floues. Il est probable que le risque de discréditation soit plus grand chez les premières, c'est en tout cas ce que pense Pascal. En effet, il peut s'imaginer que certaines femmes aient honte et peur d'en parler, surtout dans des familles « un peu trop catholiques ».

DES RÉCITS SCIEMMENT ANCRÉS DANS UN CONTEXTE SOCIAL

Dans cette partie, j'analyse la façon dont les personnes expliquent ce qui leur est arrivé. À la fois, la justification est très présente et la décision d'IVG parfaitement assumée. L'absence de projet d'enfant est mise en avant pour expliquer le choix qu'elles ont opéré. Je conclus avec ce que les hommes disent de leur place, ou, pour l'un d'eux, du fait de ne pas avoir pu en occuper une, à la période de l'avortement.

UN DISCOURS RÉFLÉCHI

312

Lorsque j'ai demandé aux personnes quelle était leur situation au moment où elles ont vécu une interruption de grossesse, plusieurs ont répondu en invoquant les raisons du recours et/ou en donnant des indications sur les circonstances dans lesquelles a débuté la grossesse. Chacune de ces raisons, sauf le non-désir d'enfant relaté par Sylvia, peuvent être classées dans les rubriques créées par Divay (2004) : le manque de ressources financières, l'âge, la poursuite d'études, les difficultés relationnelles avec le conjoint, la situation familiale ou professionnelle. Alors que Marie explique le recours à l'avortement par le manque de ressources financières, Sébastien parle des fréquents conflits avec sa petite amie de l'époque, du fait qu'il suivait une formation, qu'il n'était pas en mesure d'assumer matériellement un enfant.

Plusieurs interviewé·e·s donnent des détails sur les circonstances dans lesquelles a commencé la grossesse. Patricia évoque très rapidement une « aventure d'un soir ». Fabienne explique qu'il y a eu un problème avec le préservatif et que la « pilule du lendemain » n'a pas fonctionné. Sylvia dit qu'elle est tombée enceinte suite à l'arrêt de la pilule. À deux reprises, elle précise qu'il n'a fallu qu'une seule fois : « Une fois on fait une connerie, une fois [...] on fait l'amour sans protection, puis tout de suite je suis enceinte. » Diana souligne que lors de sa précédente relation, elle n'est jamais tombée enceinte alors qu'elle ne prenait pas de contraceptif, « sauf le préservatif des fois ». Pascal explique qu'ils ne s'étaient pas protégés parce que sa petite amie de l'époque présentait des troubles de la fertilité. Je vois, dans ces passages et d'autres, des manières de prouver que la grossesse n'était pas volontaire et/ou des manières – à différents degrés – de prendre sur soi.

Au final, il semble que les personnes qui ont pris la décision d'avorter ou y ont participé, comme Sébastien, tiennent à en donner les raisons. Divay (2004) parle d'un recours systématique à la justification. Les individus d'une même société intériorisent les mêmes normes sociales, tout comme l'obligation de conformisme. Lorsqu'ils passent outre des règles ou des valeurs auxquelles ils adhèrent, ils font face à un dilemme qu'ils surmontent en neutralisant la source de tension. Dans plusieurs entretiens, cette neutralisation apparaît très vite. En outre, les paroles portant sur la décision (lorsqu'il s'agit de la sienne) donnent l'impression d'être réfléchies. L'élaboration du récit semble répondre à la nécessité de pouvoir répondre à l'autre, mais aussi à soi-même. Patricia ressent le besoin de se justifier « autant personnellement que vis-à-vis des autres. [...] J'avais une bonne raison de le faire. Ça me rassure moi-même d'abord ».

Diana, après l'enregistrement, me confie que l'utilisation du terme d'avortement – mot qu'Aline, la conseillère en santé sexuelle, qualifie de plus connoté que d'autres – n'est pas heurtante, toute femme ayant avorté se posant tôt ou tard les mêmes questions que celles qui viennent de lui être posées. Je pense que la réflexivité des personnes par rapport à l'acte explique, du moins en partie, la cohérence présente dans les entretiens.

313

UNE DÉCISION PAR RESPECT

Fabienne se sent sereine par rapport à la décision qu'elle a prise, qu'elle considère comme la « bonne décision » à prendre à ce moment-là de sa vie, dans ces circonstances-là. À la question de savoir ce que signifie pour elle l'instinct maternel, elle répond : « Ça, c'est compliqué. Parce qu'en plus je trouve que... y a des parents, enfin y a des mères, des pères qui ont des gamins, puis je me dis des fois qu'ils auraient mieux fait d'avorter, enfin je veux dire, quand tu vois comment ils s'en occupent. »

Elle préfère concevoir l'instinct maternel, qui « peut faire mal » et avec lequel elle souhaite rester prudente, comme « l'amour qu'on porte à ses enfants » plutôt que comme quelque chose qui serait d'ordre biologique. Diana le considère quant à elle comme « une chose très naturelle ». Il s'est manifesté chez elle par une impression de commencer à protéger quelque chose et par du respect : « J'ai cherché à avoir du respect pour cette chose-là jusqu'à la fin. » Elle ajoute qu'elle trouve cela très bizarre, considérant cette « chose-là » comme « pas encore un

être vivant ». Sylvia ne sait qu'en penser. Elle déclare ne jamais avoir ressenti un désir d'enfant. Elle pense que pour en avoir un, « il faut que ça soit un désir profond, qui vienne des tripes, que ça naisse... ouais d'un amour. » Dans le passage qui suit, elle explique pourquoi il est important que l'avortement existe en tant que possibilité :

« Ce qui me touche beaucoup, c'est le nombre d'enfants qui sont finalement mis au monde, comme ça, sans être désirés, puis qui sont un peu laissés à eux-mêmes, dont les parents ne sont pas responsables, ou des enfants maltraités. Après je me suis beaucoup intéressée à ce sujet-là, et puis c'est impressionnant, même dans un pays comme le nôtre en Suisse. J'ai vu que chaque jour, chaque jour hein, il y a un enfant qui arrive à l'hôpital à cause de maltraitance des parents. Chaque jour ! »

314

Marie pense que l'instinct maternel existe, mais « peut-être différemment qu'on se l'imagine ». Elle en ressent pour son fils, mais pas précisément parce qu'il est « sorti » d'elle. Elle le définit comme un « respect du vivant ». Elle fait un lien avec la décision d'avorter que son mari et elle ont prise à une époque où ils manquaient de moyens financiers, où ils n'auraient pas pu offrir ce qu'il faut à un second enfant.

Fabienne, Sylvia et Marie parlent de respect ou d'amour et le mettent en lien avec leur décision d'avorter. Je vois dans leur témoignage une réponse (probablement intentionnelle) aux opposant-e-s à l'avortement, qui parlent de « respect de la vie humaine ». Diana en éprouvait pour ce qui était là, tant qu'il l'était. Elle fait preuve de respect envers le processus d'engendrement d'un être humain, par extension à la vie humaine. Fabienne et Sylvia ont pris une décision responsable en avortant, au contraire de nombreux parents qui, à leurs yeux, délaissent leurs enfants. L'avortement de Marie, sa « première décision d'adulte », était une décision de respect pour l'enfant qui serait né et aurait grandi dans la pauvreté, peut-être aussi pour son fils âgé de 7 ans au moment de l'événement.

FAIBLESSE OU ABSENCE DE PROJET PARENTAL

Parmi les raisons de leur recours à l'avortement, Sébastien, Diana, Patricia et Fabienne invoquent les difficultés relationnelles avec la

petite amie, la fraîcheur de la relation amoureuse et, pour les deux dernières, le type de relation entretenue avec le partenaire. Jean pense que s'il avait participé à la décision, il aurait été pour la décision qui a été prise, ne voyant pas d'avenir avec la fille en question. Pascal dit de la situation dans laquelle la fille et lui se trouvaient qu'elle était délicate, cette dernière étant mariée à un autre homme. Sylvia explique que pour son compagnon et elle, il a toujours été clair qu'ils ne souhaitaient pas avoir d'enfant. Marie et son époux ne pouvaient concevoir d'avoir un autre enfant à ce moment-là de leur vie, au vu de leur situation financière. En somme, chez toutes et tous, il y avait, au moment de la grossesse – interrompue – faiblesse ou absence de projet parental.

Le sociologue Luc Boltanski (2004), dans *La condition fœtale*, conçoit l'engendrement en deux étapes : l'engendrement « par la chair » et la confirmation « par la parole ». Le second processus, parcourant l'engendrement de bout en bout, permet aux êtres engendrés par la chair de monter en singularité. Celle-ci ne peut être reçue, par le « postulant à l'humanité », que par l'être singulier qui a la relation de proximité la plus intime avec lui : la mère. L'auteur évoque deux « contraintes d'engendrement ». Il formule la première comme suit : « Il est nécessaire que soit marquée la différence entre les êtres engendrés par la chair et [ceux] engendrés par la parole » (2004, p. 69). Quant à la seconde : « Les êtres par la chair ne peuvent être distingués [de ceux] par la parole, en sorte que vous ne devez pas faire subir aux premiers un traitement que vous ne voudriez pas faire subir aux seconds » (2004, p. 80). L'avortement se situe au centre de la contradiction entre ces contraintes ; alors que par rapport à l'une, sa possibilité n'est pas problématique, par rapport à l'autre, son aspect arbitraire le rend transgressif.

L'auteur cite plusieurs types d'« arrangements » créés à travers le temps pour affaiblir la tension générée. Parmi eux, un arrangement, contemporain, centré sur la notion de projet parental. Dans les trois autres types décrits, ce sont la divinité, la parenté et enfin l'État qui jouent le rôle d'« instance de préconfirmation », donnant à la mère l'autorité pour confirmer ou ne pas confirmer l'être qu'elle porte (de la manière la plus radicale, en avortant) (Boltanski, 2004, p. 91-92). Ces quarante (cinquante) dernières années ayant été marquées par

des changements importants dans le domaine de la création des êtres humains, la législation de l'avortement y occupant une place centrale, l'on peut se demander si la tension entre les deux contraintes d'engendrement existe encore. Plus précisément, la levée de l'interdit a-t-elle fait disparaître la seconde, celle de non-discrimination ? Selon Boltanski, il n'en est rien. Preuve en est que les femmes qui avortent aujourd'hui ne prennent pas entièrement sur elles-mêmes la responsabilité d'éliminer l'être qui grandit dans leur chair, mais suggèrent le faire « à leur corps défendant » (2004, p. 131). L'existence des deux contraintes dans un nouveau contexte explique l'émergence de ce nouvel arrangement. Centré sur la notion de projet parental, celui-ci propose lui aussi une « organisation spécifique de la relation entre sexualité et engendrement » (2004, p. 129). Il dissocie les deux choses et, à l'inverse des arrangements qui lui précèdent, met l'accent sur la sexualité plutôt que sur l'engendrement.

316

Les personnes interviewées (sauf Jean, qui n'a pas été associé à la décision, au moment de cette dernière), semblent s'être référées au projet parental comme dispositif de préconfirmation. Elles se sont référées à l'institution que représente le projet parental, de manière plus ou moins directe, pour expliquer le choix opéré. Non seulement la femme ou le couple qui pense avorter y renvoie, mais aussi celui qui analyse la situation de l'extérieur. Le médecin de Sylvia lui a posé des questions précisément sur son couple et a déduit de ses réponses, positives, que « cet enfant (n'était) peut-être pas là pour rien, par hasard ». Chez toutes les personnes sauf elle, le projet parental était faible ou absent, car des conditions que je qualifierais de pratiques ou matérielles faisaient défaut (parmi elles, la stabilité ou l'existence même du couple, les ressources financières suffisantes). Chez la quarantenaire, l'absence de projet d'enfant était liée à l'absence de désir d'enfant, élément moins tangible que des disputes au sein du couple, plus difficilement quantifiable que les moyens financiers. Ce qu'elle conçoit comme des jugements négatifs, vraisemblablement à juste titre, sont probablement liés au fait que l'on valorise fortement, dans notre société, le projet parental. Enfin, une constatation de Boltanski : « [L']avortement semble [...] plus problématique quand la durée et l'intensité de la relation ont permis à une esquisse de projet de se réaliser, ne serait-ce que de façon imaginaire et sur le mode du jeu amoureux » (2004, p. 161).

L'INCOMPÉTENCE DE L'HOMME RESSENTIE

Pascal, qui était « pour le garder », n'en a pas voulu à son ex-petite amie de ne pas l'avoir suivi dans sa préférence. Selon lui, c'est parce que l'on a exercé de la pression sur elle qu'elle a avorté. À la différence des autres hommes interviewés, il semble que de cette expérience, il ne garde pas le goût amer d'avoir été mal ou peu considéré. Sébastien souligne une difficulté qu'il a rencontrée : celle d'être passé, à un moment donné, pour un homme méprisable auprès de la mère de sa petite amie de l'époque. Il qualifie ses remarques de violentes : « Et puis ça c'était quand même un truc qui a été dur, parce que d'un côté moi j'étais sûr de ma décision, de l'autre côté ma copine elle était bien plus mitigée. Du coup, ça pose quand même un cas de conscience, parce que je n'ai pas non plus envie d'être un monstre salopard. »

En participant à la décision, l'homme agit sur le processus décisionnel, bien que ce soit la femme qui la prenne *in fine*. Plus tard dans l'entretien, Sébastien avance que l'homme, dans l'histoire de l'avortement, tient souvent le mauvais rôle. Jean n'a été informé de la grossesse qu'après son interruption, lors d'un coup de fil lancé à son ex-petite amie pour prendre de ses nouvelles. Comme les deux avaient « disparu du radar » pendant un certain temps, il était absent de sa vie pendant la période autour de l'avortement. Il aurait souhaité le contraire, pouvoir lui amener des magazines, des fleurs, du chocolat. Il admet avoir été heurté par le fait de ne pas avoir été associé à cette histoire et se demande ce que son ex-petite amie en pense, plus de dix ans après. Se dit-elle « voilà, je suis sortie avec un type qui était un lâche, pis à un moment donné, je l'ai pas senti comme étant digne de confiance, ou digne de responsabilité, ou... capable d'assumer une décision ? Voilà alors je [l'ai prise] toute seule. » Avec le temps, un autre aspect le taraude : « J'ai pris de l'âge et je me rends compte gentiment qu'en fait, peut-être, je ne vais pas avoir d'enfant. Finalement, le fait de ne pas avoir été associé à la situation dans laquelle j'aurais pu être parent à un moment donné, c'est comme si on m'avait enlevé cette possibilité d'être père. »

Les travaux de Luc Boltanski montrent que les femmes, suggérant avoir pris la décision d'avorter « à leur corps défendant », tendent à développer des arguments pour justifier leur acte. Parmi eux, le refus

de l'homme d'assumer la paternité de l'enfant à venir ou son inaptitude à cette tâche (2004, p. 131). Jean semble conscient du fait que l'homme est facilement pointé du doigt en creux, rendu responsable par l'inaptitude qui lui est conférée, d'où son questionnement sur ce que pense son ex-petite amie, avec le recul. Ce qui le perturbe actuellement tient dans le fait que la possibilité d'être père (à ce moment-là) lui a été enlevée. Cet élément représente une autre difficulté, spécifiquement masculine.

UN SILENCE QUI CACHE UNE RÉALITÉ SOCIALE

Les sociologues et sociodémographes Sihvo, Bajos, Ducot et Kaminski (2003) ont mené l'une des rares études où il est question des interactions entre les facteurs qui influencent la décision d'avorter et où l'influence du partenaire est prise en compte. Le choix personnel que représente celui de l'avortement est opéré en fonction de tout un nombre de facteurs, dont les femmes ne semblent pas totalement conscientes et qu'elles ne peuvent toutes maîtriser. Preuve en est que l'IVG ne survient pas n'importe quand, mais dans une phase particulière de leur trajectoire contraceptive. Jean propose une analyse très intéressante de la contraception : « Les filles, elles apprennent à prendre des pilules depuis toutes jeunes, c'est une espèce de domestication de leur [corps ou sexualité]. » De manière très triviale, ce n'est pas la nature, mais bien la culture qui veut que la contraception soit quasi toujours l'histoire des femmes.

Selon une étude de Carolie Moreau, Julie Desfrères et Nathalie Bajos (2011) sur les circonstances des échecs contraceptifs et la prescription contraceptive post-IVG, c'est en fonction de la situation dans laquelle se trouve la femme que cette dernière utilise ou non une méthode de contraception et, le cas échéant, une plutôt qu'une autre et de manière plus ou moins stricte. Les auteures notent une forte remédicalisation de la contraception suite à l'IVG qui concerne plus de la moitié des femmes qui utilisaient une méthode non médicale ou pas du tout (Moreau *et al.*, 2011, p. 157). En somme, il n'y a pas lieu de parler de hasard, encore moins de faute. Une forme de vulnérabilité à la grossesse non désirée s'installe lors de périodes spécifiques de leur vie.

Je me permets par conséquent de questionner quelques liens établis par les interviewé-e-s à la lumière de ces résultats. Selon Diana, cela

ne lui serait pas arrivé si elle n'avait pas manqué de maturité « à ce niveau-là ». Il est à noter que non seulement elle passait ses examens, mais elle venait de s'engager dans une relation amoureuse. Dans les lignes qui suivent, une utilisation arbitraire, à mon sens, de la notion de risque est opérée par Sylvia : « Ça nous est arrivé parce que j'avais décidé de ne plus [...], je voulais arrêter de prendre la pilule. J'avais décidé de ne plus prendre ça, je ne voulais pas avoir ça dans mon corps. Et puis finalement, on a pris des risques, on a couru un risque. Et puis voilà. Quelque part, on ne l'a pas mérité, ni cherché, mais... ça nous est pas arrivé dessus euh... On n'a pas pris nos précautions finalement. »

D'une certaine manière, le risque dont parle Sylvia et qui lui a valu d'être enceinte en a remplacé un autre, généré par la prise d'hormones. Quoi de plus légitime que de chercher à protéger sa santé ! Ce que Sébastien se reproche ainsi qu'à son ex-petite amie, c'est l'inconséquence dont ils ont fait preuve. Lorsque je lui demande à quoi se rapporte cette dernière, il me répond : « Aux moyens de contraception. On a tous les moyens qu'on veut, donc si tu mets une fille enceinte, c'est que tu as fait un truc faux. » Fabienne évoque la crainte que l'on pense qu'elle a utilisé l'interruption de grossesse comme contraceptif. L'échec contraceptif donne lieu, chez elle et chez d'autres, à la crainte d'être jugée. La femme est formée si tôt à gérer son corps qu'il en devient normal, aux yeux de tous, qu'elle en ait la maîtrise totale. Selon Del Re, « toutes les femmes d'âge fertile peuvent un jour être enceintes – surtout dans un contexte dominé par une hétérosexualité masculine peu responsable –, mais toutes ne désirent pas devenir mères – ou le devenir à ce moment-là » (2000, p. 2). Ce constat montre que l'avortement fait partie de la société et pour longtemps encore. Comment ôter la chape de silence qui couvre l'IVG, réalité sociale qui touche des femmes et des hommes ? Peut-être en agissant sur les rapports sociaux de sexe, lesquels déterminent si fortement nos vies.

Pour terminer, les travailleuses et travailleurs sociaux, sachant que l'IVG n'est pas un drame en soi, mais peut représenter une épreuve difficile en fonction des circonstances dans lesquelles elle est vécue, peuvent réagir de manière plus appropriée lorsqu'ils et elles rencontrent une personne qui raconte son expérience de l'IVG et, ou, montre des émotions en lien avec cette expérience. Au lieu d'essayer d'aider la

personne à ne plus y penser – aucun·e interviewé·e ne souhaite l'oublier – les professionnel·le·s du travail social peuvent voir l'échange auquel ils et elles participent comme une opportunité pour l'autre de donner du sens à ce qui a été vécu un mois, un an, dix ans auparavant.

BIBLIOGRAPHIE

Altilio, T. & Otis-Green, S. (2011). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. Oxford : Oxford University Press.

325

Amar, S. (2012). *L'accompagnement en soins palliatifs. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Amiotte-Suchet, L., Anchisi, A. & Von Ballmoos, C. (2017). Dépendance et visibilité. Quand les religieuses âgées sortent de l'ombre. In C. Hummel et N. Burnay (éds), *Vieillesse et classes sociales* (pp. 221-245). Berne : Peter Lang.

Anchisi, A. (2017). Vieillir au couvent, de l'habit au linge. Fil de trame et fil de chaîne. *Ethnographiques.org*, 35 [En ligne]. Récupéré de : <http://www.ethnographiques.org/2017/Anchisi>

Anchisi, A. & Amiotte-Suchet, L. (2018). Vivre dans une communauté de religieuses. Des solidarités revisitées à l'aune de la vieillesse. *Nouvelles Questions Féministes*, 37(1), 52-67.

Ariès, P. (1977a). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident : du Moyen Âge à nos jours*. Paris : Seuil.

Ariès, P. (1977b). *L'homme devant la mort*. Paris : Seuil.

Aubry, R. (2014). Qu'ont donc à transmettre les personnes malades en fin de vie ? In V. Milewski et F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 15-20). Limoges : Lambert-Lucas.

Augé, M. (2015). *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris : Seuil.

Augé, M. (2010). Retour sur les "non-lieux". Les transformations du paysage urbain. *Communications*, 2(87), 171-178.

Aulino, F., & Foley, K. (2001). The Project on Death in America. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(9), 492-495.

Bailat, M. (2015). Lorsque la mort pénètre les lieux de vie enfantine : enjeux de gestion et utilité d'un protocole. In C. Fawer-Caputo et M. Julier-Costes (dir.), *La mort à l'école : annoncer, accueillir, accompagner* (pp. 131-148). Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Barrelet, C. (2008). *Ethnographie de la vie quotidienne de jeunes s'identifiant comme « lesbien », « gay », « bisexuel » ou « transgenre » et fréquentant un « shelter » de Manhattan* (Thèse de doctorat). Neuchâtel : Institut d'ethnologie, Université de Neuchâtel.

Baudry, P. (2003). Travail du deuil, travail de deuil. *Études*, 11(399), 475-482.

Baudry, P. (1999). *La place des morts. Enjeux et rites*. Paris : Armand Colin.

Beaud, S. & Weber, F. (2013). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte.

Beck, F., Firdion, J.-M., Legleye, S. & Schiltz, M.-A. (2014). *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et Perspectives*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action.

Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York : Free Press.

Benelli, N. (2011). Rendre compte de la méthodologie dans une approche inductive : les défis d'une construction a posteriori. *Recherches qualitatives*, 11, 40-50.

Bertaux, D. (2010). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*. Paris : Armand Colin.

Berthod, C., Giraud, C., Gansel, Y., Fourneret, P. et Desombre, H. (2013). Tentatives de suicide chez 48 enfants âgés de 6 à 12 ans. *Archives de Pédiatrie*, 20(12), 1296-1305.

Berthod, M.-A. (2019a, sous presse). Fin de vie. In J.-M. Bonvin, V. Hugentobler, C. Knöpfel, P. Maeder & U. Tecklenburg (éds), *Dictionnaire de politique sociale suisse*. Zurich : Seismo.

Berthod, M.-A. (2019b). Mort, territoires et citoyenneté. In G. Clavandier et F. Michaud-Nérard (dir.), *Les cimetières. Que vont-ils devenir?* (pp. 113-126). Paris : Hermann.

Berthod, M.-A. (2018a). La circulation des morts, l'ancrage des corps et le deuil sans frontières. *Diversité urbaine*, 18, 87-104.

Berthod, M.-A. (2018b). Deuil. In A. Piette & J.-M. Salanskis (dir.), *Dictionnaire de l'humain* (pp. 101-108). Paris : Presses universitaires de Paris Nanterre.

Berthod, M.-A. (2016). Cheminer dans une temporalité incertaine, la fin de vie. *Frères en marche*, 4, 10-12. Récupéré de : <https://mort-anthropologie.com/wp-content/uploads/2016/10/Cheminier-dans-une-temporalit%C3%A9-incertaine-Berthod.pdf>

Berthod, M.-A. (2014-2015). Le paysage relationnel du deuil. *Frontières*, 26(1-2), 1-11. doi : 10.7202/1034383ar

Berthod, M.-A. (2009a). Le quasi-accompagnement des employés en deuil au sein des entreprises. *Pensée plurielle*, 22, 89-98.

Berthod, M.-A. (2009b). Entre psychologie des rites et anthropologie de la perte : notes pour l'étude du deuil. *Journal des anthropologues*, 116-117, 159-180.

Berthod, M.-A. (2007). Mort et vif : penser le statut paradoxal des défunts. In S. Chappaz-Wirthner, A. Monsutti & O. Schinz (dir.), *Entre ordre et subversion. Logiques, alternatives, écarts, paradoxes* (pp. 189-201). Paris : Karthala.

Berthod, M.-A. (2006). De si beaux cadavres. Réflexions sur les soins de conservation des morts. *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*, 7(3), 427-440.

Berthod, M.-A. & Magalhães de Almeida, A. (2011). *Vivre un deuil au travail. La mort dans les relations professionnelles*. Lausanne : Éditions EESP.

Bickel, J.-F. (2014). La participation sociale, une action située entre biographie, histoire et structures. In V. Caradec, C. Hummel & I. Mallon (dir.), *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques* (pp. 207-226). Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Biddle, L., Donovan, J., Hawton, K., Kapur, N., & Gunnell, D. (2008). Suicide and the Internet. *British Medical Journal*, 336(7648), 800-802.

Bioy, A. & Maquet, A. (2003). *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications*. Paris : Dunod.

Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.

Blondet, M. & Lantin Mallet, M. (dir.). (2017). *Anthropologies réflexives. Modes de connaissance et formes d'expérience*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.

Boltanski, L. (2004). *La condition fœtale : une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris : Gallimard.

Bonneville, S. (2014). Récit de vie et reconstruction identitaire : le cas des lésions cérébrales acquises. In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 87-94). Limoges : Lambert-Lucas.

Bossi, L. (2012). *Les frontières de la mort*. Paris : Payot et Rivages.

Bourdieu, P. (2003). Ce terrible repos qui est celui de la mort sociale. *Le monde diplomatique*, juin, 5.

Bozon, M. (2009). *Sociologie de la sexualité*. Paris : Armand Colin.

Bureau d'aide aux curateurs et tuteurs privés – BAC. (2014). *Manuel à l'attention des curateurs privés*. Lausanne : s.n.

Castra, M. (2003). *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris : PUF.

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA). (2016). *En Bref. Descriptif*. Récupéré de : http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=3133

Charlier, P. & Hassin, J. (2015). La mort sociale : réflexions éthiques et d'anthropologie médicales. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1, 512-516.

Charrier, Ph. & Clavandier, G. (2018). Aménagement autour du principe de sépulture. Une tension entre des corps là et un *au-delà* des corps. In Ph. Charrier, G. Clavandier, V. Gourdon, C. Rollet & N. Sage Pranchère (dir.). *Morts avant de naître. La mort périnatale* (pp. 273-292). Tours : Presses universitaires François Rabelais.

Charrier, Ph. & Clavandier, G. (2015). Petites dépouilles. Le sort des fœtus et des mort-nés. *Communications*, 2(97), 117-128. doi 10.3917/commu.097.0117.

Chauvier, E. (2003). *Fiction familiale : Approche anthropologique de l'ordinaire d'une famille*. Pressac : Presses universitaires de Bordeaux.

Chauvière, M. (2004). *Le travail social dans l'action publique. Sociologie d'une qualification controversée*. Paris : Dunod.

Christ, G., & Blacker, S. (2005). Setting an Agenda for Social Work in End-of-Life and Palliative Care : An Overview of Leadership and Organizational Initiatives. *Journal of Social Work in End-of-Life et Palliative Care*, 1(1), 9-22. doi : https://doi.org/10.1300/J457v01n01_02

Clavandier, G. (2009). *Sociologie de la mort. Vivre et mourir dans la société contemporaine*. Paris : Armand Colin.

Clavandier, G., & Michaud-Nérard, F. (2019) (dir.). *Les cimetières. Que vont-ils devenir ?* Paris : Hermann.

Code civil suisse (CC): RS 210. Récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>

Conduites-suicidaires.com (2016). *Définitions*. Récupéré de : <https://papageno-suicide.com/effets-werther-et-papageno-revue-de-litterature>

Courtet, P., Guillaume, S., Jollant, F., Castelnaud, D. & Malafosse, A. (2008). Neurobiologie des conduites suicidaires : voies de recherche actuelles. *EMC-Psychiatrie*, 133, 1-8. doi : 10.1016/S0246-1072 (08) 48252-4

Couvreur, C. (1995). *Nouveaux défis des soins palliatifs, philosophie palliative et médecines complémentaires*. Bruxelles : De Boeck Université.

Crettaz, B. (2010). *Cafés mortels. Sortir la mort du silence*. Genève : Labor et Fides.

Cyrulnik, B. & Bougrab, J. (2011). *Quand un enfant se donne "la mort" : attachement et sociétés*. Paris : Odile Jacob.

D'Agostino, G., Kilani, M. & Montes, S. (2010). *Histoires de vie, témoignages, autobiographies de terrain. Formes d'énonciation et de textualisation*. Berlin : Lit Verlag.

Damon, J. (2003). "Désocialisés" et "Désaffiliés", Remarques à partir du cas des SDF. *Les Cahiers français*, 314, 58-63.

Déchaux, J.-H. (2004). La mort n'est jamais familière. Proposition pour dépasser le paradigme du déni social. In S. Pennek (dir.), *Des vivants et des morts. Des constructions de "la bonne mort"* (pp. 17-26). Brest : Université de Bretagne occidentale.

Déchaux, J.-H. (2001). Un nouvel âge du mourir : "la mort en soi". *Recherches sociologiques*, 2, 79-100.

Déchaux, J.-H. (2000). L'intimisation de la mort. *Ethnologie française*, 30(1), 153-162.

Déchaux, J.-H. (1997). *Le souvenir des morts. Essai sur le lien de filiation*. Paris : PUF.

Déchaux, J.-H., Hanus, M. & Jésus, F. (éds) (1998). *Les familles face à la mort*. Le Bouscat : L'Esprit du temps.

De Jonckheere, C. (2010). *83 mots pour penser l'intervention en travail social*. Genève : IES.

- Dejours, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel. *Éducation permanente*, 116, 47-70.
- Delamare, C., Martin, C., & Blanchon, Y. (2007). Suicide Attempts in Children under 13 Years Old. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(1), 41-51.
- Delbès, C. & Gaymu, J. (2002). Le choc du veuvage à l'orée de la vieillesse : vécus masculin et féminin. *Population*, 57(6), 879-909.
- Delphy, C. (2000). Comment nous en venons à avorter (nos vies sexuelles). *Le Monde*, 22 octobre.
- Del Re, A. (2000). Avortement et contraception. In H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré et D. Senotier (dir.), *Dictionnaire critique du féminisme* (pp.1-6), Paris : PUF.
- Derzelle, M. (1997). *Pour une conception psychosomatique de l'hypocondrie. La pensée empêchée*. Paris : L'Harmattan.
- Des Aulniers, L. (1997). *Itinérances de la maladie grave. Le temps des nomades*. Paris : L'Harmattan.
- 330 Divay, S. (2004). L'avortement : une déviance légale. *Déviance et société*, 28(2), 195-209. doi : 10.3917/ds.282.0195
- Dolto, F. (1976). *Lorsque l'enfant paraît*. Paris : Seuil.
- Dorlin, E. (2005). Dark Care. De la servitude à la sollicitude. In P. Paperman & S. Laugier (éds), *Le souci des autres. Éthique et politique de la race* (pp. 87-97). Paris : EHESS.
- Dumoulin, M. & Valat, A.-S. (2001). Morts en maternité : devenir des corps, deuil des familles. *Études sur la mort*, 1(119), 77-99. doi 10.3917/eslm.119.0077.
- Durand-Fardel, M. (1854). *Étude sur le suicide chez les enfants*. Impression de L. Martinet.
- Duras, M. (1984). L'horreur d'un pareil amour. *Outside*. Paris : P.O.L.
- Editor's Introduction (2005). *Journal of Social Work and End-of-Life Care*, 1(1), 1-7.
- Éon, P. (2009). Le couple après la mort d'un enfant. *Empan*, 75(3), 159-165.
- Esquerre, A. (2011). Les morts mobiles. Étude sur la circulation des cendres en France. *Raisons Politiques*, 41(1), 69-85.
- Farman, A. (2013). Speculative Matter: Secular Bodies, Minds, and Persons. *Cultural*

Anthropology, 28(4), 737-759. doi : <https://doi.org/10.1111/cuan.12035>

Fauré, C. (2004). *Vivre le deuil au jour le jour. Réapprendre à vivre après la mort d'un proche*. Paris : Albin Michel.

Fawer Caputo, C. (n.d). *Penser l'impensable: le suicide de l'enfant*. Récupéré de : <https://www.hepl.ch/files/live/sites/systemsite/files/unite-communication/prismes/numero-21/articles/prismes-21-penser-l-impensable-le-suicide-des-enfants-christine-fawer-caputo-2015-hep-vaud.pdf>

Fontaine, R. (2006). La sexualité en fin de vie : un mythe ou une réalité ! *Congrès du réseau des soins palliatifs du Québec* (23 avril).

Frund, R. (2008). *L'activité professionnelle : compétences visibles et invisibles*. Lausanne : Éditions EESP.

Gallagher, R. & Daigle, M. (2008). La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins : l'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire. *Frontières*, 21(1), 98-106.

Gaucher, J. & Van Lander, A. (2013). Fin de vie : émergence de la continuité de sens chez la personne âgée. In P. Pitaud (dir.), *Vivre vieux, mourir vivant* (pp. 129-139). Récupéré de : <https://www.cairn.info/vivre-vieux-mourir-vivant-9782749236704-p-129.htm>

Gaudreault, M. (2007). La sexualité et le cancer. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 8(1), 43-51.

Gimenez, M.-A., Gut, A.-S., Saint-André, S. & Service universitaire de psychiatrie de l'enfant de l'adolescent et de la famille, Chu de Brest, Hôpital de Bohars et Jeune Équipe éthique (2011). Conduites suicidaires chez l'enfant : Suicide. *La revue du praticien*, 61(2), 195-197.

Giraud, A.-S. (2011). *Quand la mort termine une vie, mais pas une relation. Transformations du vécu parental de la mort périnatale en France* (Mémoire de master 2, Université de Provence, Aix-Marseille 1). Récupéré de : <https://core.ac.uk/download/pdf/52450088.pdf>

Godelier, M. (dir.) (2014). *La mort et ses au-delà*. Paris : CNRS éditions.

Goethe, J. (1774/1973). *Les souffrances du jeune Werther*. Paris : Gallimard.

Goffman, E. (2010). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Minuit.

Goguel d'Allondans, T. & Gomez, J.-F. (2011). *Le travail social comme initiation. Anthropologies buissonnières*. Toulouse : Éditions Erès.

Gorer, G. (1955). The Pornography of Death. *Encounter*, 16, 49-52.

- Groupe « Sol » de l'Université du 3^e âge. (1992). *La Solitude, ça s'apprend ! L'expérience du veuvage racontée par celles qui la vivent*. Genève : Georg.
- Gsell-Herold, G. & Bacqué, M.-F. (2014). Le blog ou les vertus thérapeutiques de l'écriture électronique. In V. Milewski et F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 21-32). Limoges : Lambert-Lucas.
- Guillemard, A.-M. (2013). Le vieillissement actif : enjeux, obstacles, limites. Une perspective internationale. *Retraite et société*, 65(2), 17-38.
- Guillemard, A.-M. (2002). De la retraite mort sociale à la retraite solidaire. La retraite mort sociale (1972) revisitée trente ans après. *Gérontologie et société*, 102(3), 53-66.
- Guillemard, A.-M. (1972). *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*. Paris/La Haye : Mouton.
- Hanus, M. (1998). Les deuils en famille aujourd'hui. In J.-H. Déchaux, M. Hanus et F. Jésus (éds), *Les familles face à la mort* (pp. 231-248). Le Bouscat : L'esprit du temps.
- Hefel, J. (2019). *Verlust, Sterben und Tod über die Lebensspanne. Kernthemen Sozialer Arbeit am Beispiel österreichischer Fachhochschulen*. Opladen : Budrich UniPress.
- Hennezel, M. de (1995). *La mort intime : ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*. Paris : Robert Laffont.
- Herzog, S. (2005a). La mort fait partie du travail social, mais son déni reste vivace. *Repère social*, 71, 6-8.
- Herzog, S. (2005b). La mort confronte les sociaux à l'échec. *Repère social*, 71, 5.
- Higgins, R. W. (2003). L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée. *Esprit*, 1, 139-168.
- Hôpitaux Universitaires de Genève et Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA). (2016). *Historique du service*. Récupéré de : <http://www.hug-ge.ch/psychiatrie-enfant-adolescent/historique-du-service>
- Hostettler, U., Marti, I., & Richter, M. (2016). *Lebensende im Justizvollzug. Gefangene, Anstalten, Behörden*. Berne : Stämpfli.
- Inabas, H., Zaman, S., Whitelaw, S., & Clark, D. (2017). Declarations on Euthanasia and Assisted Dying. *Death Studies*, 41(9), 574-584. Récupéré de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5951142/>

- Julier-Costes, M. (2012). Le monde des morts chez les jeunes. *Études sur la mort*, 142, 125-144.
- Julier-Costes, M. (2010). *Socio-anthropologie des socialisations funéraires juvéniles et du vécu intime du deuil. Les jeunes face à la mort d'un(e) ami(e)* (Thèse de doctorat). Strasbourg : Université de Strasbourg.
- Kabengele Mpinga, E., Chastonay, P., Burgenmeier, B. & Rapin, C.-H. (2003). Lieux de décès en Suisse : champs et perspectives de recherche. *Revue médicale de la Suisse romande*, 123, 515-518.
- Kahn, J.-P. (2010). Évaluation spécifique du risque suicidaire. In P. Courtet (dir.), *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 102-105). Paris : Lavoisier.
- Kalenscher, T., Ohmann, T., & Güntürkün, O. (2006). The Neuroscience of Impulsive and Self-controlled Decisions. *International Journal of Psychophysiology*, 62(2), 203-211.
- Kamm, F. (2017). Advanced and End of Life Care : Cautionary Suggestions. *Journal of Medical Ethics*, 43, 577-586.
- Kaufman, S. (2006). ... *And a Time to Die. How American Hospitals Shape the End of Life*. Chicago : University of Chicago Press.
- Kellehear, A. (2014). *The Inner Life of the Dying Person*. New York : Columbia University Press.
- Kellehear, A. (2007). *A Social History of Dying*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Konan, N. P. & Girardet, K. (2018). Pratiques funéraires et ressources de migrants en procédure d'asile confrontés à la mort d'un proche. *Diversité urbaine*, 18, 129-147.
- Krüger, T. (2015). Death Education und Soziale Arbeit – ein Beitrag zur Integration der Themen Sterben und Tod. *Sweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 18(2), 24-40.
- Kübler-Ross, E. (1975 [1969]). *Les derniers instants de la vie [On Death and Dying]*. Genève : Labor et Fides.
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2009). *Sur le chagrin et sur le deuil. Trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. Paris : Jean-Claude Lattès.
- Lafleur, C. & Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Lambelet, A. (2014). *Des âgés en AG. Sociologie des organisations de défense des retraités*. Lausanne : Antipodes.

Lambert, S. (2014). L'injonction à un vécu dramatique de l'IVG : représentations et expériences vécues de l'interruption de grossesse. In L. Bodiou, M. Cacouault-Bitaud & L. Gaussoit (dir.), *Le genre entre transmission et transgression* (pp. 213-225). Rennes : PUR.

Laugier, S. (2009). L'éthique comme politique de l'ordinaire. *Multitudes*, 37-38 (2), 80-88.

Le Grand, B. (2015). *Tentative de suicide et impulsivité, aspects psychopathologiques et outils de mesures. Une évaluation du serious game «Clash-Back Tattoo or not tattoo»* (Thèse de doctorat). Bordeaux : Université Bordeaux Segalen, U.F.R des sciences médicales.

Le Huffington Post. (2014). *Une femme transgenre présentée par sa famille comme un homme les cheveux coupés à ses funérailles*. Récupéré de : http://www.huffingtonpost.fr/2014/11/25/femme-transgenre-jennifer-gable-obseques-transsexualite-lgbt_n_6217012.html

334

Leroux-Hugon, V. (2014). Maladies, fins de vie dans les textes déposés à l'APA. In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 45-54). Limoges : Lambert-Lucas.

Maraquin, C. (2001). Pour une utilisation éthique de la résilience. D'après la vie et la réflexion de Stanislaw Tomkewicz. *VST – Vie sociale et traitement*, 1(105), 105-111.

Martin, A., Spire, A. & Vincent, F. (2009). *La résilience. Entretien avec Boris Cyrulnik*. Lormont : Le Bord de l'eau.

Masciulli, A. (2017, 19 juin). Régulation sociale dans des couples endeuillés. *Reiso : revue d'information sociale* Récupéré de : <https://www.reiso.org/articles/themes/parcours-de-vie/1851-regulation-sociale-dans-des-couples-endeuilés>

Mathieu, N.-C. (2013). *L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe* (nouvelle édition augmentée). Donnemarie-Dontilly : Éditions iXe.

Mauboussin, S. & Guy-Coichard, C. (2007). "No Sex Last Nights"? Sexualité et intimité en phase palliative : attitudes et réflexions de soignants à l'hôpital. *Médecine palliative, soins de support-accompagnement-éthique*, 6(6), 351-358.

Memmi, D. (2014). *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*. Paris : Seuil.

Memmi, D. (2011). *La deuxième vie des bébés morts*. Paris : Éditions de l'EHESS.

Milewski, V., Trouillet, V., Solub, D., Duriez, F. & Patin-Serpantié, A. (2014). Gravement malade et sa vie devant soi. In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 67-77). Limoges : Lambert-Lucas.

Misson, H. & Bellivier, F. (2010). Le risque face aux idées de suicide. In Ph. Courtet (dir.), *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 110-115). Paris : Lavoisier.

Moeller, F., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., & Swann, A. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.

Molinié, M. & Hureaux, S. (2012). La vie tangible des bébés morts. *Études sur la mort*, 2(142), 109-123. doi 10.3917/eslm.142.0109.

Montavon, M. (2012). La dignité humaine de l'enfant mort-né. *Jusletter*, 27 août. 1-19.

Morath, P. (2012). *Chronique d'une mort oubliée* [Film]. Suisse : Point Prod.

Moreau, A., Dedienne, M.-C., Letrillard, L., Le Goaziou, M.-F., Labarère, J. & Terra, J.-L. (2004). Méthode de recherche : S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien : Médecine générale*, 18(645), 382-384. Récupéré de : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/295028/>

Moreau, C., Desfrères, J. & Bajos, N. (2011). Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 148-161.

Niederkrötenhaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., & Sonneck, G. (2010). Role of Media Reports in Completed and Prevented Suicide: Werther v. Papageno Effects. *British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.

Niewiadomski, C. (2014). De quelques enjeux d'une clinique narrative dans le domaine médical. In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 79-86). Limoges : Lambert-Lucas.

Niewiadomski, C. & Delory-Momberger, C. (2013). *La mise en récit de soi. Place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

Notredame, Ch.-E. (2016). *Efficacité d'un programme de sensibilisation au suicide à destination d'étudiants en journalisme. Résultats préliminaires*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Étude Spécialisé de Psychiatrie, Université de Lille 2. Récupéré de : https://papageno-suicide.com/wp-content/uploads/2018/01/Notredame_Mémoire.pdf

OCDE. (2019). *Taux de suicide (indicateur)*. Récupéré de : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>

Office fédéral de la statistique (2019) *L'aide sociale économie*. Récupéré de : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/securite-sociale/aide-sociale/beneficiaires-aide-sociale/aide-sociale-economique.html>

Office fédéral de la statistique. (2018a). *Taux de suicide – Décès par suicide pour 100 000 habitants*. Récupéré de : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.6367165.html>

Office fédéral de la statistique (2018b). *Statistique des interruptions de grossesse*. Récupéré de : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html>

Office fédéral de la santé publique (2016). *La prévention du suicide en Suisse : contexte, mesures à prendre et plan d'action*. Récupéré de : <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>

Office fédéral de la santé publique (2015). *Suicide et tentatives de suicide*. Récupéré de : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/index.html?lang=fr>

336

Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia.

Olivier de Sardan, J.-P. (1998). Émique. *L'Homme*, 38(147), 151-166.

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, 1, 71-109. doi : 10.4000/enquete.263

Olliac, B. (2013). *Événement de vie, traumatismes psychiques et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent* (Thèse de doctorat). Toulouse : Université de Toulouse III.

Oppenheim, D. (2000). *Dialogues avec les enfants sur la vie et la mort*. Paris : Seuil.

Papageno Programme (2016). *Effets Werther et Papageno : l'influence des médias*. Récupéré de : <https://papageno-suicide.com/effets-werther-et-papageno-revue-de-litterature/>

Paris, P.-G. (2014). Ambivalence du récit de soi dans les institutions de soins. In V. Milewski et F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 109-117). Limoges : Lambert-Lucas.

Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris : PUF.

Pereira, R. (1998). Le deuil : De l'optique individuelle à l'approche familiale. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, 20, 31-48.

Perrey, C. & Pinilo, F. (2014). Écrire pour se redéfinir. Réflexions autour de la création d'un atelier d'écriture pour personnes atteintes de cancer. In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 57-66). Limoges : Lambert-Lucas.

Perrin, J., Bühler, N., Berthod, M.-A., Forney, J., Kradolfer, S., & Ossipow, L. (2018). Searching for Ethics. Legal Requirements and Empirical Issues for Anthropology. *Tsantsa. Revue suisse d'ethnologie*, 23, 138-153.

Perrot, E. & Weyeneth, M. (2004). *Psychiatrie et psychothérapie : une approche psychanalytique*. Bruxelles : De Boeck Université.

Petot, D. (2005). Les idées suicidaires chez les enfants de six ans : leur réalité et leur expression au test de Rorschach. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 55(4), 267-276. doi : <http://doi.org/10.1016/j.erap.2005.03.004>

Petot, D. (2004a). Les réponses à déterminants sensoriels multiples au test de Rorschach et l'idéation suicidaire chez l'enfant. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 54(4), 219-225. doi : <http://doi.org/10.1016/j.erap.2004.03.003>

Petot, D. (2004b). Présence précoce et continue d'idées suicidaires pendant l'enfance. *L'Évolution Psychiatrique*, 69(4), 663-670. doi : <http://doi.org/10.1016/j.evopsy.2004.09.004>

Picard, H. & Dumoulin, M. (2007). Le tout-petit et la crémation. *Études sur la mort*, 2(132), 55-64. doi 10.3917/eslm.132.0055.

Pineau, G. et Legrand, J-L. (2013). *Les histoires de vie*. Paris : PUF.

Pitaud, P. (dir.). (2011). *Sexualité, handicaps et vieillissement*. Toulouse : Erès.

Pons, Ch. (2009). L'humanité élargie par le bas. La question des mort-nés. In P. Dreyer (éd.), *Faut-il faire son deuil ? Perdre un être cher et vivre* (pp. 247-262). Paris : Autrement.

Proia-Lelouey, N. & Lelion, N. (2014). Cancer et écriture de soi : vertu traumatologique d'une écriture traumatographique ? In V. Milewski & F. Rinck (éds), *Récits de soi face à la maladie grave* (pp. 97-107). Limoges : Lambert-Lucas.

Prothero, S. (2001). *Purified by Fire. A History of Cremation in America*. Berkeley : University of California Press.

Pruvost, G. (2010). Récit de vie. In S. Paugam (dir.), *Les 100 mots de la sociologie* (pp.38-3). Paris : PUF.

Puaud, D. (2012). L'«empathie méthodologique» en travail social. *Pensée plurielle*, 2, 97-110.

Puaud, D. (2011). Les usages du savoir anthropologique en travail social. *Journal des anthropologues*, 126-127, 165-184.

Pynoos, R., & Nader, K. (1991). Prevention of Psychiatric Morbidity in Children after Disaster. In D. Schaffer, I. Philips, & N.B. Enzer (éds), *Prevention of Mental Disorders, Alcohol, and Other Drug Use in Children and Adolescents. OSAP Prevention Monograph-2. Disturbances in Children* (pp. 225-242). Washington DC : American Academy of Child and Adolescent.

Rachédi, L. & Halsouet, B. (dir.). (2017). *Quand la mort frappe l'immigrant : défis et adaptations*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Raimbault, G. (1975). *L'enfant et la mort*. Paris : Dunod.

Reynaud, J.-D. (1997). *Les Règles du jeu : L'action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Colin.

338

Ribes, G. (2013). Et après le veuvage. In P. Pitaud (dir.), *Vivre vieux, mourir vivant* (pp. 167-179). Récupéré de : <https://www.cairn.info/vivre-vieux-mourir-vivant--9782749236704-page-167.htm>

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Roberge, M. (2015). Autopsie des rites funéraires contemporains : une tendance à la re-ritualisation. In D. Jeffrey & A. Cardita (dir.), *La fabrication des rites* (pp. 179-194). Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.

Romano, H. (2015). Les conduites suicidaires. Dossier. *Revue de santé scolaire et universitaire*, 35, 9-25.

Romano, H. (2007). L'enfant face à la mort. *Études sur la mort*, 1(131), 95-114.

Rossi, I., Kaech, F. & Papadaniel, Y. (2009). Des professionnels dans la tendresse. Entretien avec Paul et Danielle Beck. *Pensée plurielle*, 22, 45-52.

Roudaut, K. (2012). *Ceux qui restent, une sociologie du deuil*. Rennes : PUR.

Roudaut, K. (2005). Le deuil : individualisation et régulation sociale. *A contrario*, 1(3), 14-27.

Rouzel, J. (2000). *Le travail d'éducateur spécialisé. Éthique et pratique*. Paris : Dunod.

- Rullac, S. (2018). Recherche action collaborative en travail social: les enjeux épistémologiques et méthodologiques d'un bricolage scientifique. *Pensée plurielle*, 48(3), 37-50. doi : 10.3917/pp.048.0037
- Sahun, R. & Dubois, D. (2010). Sexualité et fin de vie. *Bulletin de la Fédération Alliance, jusqu'au bout accompagner la vie*, 8, 1-8.
- Schepens, F. (dir.). (2013). *Les soignants et la mort*. Paris: Erès.
- Schmit, G., & Falissard, B. (2007). Troubles des conduites: quelles pratiques en prévention? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(8), 475-480.
- Schwierz, C., & Riegelning, J. (2013). *Sterben in Zürich. Mortalität und Todesursachen*. Zürich: Statistik Stadt Zürich.
- Seale, C. (1998). *Constructing Death. The Sociology of Dying and Bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sihvo, S., Bajos, N., Ducot, B., & Kaminski, M. (2003). Women's Life Cycle and Abortion Decision in Unintended Pregnancies. *Journal of Epidemiology and Community Health Care*, 57(8), 601-605. doi : 10.1136/jech.57.8.601
- Stark, J. (2018). *A Death of One's Own. Literature, Law, and the Right to Die*. Evanston: Northwestern University Press.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Baszanger (éd.). Paris: l'Harmattan.
- Tavernier, M. (2006). *Les soins palliatifs*. Paris: PUF.
- Terra, J.-L. (2013). *La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge*. Récupéré de : https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/996/1541/4057.pdf
- Theiler, M. (2010). *De la découverte de son homosexualité à son affirmation...* (Travail de Bachelor). Lausanne: Haute école de travail social et de la santé.
- Thierry, X. (1999). Risques de mortalité et de surmortalité au cours des dix premières années de veuvage. *Population*, 54(2), 177-204.
- Thomas, L.-V. (1975). *Anthropologie de la mort*. Paris: Payot.
- Tourniaire, D. (2007). Gestion de la crise devant une mort subite inexplicée en institution. *Epilepsies*, 19(3), 169-172.
- Trompette, P. (2008). *Le marché des défunts*. Paris: Presses de Sciences Po.

Vandecasteele, I. & Lefebvre, A. (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*, 26(1), 137-162.

Vandevoorde, J. (2015). Le geste suicidaire chez l'enfant : mesure du phénomène, caractéristiques épidémiologiques et recommandations de base. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 28(4), 197-204.

Wacquant, L. (2000). La prison est une institution hors-la-loi. Entretien autour des "Prisons de la misère"/R de réel. *Sociología crítica*, 3. Récupéré de : <https://dedona.wordpress.com/2017/09/04/loic-wacquant-la-prison-est-une-institution-hors-la-loi-entretien-autour-des-prisons-de-la-misere-r-de-reel/>

Walter, T. (2017). *What Death Means Now. Thinking Critically about Dying and Grieving*. Bristol : Policy Press.

Wolf, J. (2013). Du silence des corps aux méandres des mots : une incursion ethnographique en chambre mortuaire. *Socio-anthropologie*, 27. doi : <http://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.1485>.

Zimmermann, M., Felder, S., Streckeisen, U. & Tag, B. (2019). *La fin de vie en Suisse. Perspectives individuelles et sociales*. Bâle : Schwabe Verlag.

PRÉSENTATION DES AUTEUR·E·S

CHRISTINA LEFKADITIS

341

Pendant ses études de sociologie à l'Université de Fribourg, Christina Lefkaditis a travaillé comme éducatrice auxiliaire dans un appartement protégé pour personnes en situation de handicap présentant une déficience intellectuelle. Elle a ensuite travaillé plusieurs années comme maîtresse socioprofessionnelle, toujours avec des personnes en situation de handicap. Ressentant l'envie de se former davantage, elle a entrepris un Master of Arts HES-SO en Travail social. Christina travaille depuis 2017 à Bulle comme éducatrice à temps partiel, ce qui lui permet de concilier vie familiale et vie professionnelle.

christina.lefkaditis@yahoo.fr

Éditions HETSL, chemin des Abeilles 14
CH-1010 Lausanne
Tél. 021 651 62 00
editions@hetsl.ch
www.hetsl.ch/editions

Tous ces ouvrages sont disponibles chez votre libraire

Ils sont diffusés en Suisse par :
Albert le Grand
Route de Beaumont 20, 1700 Fribourg
Tél. 026 425 85 95 – Fax 026 425 85 90

Ils sont diffusés hors de Suisse par :
CID, rue Robert-Schuman 18, 84227 Charenton-le-Pont

Imprimé à Chavannes-de-Bogis en décembre 2019