

Des naissances imprévues socialement attendues Genre, sexualité et contraception dans la jeunesse de classe moyenne en Russie¹

Mona CLARO

Résumé. Dans les pays d'Europe méditerranéenne et postcommunistes, la large diffusion de la contraception dite moderne ne rime pas nécessairement avec l'idéal de l'enfant planifié. En Russie postsoviétique, les jeunes recourent surtout au préservatif, mais aussi à la pilule et au coït interrompu, pour repousser à plus tard leur entrée dans la parentalité – rarement à l'avortement. Les jeunes s'allongent, surtout chez les plus diplômé·es, dans un contexte de recul de l'État-providence. Cet article compare les parcours contraceptifs et procréatifs des jeunes de la génération postsoviétique avec ceux de la génération précédente, en se focalisant sur les femmes. Il s'appuie principalement sur des entretiens avec des personnes nées entre 1957 et 1994, issues de la classe moyenne urbaine. Il montre comment des grossesses imprévues, mais prévisibles et socialement attendues, permettent de résoudre des injonctions contradictoires liées à des normes de genre et d'âge en recomposition, et à un modèle de transition vers l'âge adulte familialiste.

Mots clés. AVORTEMENT – CONTRACEPTION – GENRE – HETEROSEXUALITE – JEUNESSE – PROCREATION – SEXUALITE – RUSSIE – URSS

La diffusion massive des méthodes contraceptives médicales, et la dissociation entre sexualité et procréation qu'elle a permise, dans de nombreux pays du Nord, à partir des années 1970, ont été abondamment analysées (Bozon, 2018 ; Bajos et Ferrand, 2004 ; Giddens, 2004)². Le déclin des méthodes dites traditionnelles (retrait, calendrier) et l'essor de nouvelles méthodes extrêmement efficaces ont été analysés comme la clé de voûte d'une « seconde révolution contraceptive » (Leridon *et al.*, 1987), ou encore d'une « seconde transition démographique » (Lesthaeghe, 2010). Dans les pays concernés, les enfants sont rares et leurs naissances soigneusement planifiées, notamment la première, de plus en plus tardive (Régnier-Loilier et Solaz, 2010). Par ailleurs, il s'agit de pays où les trajectoires d'entrée dans l'âge adulte sont plutôt défamilialisées – avec un rôle-clé de l'État-providence et/ou de mécanismes de marché (Van de Velde, 2008). On y a vu émerger une « jeunesse sexuelle » (période légitime et attendue de monogamie sérielle et de sexualité inféconde, sans projets de fonder une famille), qui n'est plus réservée aux hommes (Bozon, 2018). Parmi les méthodes contraceptives médicales, la pilule, en particulier, a pu apparaître comme l'instrument par excellence d'une autonomie féminine inédite. Néanmoins, les nouvelles libertés s'accompagnent de nouvelles contraintes : « toute naissance se doit d'être désirée et programmée », et la planification est une « lourde responsabilité » qui pèse davantage sur les femmes que sur les hommes (Bajos et Ferrand, 2004, p. 127).

¹ Je remercie Emmanuel Beaubatie et Mireille Le Guen pour leurs relectures et leurs conseils, lors de la rédaction de la première version de cet article. Je remercie également Michel Bozon et Juliette Rennes pour leurs précieux conseils, tout le long de la recherche doctorale sur laquelle se fonde cet article. Enfin, je remercie le comité de rédaction de la Revue française de sociologie et ses relecteurs et relectrices anonymes, dont les commentaires ont permis d'améliorer ce texte.

² Les taux de fécondité y dépassent rarement 2.

Cette littérature scientifique tend à laisser dans l'ombre des divergences majeures parmi les pays développés. En effet, l'Europe du Sud, et la majeure partie de l'Europe de l'Est anciennement communiste (ou encore le Japon), ont également connu une forte baisse de la fécondité³ (Lesthaeghe, 2010) et un recul de l'âge au premier enfant, mais une diffusion limitée de la contraception médicale. Dans ces pays, la sexualité juvénile se vit le plus souvent sans la pilule. Le préservatif y joue un rôle relativement important, et les méthodes dites traditionnelles sont loin d'y être tombées en désuétude (Gribaldo *et al.*, 2009 ; Dereuddre *et al.*, 2016). En Europe du Sud et de l'Est, le répertoire contraceptif des jeunes favorise donc peu l'autonomie féminine, dans un contexte où le double standard genré de l'entrée dans la sexualité est plus marqué qu'au Nord-Ouest : les femmes ont tendance à avoir leur premier rapport sexuel plus tard que les hommes (Bajos *et al.*, 2004). Par ailleurs, des travaux sur l'Italie et sur la Russie ont repéré chez les jeunes couples une banalisation, voire une valorisation, des premières naissances non planifiées (Gribaldo *et al.*, 2009 ; Rotkirch et Kesseli, 2010). Cette comparaison internationale nous invite à ne pas ériger en schéma évolutionniste universel la trajectoire qui amène « d'une maternité subie à une maternité volontaire et totalement contrôlée » (Bajos et Ferrand, 2001, p. 102).

Cet article se concentre sur les pratiques contraceptives et procréatives juvéniles de la première génération de Russes à avoir vécu son initiation sexuelle après l'effondrement de l'État-providence autoritaire socialiste, en prenant comme point de comparaison la génération précédente, devenue adulte sous Brejnev⁴. On peut parler d'une « première génération postsoviétique », née autour des années 1980, qui se caractérise par des parcours d'entrée dans l'âge adulte plus longs et plus déstandardisés que ceux de la génération précédente. Elle a des conditions d'accès à l'emploi et au logement plus diversifiées et plus précaires. La Russie (comme une large part de l'Europe de l'Est postcommuniste) est désormais à rapprocher de l'Europe du Sud, en ce qui concerne les transitions vers l'âge adulte : comme dans le modèle méditerranéen « familialiste » (Van de Velde, 2008), les jeunes doivent s'appuyer sur les solidarités familiales pour décohabiter, plutôt que sur l'État-providence ou le marché. Toutefois, en Russie (comme souvent à l'Est), contrairement à ce qui prévaut au Sud de l'Europe, l'entrée en parentalité n'a connu qu'un report limité, et une part significative des jeunes fonde une famille en restant chez ses parents, temporairement ou à plus long terme (Blum *et al.*, 2009 ; Ferreira et Nunes 2010 ; Lesnard *et al.*, 2011).

Les cohortes de Russes nées à la charnière des années 1970 et 1980 sont les premières à utiliser massivement, lors de leur entrée dans la sexualité, des méthodes technologiques⁵ – le préservatif surtout, la pilule dans une moindre mesure. C'est dans ces cohortes qu'on voit émerger une « jeunesse sexuelle » – au sens de Michel Bozon (2018). Pour les femmes, cela constitue un changement particulièrement important car c'est surtout pour elles que l'entrée dans la sexualité était auparavant fortement associée à des perspectives de mariage et de parentalité précoce. Parmi les femmes nées en 1967-1971, près des trois quarts ont eu leur premier enfant avant 25 ans (et 46 % avant 22 ans), tandis que parmi celles nées en 1982-1986,

³ Les taux de fécondité y sont souvent plus proches de 1 que de 2.

⁴ J'ai distingué dans une autre publication une dernière génération soviétique, un entre-deux générations, et une première génération post-soviétique (Claro 2020).

Ici, dans un objectif de simplification, je n'aborderai pas l'entre-deux générations.

⁵ À l'instar de Jennifer S. Hirsch et Constance A. Nathanson (2001), on parlera de méthodes technologiques (préservatif, pilule, stérilet, etc.) et non technologiques (retrait, calendrier, etc.), afin d'éviter les connotations évolutionnistes des termes « méthodes traditionnelles/modernes ».

seulement la moitié l'a eu avant 25 ans (et 28 % avant 22 ans). Le report de la maternité est particulièrement marqué en ville et chez les plus diplômées (ROSSTAT, 2013).

À partir du cas de la jeunesse russe de classe moyenne, cet article analyse comment la valorisation de la démarche contraceptive et du report de la parentalité peut coexister avec une normalisation de la non-planification du premier enfant. Il montre que cette normalisation, à première vue paradoxale, permet en fait de résoudre des injonctions contradictoires, liées à des normes de genre et d'âge, et à l'organisation sociale des parcours de vie. Je me fonde sur une enquête par entretiens menée auprès de femmes aux profils urbains et diplômées du supérieur (et de quelques hommes, en contrepoint), complétée par l'analyse de statistiques de cadrage et de deux corpus de presse (voir Encadré 1). Il est heuristique d'explorer les transformations postsoviétiques en question avec, comme site d'observation privilégié, la catégorie de population où elles apparaissent de la façon la plus saillante, soit celle des femmes diplômées du supérieur et issues des grandes villes, enclines à ajourner la maternité, parmi lesquelles l'utilisation des contraceptifs les plus efficaces est répandue. Les entretiens avec des hommes sont ici mobilisés uniquement à titre complémentaire.

Afin de dépasser l'opposition binaire entre grossesses intentionnelles (planifiées, désirées) et non intentionnelles (non planifiées, non désirées), je mobilise la notion de registre procréatif. Selon une approche inspirée par Arlie Hochschild (1979), il s'agit d'identifier les « règles de cadrage » qui font sens pour les acteurs/actrices, et les « règles de sentiments » afférentes⁶. Les cadrages ou registres procréatifs hégémoniques dans une société donnée y définissent ce qu'on peut et ce qu'on devrait faire, penser et ressentir face à l'éventualité d'une grossesse et d'une naissance, selon les contextes. Qu'une société valorise ou non la planification, elle prescrit des scénarios et des sentiments socialement attendus. Dans le cas de la Russie, on verra, d'une part, que les hasards et les improvisations s'inscrivent effectivement dans des scénarios de référence, et que deux registres procréatifs peuvent être mobilisés pour donner du sens à l'acceptation de grossesses non concertées. Par ailleurs, on verra qu'un troisième registre émergent, favorisant des grossesses et des enfants programmés, vient s'y ajouter sans s'y substituer.

Chacune des trois parties de cet article se focalise sur le cas de première génération postsoviétique, abordant celui de la génération précédente comme point de comparaison. La première partie montre qu'après la chute de l'URSS, le contexte politique et économique de l'accès au contrôle des naissances permet des sexualités juvéniles mieux protégées, mais avec un répertoire contraceptif toujours limité, et un accès à l'avortement davantage entravé. La deuxième partie aborde les trajectoires contraceptives vécues par les personnes enquêtées au fil de leurs relations, et la place du préservatif, de la pilule et du retrait dans leurs scénarios de référence. Enfin, la troisième partie analyse ces trajectoires contraceptives au prisme des conditions matérielles d'entrée dans l'âge adulte, pour expliquer la persistance de naissances non planifiées, mais prévisibles et socialement attendues.

⁶ Les « règles de cadrage » sont les « règles selon lesquelles nous attribuons des définitions ou des significations aux situations ». Les « règles de sentiments » sont les sentiments socialement attendus selon les situations (Hochschild, 1979).

ENCADRE 1. – *Méthodologie*

Cet article s'appuie sur une enquête par entretiens biographiques, menés en russe, à Moscou et à Saint-Petersbourg, entre 2012 et 2016, auprès de femmes et d'hommes généralement rattachables à la classe moyenne⁷, nées entre 1957 et 1994 (N = 39). Les enquêtées ont été recrutées surtout par l'intermédiaire de diverses relations informelles (demande à des amies et connaissances de me mettre en contact avec leurs amies, leurs connaissances et les membres de leurs familles), puis par « boule de neige ». Je mobilise ici un sous-corpus « dernière génération soviétique » (9 femmes et 2 hommes, nées jusqu'au milieu des années 1960, entrées dans la sexualité avant la chute de l'URSS), composé en majorité de diplômées du supérieur ; la plupart sont ingénieures, enseignantes ou ouvrières qualifiées. Un autre sous-corpus, de la « première génération postsoviétique » (18 femmes et 5 hommes, nées à partir de la fin des années 1970) regroupe des personnes presque toutes diplômées du supérieur, aux professions plus diverses, souvent intellectuelles supérieures (ingénieures, journalistes, graphistes, par exemple), mais aussi intermédiaires (dans la vente et la restauration, notamment)⁸. L'objectif était de recueillir des récits de vie centrés sur la question des relations sexuelles, affectives et conjugales, du contrôle des naissances et de la procréation, avec une approche plutôt non directive. Ces entretiens ont fait l'objet d'une double analyse (comparaison intergénérationnelle des récits de vie et analyse thématique transversale), avec une démarche inductive. Ils sont mis en perspective grâce à des statistiques de cadrage, issues des registres du ministère de la Santé et de plusieurs enquêtes représentatives, notamment celle dite « Santé reproductive de la population de Russie » (plus loin « SRPR ») (ROSSTAT, 2013)⁹.

Enfin, deux corpus de presse ont été analysés. Premièrement, un corpus exhaustif de 226 numéros de *Zdorov'e*, mensuel de popularisation médicale du ministère de la Santé soviétique, publiés entre 1972 et 1991 : il transmettait un discours de prescription sanitaire d'origine étatique qui était le seul autorisé jusqu'à la perestroïka. Deuxièmement, un corpus non exhaustif de 26 numéros¹⁰ de *Cool*, hebdomadaire postsoviétique pour adolescent·es, publiés entre 1998 et 2006 : dans un nouveau contexte de pluralisme médiatique, cette entreprise commerciale proposait le mode d'emploi d'une « révolution sexuelle » en cours, avec un discours à la fois hédoniste et sanitaire. L'objectif était d'analyser les discours de prescription experts (de gynécologues, sexologues et psychologues) véhiculés par des médias de masse, et ayant participé à la socialisation sexuelle des deux générations étudiées : les deux magazines ont connu une diffusion massive¹¹, et ont été mentionnés comme sources importantes d'informations et de conseils dans une partie des entretiens.

⁷ Si les débats théoriques au sujet de la définition de la (nouvelle) classe moyenne russe (soviétique et postsoviétique) sont complexes (Salmenniemi, 2012).

, j'en adopte ici une définition large et souple, avant tout fondée sur le critère du diplôme, dans la mesure où celui-ci s'avère plus déterminant que le revenu, concernant plusieurs phénomènes sociaux pertinents, notamment l'âge au premier enfant (ROSSTAT, 2013) et l'accès aux services de santé (Rusnova et Brown, 2003). Sont rattachées ici à la classe moyenne les personnes titulaires d'un diplôme d'études supérieures, mais n'appartenant pas à la strate la plus privilégiée (*nomenklatura* soviétique, « nouveaux russes » postsoviétiques). Avec cette définition, dans la génération soviétique, la majorité des personnes interrogées sont rattachables à la classe moyenne (les autres au haut des classes populaires), et dans la génération postsoviétique, sur laquelle se focalise cet article, presque toutes y sont rattachables (deux hommes font exception, avec des études supérieures interrompues en cours de route).

⁸ On prend ici en compte la profession exercée pendant la jeunesse.

⁹ Enquête nationale représentative menée en 2011 auprès de femmes de 15-44 ans (N = 10 010), par l'Institut de statistique gouvernementale russe (ROSSTAT), en collaboration avec le ministère de la Santé russe, le Fond de l'ONU pour la population, et le Center for Disease Control and Prevention (CDC). La passation s'est faite en face-à-face, au domicile des enquêtées. Le taux de réponse était de 94,7 %. La méthodologie (questionnaire, échantillonnage) correspond aux standards internationaux des enquêtes sur la santé reproductive, qui portent sur les pratiques et représentations en matière de procréation, de contraception, d'avortement et d'infections sexuellement transmissibles. Pour davantage de détails, voir <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/29068>.

¹⁰ Quinze numéros de 1998, et un ou deux numéros par années de 1999 à 2002 et de 2005 à 2006 ont été sélectionnés sur le critère de leur accessibilité (archivage en ligne).

¹¹ *Zdorov'e* : tirage de 10 à 18 millions d'exemplaires par numéro entre 1972 et 1991 (source : numéros consultés). *Cool* : magazine le plus lu de la presse adolescente en 2000, et le cinquième le plus lu en 2005 ; tirage de 220 000 exemplaires en 2005 (source : <http://propel.ru/pub/24>).

Un répertoire contraceptif plus efficace, des freins anciens et nouveaux à l'accès à l'avortement

Des politiques publiques qui n'encouragent pas la contraception des jeunes

Avant la chute de l'URSS, les jeunes de Russie, lors de leur entrée dans la sexualité, avaient à leur disposition un répertoire contraceptif très limité et modérément efficace. Dans le cadre de l'économie planifiée, la mise en circulation de produits contraceptifs dépendait de décisions étatiques ; celles-ci étant réservées vis-à-vis de la contraception, sur fond de pronatalisme. Elles favorisaient quasi exclusivement les préservatifs – mais leur qualité et les quantités mises en vente laissaient à désirer – et surtout le stérilet, censé être réservé aux femmes déjà mères. La pilule s'est extrêmement peu diffusée. En effet, jusqu'à la perestroïka, les décrets du ministère de la Santé insistaient sur les effets secondaires et les risques pour la santé de la contraception hormonale, et recommandaient aux médecins-fonctionnaires de ne la prescrire que dans des objectifs thérapeutiques (Blum *et al.*, 1993). La sexualité avant le mariage était officiellement condamnée, et la parentalité précoce encouragée. Toute jeune femme accouchant pour la première fois après 25 ans était stigmatisée par la catégorisation de « vieille parturiente », dans le système de santé.

À partir de 1987, avec la perestroïka, les politiques publiques afférentes ont connu une réorientation : le ministère de la Santé a fait son autocritique concernant sa responsabilité dans la trop faible diffusion de la pilule et du préservatif en URSS. En outre, ce champ des possibles contraceptifs juvéniles est devenu nettement moins tributaire d'une politique étatique centralisée, en lien avec l'avènement de l'économie de marché, l'ouverture des frontières et la fin de la censure des publications. Les politiques publiques russes postsoviétiques, initialement, ont repris et approfondi l'élan de la perestroïka. L'aide internationale (ONU, USAID, etc.) est arrivée en renfort avec son appui technique et financier. La préparation de projets d'éducation sexuelle en milieu scolaire a été lancée (Rivkin-Fish, 2005 ; Kon, 2010 ; Claro, 2018).

Toutefois, dès 1997, l'Église orthodoxe russe et différents partis politiques se mobilisent contre ces politiques accusées d'aggraver la « crise démographique »¹² et de pervertir la jeunesse. En 1998, le budget du programme présidentiel « Planification familiale » n'est pas reconduit par le Parlement, et les projets d'institutionnalisation de l'éducation sexuelle à l'école sont par la suite abandonnés (Kon, 2010 ; Sakevich *et al.*, 2016). Depuis, les interventions visant la promotion de la contraception auprès des jeunes sont relativement entravées, et leur existence comme leur contenu dépendent d'initiatives et de rapports de force au niveau local ; les situations peuvent donc être très différentes d'une région ou d'une ville à l'autre, d'une école ou d'un établissement de santé à l'autre. Quelques brèves années d'engagement en faveur de la contraception ont donc laissé place à deux décennies non interventionnistes, pendant lesquelles il n'y a plus, pour les jeunes, ni méthodes subventionnées ni campagnes de prévention nationales. Il n'en reste pas moins que les jeunes ont désormais un accès très facile à des préservatifs de bonne qualité, ainsi qu'à la pilule – *de facto* accessible sans ordonnance (Grindlay *et al.*, 2013) – à condition d'en supporter le coût financier.

¹² À partir du début des années 1990, le nombre de décès annuels excède celui des naissances. L'indice synthétique de fécondité est tombé jusqu'à 1,2 enfants par femme en 2000 (ROSSTAT, 2013).

Des apprentissages via les pairs et les médias, un répertoire peu médicalisé

Dans de nombreux pays, les professions de santé jouent un rôle crucial dans le façonnement de biographies contraceptives hégémoniques qui impliquent, pour chaque configuration relationnelle (couple stable ou non) et pour chaque étape de la vie (dans la jeunesse, après avoir eu des enfants), des méthodes considérées comme idéales (Irala *et al.*, 2011 ; Roux *et al.*, 2017). En Russie postsoviétique, on ne repère pas un tel façonnement. Des enquêtes quantitatives suggèrent que l'investissement des médecins dans l'accompagnement contraceptif de leurs patientes n'a pas progressé, entre les années 1990 et 2010, sauf dans le contexte précis des soins *postpartum*¹³. Il s'agit vraisemblablement d'une conséquence du tournant de 1997, qui a freiné les efforts dans ce domaine. Ainsi, même s'il n'y a plus de doctrine officielle prescrivant l'abstinence jusqu'au mariage et s'imposant aux médecins, ces dernières¹⁴ ne sont pas encouragées à s'investir dans le domaine de la contraception des jeunes. Les pratiques des médecins peuvent en tout cas être davantage variables qu'à l'époque soviétique, d'autant qu'une médecine privée est apparue.

Des enquêtes qualitatives indiquent que les gynécologues russes considèrent désormais la contraception des jeunes femmes, mariées ou non, comme une nécessité, et qu'elles sont globalement favorables à l'utilisation de la pilule, y compris par les plus jeunes de leurs patientes. Il y a eu un léger infléchissement de la norme médicale encourageant la maternité avant 25 ans. Le statut de « vieille parturiente » existe encore officiellement, mais les médecins tendent à accepter de façon pragmatique le report de plus en plus fréquent de la maternité au-delà de cet âge. Toutefois, malgré ces changements conséquents dans leurs attitudes vis-à-vis de la contraception des jeunes, les gynécologues manquent de temps pour agir dans ce sens, du fait de contraintes institutionnelles (Larivaara, 2010 ; Temkina, 2015). Selon Anna Temkina, l'autonomie professionnelle de ces médecins est restée très faible, et le système priorise « le traitement de l'infertilité et le suivi des grossesses » ; ainsi, l'observation de consultations révèle que « contrairement à ce qu'elles disent en entretien, les [gynécologues], la plupart du temps, ne posent pas de question à leurs patientes sur la contraception et n'en parlent pas de façon détaillée »¹⁵ (2010, p. 1541). Selon mes entretiens, les médecins ne prennent pas l'initiative de recommander la pilule aux jeunes femmes sans que celles-ci n'en aient parlé, à moins d'avoir en tête des objectifs thérapeutiques. Certaines médecins transmettent une doctrine des pauses héritée de la période soviétique, selon laquelle il faut alterner des périodes limitées de contraception hormonale et des périodes sans. Le stérilet reste quant à lui hors-sujet pour les nullipares.

Il n'est donc pas surprenant que les professions de santé ne soient pas désignées par les jeunes femmes russes comme une source importante d'informations sur la contraception : selon l'enquête SRPR, parmi les 15-24 ans qui ont entendu parler d'au moins une méthode, seulement 16 % déclarent que c'est leur source principale ; 3 % désignent « un enseignant », 11 % désignent leurs parents ; en revanche, 23 % désignent les livres, internet et les médias, 23 % désignent leurs amies, et 14 % un partenaire sexuel ou amoureux (ROSSTAT, 2013). Ainsi, l'école ne joue pas non plus un rôle décisif dans le façonnement de normes relatives à la

¹³ Les questions « Avez-vous reçu des conseils contraceptifs après votre dernier avortement/accouchement ? » ont été posées dans une enquête représentative locale de 1996 (à Ivanovo, Yekaterinburg et Perm), dans une autre de 2000 (à Perm, Berezniki et Velikii Novgorod), et enfin dans l'enquête représentative nationale « SRPR » (Bodrova et Goldberg, 1998 ; David *et al.*, 2000 ; ROSSTAT, 2013).

¹⁴ Le féminin générique est adopté ici dans la mesure où, en Russie, l'écrasante majorité des médecins sont des femmes, *a fortiori* en gynécologie.

¹⁵ Traduction de l'autrice.

contraception pendant la jeunesse. Bénéficiaire de séances à ce sujet est loin d'être systématique : 45 % des femmes de 15-24 ans ont entendu parler de contraception à l'école (*ibid.*). Mes entretiens avec les quelques jeunes postsoviétiques qui ont eu un ou des cours sur la sexualité montrent que les séances proposées ne contiennent pas toujours des conseils contraceptifs précis ; quand ils existent, ces conseils mettent l'accent sur le préservatif, tandis que la contraception hormonale et la question de l'efficacité du retrait sont peu ou pas abordés. Cette insistance (quasi exclusive) sur le préservatif se retrouve dans le corpus de presse postsoviétique analysé. Les entretiens, comme les statistiques précitées, indiquent que les médias sont une source d'information cruciale sur la contraception. À la charnière des années 1990 et 2000, le magazine adolescent *Cool*, mentionné par plusieurs personnes interrogées, légitime une sexualité juvénile ne rimant pas nécessairement avec « la promesse et l'obligation de se marier » (*Cool*, 1998, 26), à condition qu'elle soit protégée, fondée sur l'amour et le couple. La contraception est abordée dans presque tous ses numéros analysés ici, et c'est le préservatif qui est recommandé de la façon la plus systématique et la plus insistante – il est également vanté pour la protection qu'il offre contre les maladies. Le magazine souligne que les préservatifs ne sont plus aussi épais et inconfortables qu'à l'époque de l'URSS. La pilule, par contraste, est quelquefois conseillée, mais fait globalement l'objet d'un discours beaucoup moins prolixe, et plus équivoque. Le lectorat peut être averti de ses risques pour la santé : « une certaine immixtion dans l'organisme de la jeune fille » (*Cool*, 1998, 47) ; « c'est uniquement après une consultation avec un médecin ! Sinon, vous pouvez tomber sur des médicaments qui feront du mal à ta copine » (*ibid.*). Finalement, la première génération postsoviétique ne se heurte plus aux mêmes silences que la génération précédente, mais elle s'initie à la contraception essentiellement via les conseils des médias et des pairs, plutôt que via les médecins ou d'autres professionnel·les. Son répertoire inclut désormais des préservatifs jouissant d'un rayonnement inédit, mais il s'est peu médicalisé (les méthodes médicales comme la pilule ou le stérilet y occupent toujours une place restreinte).

L'avortement : toujours vu comme une menace pour la fertilité, et désormais un péché

Avant la chute de l'URSS, selon la doctrine médicale officielle, l'avortement, tout comme la contraception, était censé être réservé aux femmes déjà mères (Claro, 2016). Cette opération avait été légalisée dès 1920, sur le mode du moindre mal sanitaire, puis interdite sous Staline, et enfin ré-autorisée, au nom du pragmatisme, en 1955. En effet, selon la doctrine médicale abondamment relayée dans le magazine de popularisation sanitaire *Zdorov'e*, l'avortement (pratiqué par curetage) présentait un tel risque pour la fertilité future qu'il devait être évité tant que les femmes n'étaient pas encore mères. Selon cette vision dominante à l'époque soviétique, qu'on peut qualifier de sanitaire-maternaliste, l'avortement n'était pas envisagé comme un problème éthique, et même s'il était vu comme risqué pour la santé, il était largement banalisé tant qu'il s'agissait d'espacement et d'arrêt des naissances.

Dans la période postsoviétique, sur fond de diffusion de la contraception technologique, l'avortement devient moins fréquent, et dans une certaine mesure moins banal : l'indice synthétique passe de trois ou quatre avortements par femme, en moyenne, au cours d'une vie reproductive, dans les années 1980, à un dans les années 2010 (ROSSTAT, 2013). La vision sanitaire-maternaliste persiste en partie, alors même que de nouvelles techniques d'avortement, particulièrement inoffensives, progressent. Le curetage a régressé en Russie à partir de 1987¹⁶, mais concerne encore près de 60 % des avortements, dans les années 2000-2010 ; les méthodes

¹⁶ Ce changement est amorcé par le Décret n° 757 du 05-06-1987 du ministère de la Santé d'URSS.

de l'aspiration et médicamenteuse (introduites respectivement en 1987 et 1999) plafonnent donc à 40 % en tout (Bodrova et Goldberg, 1998 ; David *et al.*, 2000 ; ROSSTAT, 2013)¹⁷. La dynamique d'éviction du curetage entamée avec la perestroïka semble s'être finalement presque arrêtée, faute de volonté politique. En outre, la politique de santé entretient un flou délibéré, voire une désinformation, au sujet des risques. Parallèlement au lancement d'une politique nataliste en 2006, une dynamique de restrictions modérées à l'accès à l'avortement est amorcée. Dans ce cadre, un « formulaire de consentement informé » est introduit : il stipule, entre autres, que l'opération risque de nuire à la fertilité future, sans faire la différence entre les risques liés à chaque technique (Claro, 2018, p. 172-185). Finalement, en Russie postsoviétique, la peur de ne jamais pouvoir avoir d'enfant après un avortement reste présente, et la part des avortements de premières grossesses dans l'ensemble des avortements reste très faible – elle est passée de 4,6 % en 1990 à 7 % en 2014¹⁸.

Autre évolution importante, à partir de 2006, la politique de santé se fonde sur une nouvelle vision de l'avortement, qu'on peut qualifier de moralisatrice-religieuse. Un texte officiel stipule que « l'enfant à naître est déjà un être humain »¹⁹. Le renoncement à l'avortement est désormais construit comme un enjeu à la fois moral et patriotique, participant au redressement de la natalité. Cela passe notamment par l'instauration de « consultations pré-avortement », confiées à des psychologues ou à des prêtres (Luehrmann, 2019), dont l'objectif annoncé est de pousser 15 % des demandeuses à renoncer²⁰. S'y ajoute une « période de réflexion » obligatoire de 2 à 7 jours²¹. Les jeunes femmes de la génération postsoviétique sont donc dissuadées d'envisager l'avortement et d'y recourir selon des modalités à la fois anciennes et nouvelles.

Au total, la sexualité des jeunes, frappée d'interdits et construite comme fatalement risquée à l'époque soviétique, est désormais davantage légitime, notamment dans la mesure où elle est protégée – l'arrivée d'une nouvelle génération de préservatifs jouant un rôle-clé. Mais, dans les années 2000-2010, les politiques de santé ne soutiennent pas la contraception des jeunes, et entretiennent une image de l'avortement comme nocif et/ou immoral. Le champ des possibles des jeunes en matière de contrôle des naissances a donc connu un élargissement inégal.

Des scénarios contraceptifs pluriels : maintenir, renforcer ou relâcher le contrôle

En Russie, pour la dernière génération soviétique, en début de vie de sexuelle, la contraception technologique était relativement inaccessible et/ou impensable. Pour la génération suivante, elle devient banale. Peut-on parler pour autant de l'émergence d'une

¹⁷ Des questions sur les techniques d'avortement auxquelles les femmes avaient recouru lors de tous leurs avortements sur une période donnée, ou bien dans l'année précédant l'enquête, ont été posées dans une enquête représentative locale de 1996 (à Ivanovo, Yekaterinburg et Perm) (Bodrova et Goldberg, 1998), dans une autre de 2000 (à Perm, Berezniki et Velikii Novgorod) (David *et al.*, 2000), et enfin dans l'enquête nationale « SRPR » de 2011 (ROSSTAT, 2013). Les données de 2011 ont été confrontées avec celles des registres du ministère de la Santé (ROSSTAT, 2015), et les résultats se recourent.

¹⁸ Calculs de l'auteur sur la base des registres du ministère de la Santé (ROSSTAT, 2007, 2015).

¹⁹ Instructions (« *metodicheskoe pis'mo* ») n° 15-0/10/2-9162 du ministère de la Santé de la Fédération de Russie du 13-10-2010.

²⁰ Décret n° 572n du ministère de la Santé de la Fédération de Russie du 01-11-2012.

²¹ Loi fédérale n°323-f3 du 21-11-2011.

« norme contraceptive » similaire à celle repérée en France par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (2006) ? Les chercheuses en donnent une double définition : la norme contraceptive implique, d'une part, un devoir de se contracepter quand on n'a pas de projet d'enfant et, d'autre part, que certaines méthodes sont perçues comme convenant à certaines étapes biographiques, à certaines configurations relationnelles. Ainsi, en France, comme dans de nombreuses sociétés occidentales, un scénario contraceptif de référence est devenu hégémonique, et s'est cristallisé sous forme de norme : pendant la jeunesse, il convient de commencer toute nouvelle relation avec le préservatif, et si la relation se stabilise, d'abandonner le préservatif au profit de la pilule. Or, l'enquête « Gender and Generation »²² suggère qu'on ne retrouve pas cette norme dans les pays est-européens. Cette enquête permet de comparer les pratiques contraceptives des femmes de 20-24 ans sans enfant dans cinq pays de l'Europe de l'Ouest non méditerranéens (France, Belgique, Allemagne, Norvège, Suède) et dans six pays d'Europe de l'Est (Estonie, Lituanie, Roumanie, Pologne, Bulgarie, Russie). À l'Ouest, la prévalence des méthodes médicalisées (principalement la pilule) est massive (64 % à 74 %), celle du préservatif est moins importante (14 % à 22 %), et celle du retrait et du calendrier est négligeable (0 % à 4 %). Par contraste, à l'Est, les méthodes médicalisées sont moins utilisées (12 % à 37 %), et les méthodes nécessitant une coopération masculine, et s'inscrivant dans le cours même de la sexualité, ont une place centrale (30 % à 70 %) – le préservatif surtout (26 % à 57 %), et certaines fois le retrait ou le calendrier (1 % à 13 %)²³. La présente enquête par entretiens a montré qu'en Russie postsoviétique, on peut identifier plusieurs scénarios contraceptifs de référence pour la jeunesse, qui se contredisent en partie. Il n'y a donc pas de norme contraceptive, mais une indétermination normative.

Le préservatif entre automatismes partagés, réticences masculines et responsabilité féminine

D'une génération à l'autre, l'absence de contraception lors du premier rapport hétérosexuel a nettement reculé²⁴. Selon l'enquête « SRPR, » pour les femmes de 15-24 ans, la première fois, le préservatif est l'option la plus répandue (53 %) ; toutefois, l'absence de protection ou la protection moins efficace du retrait gardent une importance non négligeable (45 % en tout) ; enfin, il reste rarissime de commencer avec la pilule (ROSSTAT, 2013). Commencer sa vie sexuelle avec une contraception technologique, en l'occurrence le préservatif, apparaît désormais comme possible, banal et souhaitable. Se protéger ainsi est d'ailleurs présenté par quelques femmes enquêtées – y compris par certaines ayant eu du mal à le faire systématiquement – comme un enjeu de respectabilité et de distinction sociale – comme le propre de « l'intelligentsia », par exemple. La bonne volonté contraceptive semble devenir

²² Cette enquête longitudinale, représentative de la population des 18-79 ans, est menée par la Commission économique des Nations unies pour l'Europe dans vingt pays depuis 2004, et porte sur les comportements démographiques, le genre et les relations familiales. Pour davantage d'informations, voir <https://www.ggp-i.org/>.

²³ Source : Gender and Generation Programme, Online Codebook & Analysis (France 2005 : N = 10 079 ; Belgique 2009-2010 : N = 7 163 ; Allemagne 2005 : N = 10 017 ; Norvège 2007-2008 : N = 14 880 ; Suède 2012-2013 : N = 9 688 ; Estonie 2004-2005 : N = 7 855 ; Lituanie 2006 : N = 10 036 ; Roumanie 2005 : N = 11 986 ; Pologne 2014 : N = 19 987 ; Bulgarie 2004 : N = 12 858 ; Russie 2007 : N = 7 783). Les données proviennent de la première vague de l'enquête, sauf pour la Russie (deuxième vague), en raison d'un effectif de femmes sans enfant de 20-24 ans insuffisant (n < 30). Il n'y a pas de données sur l'Italie, les Pays-Bas et la Hongrie (question non posée).

²⁴ Parmi les enquêtes représentatives auxquelles j'ai eu accès, la seule qui permet de comparer les réponses de plusieurs cohortes de femmes date de 2004 et porte uniquement sur la population féminine de 18-44 ans de Saint-Pétersbourg (N = 2 500) : elle indique que l'absence de contraception au premier rapport est passée de 63 %, pour celles nées en 1960-1969, à 25 %, pour celles nées en 1980-1985 ; l'utilisation du préservatif est passée de 11 % à 44 % (plusieurs réponses possibles) (Kesseli *et al.*, 2005).

constitutive d'un *ethos* des classes moyennes et supérieures, caractéristique des nouvelles inégalités sociales postsoviétiques, qui passent entre autres par un report plus marqué de la première naissance chez les plus diplômées.

Le préservatif tend à avoir le statut de méthode par défaut en début de vie sexuelle, et au début de toute nouvelle relation. Alors que les méthodes non technologiques étaient une évidence dans la génération précédente, elles connaissent une dévalorisation partielle parmi les jeunes postsoviétiques. Leur usage est à la fois galvaudé et banal : 48 % des 20-24 ans ont déjà utilisé le retrait au cours de leur vie, et 15 % l'abstinence périodique (ROSSTAT, 2013). En entretien, un certain nombre d'infractions à la règle de la contraception technologique – rapports non protégés ou protégés avec le retrait – ont été racontées par des jeunes femmes, mais une partie des récits ne remet pas en cause l'importance de cette règle, au contraire : plusieurs parlent d'actes « bêtes » ou « risqués ».

Les jeunes hommes et femmes postsoviétiques peuvent tomber facilement d'accord sur l'utilisation du préservatif, y compris de façon tacite. En même temps, il est banal que les hommes n'en mettent que sur demande des femmes, qu'ils y soient réticents voire opposés. D'une façon emblématique, Alisa²⁵ et son premier petit ami ont utilisé le préservatif sans avoir eu besoin d'en parler, mais le deuxième amoureux d'Alisa « n'aimait pas [ça] », et pratiquait, en remplacement, le retrait. Rétrospectivement, elle semble considérer que c'était sa responsabilité de ne pas céder à cette réticence masculine : « Je crois que c'était assez bête de ma part. » Avec son troisième petit ami, le préservatif s'est de nouveau imposé sans qu'une discussion ne soit nécessaire. Quant à Daria, elle a utilisé le préservatif puis la pilule avec son premier petit ami ; elle a arrêté de prendre la pilule après leur rupture, et quand elle a entamé une nouvelle relation, son partenaire l'a convaincue que le retrait suffisait (« Pour quoi faire ? je fais déjà attention. ») : « J'ai pensé à insister pour qu'on se protège mais je n'ai pas pu le faire [...] », dit-elle.

« Enquêtrice : Et à l'époque tu pensais que c'était fiable [le retrait] ?

Daria : Oui. [...] Il y a l'histoire du liquide préséminale, ça je ne le savais pas, et lui non plus il ne savait pas je pense. [...] Si j'avais vraiment connu... euh, le mécanisme, pourquoi ça ne me marche pas... peut-être que j'aurais même trouvé la force d'insister pour une protection normale... mais ce n'est pas certain [...]. »

Face au désamour masculin du préservatif, souvent rapporté, plusieurs femmes enquêtées, comme Alisa et Daria, ont vécu des situations où, étant donné leur place dans la relation et/ou leurs connaissances, il leur était difficile d'échapper à des rapports peu protégés. Cette vulnérabilité genrée a deux versants. Premièrement, d'une façon générale, les femmes sont socialisées à prendre un rôle plutôt passif dans les relations (hétéro)sexuelles, et à se laisser guider par leur partenaire masculin. Cet ascendant lié au genre peut être renforcé par un écart d'âge en faveur de l'homme (Ferrand *et al.*, 2008 ; Amsellem-Mainguy, 2015). En outre, dans tout un continuum de situations qui n'ont rien d'exceptionnel, et qui vont des rapports cédés à contrecœur aux rapports forcés, les femmes perdent encore davantage la maîtrise du déroulement de l'acte. Deuxièmement, les jeunes femmes russes interrogées manquent souvent d'assurance concernant leurs connaissances contraceptives. L'écart entre la fiabilité du préservatif et celle du retrait ne fait pas partie d'un bagage scolaire largement partagé, et les jeunes doivent faire le tri entre les messages parfois contradictoires qui circulent entre pairs.

²⁵ Les prénoms ont été remplacés par des pseudonymes.

Ainsi les jeunes femmes enquêtées cèdent-elles certaines fois à ce manque d'enthousiasme répandu des hommes vis-à-vis du préservatif ; d'autres fois, elles le contournent, en utilisant la pilule (du lendemain, ou en prise quotidienne) ; souvent, elles le compensent en prenant sur elles tout ou la majeure partie du « travail contraceptif » (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Dans la génération précédente, plusieurs femmes disent qu'il leur semblait inconcevable d'acheter des préservatifs ou d'en proposer à leur partenaire, au moment où elles entraient dans la sexualité. À l'époque soviétique, une telle implication féminine serait allée à l'encontre du « modèle normatif de la jeune fille sérieuse, innocente, qui ne sait rien du sexe et attend que l'homme prenne l'initiative, opposé au modèle de la fille stigmatisée comme "putain", la fille qui sait et qui décide » (Tabet, 2002, p.166). Dans la génération postsoviétique, en revanche, il est devenu bien plus acceptable pour les jeunes femmes de faire face à l'indifférence ou aux réticences masculines, en s'occupant elles-mêmes de l'achat des préservatifs, en se chargeant d'y penser, de proposer voire d'insister, au cours de l'acte sexuel. Elles y ont d'ailleurs été encouragées par certaines interventions en milieu scolaire – deux enquêtées se souviennent y avoir été incitées à « savoir en poser », « oser en acheter ». Une tendance similaire a été observée en France par Cécile Thomé (2016) : dans un contexte où, en général, le souci de la santé des membres de la famille tend à être une responsabilité féminine, celui du préservatif peut être un « travail sanitaire » incombant prioritairement aux femmes (voir, également : Cresson, 2006). Comme le résume C. Thomé, « Quand un homme ne prend pas en charge le préservatif, il sait qu'il est probable qu'une femme le fera pour lui – mais l'inverse ne se vérifie pas. » (2016, p. 77). Les normes et les contraintes liées au genre se sont donc déplacées, en Russie postsoviétique : les femmes, autrefois suspectes si elles s'intéressaient trop au préservatif, sont aujourd'hui plutôt incitées à s'en soucier pour deux. Mais cette responsabilité féminine n'est pas toujours synonyme de contrôle, et il peut être difficile de s'imposer face à un partenaire réticent.

Maintenir le préservatif ou passer à la pilule

Le consensus – plus théorique que pratique – autour des méthodes technologiques et la disqualification des méthodes moins efficaces valent surtout quand les personnes sont encore jeunes, et qu'elles viennent de commencer une nouvelle relation. Lorsque les jeunes femmes et hommes sont dans un couple stable, qui dure, trois scénarios contraceptifs de référence s'offrent à elles et eux : maintenir le contrôle (avec le préservatif), renforcer le contrôle (en passant à la pilule), ou relâcher le contrôle (en passant au retrait). Selon l'enquête « SRPR », lors de leur dernier rapport sexuel, les femmes de 15-24 ans n'étant pas en union (ni mariées ni en concubinage) ont massivement utilisé le préservatif (64 %), alors que celles en union ont été bien moins nombreuses à l'utiliser (30 %), et ont davantage eu recours à la pilule ou au retrait (respectivement 13 % et 12 %) (ROSSTAT, 2013).

Ici, les parcours contraceptifs des jeunes femmes et hommes postsoviétiques reconstitués sur la base des entretiens peuvent être répartis selon quatre profils :

– Maintien du préservatif : quatre enquêté·es ont eu recours uniquement au préservatif (dans un ou plusieurs couples successifs, souvent jusqu'à plusieurs années d'affilée), et n'ont jamais cherché à changer de méthode.

– Passage à la pilule : trois enquêtées ont abandonné le préservatif (dans un ou plusieurs couples) au profit de la pilule (prise pendant plusieurs années).

– Maintien du préservatif et recours restreint à la pilule : cinq enquêtées ont surtout eu recours au préservatif (dans un ou plusieurs couples), mais ont eu également une utilisation très restreinte de la pilule (rapidement abandonnée à cause d'effets indésirables expérimentés ou redoutés, ou encore utilisée seulement pendant une durée prescrite dans un objectif thérapeutique).

– Divers scénarios dont passage au retrait : six enquêtées ont des trajectoires plus diversifiées, et ont en commun d'avoir déjà abandonné le préservatif au profit du retrait. Certaines, lors de relation(s) antérieure(s), avaient utilisé une contraception hormonale pendant plusieurs années. Certaines ont également connu, avant et/ou après leur passage au coït interrompu, une utilisation durable du préservatif.

Il faut noter, d'une part, que le basculement vers le retrait n'est pas le fait d'un groupe d'enquêtées qui se distinguerait des autres par leur distance vis-à-vis des méthodes les plus efficaces ; à une exception près, il ne s'agit pas de personnes qui rejettent, méconnaissent ou ne parviennent pas à utiliser le préservatif ou la pilule. D'autre part, seule une partie des enquêtées, lorsqu'elles et ils sont en couple stable, sont plutôt attachées à un unique scénario de référence, parmi trois possibles : le maintien du préservatif, le passage à la pilule (les deux premiers profils), ou le passage au retrait (une femme du quatrième profil). Les autres ont des trajectoires plus complexes (le troisième profil et toutes les autres du quatrième).

Dans la jeunesse russe diplômée, des préjugés négatifs sur la pilule circulent entre pairs. Plusieurs personnes interrogées ont « peur » de son fonctionnement « incompréhensible », ont des doutes sur son efficacité ; par contraste, « le préservatif, c'est sûr et certain que rien ne passera ». Faute de politiques publiques volontaristes, les jeunes femmes méfiantes ont peu de chances d'être rassurées à l'école ou chez la gynécologue, d'où le non-recours ou le recours restreint. Parmi les femmes rattachables à la première génération postsoviétique, avoir déjà pris la pilule au cours de sa vie (avant et/ou après être devenue mère) n'est pas si rare : c'est le cas de 28 % des 20-24 ans et de 43 % des 25-29 ans (ROSSTAT, 2013). Mais cette méthode a tendance à être utilisée de façon très discontinue, en Russie : les femmes de 15-44 ans qui ont pris la pilule dans les cinq dernières années sont 44 % à ne pas l'avoir prise plus d'un an, et 70 % à ne pas l'avoir prise plus de deux ans (*ibid.*)²⁶. Les entretiens montrent qu'au-delà des effets indésirables poussant à l'abandon que des enquêtées disent avoir vécus (prise de poids ou migraines, par exemple), le non-recours et le recours restreint sont associés, notamment, à des représentations de la pilule en termes d'intrusion dans un équilibre hormonal qui devrait rester à l'état « naturel », et en termes de danger pour la fertilité future. Ces représentations pèsent d'autant plus que l'ordre du genre fait des hormones et de la fertilité le siège d'une féminité à préserver. De telles représentations profanes négatives ne sont pas spécifiques à la Russie mais, dans les pays occidentaux, elles ont tendance à se heurter à une valorisation de la contraception hormonale fermement ancrée dans la profession médicale, et à la place centrale de la pilule dans les paysages contraceptifs (Le Guen *et al.*, 2021). Par contraste, la pilule n'a jamais été centrale en Russie, et la méfiance des profanes est renforcée par l'attitude peu interventionniste des gynécologues. Le préservatif tend donc à être perçu comme la méthode par défaut, au début de toute nouvelle relation. Les couples stables l'adoptent souvent comme solution de long terme ou, plus rarement, lui substituent la pilule – elle suscite toutefois des craintes, et elle est souvent abandonnée rapidement.

²⁶ Ces chiffres n'étaient disponibles que pour toutes les tranches d'âges confondues, sans possibilité d'isoler les plus jeunes.

Passer au coït interrompu

Dans la jeunesse russe, une part non négligeable des couples, après avoir commencé avec le préservatif, passe plutôt au coït interrompu. Des enquêtes ont montré que, dans certains contextes, plus une femme est diplômée, plus elle privilégie les méthodes technologiques – cette situation a été observée, par exemple, en France (Leridon et Toulemon, 1992) et dans une vingtaine de pays du Sud « en développement » (Castro Martín, 1995). Cela n'est pas le cas en Russie, où parmi les 15-44 ans sexuellement actives utilisant une contraception, les méthodes technologiques concernent 84 % des moins diplômées et 80 % des plus diplômées (ROSSTAT, 2013)²⁷. Il semblerait qu'en Russie, comme dans d'autres pays (par exemple en Italie [Gribaldo *et al.*, 2009], aux États-Unis [Bledsoe, 1996] ou en Inde [Basu, 2005]), les femmes des classes moyennes et supérieures puissent aussi se distinguer en s'orientant non pas vers les méthodes les plus efficaces, mais vers celles qui sont vues comme les plus « naturelles ».

En entretien, quelques femmes ont fermement disqualifié le retrait en tant que « non fiable » ou « ridicule ». Plusieurs autres, en revanche, ont dit l'avoir déjà pratiqué : toutes disent n'y avoir recouru que dans le cadre d'un couple stable ; presque toutes disent n'y avoir recouru qu'avec un homme qui n'était pas leur premier partenaire, et uniquement après l'âge de 20 ans. Parmi ces ex-utilisatrices, certaines parlent rétrospectivement du retrait comme d'une erreur ou d'un pas de côté dans leur parcours. Les autres ne donnent pas un sens négatif à leur expérience de cette méthode, qui apparaît alors comme une forme de transition douce entre protection et fécondité : il s'agit pour elles d'un scénario contraceptif légitime, suivi avec un partenaire avec qui elles ont ensuite eu (ou envisagé d'avoir) un enfant. Toutefois, il ne faut sans doute pas opposer radicalement les reconstructions narratives des unes et des autres. Celles qui jugent aujourd'hui leur utilisation du retrait problématique ne sont plus en couple avec le partenaire en question ; on peut faire l'hypothèse que si elles avaient fini par (envisager de) fonder une famille avec lui, elles aussi en auraient parlé comme d'un scénario légitime.

Pour comprendre ce scénario, il convient de le replacer dans le contexte d'un ensemble plus large de pratiques qui consistent à relâcher la vigilance contraceptive dans le cadre d'un couple stable, pour lequel l'entrée en parentalité est socialement envisageable voire attendue (ne serait-ce qu'en termes d'âge), sans pour autant prendre une décision concertée et explicite à ce sujet. Selon Nastia Meilakhs (2008), les jeunes de la classe moyenne de Saint-Pétersbourg sont généralement réticent·es à parler explicitement de sexualité, de contraception et de procréation au sein d'un couple stable. Elles et ils se fondent plutôt sur des règles tacites, notamment : « Tout le monde sait que quand deux personnes vivent ensemble, et c'est une relation assez sérieuse, alors, en principe, on peut ne pas utiliser de contraception. »²⁸ (extrait d'entretien, *ibid.* p. 364). N. Meilakhs y voit une norme de « négociations silencieuses ». Une part significative des entretiens que j'ai menés va dans le même sens, et montre qu'il existe en Russie, à l'ère du préservatif et de la pilule, une manière socialement acceptable de laisser arriver l'éventualité d'une naissance sans la verbaliser ; l'utilisation du retrait en couple stable peut, ou non, faire partie de ce langage du corps. Certaines fois, ce langage silencieux prend son sens sur fond d'allusions ou de discussions plus ou moins vagues sur la possibilité de devenir parents ensemble – discussions qui ont lieu à d'autres moments, sans parler de

²⁷ Là encore, ces chiffres n'étaient disponibles que pour toutes les tranches d'âges confondues.

²⁸ Traduction de l'autrice.

contraception, et sans arrêter de décision. Ce langage silencieux du coït interrompu peut servir à dire le sérieux de la relation et la volonté de se projeter dans un avenir familial, mais ne signifie pas qu'une grossesse, si elle survient, fera immédiatement l'objet d'un consensus enthousiaste. Quand les « négociations silencieuses » prévalent, ce sont les femmes qui, en dernière instance, portent sur leurs épaules l'immense responsabilité de l'interprétation d'un lâcher-prise masculin en matière de contraception : égoïsme, inconscience, ou bien engagement conjugal et désir de paternité ? À elles de pressentir et d'agir en fonction.

Elizaveta (26 ans) est l'enquêtée qui adhère le plus au code du coït interrompu comme engagement implicite vers un avenir parental ; elle est la seule à avoir systématiquement abandonné le préservatif au profit du retrait dans les quelques relations de couple qui ont compté pour elle, depuis ses 16 ans – elle n'est jamais tombée enceinte, et elle est célibataire au moment de l'entretien. Ayant conscience d'être un peu en décalage avec la valorisation de la protection émergente en Russie, elle commence par se justifier en faisant référence à une « allergie » au préservatif (elle ne dit pas en avoir discuté avec un médecin, et ne dit pas non plus avoir recherché une alternative au latex) : « Je ne peux pas me permettre de me protéger au sens fort du terme, comme le font les gens. » Toutefois, suite à mes relances, elle légitime son recours au retrait en faisant référence au contexte relationnel, au sentiment amoureux, et à l'âge :

« Elizaveta : [Pause] Si la relation implique de l'amour, alors ça [le préservatif] ne devient pas du tout une question, ce n'est pas important, ce n'est simplement pas important, et c'est tout, c'est comme tu veux. Si c'est des contacts sexuels occasionnels [*sluchainye*], je n'en ai pas eu beaucoup dans ma vie, alors... je m'efforçais... de me protéger [...]. Quand c'est des émotions et des sentiments, alors... il y a plus de confiance, des deux côtés.

Enquêtrice : Donc tu dis que s'il y a de l'amour, des sentiments, on peut ne pas se protéger... aussi parce que... par exemple, tu sais que si jamais tu tombes enceinte, ce ne serait pas si grave, parce que justement, c'est une relation sérieuse ?

Elizaveta : Ça dépend à quel âge, par exemple s'il y a de l'amour et que tu as 16 ans, si tu penses que tu vas tomber enceinte, ça fait très peur [rit]. À 26 ans, bien sûr, ça ne fait pas peur, c'est normal. »

Ainsi, l'entretien amène Elizaveta à (ré)interpréter son utilisation du retrait à 16 ans comme risquée, mais aussi à légitimer ce scénario contraceptif pour les couples dont les âges sont plus avancés. Elle reconnaît en même temps qu'elle n'avait pas de désir d'enfant univoque, dans ces relations passées : « Je n'étais pas contre, mais intérieurement, je ne le voulais pas. »

Valeria a, pour sa part, jusqu'à l'approche de la trentaine, systématiquement délaissé le préservatif pour la pilule dans chacune de ses relations durables. C'est un énième petit ami (âgé de huit ans de plus qu'elle) qui l'initie finalement au retrait. Comme Daria, elle avait arrêté de prendre la pilule lorsque sa relation précédente s'était terminée, et ce nouvel amoureux (qui juge la méthode « mauvaise pour la santé »), la dissuade de la reprendre : « Il m'a dit : “Non, mais moi, je ne préfère pas, je vais te montrer comment faire”. »

« Valeria : Il m'a dit “Ne t'inquiète pas”, voilà.

Enquêtrice : Toi tu préférerais... tu t'es dit : “Comme ça, c'est bien, je ne vais pas prendre la pilule?”

Valeria : Moi aussi, tu vois, je ne voulais pas trop prendre des trucs chimiques. Et puis, dans ma tête, euh... dès le... presque début, je me suis dit que... si jamais je tombais enceinte avec ce mec-là, bah, enfin... tant mieux. »

Bien que le petit ami de Valeria ne lui ait pas dit qu'il aimerait avoir un enfant avec elle, la jeune femme interprète son rejet de la pilule et ses paroles rassurantes sur le retrait comme

Des naissances imprévues socialement attendues

une promesse implicite. La grossesse qui surviendra suscitera des réflexions et des délibérations.

Ainsi, le renoncement silencieux à la protection contraceptive la plus efficace peut n'être rien de plus qu'une porte entrouverte à l'éventualité d'un enfant, comme il peut sous-entendre un désir de parentalité déjà relativement assuré. C'est le cas pour un petit ami d'une autre enquêtée, Ksenia. Mais celle-ci constitue un contre-exemple quelque peu atypique d'enquêtée qui a refusé de jouer le jeu des « négociations silencieuses ». Lorsqu'elle avait environ 25 ans, le jeune homme (âgé de cinq ans de plus qu'elle) avec qui elle sortait depuis quelques mois a tenté d'abandonner le préservatif sans discussion préalable – le récit ne dit pas s'il a proposé, pour le remplacer, le retrait :

« Il a commencé un petit peu à... disons, à insister, oui, sur le fait que quand même il voulait... le faire sans préservatif... disons. Enfin, au début c'est simplement qu'il ne voulait pas trop, il me disait : "Viens, on le fait sans." Je ne comprenais pas très bien pourquoi il ne voulait pas. Et ensuite il a commencé à insister plus... et voilà... il m'a dit : "Peut-être qu'on pourrait fonder une famille ?" ou quoi... J'ai dit : "Non, non, non, qu'est-ce que tu dis". »

On voit bien ici comment plusieurs scénarios de référence circulent et se contredisent en partie : certains impliquent la contraception la plus efficace possible (préservatif, pilule) jusqu'à ce que la décision de procréer soit prise ; un autre scénario autorise un relâchement contraceptif silencieux au nom de l'amour conjugal et, en cas de grossesse, une décision au pied du mur. Les individus, au cours de leurs relations successives, peuvent se référer à l'un ou à l'autre de ces scripts, et parviennent souvent, mais pas toujours, à se comprendre.

L'entrée en parentalité : de plus en plus tard, mais pas trop tard

Trois registres procréatifs

D'une génération à l'autre, différentes évolutions sociales, dans les domaines de la contraception et, on va le voir, du passage à l'âge adulte, favorisent l'ajournement et la planification du premier enfant. Des recherches qualitatives portant sur les femmes de la classe moyenne russe, n'abordant pas la contraception de façon approfondie, fournissent des pistes de réflexions stimulantes à ce sujet. Selon Anna Rotkirch et Katja Kesseli (2010), la première naissance peut désormais se faire sur le mode du « projet », mais l'idéal du premier enfant « fruit fortuit de l'amour » persiste également. Cet idéal est spécifique à l'entrée en parentalité : pour ce qui est du second enfant, les personnes rapportent des décisions soigneusement soupesées, des calculs liés à leurs conditions de vie matérielles. De même, A. Temkina (2009) a comparé les jeunes femmes postsoviétiques avec leurs aînées : chez les plus jeunes, la sexualité et la procréation font l'objet d'un contrôle inédit, dans un contexte plus égalitaire du point de vue du genre ; mais chez elles comme chez les plus âgées, ces sphères de la vie restent aussi souvent envisagées comme un « destin » genré. La propension des jeunes femmes russes à envisager leur entrée dans la maternité sur le mode du « fruit de l'amour » et du « destin » (plutôt que du projet) invite à prendre ses distances avec la dichotomie rigide entre naissances « planifiées et désirées » d'un côté, « non planifiées et non désirées » de l'autre.

Après avoir maintenu ou renforcé le contrôle contraceptif, dans une ou plusieurs relations successives, une partie des femmes et des hommes de la génération postsoviétique interrogé-es a eu un premier enfant planifié, après un arrêt de contraception concerté. Une autre

Des naissances imprévues socialement attendues

partie des enquêtés a fini par vivre, souvent après avoir suivi des scénarios de maintien et/ou de renforcement du contrôle, un relâchement de la vigilance contraceptive en couple stable – soit en suivant le scénario de référence du passage au retrait, soit en laissant advenir des rapports non protégés. Ce relâchement a pu déboucher sur des naissances non planifiées. L'analyse des termes employés dans les récits collectés en entretien a permis de distinguer trois registres procréatifs, soit trois cadres d'interprétation qui donnent sens aux pratiques et aux émotions racontées – le hasard attendu, l'erreur acceptée et le projet sous conditions.

Les registres de la génération précédente : le hasard attendu ou l'erreur acceptée

Dans les entretiens avec la dernière génération soviétique, deux registres procréatifs sont discernables. Le plus valorisé socialement était celui du hasard attendu, selon lequel des débuts sexuels pas ou peu protégés n'étaient pas vécus comme un problème, puisque cette sexualité était d'emblée axée sur le mariage et la parentalité. Quand la première grossesse survenait, l'enfant était perçu par le jeune couple comme une conséquence logique de l'amour « sérieux » – un hasard auquel on s'attend, voire qu'on attend, sans qu'il soit nécessaire d'en parler. Olga (devenue mère à 23 ans, en 1980) se souvient par exemple : « Si c'est de l'amour, alors, en gros... on est déjà... tout ce qui nous arrive, c'est bien [*pravil'no*], et nous... on ne doit pas agir sur ça avec notre volonté. » Si s'aimer sérieusement, prévoir de se marier, et *a fortiori* se marier, équivalait généralement à planifier un enfant, l'absence de perspective de conjugalisation, à l'inverse, rendait les grossesses problématiques. Mais ces grossesses qui posaient question, voire suscitaient des émotions négatives chez les jeunes femmes et/ou leurs partenaires, étaient très souvent poursuivies – notamment par crainte des risques pour la fertilité suite à l'avortement. Ainsi, dans cette dernière génération soviétique, pour les jeunes qui transgressaient l'interdit de la sexualité sans engagement, la grossesse sur le registre de l'erreur qu'il faut accepter était souvent redoutée, parfois vécue.

Ces registres du hasard attendu et de l'erreur acceptée prenaient leur sens dans un contexte où les politiques publiques soviétiques encourageaient la parentalité précoce. Les parcours de vie étaient très standardisés : « toutes les étapes du passage à l'âge adulte » (départ de chez les parents, mariage, naissance du premier enfant) étaient franchies précocement dans la vingtaine, « inexorablement concentrées dans un court laps de temps » (Blum *et al.*, 2009). L'entrée en parentalité pendant les études supérieures était relativement banale, des aménagements et des aides existaient. L'entrée dans le monde du travail se faisait selon le système de « l'affectation [*raspredelenie*] », qui assignait à chacun·e un emploi stable, et il n'y avait pas de peur du chômage. Les carrières étaient très prévisibles, et le retour à son poste était assuré après un congé maternité. Les crèches étaient relativement répandues et accessibles. Concernant la décohabitation, il était souvent inenvisageable d'attendre d'avoir son propre logement pour devenir parent. Alors, il s'agissait au contraire de s'installer en couple chez les (beaux-)parents, d'y avoir un enfant, et une fois ce logement officiellement surpeuplé, de s'inscrire sur une liste d'attente pour, à terme, déménager. Ces listes impliquaient de longues attentes, mais elles étaient prévisibles, et favorisaient indirectement, là encore, la parentalité précoce.

Les enquêtées de cette génération se souviennent d'un système qui favorisait une certaine insouciance procréative, concernant la temporalité de la naissance du premier enfant : « Les gens vivaient tous à peu près pareil, moyennement bien, mais tous étaient sûrs d'avoir derrière eux un État puissant, qui, quoi qu'il arrive, résoudrait tes problèmes. » (Sonia, mère à

Des naissances imprévues socialement attendues

22 ans, en 1989). Plusieurs femmes enquêtées opposent une ère soviétique où régnaient les sentiments et la spontanéité à une ère capitaliste dominée par l'argent et l'obligation d'être prudent·es :

« Personne ne réfléchissait comme maintenant : voilà, d'abord je vais faire carrière, subvenir aux besoins de ma famille, et ensuite seulement je penserai au fait que je dois fonder une famille. » (Sonia).

« On pensait juste : voilà, je suis tombée amoureuse [...]. On ne réfléchissait pas à où on allait habiter, avec quel argent. » (Veronika, mère à 25 ans, en 1983).

Pendant la jeunesse de la dernière génération soviétique, le choix procréatif était donc limité du point de vue du répertoire contraceptif, mais encastré dans des parcours de vie très balisés, très sécurisants, qui permettaient une normalisation de la non-planification du premier enfant.

Un nouveau registre : le projet sous conditions

Pour les jeunes de la première génération postsoviétique, un répertoire contraceptif plus efficace rend possible l'émergence du registre procréatif inédit du projet sous conditions. Dans le registre du projet, mobilisé en entretien par plusieurs hommes et femmes, il s'agit de se protéger le plus efficacement possible jusqu'à ce qu'une décision soit prise en couple, concernant la naissance du premier enfant. Nina (mère à 26 ans, en 2014), par exemple, a parlé avec son mari du bon moment, et a bien soupesé sa décision d'arrêter les préservatifs : « Je planifiais même le mois... et avant ça, c'était strictement sous contrôle. » Toutes les personnes enquêtées vivent leur jeunesse en ayant en tête ce nouveau registre et lui accordent une certaine légitimité, y compris celles qui ont fini par avoir un premier enfant non planifié. L'amour « sérieux », le couple durable, ne riment plus nécessairement avec l'évidence d'une naissance à court terme.

Dans cette génération, par contraste avec la précédente, les discours tenus en entretien sur l'entrée en parentalité sont travaillés par l'épineuse question de l'accès à l'indépendance financière et résidentielle. Avec la fin des systèmes soviétiques des listes d'attente (logement) et de l'affectation (travail), avec l'avènement d'un marché du travail capitaliste, les parcours d'entrée dans l'âge adulte deviennent plus diversifiés et plus imprévisibles. Ils sont modelés par un État-providence faiblement investi. L'emploi précaire a explosé, y compris sous des formes informelles (non déclarées), particulièrement répandues parmi les jeunes (Walker, 2017). Avec l'émergence d'un marché de l'immobilier « inachevé » (peu de locations et de crédits immobiliers) (Zaviska, 2013), partir de chez ses parents avant d'avoir un enfant est devenu, dans la classe moyenne, un idéal répandu, bien que souvent difficile d'accès. Les crèches sont moins accessibles, et les interruptions de la vie professionnelle liées à la maternité sont plus longues.

Selon les entretiens, un consensus inédit a pris forme, selon lequel il faut éviter de devenir parent avant la fin de ses études supérieures. L'idée qu'il faudrait également s'être « réalisée » professionnellement avant de devenir mère apparaît aussi dans cette génération, mais elle est moins consensuelle. Une autre tendance plutôt inédite, dans cette génération, consiste à se sentir obligé·e d'anticiper l'impact financier d'une interruption professionnelle liée à la maternité : « C'est sûr que tu dois rester un an avec ton enfant, peut-être deux. » (Alisa). Deux jeunes hommes enquêtés disent attendre d'être capables de gagner un salaire pour deux

Des naissances imprévues socialement attendues

pendant un temps, avant de devenir pères. Par ailleurs, le retour à l'emploi n'est plus assuré, après une interruption liée à la maternité : qu'il s'agisse du fossé entre le droit du travail et la pratique, ou encore de la prégnance de l'emploi précaire et informel, plusieurs mères enquêtées ne peuvent pas revenir dans leur entreprise après un congé parental (de un an et demi à trois ans), ou n'ont tout simplement pas droit à un congé maternité/parental rémunéré.

Finalement, cette jeunesse postsoviétique diplômée a de nombreuses raisons d'ajourner et de planifier la parentalité, et elle a, en principe, les moyens contraceptifs de le faire. En même temps, elle doit composer avec la perception largement répandue selon laquelle devenir parent après 30 ans, c'est « très tard » (Rotkirch et Kesseli, 2010). Les femmes, en particulier, doivent faire face à une conception naturalisante du bon âge pour devenir mère, en l'occurrence la limite des 25 ans, héritée de la période soviétique, et qui n'est que partiellement remise en cause dans l'institution médicale. Selon les entretiens, ce sont surtout les grands-mères, les mères et les éventuelles belles-mères (mères des conjoints) qui se chargent des rappels à la norme. Ces injonctions familiales à procréer sans trop tarder peuvent commencer dès la fin des études, vers 21-22 ans, ou bien plutôt dans la seconde moitié de la vingtaine. Certaines enquêtées ont profondément intériorisé cet idéal de maternité précoce, et disent qu'elles ont ressenti « un certain besoin hormonal » (vers 21 ans pour Kira), « quelque chose de biologique » (vers 25 ans pour Yulia). D'autres adhèrent moins à cette norme d'âge, ou bien de façon plus distante et réflexive. Elles parlent de malaises voire de conflits familiaux, de la difficulté d'être perçue comme une femme incomplète tant qu'elles ne sont pas mères. Dans ce contexte, le registre du projet de maternité sous conditions donne du sens à un allongement inédit de la jeunesse, mais les projets ne sont pas repoussés trop loin dans la vingtaine. À partir d'un certain âge, la construction sociale de l'horloge biologique finit par se faire pressante et favorise des projets parentaux, mais aussi, comme on va le voir, des grossesses imprévues dont il convient de se réjouir.

La persistance de naissances imprévues socialement attendues

Les registres procréatifs qui donnaient du sens à la non-planification du premier enfant à l'époque soviétique n'ont pas disparu, dans les années 2000-2010. Le registre du hasard attendu, et surtout celui de l'erreur acceptée gardent une certaine importance, tout en changeant de signification. En effet, il ne s'agit plus de faire de nécessité vertu, sur fond de répertoire contraceptif limité : désormais, ces registres sont généralement mobilisés pour donner du sens à la naissance du premier enfant après plusieurs années d'utilisation du préservatif, éventuellement de la pilule. Être un jeune couple « sérieux » ne mène plus aussi automatiquement à la naissance rapide d'un enfant. Ainsi, le registre du hasard attendu a largement perdu de sa force, mais des enquêtées ont tout de même raconté des grossesses non concertées immédiatement vues comme de heureux hasards, ne suscitant ni doutes ni débats – comme pour Artiom, 25 ans, en couple depuis neuf mois, pratiquant le retrait mais « content » d'apprendre la grossesse.

Le corpus d'entretiens suggère que, dans cette génération, en cas de grossesse non concertée, c'est le registre de l'erreur acceptée qui s'impose avec le plus d'évidence. Même en couple stable, cohabitant, une grossesse non concertée est moins facilement vue comme un heureux hasard, il y a eu un recul de la résignation. Les femmes devenues mères sur ce registre racontent un travail sur leurs émotions pour accepter la grossesse accidentelle. Par ailleurs, s'il faut l'accepter c'est, comme dans la génération précédente, parce qu'il vaut mieux éviter

d'avorter, mais aussi, dans certains cas, parce les jeunes femmes ont déjà dépassé l'âge socialement prescrit de la première maternité, et estiment « qu'il est temps ».

Quelques femmes enquêtées ont vécu une (ou deux) grossesse(s) sur le registre de l'erreur acceptée, en couple stable, cohabitant ou non, au bout d'une année ou plus de relation²⁹. Pour Varvara, cela s'est produit à 21 ans, suite à un rapport sexuel imprévu ; elle avait arrêté la pilule pendant qu'elle et son petit ami étaient temporairement séparés, et ce rapport inaugurerait la reprise de leur relation. Marina avait 29 ans et pratiquait la doctrine des pauses : « Cet anneau [hormonal], tu peux l'utiliser pendant des années, mais il faut faire des pauses parfois. » Quand je lui demande vers quelle méthode de substitution elle s'est tournée, elle parle de « méthode sans cervelle » et qualifie sa grossesse de « *bug* [*sboi*] ». Quant à Valeria (déjà évoquée plus haut), elle a accepté le retrait sur la proposition insistante de son petit ami, en se disant qu'elle ne serait pas contre avoir un enfant avec lui, et est tombée enceinte à 29 ans. Le relâchement de la vigilance contraceptive a donc pu prendre différentes formes, mais dans les trois cas, les jeunes femmes parlent des sentiments négatifs qu'elles ont initialement ressentis, quand elles ont découvert qu'elles étaient enceintes : « J'ai beaucoup pleuré les deux premiers mois, en réalité, j'avais terriblement peur. » (Marina) ; « Je ne planifiais pas du tout ça, je ne le voulais pas. » (Varvara).

En effet, toutes trois semblaient en partie redouter un engagement trop rapide et trop définitif avec leur partenaire. Marina et son compagnon vivaient ensemble, mais elle avait déjà refusé trois demandes en mariage. Varvara avait commencé à vivre partiellement chez son petit ami, mais freinait le franchissement définitif de cette étape : « Pendant les premiers un an et demi, tous les trois jours je partais chez ma mère parce que... pour que ce ne soit pas un emménagement officiel, et tout ça. » À 21 ans, elle se jugeait trop jeune pour « jouer à la femme au foyer ». À des réticences liées à l'engagement conjugal avec le géniteur pouvaient s'ajouter des réticences d'ordre professionnel. Marina accordait une très grande importance à sa carrière de juriste, et « [voulait] [s']occuper de ça [la maternité] vers 35 ans ». Elle avait déjà « repoussé d'un an » son départ à l'étranger pour une reprise d'études, en lien avec sa mise en couple, et savait qu'un enfant l'obligerait à y renoncer définitivement. De même, pour Valeria, manager sportive, la grossesse tombait mal, en plein pendant une compétition cruciale : « Je voulais absolument [y] travailler, je ne voulais pas arrêter. » Si les partenaires de Varvara et Marina étaient nettement favorables à la poursuite de la grossesse, pour Valeria, celui qui avait insisté en faveur du coït interrompu, « On ne peut pas dire qu'il était heureux-heureux. » : « Mais il ne m'a jamais dit : "Tu avortes" ou quoi. Il m'a dit : "Tu fais comme tu as envie de faire, et puis si tu le gardes, eh ben je serai là". », « Il m'a dit que bon, ce n'était peut-être pas le moment et qu'on n'était peut-être pas prêts, etc. ».

Malgré les sentiments (entre autres) négatifs que leur inspiraient leurs grossesses, l'avortement était difficile à envisager. Marina et Valeria avaient déjà avorté. Les médecins avaient averti Marina qu'elle risquait de ne plus pouvoir avoir d'enfant si elle interrompait encore une grossesse, à cause de son « conflit de rhésus ». Pour Valeria, croyante, l'avortement posait problème du point de vue de la « moralité » et était d'autant moins envisageable qu'elle y avait déjà été acculée à contrecœur. Des considérations religieuses étaient également présentes en arrière-plan, pour Varvara : « On n'en a même pas discuté [avec mon petit ami], et en plus, mes parents et les siens sont très orthodoxes. » Plus largement, le corpus d'entretiens révèle qu'il est courant, chez les jeunes femmes de cette génération, que leurs mères s'efforcent

²⁹ On approfondit ici, à titre d'exemple, trois cas de grossesses, vécues par trois d'entre elles.

Des naissances imprévues socialement attendues

de leur transmettre une aversion vis-à-vis de l'avortement, sur le mode moralisateur-religieux et/ou sanitaire-maternaliste (peur de l'infertilité). Ces deux visions sont parfois aussi transmises, ensemble ou séparément, par l'école ou les pairs.

Par ailleurs, la crainte de rester sans enfant peut jouer également dans des considérations liées à l'âge, qui font apparaître la grossesse imprévue comme une opportunité à saisir avant qu'il ne soit trop tard. Les récits de Valeria et Marina sont travaillés par l'idée qu'à 29 ans, elles avaient déjà (presque) dépassé l'âge idéal pour devenir mère, d'un point de vue indissociablement biologique et social. En outre, le compagnon de Marina « rêvait » d'un enfant, et le lui avait « demandé vraiment beaucoup de fois » : « Tous les facteurs convergeaient pour... ça suffit d'être une petite fille qui esquivé les responsabilités dans la relation et... les grossesses et... à présent, c'était ce qu'il fallait, bien sûr. » Varvara était nettement plus jeune (21 ans), mais déjà diplômée, son petit ami avait 29 ans et tous les marqueurs du passage à l'âge adulte (patron d'une *start-up*, propriétaire de son logement). Là encore, on retrouve le lexique de la résignation et de l'abnégation :

« Varvara : [...] Je ne le voulais pas [la grossesse], mais je comprenais que si ça s'était passé comme ça, alors c'était ma responsabilité, et je devais d'une manière ou d'une autre vivre avec. Voilà.

Enquêtrice : Donc à l'époque, il n'y a pas eu, je ne sais pas, de discussions à propos de... de l'avortement...

Varvara : Non, bien sûr. Enfin, c'était... enfin, c'est clair que quand tu vis dans ton propre appartement, et tout va bien pour toi [*u tebia vse normal'no*] et tu as fini tes études... [petite pause, puis murmure] ça n'a aucun sens. »

On perçoit dans ces récits le « travail émotionnel » (Hochschild, 1979) effectué pour aligner des sentiments contradictoires sur une conformité normative rassurante et valorisante, pour se convaincre que l'accident contraceptif peut devenir un heureux événement, et que finalement « c'était au bon moment, au bon endroit » (Marina) : « [Ma fille] nous est arrivée par hasard, mais on est très contents. » (*idem*) ; « C'est bien [*khorosho*], parce que je ne me serais jamais décidée moi-même. » (Varvara). En entretien, d'autres jeunes femmes, sans avoir vécu de telles grossesses accidentelles, ont tenu à ne pas dévaloriser les naissances non planifiées, au nom de l'ordre du genre notamment : « [Si] tu tombes enceinte par hasard, hein, ou bien... oui, c'est... ensuite, tu aimeras [ces enfants] de toute manière [...] C'est complètement indiscutable, si tu es une femme normale. » (Polina). Plus les jeunes femmes postsoviétiques avancent dans la vingtaine, plus il est banalisé, voire valorisé, de ne pas se fermer à toute possibilité de maternité imprévue, même si elles adhéraient initialement à la planification.

Mais si le registre de l'erreur acceptée fonctionne avec autant de force, en Russie postsoviétique, ce n'est pas seulement parce que l'intrication de normes de genre et d'âge peut entraver le recours à la contraception et à l'avortement. C'est aussi parce que le registre du projet a tendance à y être perçu comme chimérique : à trop attendre les conditions idéales pour devenir parent, on risque de ne jamais se décider. La situation semble comparable à celle analysée en Italie par Alessandra Gribaldo, Maya Judd et David Kertzer (2009), qui ont cherché à comprendre le « paradoxe » d'une fécondité très basse associée à un usage important du retrait et du calendrier, sur fond de « coût élevé du logement », de « marché du travail précaire » et de « manque de structures accessibles pour les jeunes enfants ». Selon leur recherche, « les individus se sentent contraints [...] par rapport au “bon” moment socialement accepté (mais difficile à atteindre) pour avoir des enfants » et certain·es « utilisent des méthodes [contraceptives] non technologiques pour “laisser” les naissances arriver. Autrement dit, ils et

elles utilisent une méthode contraceptive pour avoir des enfants d'une manière socialement acceptable, en manœuvrant à travers les modèles culturels et des contraintes économiques qui font que ce n'est "jamais le bon moment pour avoir un enfant" [...] En utilisant le coït interrompu et les méthodes naturelles, les acteurs peuvent décider de ne pas décider, et d'avoir des premières naissances « non planifiées » qui sont, par plusieurs aspects, "planifiées" »³⁰ (p. 573).

En Russie comme en Italie, l'acceptation de grossesses imprévues mais prévisibles peut avoir pour fonction de résoudre les injonctions contradictoires que charrie l'adhésion à la contraception dite moderne et au projet parental (attendre le meilleur moment, mais ne pas trop attendre). Contrairement à certaines visions évolutionnistes, en Russie, il n'y a pas eu de disparition d'un registre fataliste au profit d'un registre de planification ; au contraire, deux façons de donner du sens à la non-planification de la première naissance (hasard attendu ou erreur acceptée) ont perduré d'une génération à l'autre en changeant de signification, et un troisième registre est venu s'y ajouter (projet sous conditions).

Pour les jeunes russes, suivre le scénario socialement gratifiant de l'enfant imprévu en couple stable implique un travail émotionnel et un sens du sacrifice genrés : ce sont les mères qui mettent entre parenthèses voire en péril leur carrière, tandis que les pères se voient renforcés dans leur rôle de pourvoyeur financier. On retrouve ici des logiques qui ne sont pas spécifiques à la Russie. Même dans un pays comme la France, où l'idéal de l'enfant-projet est bien plus ancré, en cas de grossesse imprévue en couple stable, « dès que la femme atteint l'âge socialement valorisé de la maternité », les enjeux professionnels sont « relégués au second plan », et l'avortement est difficile à envisager, à légitimer (Bajos et Ferrand, 2006). En Russie, ce mécanisme d'assignation des jeunes femmes à la maternité imprévue est d'autant plus central que le coït interrompu est banalisé au nom de « l'amour », et que les nullipares craignent souvent qu'un avortement les rendent stériles – et, pour certaines, le voient comme un péché, sur fond de retour du religieux. Par contraste, une fois franchie cette étape du premier enfant, le recours à la pilule, au stérilet ou à l'avortement deviennent bien plus incontournables. L'assignation à la maternité se construit à l'intersection du genre et de l'âge, et n'est jamais aussi forte que pendant la jeunesse, quand il faut devenir mère pour être socialement reconnue en tant qu'adulte.

*

* *

En conclusion, le cas russe permet de réinterroger à nouveaux frais la question des processus sociohistoriques de dissociation entre sexualité et procréation. M. Bozon (2018) a opposé, d'une part, des « pays développés » où une période de « jeunesse sexuelle » très efficacement contraceptée est la norme, pour les femmes comme pour les hommes ; d'autre part, des « pays en développement » (en cours ou en fin de transition démographique) où « le contrôle social de la sexualité des jeunes femmes [se présente] sous une forme très traditionnelle », et où il faut avoir accompli son devoir de maternité pour accéder légitimement à la contraception, et à la dissociation sexualité-procréation. La présente recherche suggère que la Russie peut être analysée comme un cas intermédiaire entre ces deux tendances, et fournit des pistes pour de futures recherches comparatives sur les jeunes femmes des pays du Nord.

³⁰ Traduction de l'auteurice.

Des travaux avaient déjà appelé à récuser, à partir du cas italien notamment, l'idée d'un « chemin linéaire » commun à tous les pays développés, de la « tradition » vers la « modernité » contraceptive, soit d'un risque de grossesse subi à un risque rationalisé et hautement maîtrisé (Gribaldo *et al.*, 2009). Il convient d'envisager les pratiques contraceptives des jeunes du Sud et de l'Est de l'Europe, peu médicalisées, autrement que sous l'angle du retard par rapport aux autres pays du Nord. Plutôt qu'une convergence vers un unique modèle de sexualité juvénile occidentale, il semblerait qu'on puisse mettre en évidence deux modèles de « jeunes sexuelles » dans les pays développés aux transitions démographiques anciennes. D'un côté, un modèle occidental dominant, caractérisé par : un relatif effacement des asymétries de genre (convergence des âges au premier rapport sexuel, notamment) ; la prégnance de la pilule ; des transitions vers l'âge adulte plutôt défamilialisées. De l'autre, un modèle méditerranéen-postcommuniste caractérisé par la persistance d'un double standard de genre un peu plus important (avec une exigence de retenue plus marquée pour les jeunes femmes) ; des protections contraceptives moins efficaces et moins sous contrôle des femmes (centralité du préservatif, et parfois importance non négligeable du retrait ou du calendrier) ; des transitions vers l'âge adulte plus dépendantes des solidarités familiales, dans lesquelles on tend à ne partir de chez ses parents que pour fonder sa propre famille.

En outre, cette recherche prolonge et complète les travaux sociologiques ayant souligné les limites du bouleversement de l'ordre du genre permis par l'essor de la contraception technologique : les asymétries de genre se sont atténuées et recomposées, sans disparaître (Bajos et Ferrand, 2004). Dans les jeunes de nombreux pays du Nord, on a vu émerger un premier mode de recomposition : une injonction à la pilule et au projet de maternité soigneusement planifié s'est installée ; le travail contraceptif repose essentiellement sur les femmes. Dans la jeunesse de Russie, comme en Italie et, vraisemblablement, d'autres pays méditerranéens et de l'Est postcommuniste, on observe un second mode de recomposition : le travail contraceptif est plus équitablement partagé, via l'importance du préservatif ou du retrait, mais il est aussi moins sous contrôle des femmes. On peut repérer une injonction au relâchement tacite du contrôle contraceptif en couple stable, et une injonction à un travail émotionnel d'acceptation de la maternité non planifiée. En effet, quand il est difficile pour les jeunes de s'appuyer sur l'aide de l'État ou sur des mécanismes de marché pour prendre leur indépendance, la planification du premier enfant peut apparaître comme chimérique.

Mona CLARO

Institut de recherches en sciences sociales (IRSS)

Université de Liège

B31 – Faculté des Sciences sociales

Place des Orateurs 3

4000 Liège

Belgique

mona.claro@uliege.be

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMSELLEM-MAINGUY Y., 2015, *Entrée dans la sexualité des adolescent(e)s : la question du consentement*, Rapport d'étude, INJEP.
- BAJOS N., FERRAND M., 2001, « L'avortement à l'âge de raison », *Mouvements*, 17, 4, p. 99-105.
- BAJOS N., FERRAND M., 2004, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, 22, 3, p. 117-142.
- BAJOS N., FERRAND M., 2006, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, 61, p. 91-117.
- BAJOS N., KONTULA O., GUILLAUME A., 2004, *Comportement des jeunes européens face à la santé génésique*, Strasbourg, Conseil de l'Europe.
- BASU A. M., 2005, « Ultramodern Contraception. Social Class and Family Planning in India », *Asian Population Studies*, 1, 3, p. 303-323.
- BLEDSON C., 1996, « Contraception and "Natural" Fertility in America », *Population and Development Review*, 22, suppl. 1, p. 297-324.
- BLUM A., AVDEEV A., TROITSKAIA I., 1993, « L'avortement et la contraception en Russie et dans l'ex-URSS : histoire et présent », *Documents de travail*, Ined.
- BLUM A., LEFEBVRE C., SEBILLE P., BADURASHVILI I., REGNIER-LOILIER A., STANKUNDETRIENE V., SINYAVSKAYA O., 2009, « La famille dans tous ces États : France, Géorgie, Lituanie, Russie », *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 40, p. 5-35.
- BODROVA V., GOLDBERG H., 1998, *1996 Russia Women's Reproductive Health Survey : A Study of Three Sites : Final Report*, United States Centers for Disease Control and Prevention.
- BOZON M., 2018, *Sociologie de la sexualité*, Paris, Armand Colin [4^e éd.].
- CASTRO MARTÍN T., 1995, « Women's Education and Fertility: Results from 26 Demographic and Health Surveys », *Studies in Family Planning*, 26, 4, p. 187-202.
- CLARO M., 2020, « A "Sexual Revolution" without Effective Contraception. Youth Sexuality, the Gender Gap and Changing Transitions to Adulthood in Russia (1970s – 1990s) », *Nordost-Archiv: Zeitschrift für Regionalgeschichte*, n°23, p. 114-132.
- CLARO M., 2016, « Avortement et norme procréative de la dernière génération soviétique en Russie », *Cahiers du genre*, 60, p. 15-37.
- CLARO M., 2018, *Ni hasard ni projet. Genre, sexualité et procréation pendant la jeunesse en Russie (années 1970 – années 2010)*, Thèse de sociologie, Paris, EHESS.
- CRESSON G., 2006, « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle », *Recherches familiales*, 3, p. 6-15.
- DAVID P., BODROVA V., AVDEEV A., TROITSKAIA I., BOULAY M., 2000, *Women and Infant Health Project Household Survey 2000: Report of Main Findings*, United States Agency for International Development.
- DEREUDRE R., VAN DE VELDE S., BRACKE P., 2016, « Gender Inequality and the "East-West" Divide in Contraception: An Analysis at the Individual, the Couple, and the Country Level », *Social Science & Medicine*, 161, p. 1-12
- FERRAND M., BAJOS N., ANDRO A., 2008, « Accords et désaccords. Variations autour du désir » dans N. BAJOS, M. BOZON (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, p. 359-380.
- FERREIRA V. et NUNES C., 2010, « Les trajectoires de passage à l'âge adulte en Europe », *Revue des politiques sociales et familiales*, 102, 1, p. 21-38.
- GIDDENS A., 2004, *La transformation de l'intimité*, Paris, Le Rouergue/Chambon.
- GRIBALDO A., JUDD M. D., KERTZER D. I., 2009, « An Imperfect Contraceptive Society: Fertility and Contraception in Italy », *Population and Development Review*, 35, 3, p. 551-584.
- GRINDLAY K., BURNS B., GROSSMAN D., 2013, « Prescription Requirements and Over-the-Counter Access to Oral Contraceptives: A Global Review », *Contraception*, 88, 1, p. 91-96.
- HIRSCH J. S., NATHANSON C. A., 2001, « Some Traditional Methods Are More Modern than Others: Rhythm, Withdrawal and the Changing Meanings of Sexual Intimacy in Mexican Companionate Marriage », *Culture, Health & Sexuality*, 3, 4, p. 413-428.

- HOCHSCHILD A., 1979, « Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure », *American Journal of Sociology*, 85, 3, p. 551-575.
- IRALA J. DE, OSORIO A., CARLOS S., LOPEZ-DEL BURGO C., 2011, « Choice of Birth Control Methods Among European Women and the Role of Partners and Providers », *Contraception*, 84, 6, p. 558-564.
- KESSELI K., REGUSHEVSKAYA E., DUBIKAYTIS T., KIRICHENKO S., ROTKIRCH A., HAAVIO-MANNILA E., KUZNETSOVA O., HEMMINKI E., 2005, *Reproductive Health and Fertility in St. Petersburg: Report on a Survey of 18–44 Year Old Women in 2004*, Working papers, 60, Department of Sociology, University of Helsinki.
- KON I., 2010, *Klubnichka na berezke. Seksualnaya kultura v Rossii*, Moscou, Vremia.
- LARIVAARA M. M., 2010, « Pregnancy Prevention, Reproductive Health Risk and Morality: A Perspective from Public-Sector Women's Clinics in St. Petersburg, Russia », *Critical Public Health*, 20, 3, p. 357-371.
- LE GUEN M., SCHANTZ C., RÉGNIER-LOILIER A., LA ROCHEBROCHARD E. DE, 2021, « Reasons for Rejecting Hormonal Contraception in Western Countries: A Systematic Review », *Social Science & Medicine*, 284, p. 114247.
- LERIDON H., CHARBIT Y., COLLOMB P., SARDON J., TOULEMON L., 1987, *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris, Ined.
- LERIDON H., TOULEMON L., 1992, « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements », *Population*, 47, 1, p. 1-45.
- LESNARD L., COUSTEAUX A-S., LE HAY V. et CHANVRIL F., 2011, « Trajectoires d'entrée dans l'âge adulte et États-providence », *Informations sociales*, 165-166, p. 16-24.
- LESTHAEGHE R., 2010, « The Unfolding Story of the Second Demographic Transition », *Population and Development Review*, 36, 2, p. 211-251
- LUEHRMANN S., 2019, « “Everything New That Life Gives Birth To”: Family Values and Kinship Practices in Russian Orthodox Antiabortion Activism », *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 44, 3, p. 771-795.
- MEILAKHS N., 2008, « Neslyshnye peregovory: vybor sposoba predokhraneniia i otnosheniia mezhdu partnerami » dans A. TEMKINA, E. ZDRAVOMYSLOVA (dir.), *Novyi byt v sovremennoi Rossii*, Saint-Petersbourg, Izdatel'stvo EUSPb, p. 356-372.
- REGNIER-LOILIER A., SOLAZ A., 2010, « La décision d'avoir un enfant : une liberté sous contraintes », *Revue des politiques sociales et familiales*, 100, 1, p. 61-77.
- RIVKIN-FISH M., 2005, *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*, University of Indiana Press, Indianapolis.
- ROSSTAT, 2007, *Zdravookhranenie v Rossii*, Moscou.
- ROSSTAT, 2013, *Reproduktivnoe zdorov'e naseleniia Rossii, 2011, Itogovi otchet*, Moscou.
- ROSSTAT, 2015, *Zdravookhranenie v Rossii*, Moscou.
- ROTKIRCH A., KESSELI K., 2010, « “The First Child is the Fruit of Love”. On the Russian Tradition of Early First Births » dans T. HUTTUNEN, M. YLIKANGAS (dir.), *Witnessing Change in Contemporary Russia*, Helsinki, Kikumora Publications, p. 201-220.
- ROUX A., VENTOLA C., BAJOS N., 2017, « Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France », *Sciences sociales et santé*, 35, 3, p. 41-70.
- RUSINOVA Nina L., BROWN Julie V., 2003, « Social Inequality and Strategies for Getting Medical Care in Post-Soviet Russia Social Inequality and Strategies for Getting Medical Care in Post-Soviet Russia », *Health*, 7, 1, p. 51-71.
- SALMENNIEMI Suvu (dir.), 2012, *Rethinking Class in Russia*, Burlington, Routledge.
- SAKEVICH V., DENISOV B., RIVKIN-FISH M., 2016, « Neposledovatel'naia politika v oblasti kontroliia rozhdaiemosti i dinamika urovnia abortov v Rossii », *Zhurnal Issledovaniia Sotsialnoi Politiki*, 14, 4, p. 461-478.
- TABET P., 2002, « La grande arnaque. Échange, spoliation, censure de la sexualité des femmes », *Pro-Choix*, 20, p. 99-122.
- TEMKINA A., 2009, « Novyi byt, seksual'naia zhizn' i gendernaia revoliutsiia » dans *Novyi byt v sovremennoi Rossii: gendernye issledovaniia povsednevnosti*, Sankt-Peterbourg, Izdatelstvo EUSPb, p. 33-67.

Des naissances imprévues socialement attendues

- TEMKINA A., 2015, « The Gynaecologist's Gaze: The Inconsistent Medicalisation of Contraception in Contemporary Russia », *Europe-Asia Studies*, 67, 10, p. 1527-1546.
- THOME C., 2016, « D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin », *Sociétés contemporaines*, 104, p. 67-94.
- THOME C., ROUZAUD-CORNABAS M., 2017, « Comment ne pas faire d'enfants ? La contraception, un travail féminin invisibilisé », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48, 2, p. 117-137.
- VAN DE VELDE C., 2008, *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Paris, Presses universitaires de France.
- WALKER C., 2017, *Russian Youth: Transitions to Adulthood and Key Lines of Social Exclusion*, Report for World Bank Project "Social Inclusion and Regional Disparity in the Russian Federation" (P161014), Moscou, TANI.
- ZAVISCA J., 2013, « The Lived Experience of Housing among Young People in Russia » dans R.FORREST, N.YIP MING (dir.), *Young People and Housing. Transitions, trajectories and Generational Fractures*, New York, Routledge, p. 217-234.

ABSTRACT

When Unplanned Births are Socially Expected. Gender, Sexuality and Contraception in Russia's Middle-Class Youth

In European Mediterranean and post-communist countries, the large diffusion of so-called modern contraception does not necessarily mean that planned births have become the ideal. In post-Soviet Russia, young people use primarily condoms, and to a lesser extent the pill and coitus interruptus, in order to postpone their first child—they rarely resort to abortion. Transitions to adulthood are becoming longer, especially among the most educated, in a context of decline of the Welfare State. This article compares the contraceptive and reproductive trajectories of young people of the post-Soviet generation with the trajectories of the previous generation, focusing on women. It is primarily based on interviews with middle class men and women born between 1957 and 1994. It shows that pregnancies that are unplanned, but predictable and socially expected, allow young people to deal with contradicting expectations connected with changing gender and age norms, and a familialized model of transition to adulthood.

Key words. ABORTION – CONTRACEPTION – GENDER – HETEROSEXUALITY – YOUTH – REPRODUCTION – SEXUALITY – RUSSIA – USSR