

**Université de Limoges
Faculté de Médecine**

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 4 Mai 2017

Par

Doin corinne

Née le 27 mai 1988, à Dakar

**Quels sont les freins à l'avancement de la contraception
masculine ?**

[Sous-Titre de la thèse]

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Buchon

M^{me} le Professeur Dumoitier

M. le Professeur Merle

M^{me} le Docteur Pautout-Guillaume

M^{me} le Docteur Rudelle

M^{me} le Docteur Lauchet

Président

Juge

Juge

Juge

Juge

Directrice de thèse



Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 4 Mai 2017

Par

Doin corinne

née le 27/05/1988 à Dakar

**Quels sont les freins à l'avancement de la contraception
masculine ?**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Buchon

M^{me} le Professeur Dumoitier

M. le Professeur Merle

M^{me} le Docteur Pautout-Guillaume

M^{me} le Docteur Rudelle

M^{me} le Docteur Lauchet

Président

Juge

Juge

Juge

Juge

Directrice de thèse



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL



DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
-------------------------	----------------------------

BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
------------------------	-------------------------

BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

PAUTOU-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE



PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



Dédicace

Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver

Pierre Dac



Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les membres du jury qui ont accepté d'évaluer ce travail de thèse :

Monsieur le Professeur Daniel Buchon, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Madame le Professeur Nathalie Dumoitier, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Louis Merle, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Madame le Docteur Marie-Paule Pautout Guillaume, vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury, merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Madame le Docteur Nadège Lauchet, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci d'avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure. Un grand merci pour l'aide que vous m'avez apporté dans la réalisation de ce travail, pour votre grande disponibilité et votre sérénité tout au long de mes multiples questions lors de l'élaboration de ce travail, trouvez ici l'expression de toute ma gratitude et de ma reconnaissance.

Je remercie également tous les lieux qui m'ont accueillie en stage pendant mon internat :

-le service de gynécologie à l'HME de Limoges où j'ai fait mes premiers pas en tant qu'interne dans une ville que je ne connaissais pas et où j'ai dû apprendre à prendre des décisions rapidement aux urgences gynécologiques et obstétriques.

-le service des Urgences de Ussel où j'ai pu commencer à toucher du doigt le travail d'un médecin généraliste. Un merci particulièrement au Dr Rouby et à toute l'équipe médicale qui ont su me guider et m'aider à gérer les urgences.

-le service de Gériatrie de Limoges où j'ai pu apprendre à mieux appréhender la personne âgée et toutes les pathologies qui lui sont propres.

-le stage chez le praticien avec le Dr Dal Col, le Dr Rouchaud et le Dr Maillet. Un grand merci Dr Dal Col à vous et à Martine pour m'avoir accueillie chez vous pour les repas du midi et m'avoir fait me sentir « comme à la maison ».

-merci aux médecins du SASPAS de m'avoir laissé commencer à exercer dans vos cabinets. Dr Dumoitier, Dr Pautout-Guillaume, Dr Dal Col vous m'avez beaucoup appris chacun d'une façon différente et je vous en remercie.

-le service d'addictologie d'Esquirol à Limoges, en particulier le Dr Beauseigneur et le Dr Dominique qui étaient toujours là pour répondre à mes questions sur la psychiatrie.

Un merci particulier au Dr Claire De Staute, ma tutrice qui a dû corriger mes innombrables fautes d'orthographe mais qui a toujours été disponible et présente pour moi.

Aux 12 Hommes de ma thèse, vous avez accepté de participer à ce travail avec beaucoup de sympathie, cette expérience a été très enrichissante, j'ai appris beaucoup grâce à nos entretiens. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.



A mes parents, vous avez toujours été là pour moi, pour me soutenir et me motiver tout au long des études. Si je suis là aujourd'hui c'est grâce aux valeurs que vous m'avez transmises. Merci de m'avoir aidé à ne pas abandonner et de m'avoir permise d'être ce que je suis...

A mes beaux-parents, Lucas et....ah oui Cassandra, merci pour vos encouragements. Merci de m'avoir accueillie dans votre famille avec toujours plein de gentillesse.

A Cécile et Florence, merci d'être toujours présentes pour moi depuis toutes ses années

A Amandine, Marie, Camille, Sophie , merci pour ses repas/soirées filles .

A mes ami(e)s de Albi ,Limoges , Toulouse et bien d'autres endroits : Stéphanie , Adeline , Laura , Audrey , Anne, Gèneviève , Géraldine, Romain , Kilian , Bertrand , merci .

Et maintenant, le meilleur pour la fin :

A Armand, merci de m'avoir aidée à avoir ma P1 en m'empêchant de regarder mes séries , mais ça en valait le coup.

Sans toi je n'aurais pas pu réaliser mon rêve d'être médecin.

Merci pour ton aide, ton soutien et ton support au quotidien (je suis pas toujours facile à vivre) depuis toutes ses années.

Je suis très heureuse et très fière de partager ma vie à tes côtés.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers	4
Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique	9
Remerciements	13
Droits d’auteurs	15
Table des matières	16
Introduction	18
I.Première partie : Etat des lieux de la contraception masculine	19
I.1.Historique.....	19
I.2.Définition de la contraception	20
I.3.Contraception féminine	20
I.3.1.La pilule : de loin le contraceptif le plus utilisé par les femmes en France.	20
I.3.2.Les dispositifs intra-utérin (DIU).....	21
I.3.3.Les autres :implants , patch , anneau , cape , diaphragme	21
I.4.Spermatogénèse.....	22
I.5.Contraception masculine.....	22
I.5.1.Le retrait	22
I.5.2.La vasectomie	22
I.5.3.Le préservatif.....	23
I.5.4.Les autres méthodes	23
I.5.5.....	23
II.Deuxième partie : Matériels et Méthodes.....	24
II.1.Méthode de recherche bibliographique	24
II.2.Choix de la méthode	24
II.2.1.Etude qualitative	24
II.2.2.Choix de l’entretien individuel	24
II.2.3.Le nombre d’entretiens	25
II.3.Conception de l’enquête	25
II.3.1.Recueil des données	25
II.3.2.Entretiens préliminaires	25
II.3.3.Processus de recrutement.....	25
II.3.4.Questionnaire pré-recueil	25
II.3.5.Guide d’entretien	26
II.4.Réalisation des entretiens	26
II.4.1.Organisation matérielle des entretiens.....	26
II.5.Méthodes d’analyse	26
II.6.Matériel de l’étude.....	27
II.6.1.Objectif du recrutement	27
II.6.2.Population de l’étude	27
III.Troisième partie : Résultats	28
III.1.Description générale des résultats obtenus.....	28
III.2.Description de la population	28
III.2.1.Age.....	28
III.2.2.Statut matrimonial.....	28

III.2.3.Parité.....	28
III.2.4.Habitude contraceptive.....	28
III.3.Résultats de l'analyse thématique.....	29
III.3.1.L'influence de la méthode contraceptive.....	29
III.3.2.L'influence de l'histoire du couple.....	31
III.3.3.L'influence socio-culturelle.....	32
III.3.4.L'influence de l'information.....	33
III.3.5.L'influence de la contraception féminine déjà existante.....	37
IV.Quatrième partie : Discussion.....	38
IV.1.Analyse matricielle.....	38
IV.1.1.L'âge.....	39
IV.1.2.La religion.....	39
IV.1.3.Le statut matrimonial.....	40
IV.1.4.Le statut parental.....	40
IV.1.5.La profession.....	41
IV.1.6.Les antécédents d'IVG.....	41
IV.2.La méthode contraceptive masculine.....	42
IV.3.Le couple.....	44
IV.4.Les représentations socio-culturelles de la contraception.....	46
IV.5.L'information et la formation.....	47
IV.6.La contraception féminine.....	52
IV.7.Validité interne.....	53
IV.7.1.Biais de sélection.....	53
IV.7.2.Biais de classement.....	53
IV.7.3.La méthode choisie.....	54
V.Conclusion.....	58
Références bibliographiques.....	60
Abréviations.....	63
Annexes.....	64
Annexe 1.Questionnaire.....	65
Annexe 2. Guide d'entretien.....	66
Annexe 3. Analyse matricielle.....	67
Annexe 4. Données socio-démographiques.....	76
Serment d'Hippocrate.....	78



Introduction

En 2014, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 41% des 208 millions de grossesses annuelles n'étaient pas désirées, occasionnant 56 millions d'IVG.[1] Six millions de ces grossesses survenaient malgré une utilisation correcte et régulière d'une contraception.

Dans les pays occidentaux, quand on parle de contraception c'est celle féminine qui nous vient en premier lieu à l'esprit, à l'exception du préservatif qui a connu un regain d'intérêt depuis les années 90 avec « les années SIDA ».

Depuis plus de quarante ans, l'idée d'un médicament contraceptif masculin existe avec plusieurs méthodes restées expérimentales. Cependant avec l'évolution de la répartition des rôles au sein du couple dans notre société, il est pertinent de réévaluer la volonté d'implication des hommes sur le plan de la contraception, ainsi que leur potentiel intérêt pour le développement de nouveaux moyens de contraception masculine.

Quelles que soient les sociétés, il semblerait exister un tabou dans le dialogue sur la contraception. [2]L'ignorance et le manque de dialogue sur les désirs au sein du couple seraient ainsi à l'origine de grossesses non désirées. Un partage des responsabilités au sein du couple permettrait une pratique plus effective de la contraception. La communication homme-femme en ce domaine et la prise de responsabilité partagée semblent nécessaires.

Même si les hommes sont maintenant parfois interrogés, les études sur la contraception concernent encore principalement les femmes. Ce travail a pour volonté de permettre aux hommes de s'exprimer sur le sujet avec pour objectif d'identifier, les freins à l'avancement de la contraception masculine.



I. Première partie : Etat des lieux de la contraception masculine

I.1. Historique

L'histoire de la contraception est intimement liée à celle de l'avortement et s'inscrit dans l'histoire politique, culturelle, sociétale.

Avant l'ère chrétienne, avortement et contraception sont confondus.

Avec l'arrivée de l'ère chrétienne, la notion de pureté intérieure prime. La sexualité a comme seul objectif de procréer. Contraception et avortement sont les complices du plaisir, ils sont donc condamnés et interdits.

Au moyen âge, (de la fin du Ve siècle au Xe siècle) malgré l'interdit religieux, la contraception est un choix personnel possible. Les moyens les plus connus sont le coït interrompu, et le préservatif avec des fabrications plus ou moins folkloriques.

Le 19^{ème} siècle va accentuer la lutte contre la contraception et l'avortement, ennemi du travail, de l'ordre et de la moralité.

Le capitalisme grandit, l'essor économique nécessite de centrer tous les efforts sur la production économique et aussi sur l'augmentation de la natalité. La cellule familiale va se réduire et se loger devient difficile, il y a une migration de la campagne vers les villes. Les difficultés de vie se multiplient. Devant la misère sociale et économique les familles veulent limiter absolument le nombre de leurs enfants. Et ce n'est pas l'abstinence sexuelle qui limite les naissances mais des méthodes telles que : la méthode ogino, le coït interrompu et l'avortement.

Au début du 20^{ème} siècle, suite à la première guerre mondiale, une politique nataliste se crée, la loi réprime fortement l'avortement qui est défini comme un crime et interdit la « propagande » pour les méthodes anticonceptionnelles. En 1942, la loi considère l'avortement comme un crime contre l'État français, passible de la peine de mort. En 1955, apparaît la première pilule contraceptive aux Etats-Unis mais ce n'est qu'en 1967 que la loi Neuwirth autorise la vente des produits contraceptifs en France : « L'heure est désormais venue de passer de la maternité accidentelle à la maternité consciente et responsable », Lucien Neuwirth. Jusqu'à 21 ans, la majorité légale, une autorisation parentale est nécessaire pour la délivrance de la pilule, celle-ci n'est cependant pas remboursée par la sécurité sociale. La loi n'est toutefois appliquée qu'à partir de 1972, la maternité rime enfin avec liberté. La loi de 1974 permet aux mineurs d'avoir accès à la contraception de façon anonyme, gratuite et sans la nécessité du consentement de leurs parents. Cette loi permet aussi que certaines pilules contraceptives soient remboursées par la sécurité sociale. En 1991, la publicité sur les préservatifs et la contraception est autorisée.

En 2010, né le Pass Prévention Contraception qui permet aux jeunes de moins de 20 ans d'accéder de façon gratuite à la contraception. Il est distribué dans les lycées et les centres de planification et d'éducation familiale. Il s'agit d'un chéquier comportant 7 coupons :

-2 coupons pour 2 consultations médicales

-1 coupon pour des analyses médicales pour la contraception et/ou le dépistage d'infections sexuellement transmissibles

-4 coupons pour la délivrance de contraceptifs pour une durée moyenne d'un an et d'autotest de dépistage. [3]

Ce Pass devrait être supprimé en 2017, en effet Valérie Pécresse fait valoir que ce dispositif est « un échec » (seuls 2.000 dispositifs ont été demandés) et qu'à ce titre il n'avait plus lieu d'être. [4]

En 2004, Le Conseil de l'Europe a développé la question du rôle de l'homme dans la contraception. Il préconisait que les services de planification familiale, les gouvernements et les ONG réfléchissent aux moyens de toucher les jeunes hommes et de les guider dans leur choix : programmes spéciaux de sensibilisation pour les encourager à assumer la responsabilité de leurs comportements sexuels, à comprendre et à soutenir les femmes dans leurs choix contraceptifs et à améliorer la communication entre les partenaires sur ce sujet.[5]

Des enquêtes menées dans 12 pays, ont montré qu'au moins 70% des hommes approuvaient l'utilisation de la planification familiale et participaient de plus en plus aux décisions concernant la reproduction, avec leur épouse. [6]

En France, en 2004, une étude de la Haute Autorité de la Santé (HAS) portant sur les femmes, s'est intéressée aux différents facteurs intervenants dans le choix contraceptif au sein d'un couple, ces derniers sont: la volonté d'espacer les naissances, la prévention des IST, l'absence de contraintes quotidiennes, la préservation d'une « libido naturelle », le refus de toute grossesse et l'état matrimonial. [7]

En 2007, une enquête de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a montré que ce sujet était difficile à aborder pour une partie des hommes et que la moitié des françaises choisissaient seule leur contraception. [7] En 2008, un quart des étudiants masculins français ayant eu des rapports sexuels ignoraient la contraception de leur partenaire. [8]

Depuis 2013, la gratuité des contraceptifs pour les mineures de 15 à 17 ans est instaurée, ainsi que le droit au secret pour toutes personnes mineures. La contraception permet de dissocier sexualité et procréation, d'envisager le plaisir sexuel sans qu'il y ait finalité reproductive obligatoire et de choisir l'heure des grossesses. Elle a libéré l'activité sexuelle mais sa responsabilité et sa pratique semble plutôt sous le contrôle des femmes.

Cependant près d'un quart des hommes se déclarent à l'origine d'une grossesse non désirée, compte tenu du fait de moyens de contraception limités selon un rapport des affaires sociales de 2009 sur : « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence ».

I.2. Définition de la contraception

La contraception est une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, si il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé.

I.3. Contraception féminine

Actuellement il existe douze méthodes de contraception chez la femme, réparties selon 3 méthodes : les méthodes hormonales, les méthodes non hormonales et les méthodes barrières.

I.3.1. La pilule : de loin le contraceptif le plus utilisé par les femmes en France.

Parmi les femmes qui déclarent « faire quelque chose pour éviter une grossesse » en 2010, 55,5 % utilisent la pilule. Elles sont 70,8 % chez les moins de 35 ans (78,9 % chez les 15 à 19 ans et 83,4 % chez les 20-24 ans). Son utilisation diminue ensuite au profit du dispositif intra-utérin (DIU), mais elle reste majoritaire jusqu'à 45 ans. Ainsi, 43,4 % des femmes âgées de 35 à 44 ans utilisent la pilule.

La pilule est une contraception hormonale orale qui est divisée en 2 groupes :

-la pilule œstro-progestative (POP): contenant de l'œstrogène et de la progestérone

Elle est la plus utilisée malgré des effets indésirables importants. En effet elle est associée à une augmentation du risque d'accident thromboembolique artériel ou veineux comme des phlébites, des accidents vasculaires cérébraux, des infarctus du myocarde, des embolies pulmonaires Avant leur prescription, il est indispensable de rechercher des facteurs de risque thromboembolique personnels ou familiaux.

Selon le progestatif utilisé, les POP ont été divisées en trois classes ou « générations ». Du fait de leur moindre risque thromboembolique veineux pour une efficacité comparable, la HAS considère que les contraceptifs oraux de 1^{ère} ou de 2^{ème} génération doivent être préférés à ceux de 3^e génération.[9] Les 1^{ère} et 2^{ème} génération sont remboursées par la sécurité sociale. Les pilules de 3^{ème} génération ne sont quant à elles, plus remboursées depuis mars 2013.

La POP est très efficace avec un indice de Pearl < 1 (0.3). Cet indice correspond au nombre de grossesses pour 100 femmes par années d'utilisation.

-la pilule progestative : ne contenant qu'une hormone, la progestérone. Elle est utilisée en cas de contre-indication à la POP. Ses effets indésirables sont majoritairement des aménorrhées, des spotting, une irrégularité du cycle menstruel.

I.3.2. Les dispositifs intra-utérin (DIU)

Le DIU est le second moyen de contraception le plus utilisé (26 %), tout âge confondu, mais il concerne principalement les femmes plus âgées.[8] Le DIU est posé habituellement pendant les règles au fond de l'utérus avec une durée de vie de 5 ans et est remboursé. Il peut exister un risque de perforation du fond utérin lors de la pose.

Comme la pilule, il existe différents types de DIU :

-au cuivre : celui-ci peut provoquer des règles abondantes et être à l'origine d'une anémie dans certains cas.

-hormonal, à la progestérone : il a pour principal effet indésirable des douleurs abdominales intenses à cause de l'apparition de kystes ovariens.

Leur indice de Pearl est <1 en faveur d'une efficacité avérée.

I.3.3. Les autres : implants , patch , anneau , cape , diaphragme

Les implants, patchs et anneaux sont encore peu utilisés (4,7 % des femmes). Ce sont les femmes âgées de 25 à 34 ans qui y ont le plus souvent recours. L'implant est un petit bâtonnet cylindrique, en plastique, de 4 cm de long et 2 mm de diamètre (la taille d'une allumette) [10] que l'on pose à la face interne du bras sous anesthésie locale.

Cette contraception hormonale est à base de progestérone avec un indice de Pearl à 0.05 %, il est remboursé et a une durée de vie de 3 ans.

Les patchs et anneaux ne sont pas remboursés, ils sont à base d'œstrogène. Leur utilisation est hebdomadaire pour les patchs et mensuel pour l'anneau.

Les méthodes locales comme la cape et le diaphragme ne sont utilisées que par 0.1% des femmes françaises et ne sont pas remboursées. Ils sont placés dans le vagin, au contact du col utérin avec pour but d'empêcher le passage des spermatozoïdes dans le col [10], d'où leur nom de méthode barrière.

I.4. Spermatogénèse

La spermatogénèse désigne la production de spermatozoïde, elle a lieu au sein du testicule, dans les tubes séminifères et se fait en 72 à 75 jours. Celle-ci débute à la puberté et connaît une décroissance vers la quarantaine.

Le testicule a une fonction exocrine avec la production de spermatozoïde par les cellules de Sertoli et une fonction endocrine avec les cellules de Leydig qui sécrètent de la testostérone. Celle-ci est soumise à un contrôle hormonal par l'axe hypothalamo-hypophysaire, par la GnRH sécrétée par l'hypothalamus. La GnRH stimule la production de FSH et LH par l'hypophyse. La FSH stimule les cellules de Sertoli qui soutiennent et nourrissent les spermatogonies, elles sont nécessaires à la spermatogénèse. La LH quant à elle, stimule la synthèse de testostérone par les cellules de Leydig.

I.5. Contraception masculine

L'homme quant à lui ne possède que 3 moyens de contraception connus : le retrait, le préservatif et la vasectomie.

I.5.1. Le retrait

Le retrait est la plus ancienne des contraceptions ; elle est naturelle, simple, gratuite, sans effets secondaires et accessible à tous. Celle-ci entraîne une diminution du plaisir car l'homme doit se retirer avant l'éjaculation qui est habituellement suivie d'un orgasme or celui-ci peut être réprimé par un retrait précoce.

Il est utilisé par 6 % des hommes avec une faible efficacité. En effet même si la miction rince théoriquement les spermatozoïdes de l'urètre, un petit nombre de spermatozoïdes est présent dans la fraction initiale de l'éjaculation. Ceci, et la difficulté qu'ont les hommes de contrôler leur éjaculation, expliquent le taux élevé d'échec de cette contraception, avec un taux de grossesse de 9%. L'indice de Pearl est de 10%.

I.5.2. La vasectomie

Elle concerne moins de 1% des hommes en France malgré une efficacité proche de 100% avec un indice de Pearl à 0.10%. Elle est légale en France depuis 2001 et consiste à sectionner les canaux déférents qui permettent le passage des spermatozoïdes [11]. La loi impose à tout patient souhaitant avoir recours à une technique de stérilisation à visée contraceptive un délai de réflexion de 4 mois avant de réaliser l'intervention chirurgicale en ambulatoire. Ce délai doit être respecté scrupuleusement par les chirurgiens et clairement tracé dans le dossier médical. La remise d'un formulaire de consentement éclairé qui sera signé par le patient concerné est fortement recommandée. Elle n'assure pas une stérilisation immédiate, l'utilisation d'un autre moyen de contraception est recommandée jusqu'à ce qu'un spermogramme révèle l'absence de spermatozoïdes dans le liquide éjaculé. En général, l'effet contraceptif est atteint au bout de 3 mois.

Du fait de sa réversibilité aléatoire, la vasectomie ne peut être considérée comme une contraception même si il existe actuellement une intervention chirurgicale permettant de ré-perméabiliser les canaux déférents. Cette opération, la **vasovasostomie**, n'est toutefois pas toujours efficace, seulement 50 % des couples qui tenteront cette ré-canalisation chirurgicale réussiront à avoir des enfants après l'opération.

En dehors de sa réversibilité douteuse, il existe peu d'effets indésirables à cette opération : 1% d'hématomes, d'infections, de granulome, 5% d'épididymite congestive et 0.1 % de douleur chronique.

I.5.3. Le préservatif

Le préservatif couvre le pénis d'une fine membrane en latex ou polyuréthane afin de prévenir l'émission de sperme dans le vagin. [12] Il est la seule méthode contraceptive réduisant le risque d'infections sexuellement transmissibles : syphilis, hépatite B, hépatite C et VIH.

Il est majoritairement utilisé au début de la vie sexuelle puis délaissé au fil du temps lorsque celle -ci se stabilise.

Le préservatif est une méthode de contraception relativement efficace lorsqu'il est utilisé correctement et systématiquement. [13] Son taux d'échec est très variable selon les séries : de 0,8 à 22 % des utilisateurs par an. Ses échecs proviennent le plus souvent d'une mauvaise utilisation (erreur de manipulation, non-respect des précautions d'utilisation...) mais des accidents de préservatif (rupture, glissement intra-vaginal...), difficilement prévisibles, peuvent également survenir. [12]

Seulement 5% des hommes dans le monde utilisent le préservatif.

I.5.4. Les autres méthodes

Il existe 2 méthodes de contraception masculine méconnues du public et de la population soignante, malgré un protocole validé par l'OMS :

-l'injection d'énanthate de testostérone (ET), prescrite par le Dr Souffir à Paris

Il s'agit d'une injection hebdomadaire d'énanthate de testostérone entraînant un effet contraceptif au bout de 2 à 3 mois. Elle nécessite un contrôle du taux de spermatozoïdes par deux spermogrammes à 2 semaines d'écart avec pour objectif un taux inférieur à 1 million de spermatozoïdes par millilitre. Cette méthode est efficace à 98.6 % selon une étude menée par l'OMS sur 401 couples traité pendant 2 ans [14]

-la contraception thermique avec le slip chauffant, prescrite par le Dr Mieusset à Toulouse.

Elle consiste à bloquer la spermatogénèse en remontant les testicules dans les canaux inguinaux, ce qui fait monter la température dans les testicules à 37°. Hors la spermatogénèse nécessite une température testiculaire à 33-34 degrés. Le slip doit être porté au moins quinze heures par jour, tous les jours pour garder l'effet contraceptif. Tout comme l'injection d'énanthate de testostérone, elle nécessite un contrôle du taux de spermatozoïdes par deux spermogrammes à 2 semaines d'écart avec pour objectif un taux inférieur à 1 million de spermatozoïdes par millilitre.

« Testée sur 55 hommes, la technique n'a connu qu'une seule grossesse en 500 cycles d'ovulation » selon le Dr Mieusset



II. Deuxième partie : Matériels et Méthodes

Une étude sur « La contraception et les français » a montré que l'implication des hommes et un dispositif au niveau national seraient nécessaires pour la bonne utilisation des méthodes contraceptives. L'INPES a lancé en 2009, une campagne d'information à destination des jeunes hommes où l'accent a été mis sur leur implication dans la contraception et la grossesse.

Nous allons étudier dans ce travail des hommes de 25-55 ans afin de définir quels sont les freins à l'avancement d'une contraception masculine.

II.1. Méthode de recherche bibliographique

Nous avons basé notre recherche sur les articles scientifiques traitant de la contraception masculine. Dans un premier temps, nous avons centré notre recherche sur Scopus et PubMed en utilisant pour mot clef : Male Contraception (MESH Terms). Ensuite, notre recueil de données a été complété en utilisant la bibliographie des articles ou livres les plus pertinents. Nous avons délibérément écartés les textes relatant les adolescents pour des raisons de non inclusion. Cette étude bibliographique a pour but d'ouvrir la voie à une enquête qualitative sur la base d'entretiens personnalisés.

II.2. Choix de la méthode

II.2.1. Etude qualitative

Nous avons choisi de suivre une méthode qualitative exploratoire de type descriptive pour répondre à notre question de recherche. [15] La base de la recherche s'appuie sur des thèmes retrouvés dans des études précédentes. Le guide d'entretien est créé à partir d'éléments précis répondant à la question de recherche. Cette méthode permet d'éprouver les données issues de la littérature en fonction de données socio-culturelles d'une population choisie. [16]

Dans notre cas, la revue de littérature est pauvre sur le sujet. L'enquête qualitative permet ainsi de détailler les freins à l'utilisation de la contraception masculine par les hommes. Elle permet aussi la restitution de l'expérience propre de chaque homme avec toute la subjectivité qui en émane. Il n'y a pas lieu ici de quantifier mais d'explicitier les réponses à la question posée.

II.2.2. Choix de l'entretien individuel

L'enquête qualitative peut se dérouler avec deux types d'entretiens, collectif et individuel.

L'entretien collectif ou « focus group » est un entretien animé par un modérateur, avec 6 à 10 participants. [14] Il permet de déterminer la réponse de ce groupe à une question donnée, d'obtenir des informations sur des phénomènes de comportement collectif. Le focus group permet une dynamique de parole entre les différents participants. L'effet de groupe favorisant les échanges et l'expression de points de vue convergents et divergents. Cependant l'effet de groupe peut aussi être un frein à l'expression singulière en particulier lors de sujet éminemment intime comme celui de la contraception.

L'entretien individuel, permet d'obtenir des informations sur les comportements individuels sans caractère représentatif. Il permet de créer un cadre intime favorisant l'expression. Par sa confidentialité, il permet le recueil d'informations plus intime sur un thème à l'échelle individuelle. [17]

Le sujet de la contraception étant d'ordre intime, pour le recueil des données, nous avons donc préféré des entretiens individuels plutôt que des focus group.

II.2.3. Le nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens n'est pas défini à l'avance, ils ont été réalisés jusqu'à saturation des données. En pratique nous avons interrompu notre enquête lorsque deux entretiens consécutifs ne révélaient pas de nouvelles données. Nous avons obtenu saturation au bout de douze entretiens. Les entretiens ont été réalisés du 26 septembre 2016 au 23 janvier 2017.

II.3. Conception de l'enquête

II.3.1. Recueil des données

On peut noter que le choix de l'enquête exploratrice oriente vers un entretien peu structuré. La consigne d'entrée la plus large possible suppose une mise en confiance du patient parfaite, avec des stratégies d'intervention adaptées.

II.3.2. Entretiens préliminaires

Nous avons réalisés un entretien préliminaire pour mise à l'épreuve de la grille d'entretien. Cela nous a permis de perfectionner le guidage semi directif des entretiens. Les dix entretiens suivants ont été réalisés selon la même méthode.

II.3.3. Processus de recrutement

Le recrutement s'effectuait au sein de cabinets de médecins généralistes dans le département du Tarn et de la Haute-Vienne. L'objectif étant d'obtenir une grande représentativité de la population masculine française.

II.3.4. Questionnaire pré-recueil

Un questionnaire de pré-recueil était distribué à chaque homme avant le début de l'entretien. Celui-ci permettait de savoir : l'âge, la profession, la religion, le nombre d'enfants et le statut matrimonial actuel et passé du patient.

Il recueillait aussi des informations sur la conjointe actuelle comme sa profession et ses antécédents médicaux. Le vécu d'une éventuelle interruption volontaire de grossesse était aussi demandé. (Annexe 1)



II.3.5. Guide d'entretien

Celui-ci se constituait de 7 questions ouvertes qui permettaient des réponses plus détaillées sur le statut marital actuel, la famille et sur les freins à la contraception masculine du patient. (Annexe 2)

II.4. Réalisation des entretiens

II.4.1. Organisation matérielle des entretiens

Le lieu : Le lieu choisi pour les entretiens devait répondre à plusieurs critères. Il fallait un lieu adapté pour aborder un sujet personnel. [17] Une certaine intimité était recherchée pour faciliter la prise de parole des patients. J'ai réalisé ces entretiens au sein du cabinet médical du médecin que je remplaçais.

Durée des entretiens : L'entretien préliminaire a permis d'apprécier le temps moyen nécessaire. Les entretiens ont eu une durée comprise entre deux minutes trente-quatre et dix minutes quatre secondes.

L'enregistrement : L'enregistrement complet des entretiens a permis la conservation des données et la retranscription permettant l'analyse. Il n'a pas été réalisé d'enregistrement vidéo. Nous avons en effet établi que celle-ci n'apportait rien à l'enquête basée sur le discours. L'enregistrement a été réalisé numériquement sur un smartphone Samsung J7, la qualité des enregistrements a été satisfaisante. Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, « mot-à- mot », sur un fichier Word. Le premier entretien a été mené à 3 avec ma directrice de thèse comme animatrice et moi en tant qu'observatrice afin que je puisse acquérir la bonne technique pour animer un entretien. Ce premier entretien nous a aussi permis de travailler notre guide d'entretien afin qu'il soit le plus clair possible puis j'ai mené les entretiens seule.

II.5. Méthodes d'analyse

Les données obtenues lors des entretiens ont été analysées par théorisation ancrée. [18] Cette méthode implique une lecture du contenu orientée par la problématique et les hypothèses de départ. Elle permet un découpage du texte en plusieurs nœuds descriptifs.

Il existe ensuite plusieurs techniques d'analyse de contenu. [15] Ici nous avons préféré l'analyse horizontale, la plus communément utilisée, et aussi la plus facile d'accès pour un enquêteur non-initié ; le but étant de regrouper différents éléments du texte selon une liste de nœuds et de faire émerger les thèmes principaux. Une analyse thématique a ainsi été conduite avec l'aide d'un logiciel informatique spécialisé (N-Vivo 9), qui a permis le codage du texte et le regroupement en nœuds définissant des thèmes choisis (par exemple manque d'information, manque de connaissance...).

Le codage du premier entretien a été réalisé par deux investigateurs, ma directrice de thèse et moi-même, en double aveugle. Les entretiens qui ont suivi ont été codés après une double relecture. La double relecture permet une triangulation des données, et une analyse la plus objective possible. [19]



II.6. Matériel de l'étude

II.6.1. Objectif du recrutement

L'échantillon a été sélectionné pour sa représentativité de la population masculine de la France. Le recrutement des patients a surtout été guidé par la zone géographique, Tarn et Haute Vienne.

II.6.2. Population de l'étude

Le recrutement des participants a été réalisé sur la base du volontariat. Il a été raisonné sur des critères d'âge, d'hétérosexualité et du lieu d'installation de leur médecin traitant. Les patients ont été inclus selon les critères suivants :

- Hommes majeurs en âge de procréer de 25 à 55 ans
- Hommes volontaires
- Hommes consultants un médecin généraliste

Les critères de non inclusion étaient :

- Hommes de moins de 25 ans et de plus de 55 ans
- Limitation des fonctions cognitives (handicap mental, syndrome dépressif, troubles psychiatriques sévères), addictions
- Hommes non francophones
- Hommes homosexuels

En pratique, nous avons inclus des patients au sein des cabinets de médecine générale où j'effectuais des remplacements.



III. Troisième partie : Résultats

L'analyse des entretiens a permis de hiérarchiser différents thèmes, énoncés par les patients que nous détaillerons ici.

III.1. Description générale des résultats obtenus

Le codage descriptif a mis en évidence 131 codes différents, que le codage axial a regroupé en 5 grands thèmes :

- L'influence de la méthode contraceptive
- L'influence de l'histoire du couple
- L'influence de l'information
- L'influence socio-culturelle
- L'influence de la contraception féminine déjà existante

III.2. Description de la population

III.2.1. Age

La population masculine était répartie entre 28 ans et 50 ans et demi.

III.2.2. Statut matrimonial

Seulement 1 homme était célibataire, les autres étaient mariés ou en couple sauf un qui était avec quelqu'un mais il ne se considérait pas en couple.

III.2.3. Parité

Quatre hommes avaient le statut de parents dont un était avec une femme ayant subi une IVG..

III.2.4. Habitude contraceptive

Tous avaient déjà utilisé une fois dans leur vie une contraception masculine : le préservatif. Un seul utilisait le coït interrompu comme moyen de contraception.

III.2.5. La profession

Parmi nos hommes, il y avait 5 employés, 5 professions intermédiaires (santé , assistante sociale , instituteur...), 1 artisan et 1 cadre.

III.2.6. Les ATCD d'IVG

Seuls 3 hommes avaient déjà vécu une IVG dans leur vie.



III.3. Résultats de l'analyse thématique

Nous allons ici développer les différents thèmes retrouvés lors de l'étude en incluant les principaux freins retrouvés à l'avancement de la contraception masculine ainsi que les facteurs la favorisant.

III.3.1. L'influence de la méthode contraceptive

Lors des entretiens, seulement 2 hommes sur 12 n'étaient pas en faveur d'une utilisation spontanée d'une contraception masculine. Pour les 10 hommes restant, la volonté ou non de prendre une contraception masculine était souvent dépendante de la méthode proposée. En effet, selon le type de contraception, son utilisation et ses possibles effets indésirables, les hommes pouvaient évoquer ou non des réticences à l'utilisation d'une contraception masculine.

Le type de contraception masculine

La notion du type de contraception a été évoquée chez 3 des hommes ; en effet, selon la nature de la contraception, certains pourraient être intéressés ou non :

« Oui...Enfin faut voir quel type de produit de contraception...Mais oui , pourquoi pas. »

« C'est compliqué à répondre, ça dépend.... , ça dépend de qu'est-ce qu'il proposerait mais oui sinon. »

« Ça dépend ce que l'on me propose mais heu.....Non, pas volontiers. »

Les hommes semblent plus sensibles à une contraception naturelle, ayant peu d'impact sur leur système hormonal et n'ayant pas recours à la chirurgie. Une réticence envers un moyen de contraception chirurgical a été retrouvée principalement par peur de la douleur.

« Ben en fait.....moi je ne suis pas contre. Mais si c'était chimique, si c'était une modification des systèmes hormonaux, si c'était une opération, tout ça. Je ne suis pas très pour, »

« Après ça dépend comme elle est prescrite, si c'est un médicament ça va mais si c'est autre chose faut réfléchir... »

« Moi je suis un peu du côté....bio, éco etc...on va dire donc que tout ce qui va être naturel m'interpelle plus que ce qui va être chimique ou une opération. »

Une contraception mécanique a été identifiée comme un facteur favorisant une contraception masculine ; l'homme semblerait avoir plus confiance en une contraception qu'il peut voir et sentir comme le préservatif.

« Après si c'est plus mécanique, je peux avoir plus confiance »

« Ben comme ça aussi, l'avantage c'est qu'on est sûr que la contraception est là .Parce que c'est vrai que.....quand c'est la pilule, on est sûr de rien »

L'utilisation de la méthode

Ensuite, une méthode facile d'utilisation, peu contraignante favoriserait le recours à une contraception masculine.

« Ben par rapport...Toujours pareil, par rapport aux sensations que ça peut procurer, surtout ça quoi. Et au côté pratique aussi, forcément »

« Bah je sais pas, un préservatif, ben c'est facile à utiliser. Mais si il y'a quelque chose de mieux, ben je ne sais pas...Si ça fonctionne. »

Le coût

La question du cout a été évoquée par 2 hommes, celui-ci pouvant représenter un frein à l'utilisation d'une nouvelle contraception masculine.

« Parce que je n'en n'ai pas l'habitude et que ça coûte cher. Heu »

« Ah oui aussi l'aspect financier, est ce que ce serait pris en charge ou pas? »

Les effets indésirables

Les effets indésirables ont été la préoccupation la plus citée avec 8 hommes sur 12 :

-la peur de la stérilité :

« Ce qui me freinerait ce serait le peur de ne plus avoir d'enfants après, que ce ne soit pas réversible, le risque de devenir stérile suite à la prise d'un contraceptif. »

« Si il n'y a pas de conséquences, on va dire sur le corps ; oui pourquoi pas. Mais s'il y a des conséquences sur le corps, non. J'ai entendu parler d'une pilule pour l'homme mais elle aurait euh, pleins d'effets sur le corps et que donc les expériences avait été arrêtées. »

-la peur de la douleur :

« Bah je sais pas moi, si ça peut faire mal , si y'a des complications »

-la peur de la diminution du plaisir lors du rapport :



« Ben par rapport... Toujours pareil, par rapport aux sensations que ça peut procurer , surtout ça quoi »

-une inefficacité de la contraception sur le plan contraceptif et préventif envers les maladies sexuellement transmissibles

« Et si là vous me parlez d'une nouvelle méthode, c'est qu'il n'y a pas beaucoup de recul et là....je sais pas. Il faut du recul pour connaître l'efficacité »

« Mais bon après si il y a quelques d'autres, pourquoi pas mais faut que ce soit efficace aussi. Ben je ne veux pas attraper le SIDA non plus....

III.3.2. L'influence de l'histoire du couple

La durée du couple

Au fil des entretiens, il a été noté que l'utilisation d'une contraception masculine comme le préservatif était dépendante de la durée du couple. En effet plus le couple était récent plus le préservatif était utilisé. Puis, lorsque le couple était stable depuis un certain temps, la contraception masculine était arrêtée au profit de la contraception féminine car une relation de confiance était établie, suite à un bilan de dépistage de maladies sexuellement transmissibles.

« Alors oui, au début de notre relation nous utilisons le préservatif puis on a arrêté vu qu'elle avait un stérilet et que la prise de sang était normale »

« Quand je suis en couple, on va dire, heu.....Moi , au début , j'utilise le préservatif »

« Au départ c'était le préservatif puis après on a fait les tests et donc ensuite sans préservatif. »

« Ben depuis le temps que je suis avec madame, je la connais, je sais qu'elle est fidèle et tout ça....C'est vrai que si je la perdais et tout ça et que je rencontrais quelqu'un aujourd'hui, ben préservatif c'est sûr . »

Les antécédents du couple :

Les antécédents de paternité des hommes semblent beaucoup influés sur la volonté ou non de l'utilisation d'une contraception masculine. Les hommes n'ayant pas de désir de paternité ou ayant déjà vécu des paternités, étaient plus enclins à prendre une contraception que les autres :



« Bah déjà pour ne pas ré-avoir des enfants, on en a déjà trois, ça suffit quoi »

Il a aussi été noté que les hommes en couple depuis un certain temps, ne semblaient pas concernés par la contraception masculine, ne voyaient pas son utilité dans leur couple, étant donné que celui-ci était stable.

« Bah dans mon cas c'est compliqué, mais si il y en aurait une.....

***Pourquoi dans votre cas ?** Bah parce que pour l'instant avec ma femme on en a pas besoin mais sinon pourquoi pas, dans l'instant ou on n'aurait pas d'enfants. »*

« Si j'étais plus avec madameBen je sais pas, c'est à voir »

Il a aussi été mis en avant que les hommes dont la compagne avait subi une IVG semblaient plus enclins à utiliser une contraception masculine.

La conjointe :

Ensuite la conjointe s'est révélée être un frein à la mise en place d'une contraception masculine chez l'homme ; celle-ci n'impliquant pas l'homme dans le choix de la contraception du couple.

« Et sinon elle a toujours pris la pilule mais moi je lui ai proposé souvent de faire une vasectomie mais elle me disait que c'était bon. Sinon moi j'étais prêt »

« La contraception a été choisie par madame »

« C'est la fille qui choisit, moi je n'interviens pas dans le choix »

Ce genre d'attitude n'est pas surprenant, compte tenu du fait que la survenue d'un échec de la contraception sera portée par la partenaire et que, culturellement parlant, la femme n'a jamais partagé la responsabilité de la contraception avec l'homme.

III.3.3. L'influence de l'information

La plupart des hommes avaient peu de connaissances sur la contraception masculine hormis le préservatif qu'ils connaissaient tous. De plus, il a été noté que les hommes connaissaient tous la contraception de leur conjointe mais ne considéraient « rien savoir » sur leur propre contraception.

Manque de connaissance sur la contraception masculine :



9 hommes ont relaté une méconnaissance de leur propre moyen de contraception, le préservatif mis à part :

« Rien du toutà part le préservatif c'est tout. »

« Que le préservatif »

« Ben les principales...de base. Bah euh, le préservatif après il y en a beaucoup mais...je sais pas »

Seul 3 hommes ont évoqué la vasectomie, le retrait et les crèmes spermicides en plus du préservatif.

« Préservatifs, crèmes spermicides heu...la plus inefficace : le coït interrompu»

« bah euh , le préservatif après il y en a beaucoup mais....Je sais pas moi, il y a euh....je sais pas... La vasectomie »

« Euh je sais pas si ça existe encore mais les spermicides, ça devaient exister non ? »

Un seul homme semblait n'avoir aucune notion de contraception masculine :

« Mais ça existe ? »

Seul un homme se sentait bien informé au sujet de la contraception masculine :

« Ah euh.... Je pense être...hormis la vasectomie où je n'ai pas poussé parce que le fait que ce soit chirurgical, me fasse peur ? Je pense être assez bien informé »

Manque d'information

Ensuite un sentiment de manque d'informations a émergé parmi les hommes.

« Parce que des informations on en trouve pas partout à part avec son médecin traitant »

« Ouais on manque d'information »



« C'est très rare d'avoir une information là-dessus .L'éducation sur la sexualité en générale n'est pas du tout faite. »

Source d'information :

Les principales sources d'informations évoquées par les hommes étaient :

-le médecin traitant, pour 5 hommes :

« Ben maintenant, ça serait le médecin, le médecin traitant en priorité si je devais demander des informations. Parce que après au niveau médical ou social on a pas trop de lien, à part le médecin , c'est à peu près tout. »

« Je pense que je m'orienterai plus vers le médecin tout simplement »

« Mon médecin, ouais ouais, je pense mon médecin, parce qu'il est plus calé pour dire ce qu'il faut faire »

-internet, pour 5 hommes :

« Heu...internet .Heu et c'est tout, voilà »

« Bah internet »

-les études, pour 5 hommes

« si vous me parlez de contraception masculine, moi je pense au préservatif après je crois savoir qu'il y avait d'autres moyens de contraception, c'était à l'école qu'on m'en a parlé »

« Alors la première année de médecine ça a été formateur .Aussi les pubs que l'on peut voir et les préventions qu'on avait eu au lycée .Voilà »

« À l'école un peu mais ce n'était pas énorme »

-l'entourage ou les ami(e)s pour 2 hommes:

« je pense que j'irais voir des amis, des collègues »



« Je ne sais pas ...euh....petit, j'ai eu la chance, dans mon entourage ,il y avait des personnes qui lisaient des livres sur la sexualité »

-en pharmacie, pour 1 homme :

« Parce que des informations on en trouve pas partout à part avec son médecin traitant mais après....à part en pharmacie »

-les publicités pour 1 homme :

« Aussi, les pubs que l'on peut voir »

-les livres pour 1 homme :

« Dans mon entourage, il y avait des personnes qui lisaient des livres sur la sexualité .Donc ça m'a....j'ai lu des choses à ce sujet »

-la femme pour 1 homme :

« On en a parlé tous les deux, mais c'est elle qui a eu l'idée. Peut-être parce qu'elle est plus informée que moi ? Certainement même »

-la télévision a été évoquée par un homme avec réserve :

« on pourrait citer la télé, mais enfin est-ce que ce serait une source fiable ? Est-ce que les gens la prendraient comme source fiable ? J'en suis pas sur »

Un homme n'a cependant pu me citer des sources d'information à ce sujet

« Bah c'est une bonne idée...On se débrouille seul »

Un homme a évoqué l'utilité d'avoir une information à ce sujet durant la jeunesse comme facteur pouvant favoriser l'utilisation d'une contraception masculine :

« Ben je pense que ses informations on en a surtout besoin à l'âge des premiers rapports »



III.3.4. L'influence socio-culturelle

Lors des différents entretiens, un manque d'intérêt des hommes pour la contraception en général a été ressenti avec la sensation de ne pas être concerné par ce sujet.

« Je ne m'en occupe pas, c'est Madame qui s'en occupe. Elle prend la pilule »

« Elle, c'est elle qui la gère .Elle, elle prend la pilule, donc tous les jours à une certaine heure. »

« C'est madame qui la gère en prenant la pilule et ça été choisi suite à la grossesse »

De plus il a été noté que les hommes n'étaient que peu habitués à s'occuper de la contraception, que la maîtrise de la fécondité ne les concernait pas.

« Parce que je n'en n'ai pas l'habitude et que ça coûte cher. »

« Mais ça ne nous concerne pas »

Il a été constaté que le corps médical, qui est souvent reconnu comme une source d'information primaire, conseille en premier lieu la contraception à la femme

« C'est son gynécologue qui lui a conseillé »

« Mon médecin, ouais ouais je pense mon médecin, parce qu'il est plus calé pour dire qu'est-ce qu'il faut faire »



III.3.5. L'influence de la contraception féminine déjà existante

Comme dit précédemment, le préservatif est associé à une contraception de début de couple mais, dès que celui-ci est stable, il est mis de côté en faveur de la contraception féminine déjà présente.

« Nous utilisons le préservatif puis on a arrêté vu qu'elle avait un stérilet »

« Heu. J'ai arrêté le préservatif et elle , elleelle prend la pilule »

« On a arrêté le préservatif et elle a gardé la pilule »



IV. Quatrième partie : Discussion

Nous avons réalisé une étude exploratoire de type qualitatif qu'il convient de comparer à d'autres travaux. Ce chapitre a également pour objectif de mettre en lumière les différents points de vue et de proposer des pistes d'action.

IV.1. Analyse matricielle

L'analyse matricielle reprend les thèmes de l'analyse thématique et les compare aux caractéristiques sociodémographiques des répondeurs. L'objectif est de mettre en évidence si certaines caractéristiques des hommes (âge, profession, religion, antécédent d'IVG, statut matrimonial et parental) sont des freins ou des facilitateurs à l'utilisation d'une contraception masculine. Ses résultats sont présentés sous forme de tableau grâce à une des fonctionnalités du logiciel N'Vivo. (Annexe 3)

IV.1.1. L'âge

	Méthode contraceptive	Histoire du couple	Information	Facteur socio-culturel	Contraception féminine
25-34 ans	38	16	19	16	9
35-44 ans	29	16	17	9	5
45-54 ans	36	22	19	7	4

Les 25-34 ans semblent sensibles à de nombreux facteurs pouvant influencer leur volonté d'utiliser une contraception masculine.

C'est donc cette tranche d'âge qu'il faudrait convaincre pour l'avancement de ce type de contraception, en agissant dès leur adolescence, en les informant que la contraception n'est pas uniquement une affaire de femme. Améliorer les informations qu'ils ont à ce sujet par le biais de l'école, des parents, des médecins, des publicités.....Expliquer le mode d'action et d'utilisation d'une future contraception masculine afin de limiter les possibles effets indésirables qui pourraient être un frein.

Ce résultat est à pondérer sachant que la tranche d'âge majoritaire est celle des 25-34 ans.

IV.1.2. La religion

	Méthode contraceptive	Histoire du couple	Information	Facteur socio-culturel	Contraception féminine
non assigné	19	11	11	2	2
chrétien	41	18	22	12	9
athée	43	25	22	18	7



Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, la religion n'a pas tant d'impact sur l'utilisation d'une contraception masculine.

En effet, pour de nombreux facteurs, les athées et les chrétiens étaient plutôt du même avis. Ici, la religion n'a que peu d'impact sur la contraception masculine mais nous savons qu'historiquement les églises chrétiennes se sont positionnées contre la contraception. Celles-ci considérant toute forme de contraception artificielle dans le mariage comme immorale. Par contre, elle n'interdit pas l'utilisation de la pilule pour des raisons médicales.

IV.1.3. Le statut matrimonial

	Méthode contraceptive	Histoire du couple	Information	Facteur socio-culturel	Contraception féminine
célibataire	24	13	16	10	4
Marié	48	27	24	13	9
en couple	36	13	17	16	6

La catégorie des hommes mariés est celle qui semble la plus influençable par les différents facteurs.

On constate cependant que cette catégorie a répondu le plus favorablement à la question d'une utilisation spontanée de la contraception masculine. Du fait d'être dans une relation de couple stable, le mari peut avoir envie de s'impliquer et de partager les responsabilités du couple telles que la contraception.

IV.1.4. Le statut parental

	Méthode contraceptive	Histoire du couple	Information	Facteur socio-culturel	Contraception féminine
absence d'enfant	55	31	28	13	7
un ou des enfants	41	18	22	10	9

Les hommes sans enfant semblent plus enclins, au sein du couple, à utiliser une contraception masculine.

Le plan contraceptif devra être axé sur le fait que la contraception masculine est efficace, afin de leur démontrer qu'une paternité doit être choisie et non subie.

Les hommes déjà « parents », quant à eux, confient volontiers la gestion de la contraception du couple à leur compagne, la contraception féminine devenant alors un frein au choix d'une contraception masculine.

IV.1.5. La profession

	Méthode contraceptive	Histoire du couple	Information	Facteur socio-culturel	Contraception féminine
artisan	11	5	4	3	3
cadre	12	2	5	3	4
profession intermédiaire	30	15	17	12	5
employé	50	32	27	14	6

Les employés semblent sensibles à de nombreux facteurs pouvant influencer leur volonté d'utiliser une contraception masculine. Nous ne trouvons pas de raisons à ce résultat, faudrait-il être plus attentif à cette catégorie, lors de la promotion de celle-ci ?

IV.1.6. Les antécédents d'IVG

	Méthode contraceptive	Histoire du couple	Information	Facteur socio-culturel	Contraception féminine
ATCD IVG = oui	39	26	18	5	4
ATCD IVG = non	57	23	31	24	11

L'IVG semble être un facteur traumatisant, motivant les hommes à s'intéresser à la contraception et donc à s'interroger sur les méthodes de contraception masculine.

C'est une population à cibler lors de la promotion de la contraception masculine. Il pourrait être intéressant d'utiliser les centres d'orthogénies comme lieu d'information à la contraception masculine. En proposant aux couples qui consultent, les 2 types de contraception.



IV.2. La méthode contraceptive masculine

Au fil des entretiens, les hommes ont montré que, contrairement aux idées reçues, ils étaient ouverts à une nouvelle contraception masculine mais selon plusieurs conditions.

Le **type de contraception** a été relaté plusieurs fois. Deux hommes ont fait ressortir qu'une contraception masculine « mécanique », visible serait un facteur favorisant la contraception :

« Après si c'est plus mécanique, je peux avoir plus confiance »

« Ben comme ça aussi, l'avantage c'est qu'on est sûr que la contraception est là .Parce que c'est vrai que.....quand c'est la pilule, on est sûr de rien »

La solution pourrait être à portée de main avecUn implant. Un implant qui devrait être changé tous les 4 mois, contenant de la testostérone, associé à une injection trimestrielle de progestérone. Le traitement empêcherait le cerveau de stimuler la production de sperme. Moins contraignant qu'une pilule quotidienne, avec cet aspect mécanique que recherchent les hommes, l'implant serait-il la réponse cherchée par les hommes ?

Deux autres hommes ont exprimé le souhait d'avoir une contraception naturelle c'est-à-dire sans recours à la chirurgie ou à une modification des systèmes hormonaux.

« Moi je suis un peu du côté...bio, éco etc...on va dire donc que tout ce qui va être naturel m'interpelle plus que ce qui va être chimique ou une opération. »

« Bah je ne sais pas moi, si ça peut faire mal, si y'a des complications »

Cela peut expliquer le manque d'attraction de la contraception hormonale du Dr Soufir avec l'injection hebdomadaire d'énanthate de testostérone, par peur de la douleur et l'assimilation de l'injection à une opération.

Une contraception fait beaucoup parler d'elle : le vasalgel .Cette contraception, élaborée par la Parsemus Foundation, une ONG américaine, devrait arriver sur le marché en 2018. Le Vasalgel est l'équivalent d'une vasectomie non chirurgicale et réversible. La méthode consiste à injecter un gel non hormonal dans les canaux déférents sous anesthésie locale, afin d'empêcher le passage des spermatozoïdes. Il a été testé sur 16 singes mâles dont 10 avaient déjà eu une progéniture. Sur les 2 années d'étude, aucune grossesse n'a été constatée. [20]. Cette méthode n'impacte pas sur les sensations lors du rapport sexuel, ni sur l'éjaculation, ce qui est un point positif pour les hommes. La réversibilité devrait être acquise en injectant une solution de bicarbonate de sodium ; elle a été constatée lors de l'étude sur les lapins. Cette méthode, non hormonale, non chirurgicale avec peu d'effets indésirables, comme certains hommes le souhaitaient, pourrait avoir un bel accueil lors de sa mise sur le marché.

Les **effets indésirables** sont aussi ressortis comme étant un frein important à la contraception masculine avec la peur d'être stérile, la baisse du plaisir lors du rapport :

« Ce qui me freinerait ce serait la peur de ne plus pouvoir avoir d'enfants après, que ce ne soit pas réversible »

« S'il n'y a pas de conséquences, on va dire sur le corps ; oui pourquoi pas. Mais s'il y a des conséquences sur le corps : non »

« Ben par rapport.....toujours pareil, par rapport aux sensations que ça peut procurer, surtout ça quoi. Et aux cotés pratique aussi, forcément »

La notion d'effet indésirable est aussi ressortie dans une étude publiée en octobre 2016, menée par des chercheurs de l'Université de Munich et financée par l'Organisation mondiale de la santé sur 320 hommes en couple. La méthode contraceptive en question s'est montrée efficace dans 96 % des cas, lors d'un essai clinique de phase II. [21]

771 signalements d'effets secondaires ont été rapportés liés à l'injection contraceptive. Les plus fréquents étaient l'acné, une augmentation de la libido, des douleurs musculaires ainsi que des sautes d'humeur et des troubles émotionnels. Vingt hommes ont abandonné l'étude en raison des effets secondaires. [22]

Les effets indésirables d'une future contraception masculine pourraient affecter son acceptabilité dans le sens où tout effet secondaire causé par les méthodes contraceptives serait inacceptable.

Le coût a été noté comme un possible frein à la contraception masculine, il faudrait que celle-ci soit prise en charge par la sécurité sociale comme celle féminine.

« Ah oui aussi l'aspect financier, est ce que ce serait pris en charge ou pas? »

Chez plusieurs hommes, **la prévention des IST** a été associée à l'effet contraceptif :

« Si ça fonctionne ? »

« Ben y'a pas que la grossesse, y'a pas que la grossesse....Y'a le SIDA aussi.....Ben je ne veux pas attraper le SIDA non plus »

« Ça ne me gênerait pas du tout mais c'est toujours pareil, si il y a une explication, si c'est bien amené, si ça protège, ça protège bien de tout. Voilà »

Une nouvelle méthode, à but contraceptif et préventif envers les IST, pourrait être un plus pour favoriser son utilisation.



Pour être acceptable par les hommes, la future contraception masculine devra être naturelle, efficace, réversible, sans effets secondaires, peu coûteuse, facile d'utilisation avec une action préventive envers les maladies sexuellement transmissibles.



IV.3. Le couple

La femme choisit souvent sa contraception sans prendre avis auprès de son conjoint. En effet si une grossesse survient, c'est à elle de l'assumer physiquement et non à l'homme. Pourtant, il est bon de rappeler que l'histoire de la contraception féminine n'a que 50 ans avec l'apparition de la pilule contraceptive ; autrefois, la contraception était aussi affaire d'homme ou partagée. Jusqu'au XIXème siècle, la contraception était encore sous le contrôle masculin. En effet, étant donné la méconnaissance médicale du processus de procréation, les méthodes de contraception les plus efficaces étaient celles qui empêchaient la rencontre des gamètes : le coït interrompu, le préservatif masculin. Certes, il existait quelques méthodes de contraception féminine (l'usage d'herbes médicinales, de spermicides), mais les contraceptions masculines, notamment le coït interrompu, auraient été les plus utilisées depuis l'Antiquité ; cela jusqu'à l'arrivée des contraceptions féminines médicalisées. [1]

L'implication du partenaire est aussi dépendante de l'espace laissé par la femme, certaines ont tendance à revendiquer une équité :

« Elle avait déjà un stérilet avant que l'on soit en couple et ça nous convient à tous les deux »

Tandis que d'autres sont plus méfiantes et préfèrent que la contraception reste leur domaine :

« Je ne m'en occupe pas, c'est Madame qui s'en occupe. Elle prend la pilule. La contraception a été choisie par madame. »

« Et sinon, elle a toujours pris la pilule mais moi je lui ai proposé souvent, hein, de faire une vasectomie mais elle me disait :non c'est bon, non. Sinon moi j'étais prêt »

Dans l'article « Contraception masculine : oui sur le principe, mais non dans la pratique » rédigé dans l'Express en février 2017. Lucie une jeune femme interviewée, s'exprimait en ces termes :

« Je suis féministe et pour la répartition des corvées, tâches et responsabilités entre femme et homme. Je trouve d'ailleurs que c'est une très bonne chose que les hommes s'impliquent dans la contraception avec une pilule, une injection ou un gel et qu'ils se mettent à participer à quelque chose qui les concerne. Pour autant, jamais je ne laisserai mon partenaire prendre la pilule. Les hommes sont nuls pour ça. Ils le feraient pour faire plaisir à leur compagne, comme une obligation à laquelle ils ont bien voulu consentir, mais ça n'irait jamais de soi. La preuve: aucun de mes partenaires sexuels ne m'a demandé si j'utilisais un moyen de contraception. Ils ne me rappelaient jamais de prendre ma pilule et n'ont jamais proposé de partager les frais non plus ».

Il semble donc que les hommes ne soient pas les seuls réticents à une contraception masculine. La femme a souvent été relatée comme un frein à celle-ci, dû à un manque de confiance en l'homme et la sensation d'être dépossédée de son droit à contrôler son corps.

La contraception hormonale féminine a été perçue par les milieux féministes comme un moyen de libération de la femme : cette dernière aurait enfin une maîtrise de sa fécondité et ne serait donc plus soumise au risque de grossesses non-désirées ou à répétition.

Les mouvements féministes, notamment dits « anti-user », soutiennent l'idée que la contraception doit être féminine afin de garantir la liberté aux femmes, car les hommes ne seraient pas fiables n'ayant pas à assumer physiquement une grossesse éventuelle. Ils feraient preuve de désinvolture. Il semble donc important que la femme apprenne à faire confiance et laisse une place à l'homme dans la contraception du couple. En effet si celui-ci se sent mis de côté par suspicion d'incompétence, pourquoi se sentirait-il concerné et aurait-il envie de s'investir ?

Contrairement à ce qui a pu ressortir des entretiens, la contraception masculine et celle féminine ne devraient pas être opposées. Elles font partie intégrante du choix du couple et l'homme aurait autant son mot à dire que la femme. Les hommes, tout comme les femmes, devraient pouvoir maîtriser leur procréation. Selon un sondage réalisé par le CSA du 19 au 20 septembre 2012 : « Les Français et la contraception », les mœurs ont évolué et il semble que ces messieurs soient prêts à considérer la contraception comme une question qui les concerne autant que leur partenaire. Ainsi, si 7% des Français estiment aujourd'hui que la contraception doit être « avant tout l'affaire de la femme », ils sont 91% à considérer à l'inverse que celle-ci doit être « autant l'affaire de l'homme que de la femme ».[23]

Certains hommes n'étaient pas prêts à utiliser de façon spontanée une contraception masculine. En revanche si leur conjointe le leur demandait, ils seraient prêts à le faire.

« Non....enfin ça dépend. »

« De quoi cela dépend-il ? »

« Si je suis obligée par ma femme »

« Non faudrait que ce soit la volonté de la fille avec qui je suis dans ce cas, si elle , elle me dit je préfère que tu le fasse et tout.....là je le ferais. Mais de moi-même je ne le ferais pas. Je pense. »

En réponse à ce frein, il faudrait sensibiliser les femmes à la contraception masculine (autant que les hommes)pour qu'elles aient conscience qu'elles ne devraient pas être les seules à être responsables de la contraception du couple. Elles pourraient avoir la possibilité de faire appel à leur conjoint, au moins pour alterner un temps la charge de la contraception.

IV.4. L'information et la formation

Cette étude met en évidence, de la part des hommes, d'un réel manque de connaissance des différentes contraceptions pouvant s'offrir à eux. Seul le préservatif sort du lot.

« Rien.....Ah si, le préservatif »

« Rien du toutà part le préservatif, c'est tout »

Certains hommes ont exprimé le désir d'être plus ou mieux informés sur le sujet de la contraception. Leurs principales sources d'information semblaient être : le pharmacien, les livres, internet avec en première place : le **médecin traitant** et les études.

« Je pense que je m'orienterais plus vers le médecin tout simplement »

« Mon médecin, ouais ouais , je pense mon médecin , parce qu'il est plus calé pour dire ce qu'il faut faire »

Ce manque d'information est aussi présent dans le corps médical. Parmi les 12 hommes, il y avait 1 interne en médecine, 1 en pharmacie et 2 infirmiers. Ceux-ci, malgré leur cursus médical, n'avaient que peu de connaissances à ce sujet :

« Rien.....Ah si le préservatif »

« Heu à part le préservatif pas grand-chose si il y a d'autres choses qui existent »

De plus, on constate qu'il est conseillé aux femmes de réaliser une consultation de suivi gynécologique annuelle, il n'existe pas de recommandation similaire pour les hommes. La femme a plusieurs interlocuteurs possibles pour la contraception : le gynécologue, le médecin généraliste. Les professionnels spécialistes de la santé de l'homme (andrologues et urologues) sont peu nombreux et jamais rencontrés par les hommes, hormis en cas de pathologies.

La contraception masculine doit être plus présente dans l'esprit des praticiens et en particulier des médecins traitants car, selon la plupart des hommes, ils sont le premier recours à l'information sur la contraception masculine. Il paraît donc important de donner une place à la contraception masculine dans les formations initiales et continues des professionnels de santé afin que ceux-ci recommandent autant la contraception masculine que féminine.

Les **études** : deuxième source d'information. Celle-ci a été considérée comme insuffisante, les hommes ayant très peu de souvenirs de cette information.

*« Si vous me parlez de contraception masculine, moi je pense au préservatif après je crois **savoir qu'il y avait d'autres moyens de contraception, c'était à l'école qu'on m'en a parlé** »*

« Alors la première année de médecine ça a été formateur .Aussi les pubs que l'on peut voir et les préventions qu'on avait eu au lycée .Voilà »

« à l'école un peu mais c'était pas énorme »

Un des hommes a mis en avant la nécessité d'avoir une meilleure éducation à la sexualité lors de l'adolescence, période propice selon lui à l'information sur la contraception et la sexualité.

« Ben je pense que ses informations on en a surtout besoin à l'âge des premiers rapports »

Actuellement, le gouvernement a instauré au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité dans les collèges et les lycées. La durée des séances et la taille des groupes sont adaptées à chaque niveau de scolarité. Ces séances sont organisées par une équipe de personnes volontaires, formées à cet effet (professeurs, conseillers principaux d'éducation, infirmiers, etc.). Dans le cadre des enseignements d'SVT, des séances d'éducation à la sexualité, les personnes volontaires informent les jeunes sur la contraception. Ils proposent des services d'accueil, d'aide et d'accompagnement de proximité. [24]

L'éducation à la sexualité comporte 8 thèmes :

- la sexualité humaine
- loi et sexualité
- la puberté
- de l'éveil de la sexualité à la rencontre de l'autre
- identité sexuelle, rôles et stéréotypes de rôles
- contraception et désir d'enfant
- prévention des IST
- argent et sexualité

Les thèmes de la contraception et du désir d'enfant sont évoqués dès la 3^{ème}, puis au lycée. Les élèves auront débattu et réfléchi sur les idées reçues et les réalités concernant les méthodes de contraception comme :

- « Mettre un préservatif fait perdre l'érection. »
- « Avec la pilule du lendemain, tout est possible. »
- « Pour prendre la pilule, je dois avoir l'autorisation de mes parents. »
- « C'est à la fille de s'occuper de la contraception. »
- « Il est normal qu'un garçon n'utilise pas un préservatif si la fille n'en veut pas. »
- « Ce n'est pas facile d'acheter des préservatifs. »
- « Un préservatif, c'est trop cher. »

Ils auront perçu en particulier que l'adhésion durable à un moyen de contraception nécessite d'être conscients de leurs choix et de ce qu'ils impliquent. À la fin de la séance seront également transmis des documents sur les différents moyens de contraception, les lieux de ressources locales afin d'y obtenir des informations complémentaires, des réponses personnalisées en termes de moyens contraceptifs et/ou d'IVG.[25]

Il a été noté que, de fait, il était assez difficile de tenir ces 3 séances d'éducation annuelles : "Dans la pratique, en collège comme en lycée, nous sommes loin des 3 séances annuelles prévues par la loi! » témoigne Caroline Rebhi, membre du bureau national du Planning familial.[26] Le nombre de séances annuelles doit être respecté, en formant plus de personnes

par exemple . Elles pourraient être réalisées avec des groupes plus restreints afin que l'accès à la parole soit plus facile pour les adolescents.

La contraception est l'affaire de tous, ce n'est qu'en travaillant sur l'information et l'éducation que nous pourrions lever les freins à l'acceptabilité et la diffusion de la contraception masculine et féminine. Une fois sorti du cursus scolaire où le sujet de la contraception est abordé pour la première et dernière fois pour l'homme, celui-ci a nettement moins de situations propices à l'approfondissement de ses connaissances. Un effort devrait être fait pour faciliter l'accès des hommes à des informations sur la contraception.

La demande d'avoir une information claire et adaptée sur la contraception est ressortie chez certains hommes.

« Ca me gênerait pas du tout mais c'est toujours pareil, si il y a une explication , si c'est bien amené , si ça protège bien de tous .Voilà »

Il semble donc important de promouvoir l'ensemble des moyens de contraception pour toutes et tous. Ceci se fera à travers des campagnes d'information grand public sur la contraception par le biais de l'école et des publicités.

En effet, on peut rappeler qu'un homme a cité **les publicités** comme source d'information :

« Aussi, les pubs que l'on peut voir »

La publicité, qu'elle soit sur papier, télévisuelle ou radiophonique a sa place dans la promotion de la contraception car elle permet d'atteindre un public plus large.

La télévision a été citée comme source d'information, en dépit du fait qu'elle a été jugée peu fiable par un homme.

« on pourrait citer la télé, mais enfin est-ce que ce serait une source fiable ? Est-ce que les gens la prendraient comme source fiable ? J'en suis pas sur »

Or il n'en est rien car la publicité des préservatifs et contraceptifs est soumise, au même titre que les médicaments, à un contrôle. Les demandes de publicités sur la contraception doivent être adressées à l'ANSM ,selon les périodes et le calendrier déterminés par décision du directeur général, prévus pour les dépôts de publicités de médicaments auprès du public et des professionnels de santé. [27] Les publicités en faveur des préservatifs doivent mentionner "Il est rappelé l'intérêt des préservatifs dans la prévention du VIH / SIDA et des autres IST».

En 2010, des spots avaient déjà été diffusés : l'un mettant en scène un jeune homme, qui annonce sa grossesse à ses amis, un autre avec un jeune homme en train de réaliser son test de grossesse. Le message ? Braquer les projecteurs sur l'implication des hommes, la contraception concernant le couple.

Internet a été la troisième source d'information énumérée par 5 hommes :

« Euh...internet .Euh et c'est tout , voilà »

« Bah internet »



Cependant, un homme trouvait qu'internet n'était pas une source adaptée et fiable :

« des collègues.. Voilà. Internet ? Franchement non »

Internet est une formidable source d'information mais celle-ci n'est pas toujours fiable. Cependant il est le meilleur moyen d'atteindre une population jeune et connectée. Cette source d'information a le mérite d'être accessible à tout moment, quel que soit l'endroit.

En 2013, l'INPES et le ministère chargé de la santé lançaient une nouvelle campagne de communication auprès du grand public pour promouvoir la diversité de l'offre contraceptive, rappeler l'importance d'une contraception en adéquation avec son mode de vie, sa situation médicale et affective. Cette nouvelle campagne de communication incite les femmes et les hommes à s'informer sur l'ensemble des solutions contraceptives à leur disposition. Son objectif est de favoriser le choix d'une contraception adaptée. [28]

Internet n'est donc pas une source d'information qui doit être mise de côté mais utilisée pour la promotion de l'éducation à la contraception, à la sexualité. Avec des sites fiables comme : *choisirsacontraception.fr* ou *inpes.santepubliquefrance.fr* où l'on peut télécharger, commander une brochure sur la contraception. [10]

L'entourage a été noté comme pouvant être une source d'information par plusieurs hommes :

« Je ne sais pas...heu....petit j'ai eu la chance, dans mon entourage il y avait des personnes qui lisaient des livres sur la sexualité. »

« On a jamais pensé à ça. On y pense là en vrai parce que y'a la grande qui commence à grandir .Et faut savoir lui dire, lui apprendre, tout quoi ! »

Un seul homme a émis une réserve sur le fait de pouvoir en parler à ses amis :

« Je pense queComme c'est.....quelque chose de délicat à parler, la sexualité. C'est délicat d'en parler avec des amis qu'ils soient homme ou femme »

Aucun homme n'a évoqué les CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale), pourtant ce sont de réelles sources d'informations. Ils peuvent renseigner, informer et prescrire des contraceptifs. Ils assurent des consultations de contraception ainsi que des actions de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale. Les mineurs qui souhaitent garder le secret sur leur vie intime peuvent obtenir gratuitement et sans autorisation de leurs parents : une consultation médicale, la prescription d'une contraception, la contraception d'urgence, ainsi que les bilans et les suivis nécessaires. [10]

Le thème de la contraception est un sujet sensible car il est relatif à la sexualité, il est donc difficilement abordable d'où le manque d'information de la population à ce sujet. Le constat a été fait que les séances d'éducation à la sexualité, lors du parcours scolaire, n'étaient pas suffisantes à une bonne connaissance de ce sujet. Le médecin a un grand rôle à jouer dans l'information de la population à ce propos. En effet le cadre d'une consultation médicale semble un environnement sûr et plus enclin à se confier sur ce sujet intime. Le médecin généraliste, premier recours, principale source d'information devrait avoir une bonne formation sur la contraception afin de pouvoir en parler avec les patients qui le souhaiteraient.



IV.5. Les représentations socio-culturelles de la contraception

Depuis tout temps, la contraception est présentée comme une affaire de femme. Ainsi seules les femmes sont sensibilisées à ce sujet depuis leur plus jeune âge. Aux femmes, la préoccupation de la contraception :

« Je ne m'en occupe pas, c'est Madame qui s'en occupe »

« Bah elle a toujours eu cette pilule la, donc à l'époque, depuis toute jeune »

Comme évoqué dans le paragraphe ci-dessus, les hommes sont mis à l'écart d'où le sentiment d'être peu concernés.

« Vous ne l'utiliserez pas volontiers ? Non, parce que je n'en ai pas l'habitude »

Certains s'en réjouissent car ils peuvent jouir d'un confort psychologique, de pouvoir faire l'amour sans se préoccuper d'une quelconque grossesse.

« Mais bon après si il y a quelques d'autres, pourquoi pas mais faut que ce soit efficace aussi. Ben je ne veux pas attraper le SIDA non plus....Mais ça ne nous concerne pas »

Cependant ce constat ne s'applique pas à tous les hommes, tous ne se déchargent pas sur les femmes, certains utilisent le préservatif ou sont même prêts à subir une vasectomie.

« Et sinon, elle a toujours pris la pilule, mais moi je lui ai souvent proposé de faire une vasectomie ... »

Mais le fait est là, lorsqu'on parle de la contraception d'un couple, celle-ci est principalement féminine. Les hommes ne sont pas les seuls à blâmer, la femme l'est aussi. Celle-ci a grandi dans l'idée que la contraception était une affaire de femme, elle ne laisse donc pas l'homme s'impliquer dans le choix contraceptif mais lui impose son propre choix.

« La contraception a été choisie par Madame »

« C'est elle qui l'a choisi, elle l'a ...depuis un petit moment »

Les représentations socio-culturelles sont un frein à la mise en place d'une contraception masculine. Elles semblent présentes autant du côté des femmes que des hommes avec comme principale idée: la contraception est exclusivement du ressort de la femme.

Les hommes tout comme les femmes doivent recevoir une éducation concernant l'utilisation d'une contraception dès leur plus jeune âge. De sorte que, lorsque les femmes viennent en

consultation pour parler de contraception, monsieur soit aussi là pour qu'on puisse lui parler de la sienne. En expliquant aux plus jeunes que la contraception est l'affaire du couple et que le choix contraceptif doit se décider à deux. Le risque d'une grossesse non prévue se prend à deux, la manière de s'en protéger aussi. Choisir une contraception, c'est une responsabilité que l'on doit partager en couple. [10]



IV.6. La contraception féminine

Il a été constaté dans l'étude que la contraception féminine était un frein à la contraception masculine. En effet l'usage du préservatif était souvent arrêté en faveur d'une contraception féminine.

« Euh....ben du coup, elle prenait la pilule et moi je mettais un préservatif. Après on a fait.... on fait le test, un test de dépistage et à partir de là , on a arrêté le préservatif et elle a gardé la pilule . »

« Ouais au départ c'était préservatif, enfin je crois. Non c'était préservatif et pilule après on a fait les tests pour savoir et là c'était bon donc plus de préservatif. »

Actuellement il existe plus de 10 moyens de contraception féminine et seulement 3 pour les hommes. Cela s'explique par le fait que, biologiquement, l'homme est fertile tous les jours alors que la femme ne l'est, au maximum, que 6 jours par mois, lors de l'ovulation .Il est donc plus facile d'obtenir un effet contraceptif chez une femme.

« L'essor massif de la pilule et du stérilet est allé de pair avec la disqualification des méthodes impliquant les hommes .Le nouvel espace médical d'administration de la contraception s'est construit autour des femmes et particulièrement en France, avec une spécialité dédiée : la gynécologie médicale » illustre Cécile Ventola, sociologue à L'INSERM. Le frein économique, n'encourage pas les laboratoires à se pencher sérieusement sur la contraception masculine ; en effet comme le dit Cécile Ventola dans sa thèse « Contraception masculine et système de soins : une comparaison franco-britannique » : « La pilule quotidienne leur rapporte de l'argent. En outre, la recherche contraceptive coûte chère en termes d'assurance, car les utilisateurs sont des sujets en bonne santé, sans besoin thérapeutique. En cas de problème, les préjudices sont perçus comme plus graves devant les tribunaux ». De plus, Cécile Ventola met en évidence que le système français met en avant la contraception comme une responsabilité féminine contrairement au Royaume-Uni où la moitié des méthodes contraceptives utilisées sont masculines (préservatif, vasectomie, retrait).

En étudiant les systèmes de santé anglais et français, il est ressorti que les firmes pharmaceutiques n'étaient pas les seules à mettre en avant la contraception féminine mais que les prescripteurs jouaient aussi un rôle dans notre système français. En effet, au Royaume -Uni, les prescripteurs proposent systématiquement des méthodes masculines à toutes les patientes en utilisant un dépliant qui regroupe toutes les méthodes. D'autre part, par opposition au contexte nataliste français, le contexte anglais est traditionnellement très favorable à la contraception masculine avec la vasectomie gratuite et accessible dès 1972, alors qu'en France il a fallu attendre 2001. Les médecins anglais favorisent la vasectomie à la ligature des trompes parce qu'il s'agit d'une opération moins lourde (15 minutes sous anesthésie locale). [29]

Pour développer les recherches au sujet de la contraception masculine, il faudrait que les hommes montrent leur intérêt, leur motivation vis-à-vis d'une future contraception masculine. Ainsi les laboratoires constateraient qu'il y a un marché à gagner et seraient peut-être plus favorables à financer des recherches dans ce domaine.

IV.7. Validité interne

Durant la réalisation de ce travail, malgré un respect le plus strict possible des règles de l'étude qualitative, certaines limites ont été rencontrées. Nous présentons ici les biais relevés (le biais est une erreur dans la méthode, le non-respect des règles de protocole). Cette étude présente tous les biais inhérents aux études qualitatives.

IV.7.1. Biais de sélection

Biais de volontariat

Il existe un biais de sélection puisque les participants étaient volontaires. Il n'y a pas eu de tirage au sort. On peut donc supposer que les hommes ayant accepté de participer à cette étude étaient soit intéressés par le sujet, soit à la recherche d'information.

Biais de recrutement

Certains jours, aucun participant n'était recruté par manque de temps ou du fait de problèmes organisationnels. La sélection n'était donc pas uniquement dépendante des participants mais aussi de l'enquêteur.

La population

La population recensée n'est pas un exact reflet de la population française actuelle. En effet selon INSEE, dans la population actuelle il y a approximativement un tiers d'homme de 25-34 ans, un tiers de 35 à 44 ans et idem pour les 45-54 ans. Hors dans cette étude il y a 50% de 25-34 ans, 33.3 % de 35-44 ans et 16.7 % de 45-54 ans. De plus, les participants ont été recrutés dans le Tarn et la Haute-Vienne et non dans toute la France. La faible taille de l'échantillon et son mode de sélection empêche toute représentativité de la population française. Comme toute étude qualitative, les données ne sont pas extrapolables.

IV.7.2. Biais de classement

Biais d'interprétation

Le double codage des entretiens avec ma directrice de thèse, a permis de limiter le biais d'interprétation lié à la méthode qualitative.

Biais d'information

Des biais d'information sont à déclarer également. La gêne éprouvée du fait d'être interrogé par une femme, a pu empêcher certains hommes de s'exprimer aussi librement qu'ils l'auraient souhaité et engendrer des erreurs issues d'oublis, de la gêne ou de la mauvaise compréhension des questions. Dans une enquête qualitative, toutes les données sont déclaratives avec les conséquences habituelles : mensonge et omission restent possibles. Cependant les échanges semblaient honnêtes.



IV.7.3. La méthode choisie :

Contrairement à une étude quantitative où les étapes d'inclusion et d'analyse sont distinctes dans le temps, en étude qualitative, le recueil de données se poursuit pendant l'analyse des données. Celle-ci définira l'arrêt des inclusions à saturation, il n'y a donc pas lieu de calculer le nombre de sujets nécessaires.

Le rôle d'un enquêteur dans une étude qualitative est d'intervenir le moins possible en dehors du guide d'entretien afin de limiter le biais de suggestions. En effet, il peut influencer directement les sujets selon son apparence, le ton de sa voix, son attitude, ses réactions aux réponses et mettre ainsi en péril les résultats. L'interaction avec l'enquêteur peut être néfaste à ce genre d'enquête ; celle-ci pouvant entraîner un biais de courtoisie ou d'induction qui influencera les réponses de l'interrogé. C'est pourquoi, dans les enquêtes qualitatives, l'enquêteur se doit être non intervenant et le plus neutre possible.

Lors de l'étape de transcription, la possibilité d'erreurs est non négligeable. Il n'y a eu que peu d'échanges incompréhensibles. Mais, malgré notre bonne volonté, il est possible que nous ayons inconsciemment interprété certains propos lors de la transcription. L'essence même de la méthodologie qualitative est l'interprétation de données avec les biais qui lui sont indissociables. L'important est de bien garder à l'esprit que nos données sont **qualitatives** et non quantitatives.



V. Conclusion

Les hommes, en particulier les 25-34 ans, craignent principalement la méthode proposée. Elle devra être efficace, protéger des IST, sans effets indésirables, facile d'utilisation et bien sûr à un coût raisonnable.

Quant au type de méthode proposée, la « contraception masculine idéale » se présenterait sous forme naturelle, non chirurgicale, sans modification hormonale.

Le couple lui-même serait un frein à l'utilisation d'une contraception masculine. Un couple stable, de longue durée, avec des enfants semble être moins enclin à utiliser ce type de contraception. Laisser une place à l'homme dans le choix de la contraception du couple lui permettrait peut-être de s'investir un peu plus.

Par ailleurs, les hommes semblent méconnaître l'existence de contraception masculine, ce qui ne facilite pas son utilisation. Une information lors de l'adolescence en milieu scolaire puis auprès du médecin traitant permettrait de lutter contre ce frein.

De plus une meilleure acceptation de la contraception masculine nécessite une modification des mœurs. Il faudrait que les hommes entendent et ceci dès le plus jeune âge que la contraception est une affaire de couple et doit donc se décider à deux. Un travail est à faire aussi chez les compagnes afin qu'elles laissent une chance à leur conjoint de s'impliquer dans la contraception du couple.

La contraception féminine, déjà présente lors de la mise en couple, a été évoquée comme un frein. Car alors le sujet n'était pas abordé et le couple continuait avec la contraception déjà existante. Lorsque la contraception masculine et féminine étaient présentes au sein du couple la masculine était abandonnée au dépend de la féminine.

Le choix contraceptif est actuellement plutôt sous la maîtrise des femmes qui en portent fréquemment la responsabilité. Celui-ci nécessite des adaptations, aux différentes étapes de la vie : par les hommes, les femmes, de façon individuelle et en couple. Certains hommes ne souhaitent pas s'impliquer davantage. D'autres semblent souhaiter une meilleure information et une amélioration des méthodes les concernant ainsi que plus de responsabilité dans le domaine de la contraception. Il se pourrait que les professionnels de santé puissent aider au mieux- être des hommes et des femmes dans ce domaine en favorisant le dialogue sur la contraception.

En conséquence, de nouveaux protocoles de recherche dans le champ de la contraception masculine doivent fortement être encouragés car il paraît possible de répondre aux réticences des hommes.

Quel est le point de vue des médecins sur la contraception masculine, ceux-ci étant la principale source d'information attendue par les hommes ?



Références bibliographiques

- [1] « Taux d'avortement en baisse significative dans le monde développé entre 1990 et 2014 », *Guttmacher Institute*, 11-mai-2016. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/fr/news-release/2016/taux-davortement-en-baisse-significative-dans-le-monde-developpe-entre-1990-et>. [Consulté le: 28-nov-2016].
- [2] « Contraception et avortement : le problème de la prévention en Amérique Latine - Ceped ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ceped.org/fr/publications-ressources/working-papers-du-ceped/article/contraception-et-avortement-le>. [Consulté le: 28-nov-2016].
- [3] « Pass Prévention Contraception ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.pack15-30.fr/?id=139>. [Consulté le: 28-nov-2016].
- [4] « Taux d'avortement en baisse significative dans le monde développé entre 1990 et 2014 », *Guttmacher Institute*, 11-mai-2016. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/fr/news-release/2016/taux-davortement-en-baisse-significative-dans-le-monde-developpe-entre-1990-et>. [Consulté le: 28-nov-2016].
- [5] Assemblée parlementaire, « La responsabilité des hommes, et particulièrement des jeunes hommes, en matière de santé génésique », *Assemblée parlementaire*, 2004. [En ligne]. Disponible sur: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17252&lang=FR>. [Consulté le: 28-nov-2016].
- [6] M. Drennan, « Reproductive health: new perspectives on men's participation. | POPLINE.org », *popline*, 1998. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.popline.org/node/278468>. [Consulté le: 28-nov-2016].
- [7] « contraception_recommandations_has.pdf ». .
- [8] « Rapport Enquete Sexualite.pdf ». .
- [9] « contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf ». .
- [10] « ChoisirSaContraception ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/l-implant.htm?gclid=CN23163ZzdACFY8W0wodL-ULDg>. [Consulté le: 29-nov-2016].
- [11] E. Masson, « Vasectomie et chirurgies contraceptives déférentielles : aspects légaux et techniques », *EM-Consulte*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/845138/article/vasectomie-et-chirurgies-contraceptives-deferentie>. [Consulté le: 29-nov-2016].
- [12] G. Robin, F. Marcelli, et J.-M. Rigot, « Contraception masculine », *La Presse Médicale*, vol. 43, n° 2, p. 205-211, févr. 2014.
- [13] M. F. Gallo, D. A. Grimes, et K. F. Schulz, « Non-latex versus latex male condoms for contraception », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 2, p. CD003550, 2003.
- [14] « Contraception masculine : un essai clinique stoppé à cause d'effets secondaires trop lourds », *Sciences et Avenir*. [En ligne]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/sexualite/contraception-masculine-une-methode-efficace-mais-aux-effets-secondaires-trop-lourds_107883. [Consulté le: 08-févr-2017].



- [15] S. Duchesne et F. Haegel, *L'entretien collectif: L'enquête et ses méthodes*. Paris: Armand Colin, 2008.
- [16] R. Quivy et L. V. Campendhoudt, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 2e éd. Paris: Dunod, 1995.
- [17] « Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale. | Thèse IMG ». [En ligne]. Disponible sur: <http://theseimg.fr/1/node/110>. [Consulté le: 29-nov-2016].
- [18] A. Blanchet, *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Armand Colin, 2007.
- [19] L. Côte et J. Turgeon, « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine », *Pédagogie médicale*, vol. 3, p. 81-90.
- [20] « Vasalgel home », *Parsemus Foundation*. .
- [21] « Contraceptif masculin: efficace mais douloureux 401 couples ont testé, avec un taux de réussite de 98,6%, cette piqûre hebdomadaire. », *Libération.fr*, 03-avr-1996. [En ligne]. Disponible sur: http://next.liberation.fr/vous/1996/04/03/contraceptif-masculin-efficace-mais-douloureux401-couples-ont-teste-avec-un-taux-de-reussite-de-986-_169688. [Consulté le: 03-janv-2017].
- [22] « La contraception chez l'homme en une injection: des résultats prometteurs, mais d'autres études sont indispensables », *Manuels MSD pour le grand public*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/news/external/2016/10/27/18/25/716231>. [Consulté le: 08-févr-2017].
- [23] « Les Français et la contraception - PDF ». [En ligne]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/24718757-Les-francais-et-la-contraception.html>. [Consulté le: 08-févr-2017].
- [24] « La santé des élèves », *Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/cid50297/la-sante-des-eleves.html#Éducation à la sexualité>. [Consulté le: 08-févr-2017].
- [25] « Inpes - Actualités 2013 - La contraception qui vous convient existe ». [En ligne]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2013/015-contraception.asp>. [Consulté le: 09-févr-2017].
- [26] « Education sexuelle: qu'apprend-on vraiment à l'école? », *L'Express.fr*, 03-déc-2014. [En ligne]. Disponible sur: http://www.lexpress.fr/actualite/education-sexuelle-qu-apprend-t-on-vraiment-a-l-ecole_1498729.html. [Consulté le: 27-févr-2017].
- [27] « Publicité pour les préservatifs et contraceptifs autres que les médicaments - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ». [En ligne]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-des-dispositifs-medicaux-et-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro/Publicite-pour-les-preservatifs-et-contraceptifs-autres-que-les-medicaments/\(offset\)/4](http://ansm.sante.fr/Activites/Publicite-pour-des-dispositifs-medicaux-et-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro/Publicite-pour-les-preservatifs-et-contraceptifs-autres-que-les-medicaments/(offset)/4). [Consulté le: 09-févr-2017].
- [28] « education_sexualite_intervention_114526.pdf ». .
- [29] « Cécile Ventola: « le faible taux d'utilisation de méthodes masculines en France ne signifie pas forcément un manque de motivation de la part des hommes » », *50 / 50*, 30-juin-2015. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.50-50magazine.fr/2015/06/30/cecile>

ventola-le-faible-taux-dutilisation-de-methodes-masculines-en-france-ne-signifie-pas-forcement-un-manque-de-motivation-de-la-part-des-hommes/. [Consulté le: 05-mars-2017].



Abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CM : Contraception masculine

CPEF : Centres de planification et d'éducation familiale

DIU : Dispositif intra-utérin

ET : Énanthate de testostérone

GnRH : Gonadotrophine Releasing Hormone

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

POP : Pilule Œstro-progestative

SG : Sensations génitales

SVT : Sciences et Vie de la Terre



Annexes

Annexe 1. Questionnaire	65
Annexe 2. Guide d'entretien.....	66
Annexe 3. Analyse matricielle	67
Annexe 4. Données socio-démographiques.....	76



Annexe 1. Questionnaire

Bonjour

Je m'appelle Corinne DOIN, je suis remplaçante en médecine générale .Je prépare actuellement ma thèse de doctorat sur le thème de la contraception masculine. Je réalise des entretiens auprès d'hommes de 25 à 55 ans . Vous serez enregistrés de façon anonyme.

Merci de votre participation.

Données démographiques :

Age :

Statut matrimonial actuel :

1/ marié

2/pacsé

3/en couple

4/en concubinage (couple habitant ensemble sans être marié ni pacsé)

5/célibataire

Histoire matrimoniale:

1/veuf

2/divorcé

3/ marié, pacsé

4/identique au statut matrimonial actuel

Nombre d'enfants :

Profession :

Profession de la partenaire :

Religion :

Votre conjointe a-t- elle eut des problèmes de santé et si oui lesquels? Avez-vous déjà vécu une interruption volontaire de grossesse ?



Annexe 2. Guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous me raconter comment s'est construite votre famille : statut marital , grossesses désirées ou non , naissances, sexualité
- 2) Utilisez-vous une contraception dans le couple :
 - a. si oui : pourquoi ?
 - b. si non : pourquoi ?
- 3) Comment est gérée la contraception dans votre couple ? (Quelle est-elle ? Comment a-t-elle été choisie ?
- 4) Que connaissez-vous de la contraception masculine ?
- 5) Quelles sont ou quelles pourraient être vos sources d'information ?
- 6) Quels sont, pour vous, les avantages et les inconvénients de la contraception masculine ?
- 7) L'utiliserez-vous volontiers ?
 - a. Si oui : pourquoi ?
 - b. Si non : pourquoi ?



Annexe 3. Analyse matricielle

Influence des thèmes selon l'âge :

Tableau 1 : la méthode contraceptive : fréquence de citation selon l'âge des participants

	Amélioration du préservatif	Avantage de la CM , la confiance	Avantage de la CM , le partage	Avantage de la Cm, le plaisir	Contraception à but contraceptif	Contraception à but préventif, contre les IST	Contraception à but thérapeutique	Contraception inefficace, coït interrompu	CM , Coït interrompu	CM :Pilule	CM; Préservatif	Contraception masculine, Vasectomie	CM, Crèmes spermicides	Contraception pour se protéger	Contrôle des éjaculations	Doute sur la notion d'avantage de la CM	Doute sur la notion d'inconvénient de la CM	Fact favorisant la CM : une Co mécanique	Fact favorisant la CM : CM naturelle	Fact favorisant la CM : une Contraception efficace	Fact favorisant la CM : CM médicamenteuse	Fact favorisant la CM : Co facile à utiliser	Fact favorisant la CM : doute sur l'efficacité d'une pilule	Frein à la CM : la peur de la contraception chirurgicale
25-34 ans	1	0	0	0	2	1	0	1	1	1	2	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0
35-44 ans	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1
45-54 ans	0	1	1	1	3	2	1	1	1	0	2	2	0	0	1	1	0	0	1	2	0	1	0	1

Frein à la CM : une Contraception contraignante	2	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
Frein à la CM : la forme de contraception proposée	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frein à la CM: l'impact sur l'éjaculation	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frein à la CM : la modification des sensations génitales	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frein à la CM : la peur de la contraception chimique	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frein à la CM= la peur de la contraception hormonale	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frein à la CM : la peur de la douleur	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frein à la CM : la peur de la stérilité	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frein à la CM= la peur des effets indésirables	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frein à la CM: la peur d'une CM non médicamenteuse	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frein à la CM = le cout	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Frein à la CM = l'irréversibilité de la CM	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manque de confiance dans le coït interrompu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Orgasme sans éjaculation	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif, contraception propre	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif, contraignant	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif, facilité d'utilisation	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif, inconvénient: baisse du plaisir	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif, inconvénient = le cout	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif, modifie les rapports sexuels	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif, peu d'inconvénients	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif, protection contre les IST	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif, simplicité d'utilisation	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif = la capote	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif à faible cout	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif qui craque	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif qui protège	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif, contraception de début du couple	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Remboursement par la sécurité sociale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sexualité épanouie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vasectomie :pas de modification des SG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableau 2 : L'histoire du couple : fréquence de citation selon l'âge des participants

	Absence de contraception	Absence de désir de maternité	Absence de désir de paternité	Amniocentèse mal vécue	ATCD de malformations fœtale	ATCD d'interruption de grossesse	Confiance dans la conjointe	Confiance dans le conjoint	Connaissance de la contraception de la conjointe	Contraception, responsabilité du couple	Contraception, responsabilité masculine	Contraception choisie par le couple	Contraception du couple = CM	Contrôle de sa paternité	Couple différent de famille	Couple= famille	Déjà parent	Désir de maternité, paternité commun	Fact favorisant une Co efficace, Grossesse compliquée	Fact favorisant une Co efficace, IVG traumatisante	Fact favorisant une Co efficace: ATCD IVG	Fact favorisant une Co efficace, Grossesse non désirée	Frein à la CM = Couple stable	Frein à la Co masculine = la compagne	Frein à la CM= la durée du couple	Frein à la CM= la fidélité	Préservatif, mauvaise expérience	Projet futur	Utilisation spontanée de la CM
25 - 34 ans	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	
35 - 44 ans	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	
45 - 54 ans	1	2	2	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	2	1	0	0	1



Tableau 3 : L'information : fréquence de citation selon l'âge des participants

	Connaissance de la contraception du couple	Connaissance de la CM	Conscience de l'existence d'autres contraceptions masculines	Contraception choisie après conseil du gynéco	Doute sur la contraception féminine utilisée	Hésitation sur la notion de contraception dans le couple	Hésitation sur les sources d'informations	information claire et adaptée sur la contraception	Internet n'est pas une source d'information	La télé, source d'information peu fiable	Manque d'info sur la vasectomie	Manque de connaissance sur la CM	Manque de sources d'information sur la CM	Médecin traitant n'est pas une source d'information	Sentiment d'être bien informé sur la CM	Source d'information, être parents	Source d'information, la curiosité	source d'info: la femme	Source d'info, la pharmacie	Source d'info, le Médecin traitant	Source d'information, les ami(e)s	Source d'information, les livres	Source d'information, les publicités	Source d'info: Internet	Source d'information, l'entourage	Source d'information, les amis dans le domaine médical	Source d'information, les études
25-34 ans	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	2
35-44 ans	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	2	1	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	1
45-54 ans	1	2	2	0	0	0	1	0	0	0	2	2	2	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0

Tableau 4 : L'influence socio-culturelle : fréquence de citation selon l'âge des participants



	Contraception , sujet sensible pour l'homme	Contraception , responsabilité féminine	Contraception choisie par la femme	Contraception du couple = contraception féminine	Contraception masculine inhabituelle	Contraception masculine peu utilisée	Crème spermicide peu utilisée	Gêne à l'évocation du couple	Homme non concerné par la Co	Manque d'intérêt sur la contraception	Pas d'utilisation spontanée de la contraception masculine	Sexualité , sujet tabou	Utilisation si choix de madame	Utilisation si obligation
25-34 ans	1	2	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
35-44 ans	1	2	1	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
45-54 ans	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0

Tableau 5 : La contraception féminine : fréquence de citation selon l'âge des participants

	Contraception, sujet sensible pour l'homme	Contraception, responsabilité féminine	Contraception choisie par la femme	Contraception du couple = contraception féminine	Contraception masculine inhabituelle	Contraception masculine peu utilisée	Crème spermicide peu utilisée	Gêne à l'évocation du couple	Homme non concerné par la Co	Manque d'intérêt sur la contraception	Pas d'utilisation spontanée de la contraception masculine	Sexualité, sujet tabou	Utilisation si choix de madame	Utilisation si obligation
25-34 ans	1	2	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
35-44 ans	1	2	1	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
45-54 ans	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0

Influence des thèmes selon la religion :

Tableau 6 : La méthode contraceptive : fréquence de citation selon la religion des participants

Tableau 8 : L'information : fréquence de citation selon la religion des participants

	Connaissance de la contraception du couple	Connaissance de la CM	Conscience de l'existence d'autres contraceptions masculines	Contraception choisie après conseil du gynéco	Doute sur la contraception féminine utilisée	Hésitation sur la notion de contraception dans le couple	Hésitation sur les sources d'informations	Information claire et adaptée sur la contraception	Internet n'est pas une source d'information	La télé , source d'information peu fiable	Manque d'information sur la vasectomie	Manque de connaissance sur la CM	Manque de sources d'information sur la CM	Médecin traitant n'est pas une source d'information	Sentiment d'être bien informé sur la CM	Source d'information, être parents	Source d'information, la curiosité	source d'info: la femme	Source d'info, la pharmacie	Source d'info, le Médecin traitant	Source d'information, les ami(e)s	Source d'information, les livres	Source d'information, les publicités	Source d'info: Internet	Source d'information, l'entourage	Source d'information, les amis dans le domaine médical	Source d'information, les études
Unassigned	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
Chrétien	2	0	1	1	1	0	1	2	0	1	0	3	2	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	2
Athée	1	2	2	0	1	1	0	0	1	0	1	3	2	1	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	0	1	1

Tableau 9 : L'influence socio-culturelle : fréquence de citation selon la religion des participants

	Contraception , sujet sensible pour l'homme	Contraception , responsabilité féminine	Contraception choisie par la femme	Contraception du couple = contraception féminine	Contraception masculine inhabituelle	Contraception masculine peu utilisée	Crème spermicide peu utilisée	Gêne à l'évocation du couple	Homme non concerné par la Co	Manque d'intérêt sur la contraception	Pas d'utilisation spontanée de la CM	Peu d'enthousiasme à la Co masculine	Sexualité , sujet tabou	Utilisation si choix de madame	Utilisation si obligation
Unassigned	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Chrétien	1	3	1	3	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Athée	1	2	3	1	1	0	1	1	2	1	1	2	0	1	1



Tableau 10 : La contraception féminine : fréquence de citation selon la religion des participants

	Contenut de la Contraception actuelle	Contraception féminine, le stérilet	Contraception féminine déjà présente	Contraception féminine, la pilule	Frein à la Contraception masculine = la Contraception féminine
Unassigned	0	0	1	1	0
Chrétien	0	2	2	3	2
Athée	1	1	2	2	1



Célibataire	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0
Marié	2	1	1	1	1	0	1	2	0	0	1	4	3	1	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	1
En couple	1	1	2	0	1	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1	0	0	2

Tableau 14 : L'influence socio-culturelle : fréquence de citation selon le statut matrimonial des participants

	Contraception, sujet sensible pour l'homme	Contraception, responsabilité féminine	Contraception choisie par la femme	Contraception du couple = contraception féminine	Contraception masculine inhabituelle	Contraception masculine peu utilisée	Crème spermicide peu utilisée	Gêne à l'évocation du couple	Homme non concerné par la Co	Manque d'intérêt sur la contraception	Pas d'utilisation spontanée de la contraception masculine	Peu d'enthousiasme à la Co masculine	Sexualité, sujet tabou	Utilisation si choix de madame	Utilisation si obligation
Célibataire	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1
Marié	1	3	3	2	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0
En couple	1	2	1	2	1	1	1	0	1	1	2	1	0	1	1

Tableau 15 : La contraception féminine : : fréquence de citation selon le statut matrimonial des participants



		Contenu de la contraception actuelle	contraception féminine, le stérilet	contraception féminine déjà présente	contraception féminine, la pilule	frein à la Co masculine : la Co féminine
Célibataire	1	0	1	1	1	1
Marié	0	1	3	3	2	
En couple	0	2	1	2	1	

Influence des thèmes selon le statut parental :

Tableau 16 : La méthode contraceptive : fréquence de citation selon le statut parental des participants

	Amélioration du préservatif	Avantage de la CM, la confiance	Avantage de la CM, le partage	Avantage de la Cm, le plaisir	Contraception à but contraceptif	Contraception à but préventif, contre les IST	Contraception à but thérapeutique	Contraception inefficace, coït interrompu	CM, Coït interrompu	CM: Pilule	CM, Préservatif	Contraception masculine, Vasectomie	CM, Crèmes spermicides	Contraception pour se protéger	Contrôle des éjaculations	Doute sur la notion d'avantage de la CM	Doute sur la notion d'inconvénient de la CM	Fact favorisant la CM : une Co mécanique	Fact favorisant la CM : CM naturelle	Fact favorisant la CM : Contraception efficace	Fact favorisant la CM : CM médicamenteuse	Fact favorisant la CM : Co facile à utiliser	Fact favorisant la CM : doute sur l'efficacité d'une pilule	Frein à la CM : la peur de la contraception chirurgicale	Frein à la CM: une Contraception contraignante	Frein à la CM :la forme de contraception proposée
aucun enfant	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	1	2	0	1	0	1	1	1
des enfants	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	3	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	3	

	Connaissance de la contraception du couple	1	2	2	0	1	1	1	0	1	0	2	3	2	1	1	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1
aucun enfant	Connaissance de la CM	2	0	1	1	1	0	1	1	0	0	2	3	2	0	0	1	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	2
des enfants	Conscience de l'existence d'autres contraception masculine																											
	Contraception choisie après conseil du gynéco																											
	Doute sur la contraception féminine utilisée																											
	Hésitation sur la notion de contraception dans le couple																											
	Hésitation sur les sources d'informations																											
	information claire et adaptée sur la contraception																											
	Internet n'est pas une source d'information																											
	La télé , source d'information peu fiable																											
	Manque d'information sur la vasectomie																											
	Manque de connaissance sur la CM																											
	Manque de sources d'information sur la CM																											
	Médecin traitant n'est pas une source d'information																											
	Sentiment d'être bien informé sur la CM																											
	Source d'information , être parents																											
	Source d'information , la curiosité																											
	source d'info: la femme																											
	Source d'info , la pharmacie																											
	Source d'info, le Médecin traitant																											
	Source d'information , les ami(e)s																											
	Source d'information , les livres																											
	Source d'information , les publicités																											
	Source d'info: Internet																											
	Source d'information, l'entourage																											
	Source d'information, les amis dans le domaine médical																											
	Source d'information, les études																											

Tableau 19 : L'influence socio-culturelle : fréquence de citation selon le statut parental des participants

	Contraception , sujet sensible pour l'homme	1	2	3	1	1	0	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
aucun enfant	Contraception , responsabilité féminine																											
des enfants	Contraception choisie par la femme																											
	Contraception du couple = contraception féminine																											
	Contraception masculine inhabituelle																											
	Contraception masculine peu utilisée																											
	Crème spermicide peu utilisée																											
	Gêne à l'évocation du couple																											
	Homme non concerné par la Co																											
	Manque d'intérêt sur la contraception																											
	Pas d'utilisation spontanée de la contraception masculine																											
	Peu d'enthousiasme à la Co masculine																											
	Sexualité , sujet tabou																											
	Utilisation si choix de madame																											
	Utilisation si obligation																											



Tableau 20 : La contraception féminine : fréquence de citation selon le statut parental des participants

	Contenut de la contraception actuelle	Contraception féminine , le stérilet	Contraception féminine déjà présente	Contraception féminine orale , la pilule	Frein à la Co masculine = Contraception féminine
aucun enfant	1	1	2	2	1
des enfants	0	2	2	3	2

Influence des thèmes selon la profession :

Tableau 21 : La méthode contraceptive : fréquence de citation selon la profession des participants



Tableau 23 : L'information : fréquence de citation selon la profession des participants

	Connaissance de la contraception du couple	Connaissance de la CM	Conscience de l'existence d'autres contraception masculine	Contraception choisie après conseil du gynéco	Doute sur la contraception féminine utilisée	Hésitation sur la notion de contraception dans le couple	Hésitation sur les sources d'informations	Information claire et adaptée sur la contraception	Internet n'est pas une source d'information	La télé , source d'information peu fiable	Manque d'information sur la vasectomie	Manque de connaissance sur la CM	Manque de sources d'information sur la CM	Médecin traitant n'est pas une source d'information	Sentiment d'être bien informé sur la CM	Source d'information, être parents	Source d'information, la curiosité	source d'info : la femme	Source d'info, la pharmacie	Source d'info, le Médecin traitant	Source d'information, les ami(e)s	Source d'information, les livres	Source d'information, les publicités	Source d'info: Internet	Source d'information, l'entourage	Source d'information, les amis dans le domaine médical	Source d'information, les études
Artisan	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Cadre	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
profession intermédiaire	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1
employé	1	2	3	0	0	0	1	0	0	1	2	4	2	1	1	1	1	1	0	2	0	1	0	1	1	0	1

Tableau 24 : L'influence socio-culturelle : fréquence de citation selon la profession des participants



	Contraception sujet sensible pour l'homme	Contraception , responsabilité féminine	Contraception choisie par la femme	Contraception du couple = contraception féminine	Contraception masculine inhabituelle	Contraception masculine peu utilisée	Crème spermicide peu utilisée	Gêne à l'évocation du couple	Homme non concerné par la Co	Manque d'intérêt sur la contraception	Pas d'utilisation spontanée de la contraception masculine	Peu d'enthousiasme à la Co masculine	Sexualité, sujet tabou	Utilisation si choix de madame	Utilisation si obligation
Artisan	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Cadre	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
profession intermédiaire	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
Employé	1	3	3	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0

Tableau 25 : La contraception féminine : fréquence de citation selon la profession des participants

	Contenu de la contraception actuelle	Contraception féminine , le stérilet	Contraception féminine déjà présente	Contraception féminine orale , la pilule	Frein à la Co masculine = Contraception féminine
Artisan	0	0	1	1	1
Cadre	0	1	1	1	1
profession intermédiaire	1	1	1	1	1
Employé	0	1	2	3	0



Influence des thèmes selon les antécédents d'IVG :

Tableau 26 : La méthode contraceptive : fréquence de citation selon le vécu d'une IVG des participants

Amélioration du préservatif
Avantage de la CM , la confiance
Avantage de la CM , le partage
Avantage de la Cm, le plaisir
Contraception à but contraceptif
Contraception à but préventif, contre les IST
Contraception à but thérapeutique
Contraception inefficace, coût interrompu
CM , Coût interrompu
CM :Pilule
CM, Préservatif
Contraception masculine , Vasectomie
CM, Crèmes spermicides
Contraception pour se protéger
Contrôle des éjaculations
Doute sur la notion d'avantage de la CM
Doute sur la notion d'inconvénient de la CM
Fact favorisant la CM : une Co mécanique
Fact favorisant la CM : CM naturelle
Fact favorisant la CM : Contraception efficace
Fact favorisant la CM : CM médicamenteuse
Fact favorisant la CM : Co facile à utiliser
Fact favorisant la CM : doute sur l'efficacité d'une pilule
Frein à la CM : la peur de la contraception chirurgicale
Frein à la CM : une Contraception contraignante
Frein à la CM : la forme de contraception proposée
Frein à la CM: l'impact sur l'éjaculation



ATC D IVG = oui	0	1	1	1	2	2	1	1	1	0	2	2	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1		
ATC D IVG = non	1	0	0	0	4	2	1	1	1	1	3	1	2	1	0	2	1	1	0	1	0	2	0	2	1	0	2	3	0

Frein à la CM : la modification des sensations génitales	0	1
Frein à la CM : la peur de la contraception chimique	1	0
Frein à la CM= la peur de la contraception hormonale	1	0
Frein à la CM : la peur de la douleur	1	0
Frein à la CM : la peur de la stérilité	0	1
Frein à la CM= la peur des effets indésirables	1	2
Frein à la CM: la peur d'une CM non médicamenteuse	1	0
Frein à la CM = le cout	0	1
Frein à la CM = l'irréversibilité de la CM	0	1
Manque de confiance dans le coït interrompu	1	0
Orgasme sans éjaculation	1	0
Préservatif , contraception propre	0	1
Préservatif , contraignant	0	2
Préservatif , facilité d'utilisation	0	2
Préservatif , inconvenient: baisse du plaisir	1	2
Préservatif , inconvenient = le cout	0	1
Préservatif , modifie les rapports sexuels	2	1
Préservatif , peu d'inconvénients	1	1
Préservatif , protection contre les IST	1	1
Préservatif , simplicité d'utilisation	0	1
Préservatif = la capote	1	2
Préservatif à faible cout	0	1
Préservatif qui craque	0	2
Préservatif qui protège	1	0
Préservatif, contraception de début du couple	0	1
Remboursement par la sécurité sociale	0	1
Sexualité épanouie	1	0
Vasectomie :pas de modification des SG	1	0



Tableau 27: L'histoire du couple : fréquence de citation selon le vécu d'une IVG des participants

	Absence de contraception		
	Absence de désir de maternité	2	0
	Absence de désir de paternité	2	0
	Amniocentèse mal vécue	1	0
	ATCD de malformations fœtale	1	0
	ATCD d'interruption de grossesse	2	0
	Confiance dans la conjointe	0	1
	Confiance dans le conjoint	1	0
	Connaissance de la contraception de la conjointe	2	3
	Contraception , responsabilité du couple	1	1
	Contraception , responsabilité masculine	1	1
	Contraception choisie par le couple	1	3
	Contraception du couple = CM	1	1
	Contrôle de sa paternité	0	1
	Couple différent de famille	0	1
	Couple= famille	0	1
	Déjà parent	1	0
	Désir de maternité , paternité commun	0	1
	Fact favorisant une Co efficace , Grossesse compliquée	1	1
	Fact favorisant une Co efficace , IVG traumatisante	1	0
	Fact favorisant une Co efficace: ATCD IVG	2	0
	Fact favorisant une Co efficace, Grossesse non désirée	1	0
	Frein à la CM = Couple stable	1	1
	Frein à la Co masculine = la compagne	1	0
	Frein à la CM= la durée du couple	1	2
	Frein à la CM= la fidélité	0	1
	Préservatif , mauvaise expérience	0	1
	Projet futur	0	1
	Utilisation spontanée de la CM	1	1
ATC D IVG = oui		1	1
ATC D IVG = non		1	1



	Contraception , sujet sensible pour l'homme	Contraception , responsabilité féminine	Contraception choisie par la femme	Contraception du couple = contraception féminine	Contraception masculine inhabituelle	Contraception masculine peu utilisée	Crème spermicide peu utilisée	Gêne à l'évocation du couple	Homme non concerné par la Contraception	Manque d'intérêt sur la contraception	Pas d'utilisation spontanée de la contraception masculine	Peu d'enthousiasme à la Co masculine	Sexualité , sujet tabou	Utilisation si choix de madame	Utilisation si obligation
ATCD IVG = oui	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
ATCD IVG = non	1	4	2	3	1	1	1	1	2	1	2	3	0	1	1

Tableau 30 : La contraception féminine : fréquence de citation selon le vécu d'une IVG des participants

	Content de la Contraception actuelle	Contraception féminine , le stérilet	Contraception féminine déjà présente	Contraception féminine , la pilule	Frein à la Contraception masculine = la Contraception féminine
ATCD IVG = oui	0	0	2	2	0
ATCD IVG = non	1	3	2	3	2



Annexe 4. Données sociodémographiques

Homme	Âge	Religion	Statut matrimonial	Enfants	IVG	Utilisation de la Co masculine
interne en Médecine	28	Athée	En couple(9 ans)	0	0	Non
infirmier	30	Athée	En couple (1 an)	0	0	Oui
infirmier	29	Athée	En couple	0	0	Oui
interne en Pharmacie	27	Athée	Célibataire	0	0	Non
opticien	31	Athée	En couple (2 ans)	0	0	Oui
aide médico-psychologique	40	Catholique	Marié (20 ans)	2	0	Oui
cheminot	45	Ne sais pas	Célibataire	0	1	Oui
couvreur	41	Chrétien	Marié	3	1	Oui
employé	51	Athée	Marié (12 ans)	0	0	Oui
directeur commercial	31	Catholique	Marié	1	0	Oui
éclairagiste	45	Athée	Marié (20 ans)	0	1	Oui
gestionnaire de stock	39	Catholique	En couple	2	0	Oui



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissante envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Consciente de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire



