



HAL
open science

Enquête d'opinion sur la contraception masculine : acceptabilité de nouveaux types de contraception

Ambre Constans

► **To cite this version:**

Ambre Constans. Enquête d'opinion sur la contraception masculine : acceptabilité de nouveaux types de contraception. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03163351

HAL Id: dumas-03163351

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03163351>

Submitted on 9 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ENQUÊTE D'OPINION SUR LA CONTRACEPTION
MASCULINE : ACCEPTABILITE DE NOUVEAUX TYPES DE
CONTRACEPTION**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

CONSTANS Ambre

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

REMERCIEMENTS

A Séverine Taithe, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour sa disponibilité, ses suggestions et remarques aussi précieuses que bienveillantes.

A Fabien Pernet, pour avoir accepté d'en être le co-directeur et m'avoir reçue avec autant de gentillesse.

Aux sages-femmes libérales qui ont accepté de m'ouvrir les portes de leur cabinet pour la réalisation de cette étude et d'un stage riche en enseignements.

A toutes les femmes et tous les hommes ayant participé, qui se sont portés volontaires pour se confier et échanger avec moi avec autant de sincérité.

A toutes les sages-femmes qui m'ont fait confiance, rassurée, et formée de la meilleure des manières.

A ma famille, en particulier mes parents pour leur soutien indéfectible, et Thibaut, pour être le meilleur frère qu'on puisse avoir.

A Guillaume, pour m'avoir soutenue quotidiennement et donné les meilleures conditions d'études possibles.

A mes amies, Lucie, Céline, Blandine, Jeanne, Lucy et Lyna, pour avoir toujours été là y compris dans les difficultés, et pour cette aventure extraordinaire partagée ensemble. Et à Lou, pour ta présence et ton écoute quand c'était indispensable.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFU	Association Française d'Urologie
ARDECOM	Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine
CONRAD	Contraception Research and Development
ET	Enanthate de Testostérone
FSH	Follicle Stimulating Hormone
GnRH	Gonadotropin-Releasing Hormone
HAS	Haute Autorité de Santé
hCG	Human Chorionic Gonadotropin
HDL	High Density Lipoprotein
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LH	Luteinizing Hormone
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UT	Undécanoate de Testostérone
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i>	
<i>REVUE DE LA LITTÉRATURE</i>	
1. Contexte mondial	3
2. L'usage de la contraception : état des lieux.....	5
3. Vue d'ensemble des essais cliniques sur la contraception masculine hormonale.....	7
4. Innocuité et inconvénients des méthodes	11
5. Les autres méthodes.....	13
6. Freins au développement de nouveaux types de contraceptions masculines	14
7. Acceptabilité et opinion concernant la contraception masculine	19
<i>POPULATION ET MÉTHODE</i>	
1. Population de l'étude	21
2. Méthode.....	21
<i>RÉSULTATS</i>	
1. Caractéristiques socio-démographiques des répondant.e.s.....	25
2. Méthode d'analyse et émergence des thèmes.....	25
3. Résultats des entretiens.....	26
<i>DISCUSSION</i>	
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	49
2. Discussion des résultats de l'étude.....	50
3. Perspectives d'avenir et projet d'action.....	65
<i>CONCLUSION</i>	
<i>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>	
<i>GLOSSAIRE</i>	
<i>ANNEXES</i>	

INTRODUCTION

Fin 1967, l'Assemblée Nationale adopte la loi Neuwirth autorisant et libéralisant le recours à la contraception, jusqu'alors interdite en France. Pour beaucoup de femmes, cette légalisation fut vécue comme une véritable victoire, symbole d'une réappropriation de leur corps et d'une redéfinition de leur rôle au sein de la société. Par la suite, une dizaine d'autres moyens dits féminins rejoignirent la pilule sur le marché contraceptif, tandis que le préservatif et le retrait furent longtemps les seules contraceptions utilisables par l'homme, avant l'autorisation en 2001 de la vasectomie à des fins contraceptives (1). Les méthodes masculines actuelles comportent de nombreuses limitations, notamment du point de vue de leur efficacité : celle-ci culmine à 99% pour la vasectomie, qui demeure par ailleurs un moyen définitif, mais n'atteint que les 85% en pratique courante pour les préservatifs et 73% pour le retrait, traduisant à la fois des difficultés d'utilisation et/ou un manque de compliance (2).

Le déséquilibre de nombre et d'efficacité entre contraceptions masculines et féminines a conduit à faire reposer le poids du contrôle des naissances sur les femmes essentiellement. Pourtant, la « crise de la pilule » née en 2012 a engendré une mutation du paysage contraceptif et un recours moindre à la contraception : 3% des femmes françaises de 15 à 49 ans ne voulant pas d'enfants n'utilisaient aucun moyen de contraception en 2010, contre 4,3% en 2016 (3,4). En parallèle, des questionnements se sont ainsi posés quant à l'intérêt d'une diversification de la contraception masculine, déjà réclamée par certains hommes depuis les années 1970 et appuyée par une partie des mouvements féministes (5). La contraception reste un enjeu de première importance pour une population mondiale en augmentation rapide (2). La contraception masculine, très peu explorée par la littérature, constitue de ce fait un thème sur lequel il convient de s'interroger.

L'objectif principal de cette étude est de recueillir l'opinion des hommes et des femmes concernant le développement de nouveaux types de contraception masculine. L'objectif secondaire est de recueillir l'opinion des hommes et des femmes concernant la contraception masculine actuelle. La réalisation d'une revue de la littérature établira dans un premier temps une synthèse des contraceptions masculines préexistantes et un historique des essais cliniques, en les resituant dans le contexte mondial actuel. Après une présentation de la méthode de recherche, la description des résultats s'ouvrira finalement sur l'analyse et la discussion de ces derniers, en proposant des perspectives d'avenir.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. CONTEXTE MONDIAL

1.1. Croissance de population et santé des femmes

Dans les dernières décennies, la population mondiale a connu une croissance sans précédent, doublant en seulement 50 ans pour atteindre les 7,3 milliards en 2015. À l'heure actuelle, elle augmente à un rythme de 80 millions de personnes par an et devrait dépasser les 9 milliards d'ici 2050 (6).

Dans ce contexte, on estime également que près de la moitié des grossesses dans le monde ne sont pas planifiées, et parmi celles-ci, la moitié sont non désirées. En conséquence, 25% de ces grossesses donnent lieu à un avortement provoqué, qui, dans de nombreux pays, expose les femmes à un risque accru de décès et à des conséquences négatives importantes pour la santé (7). Ainsi, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de 2010 à 2014, il a été enregistré dans le monde une moyenne annuelle de 56 millions d'avortements, sécurisés ou non, et chaque année, 4,7% à 13,2% des décès maternels peuvent être attribués à un avortement non sécurisé (8). En France, en 2018, 209 522 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées, et ce chiffre oscille, chaque année depuis 2001, entre 200 000 et 220 000 (9). Pourtant, deux femmes sur trois ayant eu recours à l'IVG utilisaient une méthode de contraception.

Ces statistiques suggèrent qu'il existe encore une lacune dans les options contraceptives actuelles et une difficulté certaine à mettre en œuvre une planification familiale au sein de tous les couples. Or, une planification familiale améliorée passe par une offre large de méthodes de contraception sûres, efficaces et réversibles, et peut permettre d'améliorer les résultats en matière de santé des femmes, des enfants et des familles (2,7). L'OMS rappelle ainsi qu'« en évitant les grossesses non désirées, la planification familiale et la contraception préviennent les décès de mères et d'enfants », et qu'elles diminuent le besoin de recourir à l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité (2).

1.2. Raisons des échecs contraceptifs et pistes d'amélioration

La disponibilité de nombreux choix de contraception efficaces et réversibles pour les femmes a amené la partenaire féminine à assumer sans équivoque la responsabilité première de la planification familiale (6). Mais malgré un large panel d'options contraceptives féminines théoriquement efficaces, il perdure un nombre d'échecs de

contraception élevé. Les grossesses non prévues traduisent les difficultés que rencontrent les femmes à maîtriser parfaitement leur fertilité sur le long terme (10). Parmi les raisons avancées par les femmes en échec de contraception, sont cités notamment un mauvais usage de la méthode, lié ou non à des difficultés de gestion quotidienne ou à une mauvaise connaissance de l'utilisation de la méthode, ainsi qu'un arrêt ou refus de contraception suite à une première expérience difficile (11). Ces constatations laissent à penser que des alternatives aux contraceptions actuelles sont à envisager, car l'adhésion des femmes à un moyen de contraception est parfois longue ou incomplète, entraînant ainsi des problèmes d'observance. De plus, l'avortement interdit ou limité dans plus de deux tiers des pays et l'augmentation de lois restrictives en matière d'IVG dans certaines régions du monde nécessitent de renforcer et repenser le travail engagé en contraception (12).

Les options contraceptives hormonales réversibles pour les femmes se sont multipliées au cours des dernières décennies. En revanche, aucune nouvelle option contraceptive réversible pour les hommes n'a été développée depuis l'invention du préservatif il y a plus de 400 ans. De fait, l'utilisation de méthodes de contraception masculines représente un sous-ensemble relativement faible : au niveau mondial, seulement 10% des méthodes de contraception utilisées sont des méthodes masculines (7). Dans ce contexte, l'OMS entend s'engager à « mettre au point de nouvelles méthodes afin d'élargir les choix en matière de contraception pour les hommes et les femmes » (2). Plus globalement, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a lancé de nombreuses campagnes pour inciter les hommes à s'impliquer en matière de contraception. La Haute Autorité de Santé (HAS) a également souligné en 2019 que « l'implication du partenaire dans le choix de la contraception permet de favoriser l'observance et l'acceptation de la méthode contraceptive » (13).

1.3. La sage-femme, actrice majeure de la prescription et du suivi contraceptif

L'article L.4151-1 du Code de la santé publique précise que : « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique » (14).

Ainsi, la sage-femme peut prescrire « les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration », et selon l'article R.4127-318, elle est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes techniques et cliniques nécessaires au suivi à la surveillance des situations non pathologiques concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception (15).

Le suivi contraceptif est donc l'une des compétences majeures de la sage-femme et constitue ainsi un maillon essentiel dans l'exercice de sa profession.

2. L'USAGE DE LA CONTRACEPTION : ETAT DES LIEUX

2.1. Les méthodes masculines actuelles

2.1.1. La vasectomie

La vasectomie est présentée comme une méthode de stérilisation plus que de contraception. Elle consiste en une opération, souvent sous anesthésie locale, visant à ligaturer et réséquer le canal déférent sur une portion d'un ou deux centimètres, empêchant ainsi le sperme de se mélanger au liquide séminal (16,17).

La vasectomie n'est légalisée que depuis 2001 en France (1) et ne remporte pas un réel succès : elle concerne moins de 1 % des hommes (une centaine par an uniquement y a recours) et seulement 0,3 % des femmes disent avoir un partenaire ayant eu recours à une vasectomie dans un but contraceptif. Aux États-Unis, environ 500 000 vasectomies à visée contraceptive sont réalisées chaque année (9 % des femmes aux États-Unis disent avoir un partenaire vasectomisé). Au total, plus de 50 millions d'hommes dans le monde ont subi la procédure (18).

Les vasectomies présentent l'avantage d'être d'une très grande efficacité : selon l'expérience de l'opérateur et la technique employée, le taux d'échec varie de 0,2 à 2%. De plus, le taux de complications reste faible et celles-ci sont en général bénignes. Globalement, la majorité des publications rend compte d'un taux de satisfaction élevé de la part des patients (16). Peu d'inconvénients sont relevés dans la littérature ; seuls sont notables un retard dans l'apparition de l'azoospermie* (celle-ci n'étant habituellement effective qu'après 15 à 24 éjaculations) ainsi qu'une gêne chronique aux testicules chez 10 à 15% des hommes (17).

2.1.2. Les préservatifs

Les préservatifs, à l'origine en intestins d'animal, sont utilisés depuis plusieurs siècles comme moyen de contraception. Ils sont utilisés par 5,7% des couples dans le monde entier (19). Depuis 1920, la plupart des préservatifs sont en latex, et présentent le caractère unique d'être le seul moyen de contraception offrant également une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (7).

Moyennant une utilisation correcte et régulière, la HAS fixe un taux d'efficacité du préservatif masculin à 98%, soit un indice de Pearl* de 2, faisant du préservatif masculin une contraception ayant une excellente efficacité théorique (20). De plus, les préservatifs sont quasiment exempts d'effets secondaires, le principal étant une éventuelle allergie au latex, désormais pallié par la mise sur le marché de préservatifs en polyuréthane.

2.1.3. Le retrait

La méthode du retrait, également appelée « coït interrompu » est une méthode dite « naturelle ». Elle consiste en un retrait de l'homme hors du vagin avant l'éjaculation. Associée à un fort taux d'échec avec 27% de grossesses la première année en utilisation courante, elle est classifiée par la HAS comme méthode de planification familiale pour les couples qui souhaiteraient espacer les grossesses et accepteraient une grossesse non programmée (21).

2.2. Les failles de ces deux méthodes

Interdite en France en 2001 au motif qu'elle portait atteinte à l'intégrité physique, C. Desjeux note que la vasectomie apparaît comme « symbole de castration », puisque qu'elle est présentée comme étant une méthode irréversible et définitive, ce qui pourrait expliquer le taux d'adhésion encore faible, notamment en France (18). En effet, comme le soulève l'Association Française d'Urologie, « dans l'imaginaire populaire, infertilité et impuissance ont partie liée et pour beaucoup d'hommes (...), perdre sa capacité de reproduction revient à ne plus être tout à fait un homme » (22). Dans le même ordre d'idée, la vasectomie reste vue comme une méthode bouleversant profondément la vie sexuelle. Or, il apparaît que des modifications à ce niveau (diminution de la libido,

impuissance...) seraient purement psychogènes et n'auraient aucun support organique. L'OMS rappelle même que la vasectomie « n'affecte pas la performance sexuelle masculine » (2).

Le caractère définitif de la vasectomie demeure également un frein à son recours. En effet, 1 à 6% des patients vasectomisés changent d'opinion et désirent utiliser leurs paillettes de sperme congelé ou demandent une reperméation déférentielle. Cependant, les taux de grossesse à suivre après l'opération ne dépassent pas 70% dans les études les plus optimistes, du fait de l'échec de la vasovasostomie*, de la présence d'anticorps anti-spermatozoïdes, ou de phénomènes inflammatoires chroniques pouvant altérer la qualité des spermatozoïdes éjaculés (16,23).

En ce qui concerne le préservatif, il présente comme vu précédemment une excellente efficacité théorique. Cependant, il s'avère qu'en utilisation courante, le taux de grossesse observé durant la première année d'utilisation s'élève à 3,3% en France et 15% aux Etats-Unis, ce qui la catégorise comme « méthode modérément efficace » (20). Les raisons de l'échec de la méthode résident principalement dans le risque de glissement ou de rupture du préservatif, qui se produit dans 4% des cas (17). Par ailleurs, le taux d'abandon de la méthode après un an d'utilisation est extrêmement élevé : 53% en France et 47% aux Etats-Unis (20). Enfin, certains hommes n'apprécient pas l'utilisation du préservatif car il diminue selon eux le plaisir sexuel ou que son utilisation est contraignante.

3. VUE D'ENSEMBLE DES ESSAIS CLINIQUES SUR LA CONTRACEPTION MASCULINE HORMONALE

3.1. Rappels : physiologie de la spermatogenèse*

Le testicule assure deux fonctions : les productions d'androgènes et de spermatozoïdes, contrôlées par l'axe hypothalamo-hypophysaire. Les neurones spécialisés de l'hypothalamus secrètent de façon pulsatile la GnRH (hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires), responsable de la synthèse et de la libération par l'antéhypophyse des deux gonadotrophines, la LH (hormone lutéinisante) et la FSH (hormone folliculostimulante). La LH stimule la production et la sécrétion des stéroïdes par les cellules de Leydig*, essentiellement la testostérone (de 3 à 10 mg/jour), et peut réduire la sécrétion de GnRH via un rétrocontrôle négatif, inhibant ainsi la production

des gonadotrophines. En plus de son action endocrine* sur l'expression et le maintien des caractères sexuels masculins, la testostérone exerce conjointement avec la FSH un effet paracrine* sur les cellules de Sertoli*. De celles-ci dépendent toutes les étapes de la spermatogenèse : mitoses des spermatogonies*, méiose, spermiogenèse* et spermiation* (24).

3.2. Contraception hormonale : historique des essais cliniques

3.2.1. Objectifs de la contraception

La qualité d'une contraception est appréciée sur plusieurs critères : son efficacité, devant être précoce et durable ; sa réversibilité, qui doit être complète et rapide ; et son innocuité, qui se doit d'être immédiate et à long terme, que ce soit pour le patient, sa partenaire et son éventuelle descendance. Il est également indispensable que la contraception n'impacte pas la sexualité, qu'elle soit peu contraignante et possède un faible coût, le but étant d'assurer son acceptabilité à long terme (16).

Les méthodes hormonales testées ont pour objectif de neutraliser la spermatogenèse*. Lorsque les sécrétions de la FSH et de la LH sont inhibées, les cellules de Sertoli sont privées de leurs deux principaux agents d'activation ; dans ces conditions, il se produit un arrêt de la spermatogenèse (25). Depuis le début des essais cliniques, différents schémas contraceptifs ont été imaginés et testés.

3.2.2. Androgènes seuls

La testostérone, à doses supra-physiologiques, fonctionne comme un contraceptif masculin. En effet, elle inhibe la sécrétion de LH et de FSH par l'hypophyse via un rétrocontrôle négatif, et cette inhibition prive ainsi le testicule des signaux nécessaires à la spermatogenèse (17).

Une étude de référence a été réalisée par l'OMS en 1990. Dans cette enquête internationale multicentrique, chacun des 271 hommes des couples de l'étude a reçu une injection intramusculaire hebdomadaire de 200 mg d'énanthate de testostérone (ET). À 6 mois, 65% des hommes sont devenus azospermiques, la plupart du pourcentage restant devenant seulement oligozoosperme*. En 1486 mois d'exposition, une seule grossesse est survenue, soit un indice de Pearl de 0,8, analogue à celui des contraceptions hormonales féminines. Globalement, le délai moyen d'obtention de

l'azoospermie était de 120 jours, le délai médian de récupération d'une concentration de sperme d'au moins 20 millions/mL étant de 3,7 mois (26).

L'OMS poursuit alors avec une autre étude prospective internationale entre 1990 et 1994 impliquant 15 centres répartis dans neuf pays (27). Le même schéma thérapeutique est utilisé pour traiter 399 hommes. L'azoospermie a été obtenue chez 77% des patients, et seuls 8 hommes n'ont pas atteint le seuil d'oligozoospermie définie comme étant ≤ 3 millions de spermatozoïdes/mL après 6 mois (28,29). Aucune grossesse n'est survenue chez les hommes ayant atteint l'azoospermie, 4 grossesses ont été comptabilisées chez ceux ayant atteint une oligozoospermie sévère. Comme dans l'étude initiale de l'OMS, tous les sujets ont retrouvé une spermatogenèse normale après la fin de l'étude (7).

Ces deux premières études marquantes ont fourni des preuves solides que lorsque la spermatogenèse est restreinte à une production très faible de spermatozoïdes par l'administration d'androgènes exogènes, l'efficacité contraceptive peut être aussi élevée que celle des méthodes contraceptives féminines (29). La méthode par injections hebdomadaires d'ET est actuellement prescrite en France uniquement par le Dr Soufir à Paris. En l'absence d'étude menée à long terme sur l'emploi de cette substance à des fins contraceptives, l'OMS limite par précaution l'emploi de cette méthode contraceptive à une durée de 18 mois.

Une étude de moindre envergure évaluant l'efficacité d'implants de testostérone à 800 ou 1200 mg dans la paroi abdominale, avec ou sans inhibiteur de la 5-alpha-réductase, a conclu qu'aucune grossesse ne s'est produite pendant la période d'exposition de 214 mois (30).

Une étude de Gu et al. (2003), soutenue par l'OMS, a ensuite porté sur la suppression de la spermatogenèse par l'undécanoate de testostérone (UT), administré à 1045 hommes en une injection mensuelle de 500 mg après une dose initiale de 1000 mg. Au cours des six premiers mois, 43 des 898 participants (4,8%) seulement n'ont pas atteint une concentration de spermatozoïdes inférieure à 1 million/ml. 855 couples sont entrés en phase d'efficacité de 24 mois et 733 ont terminé l'étude. En 1554 mois d'exposition, neuf grossesses ont eu lieu, soit des taux d'échec de respectivement de 1,0% et 1,1% à la fin des 12 et 24 derniers mois (31).

3.2.3. *Associations androgènes et progestatifs*

Des études de moindre envergure ont évalué l'ajout de progestatifs à la testostérone par analogie à la contraception oestroprogestative chez la femme. En effet, chez les deux sexes, les progestatifs exercent un effet anti-gonadotrope*, induisant une diminution de la sécrétion d'androgènes par les cellules de Leydig. Les androgènes exogènes vont, quant à eux, en plus de leur rôle substitutif, renforcer l'action anti-gonadotrope sur la sécrétion des deux gonadotrophines (23). Différents progestatifs ont été utilisés, dans leur voie d'administration et le type de molécule utilisée. Tous ces petits essais cliniques ont montré que l'ajout d'un progestatif potentialise l'efficacité de la contraception (32).

Encouragés par les résultats de ces essais, une étude menée par l'OMS et le Contraception Research and Development Network (CONRAD) évaluant l'efficacité de l'utilisation combinée d'UT et d'ET, sur 320 couples à l'échelle internationale a abouti à une efficacité supérieure à celle du préservatif, mais l'essai a été arrêté prématurément par l'OMS en raison des effets secondaires tels que des changements d'humeur, une douleur au site d'injection ou une augmentation de la libido, et ce malgré que très peu d'hommes aient arrêté le traitement (33,34).

Un autre schéma en cours de développement comprend des applications quotidiennes de gel de nestorone et de gel de testostérone. L'utilisation combinée de ces deux gels a conduit à une concentration de spermatozoïdes inférieure à 1 million/mL ou à l'azoospermie chez 89% des hommes (33,35). Une étude de plus grande envergure visant à évaluer l'efficacité de ces deux gels combinés a démarré en 2018.

En 2019 est présenté à la conférence annuelle de l'Endocrine Society le résultat d'un essai mené par Wang sur une pilule pour homme, 11-beta-MNTD, associant testostérone et progestatif. L'étude menée chez 40 hommes, qui ont tous terminé l'étude, a permis d'aboutir à un taux moyen de testostérone circulante aussi bas que celui associé à un déficit en androgènes, sans occasionner d'effets indésirables graves et sans impacter l'activité sexuelle. "Une contraception masculine hormonale réversible et sans danger devrait être disponible dans environ 10 ans", a prédit Wang (36).

3.2.4. Association androgènes et antagonistes de la GnRH

L'association antagoniste de la GnRH et androgènes permet d'induire un blocage très rapide de la sécrétion des gonadotrophines par les cellules gonadotropes hypophysaires, en se fixant de manière compétitive sur leurs récepteurs membranaires à la GnRH. Là encore, les androgènes sont apportés à visée substitutive. Ce schéma permet d'induire une azoospermie chez la quasi-totalité des patients, mais présente l'inconvénient de nécessiter des injections sous-cutanées, le plus souvent quotidiennes ou au mieux tous les trois jours pour certaines formes. De plus, la production est coûteuse, et certains des antagonistes ont également provoqué une réaction cutanée. (23).

Des études à court terme ultérieures ont cependant montré que la suppression de la spermatogenèse obtenue par les antagonistes de la GnRH plus un androgène peut être maintenue par l'administration de l'androgène seul. Par ailleurs, comme les antagonistes de la GnRH nécessitaient des injections fréquentes, les antagonistes de la GnRH oraux sont en cours de développement, mais ne sont pas encore disponibles (29).

4. INNOCUITE ET INCONVENIENTS DES METHODES

4.1. Innocuité des méthodes hormonales : qu'en est-il ?

La testostérone et ses esters sont utilisés comme traitement de remplacement chez les hommes hypogonadiques, ce qui fait que leurs effets indésirables sont ainsi bien connus. Les effets secondaires courants sont l'acné, la peau grasse, la prise de poids, la diminution du cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité (HDL), et l'augmentation de l'hématocrite. Ces effets indésirables peuvent dépendre de la dose et des méthodes d'administration de la testostérone (23).

Dans les deux essais cliniques de l'OMS sur la contraception utilisant l'ET, les effets indésirables signalés sont les suivants : douleur au site d'injection (respectivement 7.5% et 5.3%), acné (29.5% et 2%), gain de poids (4,4% et 0,5%), fatigue (8,1% et 0% lors de la deuxième étude), ainsi que des changements de l'humeur (1,5% et 1%), et de la libido (4,4% et 0,8%) (26,27).

Pour l'essai clinique chinois utilisant l'UT (1 000 mg puis 500 mg toutes les semaines) chez plus de 1 000 hommes, les effets indésirables les plus fréquemment rapportés ont

été la douleur au site d'injection (3,9%), l'acné (7,4%), la toux après injection (2,1%) et les changements d'humeur ou de comportement (0,8%) (31).

En revanche, les effets sur la prostate ou sur le système cardio-vasculaire de la testostérone à dose supra-physiologique n'ont pas encore été évalués sur le long terme. Il n'y a toutefois pas de preuve que la prise des androgènes soit responsable de l'apparition de cancers de la prostate (28).

Il existe peu d'essais cliniques utilisant la testostérone combinée à un progestatif avec un grand nombre de sujets. Lorsque les implants de testostérone étaient administrés avec de l'acétate de médroxyprogestérone, les arrêts de traitement étaient principalement dus à des problèmes d'implants (extrusion, douleur, déficit androgénique dû à une délivrance insuffisante de testostérone par les implants), de fluctuation de l'humeur ou à des raisons personnelles non liées à l'étude (29).

4.2. Inconvénients identifiés des méthodes à l'essai

La plupart des esthers de testostérone actuellement développés ont une biodisponibilité médiocre par voie orale, imposant ainsi en théorie la prise de comprimés plusieurs fois par jour. C'est pourquoi toutes ces études ont été réalisées avec des androgènes par voie injectable en intramusculaire, mais cette voie d'injection peut être vécue comme invasive par certains patients. De plus, même si tous les modes de contraception hormonale testés sont réversibles, la complexité de ces schémas peut être vécue comme particulièrement contraignante par bon nombre de patients. Quoiqu'il en soit, l'analyse de toutes ces données confirme qu'aucun schéma idéal de contraception hormonale n'a été officiellement validé pour être utilisé en pratique courante dans la population générale (23).

Par ailleurs, les différentes études ont pu mettre en évidence des différences ethniques dans la réponse à la contraception hormonale masculine. En effet, il est apparu au cours de ces études que les participants d'Asie sont bien plus sensibles à la suppression de la spermatogenèse induite par la testostérone, avec des taux d'azoospermie compris entre 90 et 100%, par rapport aux hommes caucasiens. Il n'y a pas d'explication claire pour cette différence (17) et les tentatives d'identification de différences génétiques, notamment dans les polymorphismes du récepteur aux androgènes, n'ont pas réussi à expliquer ces écarts (7).

5. LES AUTRES METHODES

5.1. La méthode thermique

La spermatogénèse ne peut se dérouler normalement que s'il existe une température épидидymotesticulaire plus basse que celle du corps : en effet, la température moyenne testiculaire est de 33 à 34,5°C avec un différentiel thermique corps-testicule de 3 à 4,5°C en moyenne. Cette constatation faite, il fut envisagé qu'une élévation de la température testiculaire puisse induire une inhibition de la spermatogénèse, et par là représenter une méthode potentielle de contraception masculine (16).

L'équipe française du Dr Mieusset a mis au point un sous-vêtement permettant la remontée des testicules au niveau inguinal pendant 15 heures par jour. Le maintien de cette position entraîne une augmentation de la température testiculaire d'environ 1 à 2°C et par ce biais une altération de la spermatogénèse. Trois essais entre 1991 et 1994 ont évalué l'efficacité de trois modes de contraceptions thermiques progressivement améliorés : un suspensoir en coton, devenu un sous-vêtement en polyester, puis un sous-vêtement spécifique. Au total, sur 51 couples et 536 cycles d'exposition, il n'y a eu qu'une grossesse, consécutive à une mauvaise utilisation de la méthode (37). La réversibilité a été observée chez tous les patients entre 6 et 12 mois, et cette méthode présente les avantages de ne pas interférer avec l'acte sexuel, de ne pas affecter la libido, de n'avoir quasiment aucun effet secondaire hormis de l'inconfort chez certains patients, et d'être de longue durée (24 à 48 mois) (23). Le slip chauffant est actuellement prescrit en France uniquement par le Dr Mieusset, à Toulouse.

5.2. La contraception immunologique

Une autre voie de recherche a été envisagée : celle de la contraception immunologique. Elle permettrait d'induire une immunisation réversible de l'organisme masculin ou féminin contre des antigènes impliqués dans les différentes étapes de la reproduction. Plusieurs cibles théoriques ont pu être identifiées, les plus prometteuses étant l'hCG chez la femme et le récepteur de la FSH des cellules de Sertoli chez l'homme. L'immunocontraception contre les antigènes de surface des spermatozoïdes pourrait aussi présenter de nombreux avantages : l'obtention d'une longue période de protection grâce à une simple immunisation, l'absence d'interférence avec la stéroïdogénèse*, et la possibilité d'immuniser aussi bien l'homme que la femme contre un antigène du

spermatozoïde (16). Mais la mise au point de méthodes efficaces et réversibles, la grande variabilité inter-individuelle des réponses vaccinales et l'élaboration de schémas vaccinaux encore trop complexes demeurent encore des problèmes pour le moment insolubles. L'immuno-contraception est donc une méthode d'avenir, probablement, mais pas encore celle d'un proche avenir (23).

5.3. D'autres pistes

Des études sont actuellement en cours et portent sur l'inhibition des agents de conversion de la vitamine A en acide rétinoïque, facteur essentiel à l'initiation de la méiose, et donc à la formation des gamètes. Cette méthode présenterait l'avantage de ne pas interférer avec la fonction endocrine des testicules (33).

Par ailleurs, l'injection d'un polymère dans le canal déférent est actuellement à l'étude. Celui-ci agit sur la membrane cellulaire des spermatozoïdes qui le traversent, les rendant non viables, et non pas comme une barrière au passage du sperme, évitant ainsi les problèmes de contre-pression. Un composé de ce type est actuellement soumis à des essais sur les animaux aux États-Unis sous la marque Vasalgel. À la suite d'essais réussis, 31 autres études précliniques sont en cours (38).

6. FREINS AU DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX TYPES DE CONTRACTIONS MASCULINES

6.1. L'expérience de l'Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (ARDECOM)

L'expérience de la contraception médicalisée pour les hommes dans les années 1980 a notamment permis de repenser la sexualité et le rapport avec la partenaire. Dans la mouvance des années 70, en lien avec l'existence des groupes féministes, des groupes de paroles d'hommes constituèrent un peu partout en France, autour de thèmes remettant en cause leur statut d'homme dans une société patriarcale. La question de la contraception, du partage des rôles, des responsabilités et des risques dans la sexualité constituait un thème récurrent, et donna ainsi lieu au rassemblement de ces groupes d'hommes sous le nom d'ARDECOM (Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine). Ces hommes, principalement âgés de 25 à 35 ans, ayant fait pour la plupart l'expérience des difficultés contraceptives de leur

compagne, se fédèrent autour de Jean-Claude Soufir, médecin endocrinologue, diabétologue et militant, et décident de commencer avec lui une expérimentation de contraception hormonale masculine. A partir de 1979, ARDECOM réunit durant une petite dizaine d'années près de 200 adhérents. Une centaine d'hommes se sont contraceptés par la méthode hormonale ou par la chaleur, mise au point par le groupe de Toulouse, autour du Dr Mieusset. Les hommes d'ARDECOM qui prennent une contraception expriment une double motivation : d'une part, une logique de soutien et de partage des contraintes contraceptives ; la maîtrise de la fécondité est ainsi « mutualisée » dans le sens où elle relève de la responsabilité de chacun. D'autre part, il s'agit également de se prémunir soi-même d'une paternité qui ne serait pas décidée, mais subie.

Durant la période 1979-1983, ARDECOM se heurte à une absence de ressources tant sur le plan matériel (aucune méthode médicalisée n'est connue), sur celui des compétences (il n'existe pas de prescripteurs et peu de volontaires), que sur le plan symbolique (la contraception est difficilement perçue comme pouvant être une demande émanant des hommes). Les hommes d'ARDECOM furent aussi confrontés au scepticisme d'un grand nombre d'acteurs : toutes les féministes n'étaient pas partisans d'un investissement des hommes dans ce domaine par peur de perdre leur autonomie contraceptive ; la presse tourna en ridicule les utilisateurs de la méthode ; les laboratoires pharmaceutiques jugèrent la demande trop faible et ne s'investirent pas dans son développement ; enfin, une partie des scientifiques ne voulut pas toucher au corps des hommes.

ARDECOM s'arrêtera entre 1986 et 1988, peinant à prendre une position active, et dans un contexte où l'arrivée du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) relègue l'intérêt des nouvelles méthodes contraceptives. L'association reprend de la vigueur en 2012-2013 à partir des groupes de parole encore actifs, de la sortie du livre des Dr Soufir et Mieusset, et du protocole de l'OMS (39).

6.2. Histoire de la contraception masculine et freins à son développement

Les raisons de cette asymétrie de développement entre contraceptions masculine et féminine ont été étudiées par C. Desjeux, qui met en exergue deux causes principales (18).

D'une part, les structures organisationnelles durant les années 1930 ont créé un contexte plus favorable au développement de la recherche sur les hormones dites féminines. En effet, tandis que le recueil des hormones féminines était de la responsabilité de structures appartenant à la sphère médicale, celui des hormones masculines était réalisé par des institutions sans lien avec le monde médical (prisons, casernes militaires, usines), ce qui eut pour conséquence de mettre à disposition une quantité plus importante de matériaux biologiques féminins à étudier par les chercheurs.

D'autre part, le contexte historique de la seconde guerre mondiale a conduit les firmes pharmaceutiques à impulser des recherches sur les hormones dites masculines, mais pour une finalité toute autre que contraceptive. En effet, ces recherches ont trouvé un intérêt plus particulier dans l'armée allemande, dont « le but était d'avoir une armée d'hommes virils, puissants et performants, et d'augmenter les capacités reproductives ». Cette dynamique de recherche sur les hormones masculines s'est ensuite vue largement réduite avec la fin de la guerre et n'a ainsi pas débouché sur des recherches davantage centrées sur un intérêt contraceptif.

Par ailleurs, il apparaît que le développement d'une contraception hormonale masculine n'est pas financièrement avantageux pour les laboratoires pharmaceutiques. En effet, Desjeux relève au cours de son étude ce propos de Friedericke Weber-Dielt du groupe Schering, qui évalue le développement de l'injection d'ET à un coût de près de 250 millions de dollars, ce qui « ne vaudrait pas le coup car l'investissement serait disproportionné par rapport au coût ». L'ET obtiendra par la suite une autorisation de mise sur le marché, mais pas dans un but contraceptif, limitant ainsi le nombre de prescripteurs. Concernant la méthode combinant le progestatif et la testostérone, elle n'intéressera jamais les pourvoyeurs de fonds, et les demandes de financement faites au Ministère de la Santé et au Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle à la fin des années 1970 seront toutes refusées.

Le manque de financement pour soutenir les essais cliniques constitue ainsi un obstacle majeur au développement de la contraception hormonale masculine. Les principales sociétés pharmaceutiques et biotechnologiques ont globalement abandonné le domaine de la recherche-développement sur la contraception masculine au cours de la dernière décennie. Qu'il s'agisse de préoccupations liées aux rendements financiers limités, à l'augmentation potentielle des obstacles réglementaires concernant la sécurité d'un

contraceptif masculin, à l'opposition religieuse, à la tendance générale à faire de la planification familiale un «problème féminin», ou à des poursuites très médiatisées avec des effets secondaires inattendus des contraceptifs féminins, ce manque d'intérêt de la part de l'industrie pharmaceutique a gravement entravé l'introduction de nouveaux contraceptifs masculins sur le marché.

En raison du manque d'investissement de la part des partis gouvernementaux et industriels, la plupart des essais d'efficacité clinique des contraceptifs masculins ont été relativement limités. Des essais cliniques beaucoup plus vastes pourraient être possibles avec un soutien financier accru de l'industrie pharmaceutique. De tels essais de grande envergure sont cependant indispensables pour donner de la crédibilité aux méthodes étudiées et comprendre les effets secondaires et l'acceptabilité à plus long terme (7).

Enfin, la méthode du slip thermique rencontrera également peu de succès, certains médecins considérant que le slip entraîne trop de démangeaisons. Pour Gena Corea, féministe américaine, il s'agit là de logiques sexistes : « une démangeaison n'est rien comparée aux désagréments et aux risques que les femmes sous pilule ou dispositif intra-utérin (DIU) subissent [dans les années 1970] ». Elle cite le Docteur Fahim : « nous injectons des centaines de substances chimiques dans l'utérus des femmes, mais nous ne touchons jamais aux testicules » (18).

Ceci fait écho aux interrogations de van Wersch et al., qui rappellent que la pilule féminine, pourtant mise au point en 1956, mais autorisée à la vente la même année en Allemagne Fédérale et en 1960 aux Etats-Unis, a été introduite sur le marché moins de dix ans après son développement ; des affinements ont eu lieu tout au long de son utilisation pratique, au cours de laquelle les effets secondaires et les problèmes de santé devinrent apparents (40).

6.3. Des craintes directement issues de la contraception féminine

S'interrogeant sur la nature des craintes potentielles nourries par les hommes à l'encontre de la contraception masculine, N. Kalampakilis et F. Buschini notent dans leur étude que, dans l'imaginaire collectif, « la contraception médicalisée n'est jamais d'emblée un processus naturel, puisqu'elle va à l'encontre d'un phénomène inhérent à la nature de l'être humain, à savoir la reproduction, de manière à empêcher sa finalité. » Cette idée d'aller à l'encontre de la nature et de la physiologie de l'organisme va ainsi

engendrer toute une série de craintes sur les effets possibles d'une contraception masculine médicalisée.

Mais il reste à savoir de quel type de contraception il s'agit réellement. Le manque avéré d'informations sur la contraception masculine médicalisée, pour la très grande majorité de la population, induit un manque certain de confiance dans le progrès scientifique sur ce sujet. Pour pallier à ce manque de connaissances, l'imaginaire va s'ancrer dans la contraception féminine, et transférer l'information au champ de la contraception masculine, car c'est le seul moyen de prendre possession de ce sujet non familier qu'est la contraception masculine médicalisée. Ainsi, les potentiels effets secondaires sont puisés dans l'univers féminin et dans ce qui reste de l'ordre du connu. Comme les interviewés ont émis rapidement l'idée que le principe actif de la contraception masculine sera de nature hormonale, les effets secondaires évoqués ont été empruntés à la contraception féminine. Ainsi sont cités des effets directement imputables à la prise d'hormones par les interviewés, qu'ils soient « à court terme » - allergie, éruption, fatigue, prise de poids, céphalées, troubles de l'humeur - ou à plus long terme, comme le risque de cancer ou de difficulté à retrouver une fertilité.

Mais N. Kalampakilis et F. Buschini suggèrent que cette transposition n'est pas judicieuse et se révèle inadéquate, dans le sens où les nombreuses différences sur les plans anatomique, physiologique, et hormonal entre hommes et femmes ne permettent pas d'établir un parallèle direct entre contraceptions masculine et féminine. En effet, il s'avère que, si les interviewés ont effectivement une réelle connaissance des conséquences hormonales sur le cycle féminin et sur l'ovulation, il n'en est pas de même concernant l'éventuel impact des hormones sur le corps masculin. Il en ressort ainsi une impossibilité à transposer ce fonctionnement à l'univers masculin et d'imaginer une réelle isomorphie entre contraceptions masculine et féminine, étant donnée la différence existant entre les femmes et les hommes au niveau des cycles biologiques d'une part, et des appareils génitaux d'autre part.

Mais les craintes émises vis-à-vis d'une contraception médicalisée s'étendent au-delà du simple champ médical et touchent également une dimension psychosociale et identitaire, à savoir l'atteinte à la virilité et à la masculinité. D'une part, la contraception masculine est considérée par certains hommes comme une menace symbolique pour l'identité masculine et le statut social de l'homme au sein du couple, de la famille et de

la société, de par la perte de leur capacité reproductrice. D'autre part, la prise d'hormones est associée à la peur d'effets secondaires impactant directement la virilité et la masculinité, à savoir des troubles de l'érection et de l'éjaculation, ou un risque de féminisation.

7. ACCEPTABILITE ET OPINION CONCERNANT LA CONTRACEPTION **MASCULINE**

A la suite des études de l'OMS ayant conclu à l'efficacité d'une méthode hormonale masculine, d'autres études ont porté sur l'acceptabilité de ces méthodes par les hommes et la confiance que leur accorderait leur partenaire féminine. Une étude a ainsi été menée sur 1200 hommes d'Ecosse, d'Afrique du Sud, de Hong Kong et de la République Populaire de Chine, afin de connaître l'attitude des hommes concernant les méthodes actuelles de contraception mais aussi concernant les diverses méthodes qui pourraient voir le jour dans le futur. Il s'est avéré que les résultats variaient nettement en fonction du contexte culturel. En effet, à Hong Kong, où l'utilisation du préservatif masculin est la plus forte, 79% des hommes interrogés trouvent cette méthode « pratique », contre 59% en Ecosse.(42)

Les hommes de la Chine et de Hong Kong sont moins enthousiastes concernant une contraception hormonale masculine : 44-50% utiliseraient une pilule masculine, mais préfèrent l'usage des préservatifs. En Ecosse et en Afrique du Sud, 66 à 83% des hommes ont répondu qu'ils utiliseraient une pilule masculine, et qu'elle serait pour eux préférable aux préservatifs. On leur demandait également quelle méthode d'administration hypothétique serait préférable pour eux : la pilule arrive en tête des préférences, et l'implant en dernière position, sauf en Chine. La familiarité avec des méthodes féminines comparables semble avoir influencé les préférences des répondants.

La plus grosse étude menée sur l'acceptabilité de nouvelles méthodes de contraception masculine, réalisée par Heinemann et al. et ayant interrogé plus de 9000 hommes dans 9 pays et 4 continents différents, a également conclu à des différences culturelles dans les réponses. (43) Entre 44,5% et 71,4% des interrogés (47% en France) expriment leur volonté d'utiliser une nouvelle méthode contraceptive masculine, ce qui donne un taux global de 55,1%. Seulement 20,7% du total des répondants ne le souhaitent pas. 42,6%

seulement de ceux qui se sont montrés disposés à envisager un nouveau type de contraception masculine préféreraient le préservatif.

Un objectif important de l'étude était d'évaluer les préférences des répondants en ce qui concerne les différentes formes posologiques d'une nouvelle méthode de contraception parmi une administration orale quotidienne, une application quotidienne de pommade, une injection mensuelle ou une implantation annuelle. Dans toutes les populations étudiées, l'administration orale quotidienne était la voie d'administration préférée. En Europe et aux États-Unis, l'administration orale quotidienne était suivie d'un implant annuel et d'une injection mensuelle en deuxième et troisième choix, alors que l'implant annuel était moins souvent préféré par les répondants sud-américains et indonésiens. En Indonésie, une injection mensuelle et la posologie orale étaient presque à égalité. La préférence pour un agent quotidien (pilule orale, pommade) n'était pas associée à l'âge, mais l'administration orale quotidienne a été préférée par les hommes sans partenaire permanent. D'autre part, la préférence pour les implants était, elle, liée à l'âge et au fait d'être en union stable. Parmi les répondants qui préféraient une forme injectable ou implantable, un tiers déclarait une préférence générale pour une fréquence d'application de moyen à long terme (6 à 12 mois), tandis que plus de la moitié déclarait préférer un intervalle plus court (par exemple, une administration mensuelle).

Dans une étude menée sur 118 hommes en Australie, alors que 25% des hommes ont répondu qu'ils n'essaieraient jamais ou probablement pas de contraception hormonale masculine, 50% l'utiliseraient certainement ou probablement. (44)

Enfin, une étude a interrogé 1894 femmes fréquentant des centres de planification familiale en Ecosse, Afrique du Sud et Chine afin de savoir si elles feraient confiance à leur partenaire pour l'utilisation d'une pilule masculine. Dans tous les centres, plus de 65% des femmes estiment que la responsabilité contraceptive leur incombe trop souvent. Plus de 90% des répondantes en Ecosse et en Afrique du Sud ont trouvé qu'une pilule masculine serait une bonne idée, contre 71% des femmes à Hong-Kong et 87% en Chine. Seules 13% de la totalité des répondantes n'ont pas trouvé qu'une contraception masculine hormonale serait une bonne idée et seules 36 femmes (2%) ont déclaré qu'elles ne feraient pas confiance à leur partenaire pour l'utiliser. Entre 40% et 78% de ces femmes pensent qu'elles utiliseraient la contraception hormonale masculine si elle était disponible.(45,46).

POPULATION ET MÉTHODE

1. POPULATION DE L'ETUDE

1.1. L'échantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude a été constitué selon une stratégie non probabiliste d'échantillonnage, à savoir la méthode par choix raisonné. Cependant, le nombre restreint de critères d'exclusion a pour but d'obtenir un panel de participants le plus diversifié possible et se situant à des stades différents de leur vie affective.

1.1.1. Critères d'inclusion

Les femmes et hommes inclus dans l'étude devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Hommes et femmes volontaires de plus de 18 ans
- Hommes et femmes ayant déjà eu une expérience avec la contraception

1.1.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Hommes et femmes ne parlant pas le français
- Hommes et femmes sous tutelle/curatelle

2. METHODE

2.1. Type d'étude

L'objectif principal de cette étude était de recueillir l'opinion des hommes et des femmes concernant le développement de nouveaux types de contraception masculine. L'objectif secondaire était de recueillir l'opinion des hommes et des femmes concernant la contraception masculine actuelle.

Dans le but de récolter des opinions étayées et argumentées, il a été choisi de réaliser une étude qualitative à visée descriptive et interprétative. Le choix de réaliser des entretiens semi-directifs, menés par des questions ouvertes, a permis aux hommes et femmes interrogé.e.s de disposer d'un espace libre de parole.

2.2. Le mode de recueil des données

Les entretiens semi-directifs ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien (**Annexe I**) élaborée à partir des thèmes dégagés de la revue de la littérature. Les thèmes à explorer étaient les suivants :

- Place de l'homme et implication dans le parcours contraceptif
- Connaissance des méthodes actuelles de contraception masculine
- Opinion concernant les méthodes actuelles de contraception masculine
- Connaissance des méthodes de contraception masculine en développement
- Opinion et attentes concernant un nouveau type de contraception masculine

Dans l'objectif de pouvoir comparer et confronter les résultats des répondants masculins et féminins, la grille d'entretien des hommes et celle des femmes ont été réalisées sur la même trame. La seule variation réside dans la formulation des questions (féminine ou masculine), adaptée au répondant.

Toutes les données, qu'elles soient verbales ou non verbales, ont été prises en compte et recueillies au cours de l'entretien par une prise de note sur journal de bord.

Les entretiens ont été enregistrés par le biais d'un dictaphone avec l'accord de toutes les personnes interrogées, et retranscrits ensuite dans leur globalité sur le logiciel informatique Microsoft Word, permettant ainsi d'obtenir des verbatim.

2.3. Le déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée dans une Université en santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes, ainsi qu'au sein du cabinet libéral d'une sage-femme exerçant dans cette même région. Le recrutement et les entretiens avec les participant.e.s ont débuté le 4 octobre 2019 pour une durée de trois mois consécutifs.

Un entretien test préliminaire a été réalisé afin de mettre à l'épreuve la grille d'entretien et d'apprécier le temps moyen nécessaire à celui-ci.

Le but était de poursuivre les entretiens jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que deux entretiens consécutifs ne révèlent pas de nouvelles données. Pour des raisons décrites plus tard, cet objectif n'a pas pu être atteint. Finalement, dix

entretiens ont été réalisés avec cinq hommes et cinq femmes, dont la durée est comprise entre 19 minutes sept secondes et 40 minutes quinze secondes. Les dix participants contactés ont tous acceptés de réaliser un entretien ; aucun refus ni abandon n'a été déploré.

Ces interviews se sont déroulées en face à face, dans une pièce libre et close du cabinet libéral ou de l'Université, mise à disposition par la sage-femme ou réservée auprès du secrétariat de la Faculté, après la consultation ou les cours des personnes interrogées.

2.4. Le mode d'analyse des données

Les données à la fois verbales et non verbales ont constitué les critères d'analyse de l'étude. Le procédé d'analyse thématique du contenu a été jugé le plus propice à notre étude, le but étant de faire émerger des noyaux de sens. Cette analyse s'est divisée en plusieurs étapes.

La première étape a consisté, sur la base d'une analyse verticale des verbatim, à faire émerger des codes et des concepts à partir des différentes unités sémantiques. Ces codes ont ensuite permis l'élaboration d'une grille de catégories, c'est-à-dire de rubriques réunissant les codes ayant des caractères communs. Enfin, ces catégories ont pu être rassemblées en grands thèmes. L'analyse horizontale a permis de comparer les différents thèmes retrouvés dans les entretiens afin d'avoir une vision globale des thèmes abordés.

Les thèmes de départ issus de la littérature ont été intégrés à la grille et enrichis par ceux émergeant de l'analyse des verbatim : les thèmes finaux sont ainsi nés d'une analyse à la fois inductive et déductive.

2.5. Les aspects éthiques et réglementaires

2.5.1. Avis des comités consultatifs

L'étude a fait l'objet d'un avis favorable du Comité d'Ethique ainsi que d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) qui l'a validée en septembre 2019. Les autorisations écrites de la sage-femme libérale et des responsables de la Faculté ont été obtenues préalablement à la réalisation des entretiens.

2.5.2. Information et consentement

A l'Université, une lettre d'information écrite a été diffusée par le biais des réseaux sociaux du Bureau des Etudiants, laissant ainsi la possibilité à d'éventuels participant.e.s de contacter l'enquêtrice afin de fixer un rendez-vous (**Annexe II**).

Au cabinet libéral, une information orale concernant l'étude a été délivrée lors d'une première consultation, accompagnée d'une lettre d'information donnée en main propre, afin de laisser un temps de réflexion à chacun.e des participant.e.s jusqu'à leur prochaine consultation.

Dans tous les cas, un consentement oral a été recueilli le jour de l'entretien pour confirmer l'acceptation des modalités de l'étude et de l'enregistrement des interviews.

2.5.3. Anonymat

Les entretiens ont été anonymisés de sorte que les participants ne puissent être identifiés : une lettre de l'alphabet a ainsi été attribuée à chaque répondant, et aucune donnée personnelle telles que la profession, date de naissance ou adresse ne sera précisée.

Les enregistrements ont été archivés dans un fichier informatique sécurisé, accessible par un mot de passe uniquement connu de l'enquêtrice, et détruits après leur retranscription informatique.

RÉSULTATS

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES REpondant.e.s

Au terme de la période de recueil de données qui s'est étendue du 4 octobre 2019 au 20 janvier 2020, dix entretiens ont pu être réalisés, comprenant cinq hommes et cinq femmes. Ces hommes et femmes ont été sélectionnés sur la base des critères d'inclusion préalablement établis sans qu'ils n'aient besoin d'être rediscutés. Aucun des répondants n'a refusé de participer à l'étude.

La durée des entretiens réalisés avec les femmes a été comprise entre 22 et 43 minutes, pour une durée totale cumulée de 162 minutes. Les entretiens réalisés avec les hommes ont duré entre 19 et 33 minutes, pour une durée totale cumulée de 131 minutes. Au total, l'ensemble des entretiens a représenté 293 minutes d'enregistrement vocal qui ont été intégralement retranscrites par l'enquêtrice.

Les 10 participants, âgés de 18 à 34 ans, étaient tous de nationalité française. Parmi eux, il a été dénombré six étudiants en santé et quatre actifs. Quatre des répondants se sont déclarés en couple, trois mariés, et les trois autres se sont déclarés célibataires. Trois personnes interrogées avaient des enfants. L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques des participant.e.s de l'étude ont été rassemblées dans le tableau en annexe (**Annexe III**).

2. METHODE D'ANALYSE ET EMERGENCE DES THEMES

Les entretiens des hommes et ceux des femmes ont dans un premier temps été analysés à part et indépendamment, afin de faire émerger des thèmes propres à chacun. Cependant, ces thèmes se sont avérés communs et porteurs de grandes similarités ; quatre thèmes ont été dégagés chez les hommes, et six chez les femmes. Malgré cela, des divergences d'opinion sur certains points sont à noter.

Du fait de ces similitudes, les thèmes des hommes et ceux des femmes ont ensuite été rapprochés et réunis dans un objectif comparatif, et il a été choisi d'analyser les propos des hommes et des femmes ensemble, tout en mettant en lumière leurs différences.

Les thèmes issus de la littérature ont pu être refondus avec ceux émergeant des entretiens ; un tableau a été établi pour figurer les thèmes et sous-thèmes définitifs (**Annexe IV**).

Les thèmes finaux sont les suivants :

- Les contraceptions masculines préexistantes
- Opinion concernant de nouvelles contraceptions masculines
- Eventualités d'une nouvelle contraception masculine
- Freins possibles à l'essor de la contraception masculine
- La contraception, charge inexorablement féminine ?
- L'homme et la contraception : place et implication

3. RESULTATS DES ENTRETIENS

3.1. Les contraceptions masculines préexistantes

3.1.1. Le préservatif, connu de toutes et tous

Le préservatif est apparu, tant pour les hommes que pour les femmes, comme un moyen de contraception largement connu et dont l'information s'est fortement diffusée dans la société actuelle. Ainsi, la majorité des répondant.e.s a peine à se rappeler depuis quand et par quel biais ils le connaissent, tant ce moyen de contraception a toujours fait partie de leurs connaissances : « *Je saurais même pas dire, préservatif j'ai l'impression je dirais d'avoir toujours connu ça.* » a indiqué Mr F, comme Mr G : « *Les préservatifs je pense qu'il faut être quand même assez fort pour jamais en avoir entendu parler.* »

Les cours de collège et de lycée, que ce soit via des séances de prévention sexuelle ou via les cours théoriques de biologie, ont été largement décrits comme vecteurs de connaissances au sujet du préservatif : « *Peut-être que ça devait être au collège... ou à l'école je sais plus, quand on nous faisait les cours avec les professeurs d'SVT ou les infirmières et tout ça, c'est peut-être à ce moment-là que j'ai pris conscience de ce que c'était le préservatif...* » a expliqué Mme E, rejointe par Mme A : « *Depuis longtemps parce qu'en fait au collège on nous avait fait un cours, enfin de la prévention sur l'activité sexuelle tout ça, et on nous avait parlé des préservatifs, et pareil on nous en a refait au lycée* » Cependant, Mme B, scolarisée en établissement catholique, explique ne pas avoir reçu de tels enseignements : « *J'étais dans un collège catholique, on n'a pas fait de... voilà. (...) Non, on n'en parle pas hein ! Ça n'existe pas.* »

Mme D souligne aussi, comme deux autres répondant.e.s, le rôle du Sidaction et des campagnes de sensibilisation contre le VIH, fortement médiatisées durant leur

adolescence, dans son apport de connaissances : « *C'était l'époque où il y avait un peu une reconnaissance du SIDA, je sais plus quand est-ce qu'on a découvert la trithérapie, mais y a un moment où justement les gens ont pensé qu'on pouvait guérir le SIDA, et du coup on avait eu des campagnes d'information il me semble en troisième (...) et puis pour les Sidaction y avait devant le lycée toujours des groupes qui distribuaient des préservatifs* ». Le préservatif était alors considéré différemment : « *(...) moi le préservatif c'était moins un moyen de contraception. Quand je l'ai connu, je l'ai plus connu comme moyen de lutter contre le SIDA, contre les maladies sexuellement transmissibles* »

Par ailleurs, les répondant.e.s ont décrit un rôle différent de leur entourage familial dans cet apport de connaissances au sujet du préservatif. Pour Mr I, une discussion autour du préservatif a eu lieu avec sa mère : « *Et puis mes parents aussi, ils me disaient "il faut toujours avoir un rapport protégé". (...) Ma mère. Elle m'a dit "on sait jamais, il peut y avoir des maladies donc du coup il vaut mieux que tu sortes avec un préservatif." Je devais avoir 16 ans, 17 ans.* ». Un homme et une femme ont dit quant à eux ne pas en avoir parlé avec leurs parents, mais plutôt avec leurs sœurs aînées.

3.1.2. Une adhésion incomplète au préservatif

Le préservatif a été décrit par la quasi-totalité des répondants comme porteur de beaucoup de points positifs : il a été ainsi qualifié tant par les hommes que par les femmes de méthode sûre, fiable, accessible et facile d'utilisation : « *C'est quand même une méthode plutôt efficace (...) qui a quand même plutôt fait ses preuves au cours des années.* » a dit Mr F, rejoint par Mme D « *Ben avantages c'est que c'est vraiment quelque chose qui est pas du tout... comment dire... dans la durée. C'est vraiment sur le moment, c'est très facile, on peut en acheter très facilement, c'est très accessible.* » Le préservatif a été jugé par certain.e.s comme une méthode assez idéale, puisqu'elle présente également l'avantage d'empêcher la transmission des IST, en plus de son rôle contraceptif.

Cependant, toutes et tous ont également pointé des inconvénients notables selon eux : l'interruption de l'acte sexuel à la mise du préservatif entraînant une coupure de l'élan, la diminution du plaisir et l'altération des sensations, un certain inconfort, une douleur parfois, ou encore le prix, qui peut s'avérer élevé à la longue, notamment pour des jeunes : « *Les préservatifs pour nous ça coupe trop l'élan* » a expliqué Mr J, comme

Mme D : « *Après le seul inconvénient pour moi c'est de le mettre pendant l'acte. C'est-à-dire qu'on peut pas le mettre tout au début, au milieu ça fait un peu une interruption donc faut... C'est plus dans l'acte sexuel que ça dérange. Moi j'ai jamais eu de problème de préservatif qui craque ou de chose comme ça mais y a ce risque-là aussi* » et Mr I : « *Parce que le préservatif... tous les préservatifs sont pas remboursés en plus par la Sécu, c'est juste un type de préservatifs, je sais pas trop quoi, et une boîte de capotes ça coûte cher, donc s'il faut prendre une capote à chaque fois, le budget capotes va revenir très cher...* »

Mme C a ainsi qualifié le préservatif de très contraignant, et notamment dans le cadre d'une relation longue durée : « *En tout cas pour moi je pense que c'est quelque chose que j'utiliserais pas comme contraception à long terme. (...) Occasionnellement. S'il y a des rapports occasionnels avec des personnes avec qui on n'a pas fait les dépistages des IST par exemple, (...) l'utiliser pourquoi pas, après n'utiliser que cette méthode en méthode de contraception à long terme pour un couple, moi c'est quelque chose que j'aurais du mal à utiliser, que je trouve contraignant* »

Ainsi, le préservatif, bien que présenté comme une méthode aux nombreux avantages pour les répondant.e.s, a remporté une adhésion en demi-teinte et semble considéré comme un moyen de contraception adapté à une utilisation ponctuelle, mais pas à l'évolutivité d'une relation.

3.1.3. Les autres méthodes citées

Une femme et plusieurs hommes ont cité la vasectomie comme moyen de contraception masculin, mais avoué en entendre très peu parler et avoir peu d'informations à ce sujet. Mr C a expliqué avoir abordé le sujet en cours, et connaître le principe des ligatures, tandis que les autres répondants avaient uniquement la notion du caractère définitif et permanent de la méthode, à l'image de Mr J : « *Non non, je me suis pas renseigné plus que ça euh... Je sais pas du tout ce que c'est, en fait. Donc mis à part le nom et le fait que... c'est définitif, je... A part ça, je sais pas grand-chose.* ». Ce caractère définitif a d'ailleurs été présenté par Mr J à la fois comme un avantage et un inconvénient, puisqu'il implique la certitude de ne plus vouloir avoir d'enfants et la décision d'un non-retour en arrière : « *L'avantage c'est qu'une fois c'est terminé, l'inconvénient c'est, c'est mon épouse qui dit ça, mais si un jour elle meurt et que je me remarie, je serai peut-être content de pouvoir faire d'autres enfants.* »

Deux répondantes ont aussi cité le retrait mais indiqué ne pas le considérer comme un moyen de contraception à part entière, le jugeant risqué et insécuritaire. Cependant, comme le préservatif, le retrait a fait partie très tôt des méthodes envisagées et des questionnements qui se sont posés au commencement de la sexualité pour Mme E : « *Le retrait... je sais pas... Je pense que quand on commence à avoir une sexualité on se pose justement ces questions-là. Je sais pas trop comment j'en ai entendu parler, mais je pense que ça devait être (...) sur internet et tout ça, sur Youtube, qui disaient justement que c'était (...) pas assez fiable comme méthode quoi, que c'était pas une vraie méthode à part entière* »

De la même façon que la vasectomie, deux femmes ont cité les spermicides mais n'en connaissaient que le nom, et expliquaient avoir entendu qu'ils ne constituent pas un vrai moyen de contraception : « *Après je sais qu'il y a des gels spermicides je crois... Mais je crois pas que ce soit un vrai moyen de contraception* » a dit Mme A, tout comme Mme E : « *Et les spermicides pour moi j'avais entendu que c'était pas une méthode de contraception à part entière* ».

3.2. Opinion concernant de nouvelles contraceptions masculines

3.2.1 Satisfaction vis-à-vis de la contraception masculine actuelle

De manière globale, hommes et femmes ont presque tous qualifié le panel contraceptif masculin actuel de la même façon : « *Je pense qu'il est extrêmement limité !* » Mme B, « *Il est quasiment nul.* » Mme D, « *Moi je trouve qu'il est trop limité !* » Mr J. Pour Mr H, ce manque de contraceptions masculines réduit les choix possibles et la prise de décision à l'égard de la contraception : « *Il est très restreint. Si on veut simplifier dans la contraception masculine, enfin pour nous entre guillemets, c'est très restreint je trouve. Ça pourrait être intéressant d'enrichir (...) le panel de contraceptifs. Parce que moi je vois deux choix en ce moment, enfin trois : soit c'est la femme qui prend une contraception pour nous, soit le préservatif, soit la stérilisation, c'est pas énorme.* ». Mme C a ainsi souligné le nombre réduit de possibilités de contraceptions masculines par rapport à celui des femmes : « *(...) par rapport au choix qu'on a en tant que femme, je trouve que c'est très restreint.* »

Cependant, tandis que les cinq femmes interrogées étaient unanimes, chez les hommes, deux se sont dits satisfaits du choix qui s'offre à eux. Mr G a expliqué avoir trouvé au

sein de son couple une méthode de contraception convenant aux deux partenaires : « Euh... oui [le choix me convient]. Mais c'est surtout lié au fait que c'est ma copine qui prend la pilule (...) Je pense qu'on se serait posé la question de se contenter des préservatifs, je pense que si elle ne prenait pas la pilule, on aurait voulu assurer plus de sécurité avec autre chose, auquel cas, là, je pense que j'aurais pu préférer qu'il y ait plus de choix peut-être. Ou je me serais plus renseigné. » Quant à Mr I, il s'est dit satisfait des méthodes actuelles car elles n'impliquent pas d'intervention sur l'organisme, et n'en souhaite pas de nouvelles : « Moi je suis satisfait ! (...) Oui je suis satisfait parce qu'au moins on touche pas à l'organisme. »

3.2.2. Les femmes en faveur de nouvelles contraceptions masculines

Alors que trois hommes sur les cinq interrogés ont exprimé une opinion positive vis-à-vis de nouvelles contraceptions masculines, toutes les répondantes se sont déclarées en faveur d'un élargissement du panel contraceptif masculin, évoquant plusieurs arguments.

Pour Mme D, estimant que la contraception est encore très ancrée chez la femme, de nouvelles contraceptions masculines permettraient plus de partage de la responsabilité : « Moi je trouve que c'est très bien, parce que je trouve que ce serait partager, enfin... Encore une fois on parle beaucoup du partage entre les hommes et les femmes, et ça c'est encore quelque chose qui est vraiment ancré chez les femmes ». Pour l'ensemble des répondantes, ce serait aussi l'occasion de diminuer la charge qui pèse sur les femmes, qu'elles ont personnellement ressentie ou ressentent encore : « (...) et à cause du fait qu'il existe peu de méthodes et pas vraiment de méthodes fiables (...), ça enferme encore plus les femmes parce qu'on est dans nos effets secondaires et nos modes de contraception qui ne nous vont pas forcément (...) C'est sûr que ce serait une bonne chose que y en ait plus et que ce soit plus développé (...) pour libérer les femmes au moins de cette charge qui leur est imposée. Si on avait le choix, on subirait moins notre contraception. » a ainsi expliqué Mme B.

Plusieurs femmes ont décrit un parcours contraceptif chaotique et constitué de multiples essais et changements de méthodes. Mme D a expliqué avoir eu beaucoup de difficultés à trouver un moyen de contraception adéquat et changé de multiples fois de pilule : « Alors moi j'en ai essayé plusieurs mais alors y en a une j'avais beaucoup grossi, y en a une qui me donnait du cholestérol à un taux énorme, (...) y en a une elle me donnait

des règles complètement anarchiques, (...), y en a une elle faisait de la rétention d'eau. Au bout d'un moment ma gynéco m'a dit "bon on va essayer le stérilet", c'était le début des stérilets qu'on posait chez les femmes qui n'avaient pas accouché, (...) et moi j'avais bien voulu parce que j'en avais marre de ces pilules ». Mme E, ayant connu des difficultés similaires, a exprimé des craintes à l'idée que son moyen contraceptif puisse ne plus lui convenir un jour : « Moi-même je dis le stérilet, je suis contente que ça existe et tout ça mais j'espère que ça va bien se passer parce que c'est possible que non et je vais devoir dire "qu'est-ce qu'on va faire, qu'est-ce qu'on va prendre" quoi. ». Pour elle, l'apparition de nouvelles contraceptions masculines pourrait permettre de ne plus faire un « choix par défaut, par dépit ».

Les autres répondantes ont également mis en avant la possibilité de palier au refus de certaines femmes qui ne souhaitent pas prendre une contraception, ou bien aux impossibilités d'autres femmes, porteuses de trop de contre-indications à l'égard des contraceptions féminines : « Et puis je pense qu'il y a des cas où typiquement moi je supporte pas les pilules, donc c'est bien je supporte le stérilet au cuivre je le prends, mais je me dis qu'il y a des femmes qui supportent pas la pilule, qui veulent pas forcément un stérilet ou des choses comme ça, ben ça pourrait être l'occasion de dire "ben est-ce que l'autre peut le faire" et c'est bien d'avoir je trouve deux possibilités plutôt qu'uniquement la femme qui se dise "je peux, je peux pas". » a expliqué Mme D.

Enfin, pour les interrogées, une nouvelle contraception masculine serait l'occasion d'instaurer au sein des couples une réelle discussion au sein du couple et de leur permettre de faire un vrai choix, comme l'a exprimé Mme E : « S'il y avait plus de contraceptions masculines, ce serait génial que ce soit un vrai... une vraie discussion qu'on ait au début de chaque couple, "bon ben qui c'est qui la prend, toi, moi ?", ce serait génial quoi ! ».

3.3. Eventualités d'une nouvelle contraception masculine

3.3.1. Formes et caractéristiques de la contraception

Afin de comprendre leurs attentes envers une éventuelle nouvelle méthode de contraception, les répondant.e.s ont été interrogés sur les critères essentiels à leurs yeux pour choisir leur méthode contraceptive. Si l'efficacité reste le premier critère pour toutes et tous les répondant.e.s, le deuxième le plus cité était l'innocuité pour le corps et

l'impact réduit sur les autres fonctions de l'organisme : « *Alors l'efficacité en premier lieu (...), je pense que c'est mon premier critère, qu'il soit efficace. Et après c'est plutôt... ben comment réagit mon corps, l'invasivité on va dire, et troisième chose le côté pratique* » a dit Mme D, comme Mme B : « *Ben c'est qu'il soit efficace en premier lieu. (...) Et c'est vrai que je veux qu'il soit... j'allais dire "safe" pour la santé, qu'il m'apporte justement pas d'effets indésirables* ».

Plusieurs femmes ont mis en avant l'évolutivité de ces critères : peu préoccupées auparavant par cette notion d'innocuité pour le corps, elles ont exprimé en faire désormais une priorité, comme Mme E : « *Ben ça a beaucoup changé... Ben déjà au début je me posais pas beaucoup de questions mais, pour moi maintenant, mon critère c'est... déjà de un qu'il soit efficace, c'est le critère numéro un. Et maintenant mon deuxième critère c'est qu'il soit le plus... j'allais dire le plus naturel (...), qu'il dérange le moins possible mon corps* ». Une méthode à longue durée d'action, non contraignante ou encore non implantable/externe au corps ont été les autres critères énumérés par les femmes. Deux hommes ont aussi ajouté le besoin que la méthode ne nuise pas au bon déroulement des rapports sexuels.

Lorsqu'ils (elles) ont été interrogé.e.s sur le contraceptif masculin souhaité dans l'idéal, hommes et femmes se sont tous référé.e.s aux contraceptions existant pour les femmes. La pilule a été jugée trop contraignante par tous les hommes, nécessitant une organisation de la vie quotidienne, de la rigueur et de la régularité : « *La plus répandue c'est la pilule mais ça implique de la régularité, c'est-à-dire que c'est contraignant, faut pas l'oublier, faut l'amener partout où on va, faut s'organiser un petit peu par rapport à ça. C'est pas souvent super marrant. Je pense qu'une pilule masculine, on va se... on risque de se confronter à peu près aux mêmes (...) risques, aux mêmes inconvénients quoi.* » a expliqué Mr G, comme Mr J : « *Je pense que la pilule c'est quand même pas optimal, parce qu'il faut y penser tous les jours.* »

Implant et stérilet sont ainsi les deux méthodes jugées les plus pratiques ou représentant le plus d'innocuité, et ayant le gros avantage d'être des méthodes de longue durée d'action, notamment pour Mr F : « *Pour moi c'est ce qui représente le plus d'innocuité en fait, un implant, parce que ça dure plus longtemps aussi. Souvent un implant ça dure entre trois mois et trois ans. (...) il est là pendant mettons trois mois, tous les trois mois tu dois faire ton injection mais bon, pendant trois mois t'es plus ou moins tranquille.*

T'as pas forcément à y penser jusqu'au jour où il faut absolument le faire changer. » et Mr H : *« Ben en comparant avec ce qui se propose pour les femmes par exemple, le plus pratique je trouve c'est tout ce qui est stérilet, tu le poses, normalement il bouge pas pendant cinq ans c'est pratique (...). Voilà, je pense que quelque chose de fixe, qui bouge pas entre guillemets, c'est le plus préférable. »*. Deux répondant.e.s ont aussi insisté sur l'élimination et la réversibilité de la méthode, qu'ils souhaitent pouvoir arrêter à tout moment. Pour Mr J : *« Si c'est hormonal, qui se diffuse un peu tout seul sans qu'on y prête trop attention, et après si c'est mécanique, on va dire le moins intrusif possible. »*.

Pour Mr I, il ne peut pas exister de nouvelle issue contraceptive pour les hommes. Une méthode obstacle qui bloquerait les spermatozoïdes empêcherait selon lui leur bon renouvellement et serait néfaste pour l'organisme, tandis qu'une méthode hormonale s'associerait à trop d'effets indésirables. Pour lui, le préservatif reste la seule solution envisageable.

3.3.2. Les réticences vis-à-vis des effets indésirables

La notion d'impact négatif sur l'organisme a constitué un point d'insistance de la part de l'ensemble des répondant.e.s, et l'un des principaux sujets d'inquiétude à l'évocation de nouvelles contraceptions masculines. Abordées lors des entretiens, les hormones ont fait naître beaucoup de craintes et été automatiquement associées à des effets indésirables à plus ou moins grande échelle, notamment par Mr H : *« Oui [une méthode hormonale aurait des répercussions négatives], parce que les hormones n'ont pas qu'une fonction sexuelle. (...) Donc si on les bloque, totalement en tout cas, je pense qu'il y aura forcément des répercussions. (...) Il y aurait forcément des... des effets indésirables mais ça pourrait être minime, par exemple y aurait juste moins de rétention hydro-sodée donc il faudrait demander en parallèle à la personne de boire un peu plus »*, Mr F : *« C'est forcément des hormones qui viendront de l'extérieur, qui auront pas été prévues par le corps, et à moins que ce soit hyper bien géré, ça peut poser des problèmes. Il y a des chances (...) que ça provoque chez certaines personnes des réactions... (...) tout ce qui est dérèglements hormonaux, prise de poids, des choses comme ça... des trucs qu'on voit finalement chez la pilule en fait. Acné, prise de poids... »* et Mr I *« Franchement je préfère mettre le préservatif que me prendre un truc dans mon corps, que je sais pas ce que ça fait, et que finalement dans dix ans on dira «*

ouais t'as pris ça, t'es devenu stérile », comme ça s'est fait avec la pilule ». Ces effets indésirables ont été mis en lien direct avec ceux observables pour les pilules féminines, la majorité des interrogé.e.s pensant que ceux-ci pourraient être identiques. Mr I a ainsi relaté les déboires rencontrés par sa compagne prenant la pilule, et expliqué se refuser à prendre à son tour une pilule sur laquelle il n'y aurait pas de recul scientifique.

De leur côté, les femmes ont montré les mêmes appréhensions. L'une des répondantes s'est dit cependant confiante vis-à-vis des hormones, tandis que les autres ont expliqué avoir pris la décision de ne plus en prendre, du fait d'effets secondaires ou par envie de retrouver un fonctionnement physiologique du corps. Elles ont exprimé alors ne pas vouloir pour leur partenaire masculin ce qu'elles se refusent à prendre elles-mêmes : *« Justement, après le but c'est pas de dire « moi je m'empoisonne pas, mais toi par contre tu peux (...) C'est le problème un peu des médicaments, c'est que quasiment tous les médicaments ont des effets secondaires, donc il faudrait bien sûr que ce soit pas comme pour la femme, (...) enfin qui entraîne pas des désagréments. Parce que moi je (...) suis pas pour, pour moi, de prendre des hormones, donc je suis pas pour non plus [pour les hommes]... »* a ainsi dit Mme B, comme Mme C *« Dans le sens où moi j'ai pas envie de prendre une pilule contraceptive pour femmes sur le long terme, j'aurais pas non plus envie... du fait des hormones... que l'homme avec qui je suis en couple prenne des hormones... à ma place entre guillemets, alors que moi j'ai pas envie de le faire »*. Ces mêmes répondantes ont exprimé le fait que malgré leur opinion positive vis-à-vis d'une nouvelle contraception masculine, le but ne serait pas de l'imposer à l'homme et de le contraindre à sa prise, mais de pouvoir élargir le champ contraceptif.

3.3.3. L'acceptabilité des effets indésirables, marqueur d'une inégalité hommes/femmes ?

Se disant tous soucieux vis-à-vis des éventuels effets indésirables, certain.e.s répondant.e.s ont cependant noté une différence d'acceptabilité de ces effets entre hommes et femmes, comme Mme A : *« Je trouve que niveau hormones côté féminin c'est très accepté de mettre des hormones dans le corps des femmes, par contre en général, les hormones dans le corps des hommes c'est un peu plus... (...) ça fait un peu plus bizarre en fait dans l'inconscient collectif j'ai l'impression. »*

Les hommes interrogés ont évalué la gente masculine comme encore trop craintive et non prête à accepter l'éventuel impact de la contraception sur leur organisme : *« Je*

pense qu'il y a plein d'hommes à qui la situation convient bien parce qu'ils se portent bien sans effets secondaires liés à ce genre de chose. » a indiqué Mr G, comme Mr F : *« Peur des effets secondaires, peur que ça leur fasse mal, mine de rien. Sans penser au fait que les femmes font déjà ça avec la pilule depuis longtemps et que ça leur fait du mal aussi »*. Mr I a ainsi exprimé une forme « d'égoïsme » de la part des hommes et un conditionnement à cette forme de pensée : *« Mais après je suis d'accord que c'est un conditionnement quoi, c'est très égoïste de dire que la femme, elle peut se prendre des hormones et que l'homme ne peut pas se prendre d'hormones ! »*. Celle-ci serait régie selon Mr G par l'imaginaire collectif faisant de la contraception la charge de la femme : *« Je pense que s'il y avait des effets de saute d'humeur, de baisse de libido, de prise de poids, des trucs comme ça (...) je pense que le cap sera très dur à passer (...), comme j'ai l'impression que dans l'imaginaire collectif c'est un peu leur taf, c'est un peu admis que c'est à elles de se coltiner ces trucs-là »*. Mr G a décrit la société comme étant encore « phalo-centrée » malgré des améliorations, et prenant globalement plus en compte le confort masculin que féminin : *« Je parle plus d'un point de vue général de (...) société centrée un peu plus sur les hommes, sur le confort masculin, je pense, de manière générale (...) Je pense que pour moi la société actuellement, j'ai l'impression que, même si on s'en sort, j'ai l'impression qu'elle est encore un peu phalo-centrée »*

3.3.4. Les autres déterminants de l'adhésion à une nouvelle contraception masculine

Si les répondants masculins, malgré une opinion positive pour quatre d'entre eux, ont pensé que les hommes ne sont pas prêts à accepter une nouvelle forme de contraception masculine, les femmes sont plus partagées. Certaines pensent que le manque d'enthousiasme prédominerait, d'autres que l'intérêt serait fort : *« Enfin c'est vraiment une grosse idée reçue mais, je pense sincèrement, dans mon idée en tout cas, qu'ils seraient pas... qu'ils seraient frileux et qu'ils seraient pas... enjoués. »* a dit Mme B et Mme E : *« Je pense qu'il y a une partie de la population qui est totalement prête et que ce serait très accepté et ce serait une grande victoire, je pense, et une autre partie de la population... qui sera jamais prête à faire ça. »* Mme A a quant à elle pensé que ce serait très accepté et un pas de plus vers l'égalité. Plusieurs hommes et femmes ont comparé le processus d'adhésion à une nouvelle contraception masculine à celui de n'importe quel changement sociétal : elle ferait naître des critiques dans un premier temps puis l'opinion pourrait évoluer positivement : *« Mais je pense que c'est comme*

tout, ça peut trouver un public parce que je pense qu'il y a quand même de plus en plus de gens ouverts (...) donc je pense que la société est en train d'évoluer, et que ça peut tout à fait être accueilli... au départ ce sera peut-être pas massif, mais je pense que petit à petit... » a ainsi dit Mme D.

Les hommes interrogés se sont aussi montrés particulièrement demandeurs de plus de communication et de preuves scientifiques en cas de mise sur le marché d'une nouvelle contraception masculine, afin d'être sûrs de l'efficacité et l'innocuité de celle-ci : « *Si on nous le présente bien, qu'il y a des études oui, pourquoi pas.* » a indiqué Mr H, rejoint par Mr F « *Si son innocuité est complètement démontrée et que ça démontre une efficacité réelle et que ça présente aucun danger, donc qu'après vraiment, on est sûr que c'est safe, je pense que c'est... c'est pas une hypothèse à écarter.* ». « *Ce qu'il y aurait besoin c'est surtout la communication. La grosse chose dont on aurait besoin c'est d'en entendre beaucoup plus parler.* » a conclu Mr F.

Pour l'une des répondantes, l'opinion varierait également en fonction des générations : selon Mme E, la jeune génération serait plus encline à prendre une contraception masculine, estimant que le débat est plus ouvert chez les jeunes et le sujet davantage rediscuté au sein des couples : « *j'ai l'impression que déjà le débat est un peu moins ouvert chez nos parents, (...) ils parlent un peu moins de ces choses-là et du coup (...) je me dis que le débat au sein même des couples doit être un peu moins libre que pour nous il l'est, donc je suis pas sûre que les femmes oseraient demander aux hommes de se mettre à prendre la pilule alors que ça fait des années qu'elles la prennent et que... peut-être qu'elles le subissent sans (...) se rendre forcément compte des conséquences.* » Mais dans le même temps, elle explique que la jeune génération est cependant plus méfiante envers la pilule : « *Je pense aussi que ça fait pas si longtemps que ça qu'on parle des conséquences des pilules féminines, (...) nous on en a peut-être plus conscience parce qu'on a entendu beaucoup de scandales, on a un peu plus peur de la pilule que pour nos parents parce que pour nos parents c'était... un soulagement et une énorme avancée, et nous on a un regard un peu plus critique par rapport à ça.* »

3.4. Les freins possibles à l'essor de la contraception masculine

3.4.1. Un réel manque d'informations

Hommes et femmes ont estimé à l'unanimité que le manque d'informations et de communication est un frein à l'avancée de la contraception masculine. Chez les hommes, Mr I se refuserait à s'intéresser à un nouveau type de contraception masculine sans avoir plus d'informations de la part des médias : *« Si dans les médias, ils parlent pas d'autres types de contraception, ben je serais vraiment pas chaud pour tester un autre type de contraception que le préservatif parce que je me dirais que le truc, il est pas au point quoi ! »*. Pour Mr G, une communication plus importante à ce sujet pourrait permettre d'éveiller davantage les personnes potentiellement cibles : *« Il faut qu'il y ait des campagnes un peu générales du gouvernement, de la santé (...) qui en parlent parce qu'il y a des gens qui n'iront pas chercher l'information, mais qui pourraient être intéressés si on leur en parlait. »*. Les répondant.e.s étant allé chercher de l'information par eux-mêmes sur la contraception masculine ont expliqué n'avoir obtenu des informations ni précises ni récentes ou ne pas avoir trouvé d'articles validés scientifiquement ou de vraie réponse à leurs questionnements. *« Aujourd'hui le problème, c'est un problème de diffusion »* a exprimé Mr J.

Pour Mr J, les professionnels de santé peuvent aussi être freins à la diffusion de l'information. Ayant posé la question, à la maternité, des possibilités contraceptives pour les hommes après la naissance de son premier enfant, il a expliqué avoir été choqué de la réaction de la sage-femme : *« Ben moi ça m'avait choqué hein ! Quand à la maternité on m'avait... On s'était foutu de ma gueule quand j'avais posé la question, franchement... Je pense qu'il y a pas beaucoup d'hommes qui font la démarche et qui posent la question et euh... Quand ils posent la question on les reçoit comme ça, j'avais trouvé ça, d'un point de vue d'un professionnel de santé, c'était une femme en plus, j'avais vraiment trouvé ça... pathétique en fait. »* Pour lui, l'accouchement et le séjour en maternité pourraient pourtant constituer les moments privilégiés pour en parler ou obtenir de l'information : *« Aucun professionnel de santé ne nous en parle déjà ! (...) Je pense qu'une des occasions de la vie qui fait qu'on pourrait en entendre parler, c'est les accouchements, et on entend pas parler de grand-chose dans les hôpitaux, puis y a pas beaucoup de flyers ou quoi que ce soit de disponible »*

3.4.2. Un non-avancement des recherches

Seul un homme a évoqué l'éventualité que la recherche ne s'intéresse peut-être pas à la contraception masculine, tandis que les femmes l'ont toutes supposé et évoqué à ça plusieurs raisons. La première d'entre elles serait que la priorité était jusqu'à présent au développement et à l'enrichissement des contraceptions féminines : « *Et je pense que du coup on a beaucoup développé pour les femmes parce qu'au départ il y avait pas beaucoup de choix, enfin ça s'est aussi beaucoup développé pour les femmes parce qu'il y avait pas avant, tout ce qui était implant etc... (...) il y a eu aussi beaucoup d'évolutions, donc ils peuvent peut-être pas tout rechercher en même temps, ils peuvent peut-être pas tout faire.* » a indiqué Mme D.

D'autres ont davantage expliqué ce non-avancement par une question de mentalité et le fait que la contraception soit historiquement portée par les femmes. Mme D s'est aussi questionnée sur l'ampleur de la mobilisation des hommes par rapport aux femmes : « *C'est quelque chose qui est plutôt féminin, et demandé par les femmes, et il y a peut-être moins d'hommes qui se sont mobilisés sur le sujet...* ». Mme D a également envisagé la possibilité que les contraceptifs masculins soient plus complexes à développer et engagent des délais de recherches plus longs : « *Est-ce que chez un homme c'est plus compliqué, je saurais pas répondre. Parce que est-ce qu'il y a une question peut-être de complexité, qu'ils se sont pas lancés dessus parce que c'était plus complexe... ça je sais pas du tout, ça peut être une réponse aussi.* » Enfin, Mme B a pensé que le nombre importants d'hommes dans la recherche et le patriarcat scientifique pourraient être à l'origine de ce non-avancement des recherches : « *Et je pense que c'est peut-être pour ça d'ailleurs qu'il y a rien qui se passe, c'est que bon, il y a beaucoup d'hommes après dans la recherche, de médecins etc, et que c'est peut-être aussi pour ça dans les labos pharmaceutiques que ça n'avance pas en fait. (...) Du fait du patriarcat !* ».

3.4.3. Freins possibles pour les hommes

Mme D a suggéré un autre frein : pour elle, la démarche contraceptive serait plus compliquée à mettre en place notamment pour les jeunes hommes ; en effet, tandis que les femmes se rendent chez le gynécologue ou la sage-femme pour une surveillance gynécologique globale et pas uniquement pour le suivi contraceptif, les hommes n'iraient quant à eux à priori que dans ce but précis : « *Pour un homme, je me dis que la*

démarche de faire, à 16-17 ans, d'aller voir un médecin pour se faire prescrire la pilule ou des choses comme ça, ça peut être un peu plus compliqué et plus difficile (...) et nous de toute façon pour d'autres raisons (...) c'est pas quelque chose qu'on va faire uniquement pour prendre la pilule, y a un autre suivi derrière, alors que les hommes, ce serait uniquement pour ça. » L'autre point soulevé par Mme D est l'adaptabilité de la contraception masculine au statut d'homme célibataire : selon elle, les hommes installés dans une relation durable seraient davantage susceptibles d'être intéressés par une contraception masculine et aptes à l'intégrer dans leur quotidien : « De ce que je vois autour de moi, je me dis que c'est plutôt quand ils sont installés dans la relation. Les seuls hommes qui seraient plutôt pour une contraception masculine, ben je vois mon mari est plutôt pour, y a d'autres hommes j'en vois, ils sont tous mariés avec des enfants, voilà... ils pourraient du coup se le mettre dans leur quotidien comme ça. » Par ailleurs, Mme D a également émis l'idée que certains hommes pourraient se heurter aux critiques d'un entourage familial ou amical malveillant. Dans cette optique, Mme D a estimé qu'une contraception interne serait une bonne solution et permettrait de conserver une intimité sur ses choix : « Et même vis-à-vis de l'entourage (...), si à 8h du soir, en plein apéro avec ses copains, il prend sa pilule, il peut avoir des remarques de certaines personnes, alors que si c'est quelque chose qui est interne, ben en fait à la limite c'est son affaire, (...) il peut très bien ne pas en parler et donc ne pas avoir de remarques. »

3.4.4. Responsabilité de l'homme et confiance des femmes : qu'en est-il ?

Quatre des hommes interrogés se sont déclarés prêts à porter la responsabilité contraceptive mais ont tous émis une appréhension certaine à l'idée d'un oubli ou d'un échec contraceptif. Ces mêmes répondants ont expliqué leur appréhension par le fait qu'ils se sentiraient fautifs en cas d'oubli, car les conséquences seraient portées par les femmes : « Ben je sentirais une pression sur moi (...). Genre... j'aurais peur... j'aurais peur, s'il arrive quelque chose c'est de ma faute parce que c'est à moi d'assurer la contraception. » a dit Mr F, et Mr J : « D'autant plus si les effets sont pas sur mon corps parce que ça... ça m'embêterait d'autant plus que madame ait... tombe enceinte quoi. »

Bien que les hommes interrogés se soient dits volontaires face à la responsabilité contraceptive, certains ont émis des réserves quant à la confiance des femmes à leur égard. Selon eux, la majorité d'entre elles ne serait pas prête à déléguer cette

responsabilité : « *Je pense aussi après qu'il y aura pas mal de femmes qui auront du mal à déléguer. (...) Au moins dans un premier temps, et je pense que ça dépend pour chaque couple, je pense qu'il y a des femmes qui seraient totalement capables de faire confiance à leur compagnon là-dessus, mais je pense qu'il y aura... un pourcentage non négligeable de femmes qui préfèreront faire elles-mêmes plutôt que de faire confiance et plutôt que de déléguer.* » a pensé Mr G, qui se veut compréhensif et entend que toutes les femmes ne soient pas à l'aise avec cette idée : « *Je pourrais totalement comprendre s'il y a des femmes qui préfèrent s'assurer que c'est elles qui prennent la contraception pour être sûres que c'est bien fait et pour être sûres que ça va bien se passer, et qui ont peur de faire confiance.* ». Pour autant, tous les répondants en couple ont estimé que leur compagne leur feraient confiance et n'y verraient pas d'inconvénients, voire y seraient très favorables.

Du côté des femmes, les mêmes idées ont été exprimées. En effet, pour toutes les répondantes, la relation de couple établie avec un partenaire fixe est la condition sine qua non pour pouvoir accorder leur confiance : « *(...) par contre c'est sûr que j'accepterais jamais ça si c'est... je sais pas, un partenaire irrégulier, dans un autre cas de figure qu'un couple vraiment solide. (...) Moi j'accepterais une contraception masculine qu'avec un partenaire qui est établi et en qui j'ai vraiment confiance* » a indiqué Mme E, rejointe par Mme D : « *Si j'étais célibataire, du coup avec des relations épisodiques, je serais plus rassurée encore une fois parce que c'est mon corps qui... de moi prendre une contraception, pour être protégée dans tous les cas, plutôt que de faire tout de suite confiance à l'autre, d'un homme qui me dirait "ah ben c'est bon moi je suis sous pilule."* Avant de bien connaître quelqu'un, (...) pour moi je trouve ça plus compliqué. » Pour autant, rejoignant leurs homologues masculins, les répondantes en couple ont affirmé faire confiance à leur partenaire ou mari s'il prenait la contraception.

Par ailleurs, toutes les répondantes ont expliqué que le lâcher-prise est difficile lorsque l'on a toujours géré soi-même sa contraception. Ce transfert de responsabilité a fait naître des appréhensions chez les répondantes, à la fois par peur d'une grossesse inopinée, et à la fois par perte d'un certain pouvoir que la contraception peut représenter, et ce malgré les contraintes qu'elle engendre souvent, comme l'expliquent Mme E : « *Moi ça me ferait peur quand même parce que (...) la contraception c'est aussi un pouvoir, on gère nous même pour que ça n'arrive pas et tout ça et... d'accepter que ce soit ton partenaire qui est maître de ça, je pense que c'est un peu compliqué à*

accepter pour une femme au début. » et Mme A : « On est toujours mieux de se dire que c'est quand même nous qui contrôlons notre contraception, parce qu'on est sûres que ça va pas nous arriver, (...) alors que si c'est mon partenaire, je peux toujours avoir un peu peur, c'est jamais lui qui va tomber enceinte quoi »

Mme E a ainsi expliqué que certaines femmes pourraient être réfractaires à la contraception masculine, par non-acceptation du changement sociétal que cela représenterait, mais également parce qu'elles pourraient se sentir dépossédées d'une responsabilité : *« (...) y a toujours des femmes... qui auront du mal, c'est évident, comme il y a eu des femmes qui ont eu du mal à accepter le droit de vote pour les femmes, dès qu'il y a un changement y a toujours des gens réfractaires quoi. Je pense que ouais, le changement hein principalement, peut-être qu'elles se sentiraient dépossédées de... d'une responsabilité qu'elles avaient avant, je sais pas.»* Cependant, l'ensemble des femmes, comme Mme A, a affirmé que rester dans l'ambivalence entre soutien à la contraception masculine et refus de faire confiance n'est pas possible : *« Ça fait aussi partie du jeu, je peux pas, on peut pas dire "ce serait bien que les hommes prennent la contraception" et puis après dire "oui mais on va pas leur faire confiance" »*. De plus, deux des répondantes ont expliqué que cette confiance est déjà effective de la part des hommes et que la réciproque doit donc être possible : *« Parce qu'actuellement, si par exemple moi je prends la pilule et que c'est mon partenaire qui doit me faire confiance, c'est... Ça marche déjà dans un sens alors pourquoi pas dans l'autre. »* a dit Mme A.

3.5. La contraception, charge inexorablement féminine ?

3.5.1. La contraception, une affaire de femmes ?

Pour l'ensemble des répondantes, le changement des mentalités sera long. En cause selon eux : l'idée de la contraception en tant que responsabilité féminine encore très ancrée dans l'esprit collectif et qui continue d'être véhiculée au sein de la société. Pour toutes les répondantes, les femmes sont davantage incitées à la contraception que leurs homologues masculins, notamment lors des interventions scolaires : *« On a ces interventions au collège ou au lycée de contraception, on nous parle du préservatif masculin et puis de dix trucs de contraception féminine, alors du coup forcément, c'est un peu biaisé, on a l'impression que comme on a le choix, c'est la femme qui doit choisir ce qu'elle veut, c'est la femme qui doit avoir une contraception. »* a expliqué Mme A.

Certain.e.s répondant.e.s ont également pointé le rôle des professionnels de santé, trouvant qu'ils poussent davantage les femmes à la prise de contraception et n'abordent que très rarement la contraception masculine : « *Nous quand on arrive à l'âge où on va consulter une sage-femme ou un gynéco (...) j'ai l'impression que c'est quand même souvent la femme qui est poussée à prendre une contraception, on nous parle pas forcément souvent du fait que l'homme peut aussi se protéger... Je trouve que c'est beaucoup dans un sens.* » a dit Mme A, rejointe par Mme E : « *Et puis quand on va voir notre gynécologue, jamais il nous propose une contraception masculine quoi.* »

Les répondant.e.s ont trouvé trois raisons à cette idée : d'abord, le fait que les femmes soient immergées plus tôt dans la contraception, de par les consultations gynécologiques démarrant souvent à l'adolescence et en général impulsées par l'entourage familial : « *(...) avec les règles etc, en fait on est orientées par nos mamans, par l'entourage, autour de 15-20 ans, on commence forcément les rendez-vous chez le gynéco.* » a expliqué ainsi Mme D, comme Mme E « *C'est plus les mamans qui voilà amènent leur fille chez le gynéco la première fois et... on aborde ça beaucoup plus tard chez les hommes en fait la contraception, parce qu'ils ont pas les mêmes problématiques que les femmes donc... en général, quand ils abordent la contraception c'est vraiment que c'est installé avec leur copine tout ça, mais nous on en a entendu parler beaucoup plus tôt* ». Mr I ajoute également qu'en tant que jeune garçon, il n'était pas forcément intéressé par le sujet : « *Nous en tant qu'hommes, à part quand on doit commencer à avoir une vie sexuelle, personne ne dit, ou peut-être que t'as deux trois cours au collège ou au lycée j'en sais rien, mais ça te passe au-dessus quoi ! Parce qu'on n'est pas les premiers concernés* »

Pour Mme B, la contraception est en effet souvent une charge féminine car elle fait partie d'une surveillance gynécologique globale et régulière, ce qui entraîne donc automatiquement la contraception dans le schéma. Enfin, la raison prédominante rapportée par les répondantes est celle des conséquences d'une non-contraception : étant celles qui tombent enceintes, la société estimerait alors que c'est de leur rôle de se prémunir d'une éventuelle grossesse : « *Parce que je pense qu'ils considèrent que c'est... notre corps en fait, et que c'est la femme qui porte les bébés en fait, et que du coup elle est responsable aussi de... ben de protéger ou pas la... sa fertilité* » a expliqué Mme B, comme Mme A : « *C'est depuis plus longtemps qu'on se dit que, ben voilà, comme c'est les femmes qui tombent enceinte, c'est elles qui devraient se protéger* »

Tous les hommes interrogés ont également que la femme est davantage mise sous pression et poussée à la contraception : « *Je trouve que dans la société, c'est vachement la femme qui doit... entre guillemets se protéger et tout faire, et l'homme il fait rien.* » a dit Mr H. Mr F a estimé que le nombre largement supérieur de contraceptions féminines implicite le fait que ce soit à la femme de se protéger et culpabilise les femmes : « *Je trouve que ce soit surtout les femmes aient beaucoup de moyens de contraceptions, (...) ça met une pression féminine (...), sur le fait que elles doivent se protéger, elles doivent ne pas tomber enceintes (...) Ca fait culpabiliser une femme sur le fait que c'est à elle de se protéger et pas un homme.* ». Mr F a également décrit une certaine passivité des hommes, conditionnés à ne pas se soucier de la contraception : « *Je trouve que les hommes ont une certaine passivité là-dedans. (...) conditionnés à être dans une position où ils n'ont pas vraiment à s'en soucier, où ils n'ont pas vraiment besoin de faire parce que la femme gère avec sa propre contraception. (...) Conditionnés par le fait qu'il y ait pas beaucoup de contraceptions pour hommes, par le fait qu'on parle beaucoup plus de contraceptions féminines que masculines, (...) par le fait que, de manière générale, on parle plus du rôle de la femme que de l'homme dans cette histoire* ». Les rejoignant, Mme E a expliqué que le sujet de la contraception est presque uniquement abordé dans les magazines et les articles à visée féminine.

3.5.2. La place de la femme au sein de la société

Pour les hommes et les femmes interrogés, le problème de la charge contraceptive est à relier plus globalement à celui de la place de la femme dans l'histoire, et au patriarcat qui a longtemps été de mise : « *Je pense qu'on va pouvoir se lancer dans un joyeux débat de siècles de persécution* » a commencé Mr G, poursuivant « *Il y a eu très vite une mise à l'écart de la femme dans tout ce qui est situations de choix, situations de pouvoir (...) surtout dans une société d'héritage catholique, je pense qu'on se traîne des siècles d'héritage patriarcal, de chasse à la sorcière etc, où pendant très longtemps, les femmes étaient mises à l'écart, les femmes n'avaient pas le droit de remettre en question, et si jamais elles faisaient un peu trop de bruit, on avait (...) assez vite moyen de [les] faire taire (...) On en est à un point maintenant où, par habitude, par héritage, on remet pas forcément en question tout ça.* » Mme B a aussi qualifié la société d'encore très masculine et décrit une surreprésentation des hommes comparativement aux femmes dans la majorité des domaines : « *On est dans une société qui reste très masculine globalement, même si les femmes travaillent etc, y a plein de domaines où on*

voit qu'on a du mal à avoir des femmes. (...) Dès qu'on voit qu'il y a des responsables, c'est souvent des hommes (...), les domaines d'excellence, où c'est des domaines typiquement féminins, eh ben là on va voir des coiffeurs, (...) des grands chefs... la cuisine c'est les femmes qui la font mais par contre les chefs, c'est des hommes ! »

Par ailleurs, selon cette même répondante, les problèmes féminins seraient encore aujourd'hui laissés pour compte et ne constitueraient pas la priorité des scientifiques : *« (...) pour tout ce qui est par exemple endométriose, c'est une maladie ben féminine, ou même tout ce qui est lié avec le syndrome prémenstruel, il y a très très peu de choses, alors qu'il y a beaucoup de femmes qui souffrent (...) les femmes on est la moitié de l'humanité, et une fois par mois pendant 30 ans on a nos règles, et en fait c'est hyper contraignant, y en a qui souffrent (...) et tout ça on en parle très très peu en fait ! »* Mme B a également dénoncé l'existence du Viagra depuis des années pour les hommes et non pour les femmes, alors que ces dernières sont également susceptibles d'être touchées par des problèmes de libido.

3.5.3. Un tabou persistant, mais une évolution notable

Presque tous les répondant.e.s se sont accordés à dire qu'un tabou persiste encore concernant la sexualité et l'anatomie féminines, comme Mme B, qui s'est montrée très agacée à l'évocation d'une polémique ayant eu lieu lors de la diffusion télévisée d'une publicité montrant des vulves dessinées : *« Ah ben parce que les gens ils sont choqués de voir des vulves à la télé ! Et du sang ! (...) Non mais vraiment, c'est dingue... C'est là qu'on voit qu'il y a un énorme tabou et qu'en fait il faut tout cacher, il faut rien voir... Y a quelques années de ça, y a toute une pub c'était pour parler du préservatif, où en fait c'était un pénis qui marchait, qui était très réaliste, et c'est passé crème quoi ! Alors que là direct, bim des pétitions ! »*. Selon cette même répondante, rejointe par tous les hommes, si le tabou persiste, c'est avant tout dû au poids de l'histoire : les règles notamment étaient considérées par le passé comme sales ou portant malheur, et ces croyances persisteraient encore de nos jours.

Pour autant, Mme E a notifié une évolution du tabou et une ouverture du débat depuis peu, notamment via internet et les réseaux sociaux : *« Je pense que le débat s'ouvre vachement sur la sexualité en général. (...) Enfin moi ce que je suis sur internet, je trouve que... on en parle assez librement de sexualité, de contraception, de règles (...), j'entends beaucoup dire que c'est encore tabou et tout ça, mais je trouve qu'il y a un*

vrai espace de liberté sur internet par rapport à ça et qui est très positif quoi. » Selon elle, l'augmentation de la communication sur ces thèmes s'est faite en même temps que sa sexualité est arrivée, et a beaucoup été impulsée par les scandales très médiatisés au sujet des pilules féminines : « (...) je pense que c'est arrivé en même temps que ma sexualité est arrivée. (...) Je pense aussi que ça fait pas si longtemps que ça qu'on parle des conséquences des pilules féminines ».

3.6. L'homme et la contraception : place et implication

3.6.1. Implication globale de l'homme

Interrogées sur l'implication générale de l'homme au sujet de la contraception, les femmes ont évalué différemment la place de leur partenaire.

Pour Mme E, ses premiers partenaires n'étaient pas assez concernés par la question, et la communication et l'échange à ce sujet étaient très pauvres au début de sa sexualité : « *Les premiers garçons avec qui j'étais pour moi se sentaient pas assez concernés par la question, j'avais l'impression que je leur disais "oh tu sais, au fait je pense que je vais prendre la pilule" et c'était "ah ok", et c'était pas une vraie discussion, c'était juste "bon ben je t'informe que je prends la pilule" ».* De la même façon, Mme C a exprimé avoir l'impression que les hommes se montrent souvent peu informés de la contraception prise par leur conjointe et de son mode de fonctionnement : « *Souvent ils sont assez peu informés... leur femme, leur conjointe prennent une contraception mais ils savent pas forcément comme ça fonctionne, ce que c'est, le prix... je pense qu'ils sont un peu à l'écart de ça ».* Mme B a expliqué avoir elle-même impliqué son conjoint « *un peu de force* » après un oubli de contraception, en lui demandant de lui rapporter une contraception d'urgence. Elle a ainsi raconté la réaction de son conjoint lors de l'oubli de préservatif : « *Oui oui, parce qu'en fait tout repose [sur les femmes], même... Je pense que même malheureusement, penser à la contraception, parce que mon mari il m'a dit "mais quand même, t'aurais pu y penser !", j'ai fait "mais toi aussi t'aurais pu y penser !". Là, c'est typique de la charge mentale, tout repose sur la femme. »*

Pour d'autres répondantes, le partenaire masculin se montre impliqué, et ce de diverses manières : achat et port du préservatif, discussion, prise de position, accompagnement aux rendez-vous voire même prise des rendez-vous, comme Mme D : « (...) *après chaque naissance pareil à la maternité, (...) ils prescrivent la pilule, là pour notre fille*

(...) il était avec moi en fait quand elle est venue pour me proposer, elle a dit "ben on met plus la pilule en automatique, si vous voulez on vous laisse prendre les préservatifs", et c'est mon mari qui a dit "ah ben on prend ça, mon épouse supporte pas les hormones !", donc c'est même lui qui a répondu en disant on fait ça » ou Mme C : « Je pense qu'il est plutôt impliqué dans le sens où on en discute beaucoup, il me donne ses opinions à lui, ce qu'il en pense lui. Quand il y a besoin d'aller à un rendez-vous, s'il a la possibilité il vient avec moi en rendez-vous médical, je pense par exemple à la pose de stérilet, il était venu. S'il y a besoin de prendre un rendez-vous parce que je traîne un peu, il le fera... »

Toutes les femmes ont également jugé leur partenaire « à l'aise » et « ouvert » sur le sujet, et expliqué en parler facilement avec eux. De la même manière, les hommes disent communiquer aisément et indiqué qu'il n'y a pas de tabou à ce sujet, que ce soit avec une partenaire fixe ou non. La fréquence de ces discussions est cependant variable : « *Dans l'optique où de toute façon, elle prend la pilule pour d'autres raisons, (...) tant que c'est le cas, c'est vrai qu'on [la] remet pas spécialement en question, (...) on n'en parle pas forcément très régulièrement.* » a expliqué Mr G, comme Mr J : « *On en parle souvent autour des naissances et puis de temps en temps ouais. Quand elle change de stérilet ou des choses comme ça.* »

Cependant, toutes et tous expliquent que, bien que la communication soit présente et l'échange d'opinion important au sein du couple, le choix final de la contraception revient aux femmes, car c'est leur corps qui est impliqué, comme l'ont expliqué Mme E : « *Et son avis compte, après c'est sûr que comme c'est moi qui la prend, c'est moi qui ai l'avis final (...), au final c'est moi qui ai décidé parce que c'est dans mon corps mais c'est sûr que son avis compte* », et Mr G : « *Je considère que c'est pas ma décision à partir du moment où ça n'implique pas mon propre corps. (...) J'estime qu'on peut en parler tant qu'on veut, la décision ne me revient pas.* »

Mme D a aussi rapporté que la non-implication de son partenaire dans certaines tâches contraceptives est parfois de sa volonté à elle : « *Non, mais en même temps je lui demande pas [de venir aux consultations gynéco]. (...) En fait je prends même les rendez-vous sans lui, et souvent je les prends entre midi et deux pour le boulot donc... Non ça par contre... je souhaite pas spécialement qu'il vienne.* »

3.6.2. *La contraception, une histoire de couple*

Bien que tous les hommes aient indiqué s'impliquer par les conversations avec leur partenaire, ils notent davantage de difficultés une fois que leur partenaire est porteuse de la contraception, à l'instar de Mr H : « *Maintenant pour le DIU, je l'ai accompagnée pour la pose, c'est tout parce qu'il y a pas grand-chose... Enfin je vois pas grand-chose à faire maintenant.* » et de Mr J : « *Ben j'ai beaucoup de mal parce que... (...) Parce que au quotidien c'est pas moi qui ait le stérilet* ». Pour autant, tous ont exprimé une volonté réelle d'être actifs et parties prenantes dans la contraception. Certains rapportent même un regret de ne pas pouvoir faire plus : « *Ça c'est un des sujets sur lesquels moi j'étais prêt à me battre dans mon couple, (...) sur lesquels j'étais prêt à prendre ma part de responsabilité et d'action* » dit Mr J, ajoutant aussi « *Je serais prêt à faire des choses, mais tout de suite je me sens pas très impliqué (...) Moi j'aurais bien aimé jouer un rôle dans cette histoire-là !* »

L'ensemble des hommes et des femmes interrogé.e.s ont conclu que la contraception est une affaire de couple et non celle d'une seule personne. Pour les femmes notamment, la contraception fait partie intégrante de la vie à deux et l'homme doit avoir un rôle, car même s'il n'est pas celui qui porte la grossesse, il en est acteur : « *C'est quelque chose qu'on répète pas assez quand on parle de contraception, que c'est quelque chose qui se décide dans le couple* » a indiqué Mme E, comme Mme D : « *(...) et y a pas de raisons parce qu'en fait, même si les conséquences corporelles effectivement (...) sont sur la femme, avoir un bébé on le fait quand même à deux et ça se fait à deux. Donc je pense que c'est important et puis en plus ça les mettrait justement en face de cette responsabilité parce que parfois (...) on dit être "tombée enceinte", c'est... la femme elle tombe pas toute seule enceinte ! C'est bien quelque chose qui se fait à deux.* ». Mme D a ainsi fait le parallèle entre la contraception et les autres épreuves de la vie qu'un couple peut rencontrer, dans lesquelles le partenaire a forcément sa place : « *Ben oui parce que pour moi ça fait partie de la vie du couple ! Moi quand je suis tombée enceinte sous stérilet, que j'ai dû avorter, c'est des choses où mon mari était à côté de moi, il m'a accompagnée. (...) Je pense que... la contraception ça fait partie... la contraception puis la parentalité, des choses qu'on couple vit à deux. (...) donc pour moi c'est bien une discussion dans un couple, et pas quelque chose qui est que d'un côté ou de l'autre.* »

Deux répondantes se sont montrées optimistes concernant ce rôle de l'homme : selon elles, étant de plus en plus impliqué dans la parentalité, l'implication dans la contraception en sera certainement la suite logique : « *Moi j'ai l'impression, quand j'ai vu en maternité ou autour de moi, que les hommes s'impliquent de plus en plus dans la parentalité... moi j'ai mon mari c'est lui qui va prendre le congé parental, donc il s'inclue de plus en plus dans la parentalité, je pense que du coup l'étape d'après c'est de s'inclure dans la contraception* » a expliqué Mme D, rejointe par Mme B : « (...) *comme pour plein d'autres choses hein ou y a des changements de mentalité, je pense à, dans les années 1950/1960, ou les hommes ne s'occupaient pas des bébés, ils faisaient rien à la maison, et maintenant c'est plus du tout ça. (...) ce changement de mentalité-là je pense qu'il pourrait arriver aussi avec la pilule pour homme si ça arrivait.* ». Pour Mme C, l'implication de l'homme et la démonstration d'intérêt est une première étape à franchir avant même de parler de contraception masculine : « *Même sans parler de contraception masculine, je pense que c'est bien qu'ils soient au courant de quel type de contraception choisit sa conjointe, de comprendre comment il fonctionne, de s'impliquer pour savoir quels peuvent être entre guillemets les dangers, les effets indésirables (...) Même si c'est pas dans la prise de la contraception en elle-même parce que ça reste quand même difficile actuellement, (...) ben ça peut être faire penser à sa conjointe à prendre la pilule, aller aux rendez-vous avec elle, au moins se renseigner sur les choses* »

Pour certaines femmes, la discussion autour de la contraception doit s'instaurer dès le début du couple et devrait être un automatisme : « *Je pourrais pas à mon avis faire un truc comme ça et ne pas... me poser la question plus tard "au fait ce serait bien qu'on en parle", à mon avis c'est bien de poser les bases dès le début.* » a expliqué Mme A, comme Mme E : « *J'ai l'impression que le débat est pas forcément automatique dans les couples, et des fois ça met du temps à arriver avant qu'on en parle à deux, alors que pour moi ça devrait être vraiment dès le début.*

DISCUSSION

1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

1.1. Les forces

L'une des principales forces de cette étude réside dans ses modalités de mise en place. Le choix de l'étude qualitative a été fait dans le but de recueillir des opinions étayées et argumentées à propos de la contraception masculine. En effet, la littérature française comme étrangère étant encore relativement pauvres à ce sujet, la quasi-totalité des données retrouvées étaient uniquement quantitatives et n'offraient pas d'explications aux pourcentages obtenus.

Le choix de l'entretien semi-directif a ainsi permis à chaque personne interrogée de s'exprimer librement et d'exposer son point de vue concernant la contraception masculine dans tous ses aspects, et ce sans limitation de temps. La grille d'entretien a été utilisée pour guider les participant.e.s autour de thèmes retrouvés dans la littérature, mais n'a pas été limitante concernant les thèmes explorés. En effet, outre les thèmes préalablement établis, de nouveaux thèmes novateurs ont été abordés et ont permis de donner une valeur ajoutée à l'étude en explorant le sujet dans toutes ses facettes. Cette étude a ainsi permis d'apporter des éléments de réponses à des questionnements restés en suspens dans la littérature et donc, à son échelle, de participer à son enrichissement.

Cette étude présente également la force de regrouper des opinions à la fois masculines et féminines, ce qu'aucune autre étude dans la littérature n'avait encore fait jusqu'ici. Ce recueil d'opinions chez les deux sexes a donc permis de confronter les propos et de discuter les concepts et les théories dégagés sur la base de clés concrètes. Enfin, il a pu être recruté une population variée en termes de situation familiale, comprenant des individus à des étapes différentes de leur vie et de leur sexualité, ce qui a permis de recueillir des propos riches de ces expériences multiples.

1.2. Les limites

La phase de recrutement a constitué une limite pour l'étude car elle s'est effectuée sur une période de temps restreinte. Le but étant d'explorer l'opinion à la fois des hommes et des femmes, le nombre d'entretiens réalisés a dû être limité, ce qui n'a pas permis d'atteindre complètement le principe de saturation des données pour les deux sexes et pour tous les thèmes.

Bien que s'étant déroulée à la fois en cabinet libéral et au sein d'une Université de la région Auvergne-Rhône-Alpes, certaines caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées se sont avérées assez semblables et n'ont par exemple pas permis de cibler toutes les catégories d'âge de la population.

Par ailleurs, il ne peut être ignoré qu'un biais de volontariat puisse s'appliquer à l'étude. En effet, les participant.e.s recruté.e.s étaient volontaires et ont répondu à une sollicitation de l'investigatrice via le Bureau des Etudiants ou au cabinet libéral. Il faut ainsi être conscient que les caractéristiques des personnes volontaires ainsi que leur opinion puissent être différentes des personnes qui ne participent pas. Cependant, il s'agissait ici d'une étude qualitative dont le but était de dégager des arguments et explications, de comprendre les raisons d'une opinion favorable ou défavorable, et non pas d'établir des pourcentages de « pour » ou de « contre » vis-à-vis du thème étudié.

Enfin, la notion de subjectivité propre à chaque étude est aussi l'un des biais à considérer, car celle-ci peut être présente à tout moment de l'étude, que ce soit lors de la collecte des données ou de l'analyse. Cependant, ce biais est indissociable de toute étude scientifique, quelle que soit la méthode employée.

2. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE

2.1. Discussion des données générales

Les dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés dans les conditions précédemment exposées. Des informations orales et écrites ont été délivrées avant chaque entretien. Ces derniers se sont tenus dans un lieu toujours neutre autant pour les participant.e.s que pour l'enquêtrice, que ce soit au cabinet libéral ou à l'Université. Les conditions de recueil des données et d'enregistrement ont été satisfaisantes pour l'étude.

2.2. Discussion des caractéristiques socio-démographiques de la population

La population de l'étude, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, appartenait soit à la tranche d'âge « 18-25 ans », soit « 31-35 ans ». Les tranches « 26-30 ans » et « plus de 35 ans » n'ont pas du tout été représentées. Ainsi, aucun.e participant.e n'avait au-delà de 35 ans, ce qui a privé l'étude d'une plus grande variété d'opinions.

Cependant, il a pu être recruté autant d'hommes que de femmes, ayant des situations familiales variées, avec des enfants ou non, ce qui a permis de recueillir des opinions très diverses en fonction de ces critères et de l'expérience de chacun. Bien que la majorité des répondant.e.s ait été étudiante, les autres faisaient partie de catégories socio-professionnelles plus diverses.

2.3. Discussion des résultats

2.3.1. Le préservatif, largement vulgarisé depuis la découverte du VIH, et toujours partie intégrante du paysage contraceptif et préventif

Le préservatif est le moyen de contraception le plus cité par les répondant.e.s et semble être connu depuis le tout début de leur sexualité. D'après une étude de l'INPES en 2007, 97% déclaraient effectivement connaître le préservatif (47). D'après la thèse de C. Brot, 68% des hommes estiment avoir de très bonnes connaissances sur le préservatif, et 22% une plutôt bonne connaissance (48).

En effet, et comme l'indiquent les participant.e.s, étant le seul moyen de contraception combinant à ce jour une action contraception et barrière contre les IST, les informations concernant le préservatif sont diffusées dès le collège, notamment via des interventions de sensibilisation et d'éducation sexuelle. La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, a prévu l'instauration d'au moins trois séances obligatoires par an d'éducation à la sexualité, du primaire au lycée (1). Cependant, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 2009 montre que cette obligation légale reste très inégalement et partiellement appliquée en France, avec d'importantes difficultés matérielles. Ce rapport montre également que la stagnation du nombre d'IVG en France est liée au manque d'efficacité des politiques d'éducation sexuelle en milieu scolaire (49). Par ailleurs, l'une des répondantes, scolarisée en établissement catholique, a signalé ne pas avoir abordé ces questions à l'école. Il existe donc des disparités dans la délivrance des informations relatives à la sexualité et à la contraception selon le type d'institution.

Il apparaît également qu'en fonction de la tranche d'âge des participant.e.s, le préservatif a tout d'abord été considéré différemment : si pour les plus jeunes, il a été introduit au collège comme ayant d'abord une fonction contraceptive, la tranche d'âge des 31-35 ans l'a d'abord connu comme un moyen de lutte contre le SIDA, dans un

contexte où les campagnes Sidaction étaient largement diffusées. Au départ assimilé au milieu de la prostitution car il protégeait des maladies vénériennes, puis considéré comme désuet depuis l'arrivée de la pilule, le préservatif n'était que très peu utilisé en France avant les années 1980. C'est en effet l'arrivée du VIH et des campagnes de promotion pour le préservatif comme seul moyen de protection qui menèrent à sa diffusion, comme l'ont indiqué les répondant.e.s. Ainsi, à partir de la fin des années 1980, l'usage des préservatifs au premier rapport pour les femmes passe de 8% en 1987 à 45% en 1993. A la fin des années 1990 et du fait de la mise au point des trithérapies, permettant l'amélioration de la durée et de la qualité de vie des personnes séropositives, le SIDA fait moins peur, voire n'est plus considéré comme tueur (50).

Mais le préservatif reste très largement utilisé, surtout en début de vie sexuelle, semblant s'être forgé une place dans la sexualité qui n'est désormais que rarement interrogée. En effet, les discours médicaux et de prévention restent encore très prégnants, notamment du fait de la recrudescence de certaines IST. De plus, on peut supposer que l'époque de peur populaire liée au SIDA a par la suite marqué plusieurs générations et contribué à insérer durablement le préservatif dans le paysage à la fois préventif et contraceptif. Le modèle contraceptif qui subsiste aujourd'hui s'est ainsi progressivement mis en place à partir de cette période : utilisation du préservatif au moment de l'entrée dans la sexualité, adoption de la pilule au moment de la mise en couple, jusqu'à son remplacement par le DIU chez les femmes ayant des enfants. Cependant, depuis le débat de 2012 à l'égard des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, le préservatif a connu un regain d'utilisation chez toutes les tranches d'âge, doublant entre 2010 et 2016 (de 9,0 % à 18,6 %) (4). Le préservatif, de par sa double protection, reste toujours très associé au premier rapport : en 2010, l'enquête FECOND révèle que 88% des femmes et 93% des hommes de 20 à 29 ans ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel (3). En 2016, c'est le moyen le plus utilisé par les 15-19 ans (45,6 %), en association ou non avec la pilule (4). Il apparaît ainsi être un moyen adapté à l'entrée dans la vie sexuelle, « dans une situation d'incertitude sur l'avenir de la relation que vivent les deux partenaires » (51).

Bien que tous les répondants aient trouvé de nombreux avantages au préservatif, ils ont également cité plusieurs inconvénients, comme l'inconfort, la diminution du plaisir sexuel ou encore l'interruption de l'acte : en effet, selon l'étude de l'INPES de 2007, 46% des interrogés estimaient que le préservatif diminue le plaisir sexuel, 56% n'étaient

pas d'accord pour dire que le préservatif est un peu contraignant au quotidien, et 51% pour dire qu'il est confortable et sans gêne (47). L'une des répondantes a également mis en exergue la non-adaptabilité du préservatif au statut de couple durable, le jugeant adéquat de manière ponctuelle mais trop contraignant pour une relation à long terme. Par ailleurs, bien que les répondant.e.s se montrent bien informés de la nouvelle notion de remboursement du préservatif, en vigueur depuis 2018 (52), certains regrettent qu'elles ne s'appliquent qu'à un seul type de préservatif et estiment que le coût de celui-ci est un trop gros frein, notamment pour les jeunes. Le préservatif semble donc comporter trop de désavantages pour être utilisé en tant que contraceptif dans la durée.

2.3.2. Des méthodes encore méconnues : la vasectomie, les spermicides, le retrait

Concernant la vasectomie, peu de nos répondant.e.s l'ont citée et pour ceux et celles qui l'ont fait, aucun.e n'avait de réelles connaissances : seul un a parlé du principe de la ligature, les autres expliquant ignorer tout à propos de cette technique, hormis son caractère définitif. En effet, la vasectomie est encore très peu répandue en France, contrairement à d'autres pays : elle est utilisée selon l'ONU par seulement 0,8% des couples français, contre 21% au Royaume Uni, 22% au Canada, 19,5% en Nouvelle Zélande, 16,8% en Corée du Sud, et 11% aux USA. Ce chiffre est loin d'égaliser celui de la stérilisation féminine, choisie par 3,8% des femmes en France (53).

La reconnaissance de la vasectomie en France depuis le 4 Juillet 2001 (1), est un des nombreux exemples des difficultés rencontrées dans l'avènement de nouvelles techniques contraceptives masculines. En témoigne sa définition, qui varie en fonction des pays où elle est exercée : l'OMS la présente comme une stérilisation (2), tandis que la législation française la reconnaît en tant que contraception, choisissant le terme de « stérilisation à visée contraceptive » (1), reflet de sa non réversibilité. On peut supposer que cette faible acceptabilité a un lien avec la volonté chez l'homme de conserver sa fertilité voire son intégrité génitale. Pourtant, de nombreuses études ont prouvé qu'à long terme, la vasectomie est sans conséquence sur la sexualité et notamment qu'elle ne modifie ni la satisfaction sexuelle ni la perception de l'orgasme (22,54). Par ailleurs, compte tenu de l'évolution des relations sociales et du nombre élevé de divorces (presque 50% des couples français), le caractère quasi définitif de la vasectomie pourrait expliquer les réticences de certains hommes. C'est effectivement ce qu'ont rapporté ceux et celles qui l'ont citée. Le choix de cette méthode ne s'adresserait alors qu'aux

couples ayant « satisfait » leur désir d'enfant ou n'ayant pas trouvé d'autre méthode contraceptive adaptée. D'après la thèse de L. Theze, il apparaît en effet que le plus souvent, les hommes aboutissent à la vasectomie devant les difficultés contraceptives de leur conjointe (55).

Concernant le retrait, qui a été cité par deux répondantes, une incertitude persiste quant au fait de le considérer ou non comme un réel moyen de contraception, certainement du fait de son taux d'échec élevé. En effet, selon l'étude de l'INPES de 2007 (47), 67% des interrogés ne sont pas d'accord pour juger le retrait de « méthode efficace » et selon la thèse de C. Brot, 66% des hommes pensent que le retrait n'est pas un moyen de contraception (48). Si l'une des répondantes explique l'avoir connu dès le début de sa sexualité et qu'il a fait l'objet d'interrogations très tôt, il semblerait que les connaissances à son sujet soient floues pour les deux participantes. Enfin, les spermicides, cités en tant que méthode masculine par deux répondantes, font également l'objet de beaucoup de méconnaissances, tant sur leur statut en tant que méthode de contraception, que sur leur méthode d'utilisation.

L'étude de L. Sgorlon et G. Marien (56) ayant pour objectif d'analyser la délivrance de l'information sur les différents moyens contraceptifs aux patientes en âge de procréer par le professionnel de santé a en effet montré une défaillance en termes d'informations délivrées sur la contraception : en moyenne, les sujets ont été renseignés sur 3,75 moyens contraceptifs, majoritairement à propos de la pilule et assez fréquemment pour le DIU, le préservatif masculin et l'implant. Un peu plus de la moitié des sujets n'ont pas eu l'impression de choisir leur contraception de manière « éclairée » et pour près d'un tiers de manière « libre ». Il semble ainsi nécessaire, à la fois de la part des professionnels de santé mais aussi via les interventions de prévention et d'éducation sexuelle, d'éveiller les hommes et les femmes à l'ensemble des méthodes contraceptives et pas uniquement aux plus utilisées.

Globalement, l'information délivrée sur la contraception masculine est jugée par tous les répondants comme insuffisante, estimant qu'il existerait aujourd'hui un problème de diffusion : c'est en effet ce que suggèrent leurs réponses notamment au sujet de la vasectomie, encore très méconnue, ou des autres méthodes masculines quasiment ignorées de tous mais pourtant validées par l'OMS, comme les injections d'ET (26,27). Si, comme vu précédemment, l'école joue un rôle majeur, Internet est aujourd'hui un

vecteur principal de nombreuses informations autour de la contraception et son usage est banalisé aujourd'hui. Pour l'une des répondantes notamment, Internet a permis l'ouverture de la parole et l'amointrissement du tabou autour des sujets de la sexualité et de la contraception. Toutefois, certaines répondantes féminines regrettent que ces sites ne s'adressent souvent qu'aux femmes. D'autre part, des répondant.e.s expliquent avoir des difficultés à trouver de l'information exhaustive et validée scientifiquement. Certains sites non fiables peuvent en effet véhiculer de fausses croyances et les utilisateurs se sentir bien informés alors que l'information est erronée. Un changement profond en ce qui concerne le rôle des médias, les informations transmises par leur biais et la population ciblée semble donc indispensable pour faire évoluer les connaissances et les mentalités.

2.3.3. Une préférence pour des contraceptions à longue durée d'action, en contradiction avec la littérature

Huit des dix participant.e.s ont qualifié le panel contraceptif masculin de restreint et ont manifesté leur souhait de plus de contraception masculine. Bien que le préservatif présente pour eux de nombreux avantages, l'adhésion reste incomplète. Cependant, il apparaît que pour les participant.e.s, le besoin et la demande de nouveaux contraceptifs masculins ne sont pas forcément dus aux inconvénients des méthodes préexistantes, mais plutôt à une volonté de plus de choix. En effet, certaines femmes plaidant pour la contraception masculine et expliquant leur parcours contraceptif chaotique, estiment que le choix de la contraception est encore souvent fait par dépit.

Si toutes les femmes interrogées se sont montrées favorables à l'essor des contraceptions masculines, deux hommes sur les cinq interrogés ont indiqué ne pas juger celui-ci forcément nécessaire, voire être contre. Or, ni l'âge des répondants, ni leur situation familiale n'a semblé être un paramètre déterminant leur avis. Ces données rejoignent ainsi celles de l'étude d'Heinemann (43) qui avait pu conclure que dans l'ensemble, l'âge n'était pas significativement lié à l'intérêt d'un répondant pour la contraception masculine hormonale. Le statut du partenaire (marié ou en concubinage) semblait également être en grande partie sans rapport avec l'utilisation potentielle de la contraception masculine hormonale par les sujets.

Interrogés sur leurs préférences concernant la forme souhaitée d'une nouvelle contraception masculine, les répondant.e.s ont massivement répondu préférer une

méthode de longue durée d'action, comme un implant ou un équivalent de stérilet. Ces résultats sont en contradiction avec l'étude d'Heinemann qui révélait que dans tous les pays étudiés, l'administration d'une dose quotidienne type pilule était souhaitée en premier. En Europe et aux Etats-Unis, l'administration orale quotidienne a été suivie respectivement par l'implant annuel et l'injection mensuelle. La préférence pour un agent quotidien n'était cependant pas associée à l'augmentation de l'âge, mais était préférée par les hommes sans partenaire permanente. La préférence pour l'implant était quant à elle liée à un âge plus élevée et à une relation plus stable. On peut supposer que cette différence constatée entre l'étude d'Heinemann, réalisée en 2005, et notre étude, trouve sa source dans les débats médiatisés en 2012 à propos des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations. Ces polémiques ont en effet impacté négativement la vision globale de la population, y compris masculine, entraînant un « désamour » pour cette méthode, à la fois par les femmes qui la prenaient, et pas les hommes en position d'observateurs.

2.3.4. La peur des hormones : mutation du paysage contraceptif et extension à la contraception masculine

Depuis les débats au sujet des pilules contraceptives et plus globalement des hormones, plusieurs répondant.e.s expliquent avoir changé de moyen de contraception et se refuser désormais à choisir un moyen hormonal. Cette pensée est présente tant chez les répondantes les plus jeunes que chez les plus âgées, confirmant ainsi la tendance actuelle concernant les pratiques contraceptives en France. En effet, selon le Baromètre 2016 de la Santé Publique (4), on observe un report de la pilule vers le préservatif et le DIU : bien que la pilule reste encore le moyen le plus utilisé, son taux d'utilisation global a chuté de 40,8% à 33,2% entre 2010 et 2016. Cette tendance s'observe particulièrement chez les 25-29 ans mais aussi les 20-24 ans, chez qui la pilule a perdu presque 8 points, au profit du préservatif (+9,6 points) et du DIU (+3,1 points).

Cette peur croissante des hormones chez les femmes s'avère déterminante pour leur adhésion à une nouvelle contraception masculine : toutes préféreraient une méthode non hormonale pour leur conjoint. Cette appréhension vis-à-vis des effets secondaires liés aux hormones a également gagné la gente masculine : pour l'un des répondants, persuadé que contraception masculine et effets secondaires seraient indissociables, cette crainte est la raison même de son opinion défavorable envers le développement d'une nouvelle méthode. Les hommes ont ainsi évoqué des effets secondaires en se basant sur

ceux qu'ils connaissent chez les femmes : prise de poids, troubles de l'humeur, baisse de la libido, dérèglements hormonaux, comme le laissait entendre l'étude de Kalampakilis et al. En effet, selon cette dernière, la contraception masculine médicalisée fait l'objet de craintes liées à la méconnaissance des méthodes de contraception masculines médicalisées, mais aussi de rejet en raison d'enjeux symboliques en lien avec la nature et la virilité. La contraception masculine médicale est ainsi rejetée à cause des effets secondaires que les interrogés lui prêtent, et ces derniers sont en effet pensés par analogie avec la contraception hormonale féminine, dont les effets sont plutôt bien connus, à l'inverse du lien entre les hormones et les mécanismes liés à la fertilité masculine, qui ne semble pas faire partie des connaissances des enquêtés. Effectivement, beaucoup des répondants ont comparé les effets secondaires entre hommes et femmes, craignant par exemple les « dérèglements hormonaux » ou un « détraquement du cycle », alors même que les systèmes génitaux et endocriniens féminins et masculins n'ont ni les mêmes fonctionnements, ni les mêmes aboutissements (41).

Selon cette même étude, ces craintes seraient aussi liées à une atteinte symbolique à trois dimensions de la virilité : tout d'abord, elles concerneraient l'impact de la contraception masculine médicalisée sur le fonctionnement même de l'appareil génital masculin, le plaisir lié au rapport sexuel ou la libido : les répondants ont en effet cité certains de ces désagréments comme modulateurs de leur adhésion. Ensuite, si on considère la masculinité comme une identité radicalement opposée dans son essence à la féminité, prendre une contraception risquerait de « féminiser » l'homme, en lui faisant adopter une pratique pour l'instant pensée comme féminine, voire de « l'homosexualiser », du fait d'une féminisation du corps masculin par des hormones féminines, mais aussi peut-être par une pratique sexuelle sans fonction reproductive (41).

La crainte d'une féminisation du corps n'a pas été rapportée par les répondant.e.s, mais celle d'une pratique pensée comme féminine, oui : l'une des femmes a suggéré que la prise d'une pilule pourrait entraîner effectivement des réactions moqueuses de l'entourage ou une forme de honte pour certains hommes qui prendraient la pilule. Pour elle, l'expression « prendre la pilule » est en elle-même très connotée et pourrait engendrer une difficulté d'acceptation, à la fois pour le preneur de contraception, mais aussi pour l'entourage.

Enfin, la dernière crainte serait plus en lien avec le statut de l'homme au regard de la société : la contraception masculine risquerait de déposséder l'homme de sa position sociale de domination et pourrait constituer une atteinte à l'image de « virilité » masculine (18,41). Ce dernier point a été évoqué par la majorité des répondants, évaluant la société actuelle comme très axée sur le confort masculin, et au sein de laquelle l'homme occuperait toujours une position privilégiée dans la plupart des domaines. En ce sens, trois répondants masculins reconnaissent que les effets secondaires sont aussi subis actuellement par les femmes preneuses de contraception, mais leur appréhension à l'égard d'une contraception masculine reste très prégnante et s'exprime comme le principal modulateur de leur adhésion à de potentielles nouvelles méthodes. Ces mêmes répondants qui ont parlé d'une « société phalo-centrée » demeurent ainsi dans une ambivalence entre le constat et la participation à ce phénomène, de par leurs craintes très palpables à l'égard de l'atteinte à leur santé.

2.3.5. Une différence générationnelle et une inégalité d'acceptation entre hommes et femmes face aux effets indésirables

Enfin, l'appréhension quant aux effets secondaires et à une éventuelle atteinte à la santé est palpable tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, l'une des répondantes a mis en lumière une différence générationnelle dans cette façon d'appréhender les nouveaux moyens de contraception. En effet, comme l'indiquent Baulieu et al. (57), la génération de femmes ayant œuvré en tant que militantes des causes contraceptives et abortives durant les mouvements des années 1960 et 1970 continuent de voir ces libertés comme nouvelles, et à certains égards, encore fragiles. Au contraire, leurs filles/fils et petites-filles/petits-fils vivent ces libertés comme des évidences et des possibilités allant de soi, les ayant toujours connues. Or, la nouvelle génération semble aujourd'hui vouloir poursuivre la lutte d'une liberté sexuelle - désormais acquise - qui ne soit pas une prise de risque pour leur santé. Si la mise sur le marché de la pilule a permis de s'affranchir des contraintes d'une sexualité sur laquelle pesait le risque d'une grossesse non désirée et d'ainsi s'appropriier une sexualité « plaisir » dépourvue de toute notion reproductive, la tendance est désormais à la protection de la santé, voire à un retour « à la nature » et à la physiologie du corps.

Par ailleurs, une partie des répondantes dénonce de faux arguments à propos des effets secondaires des contraceptions masculines, estimant que ceux actuellement subis par les

femmes sont normalisés et jusqu'alors peu remis en cause. En parallèle, plusieurs essais cliniques de contraceptions masculines ont fait état d'effets indésirables jugés trop contraignants, entraînant de fait une interruption de l'essai en cours, un abandon de la méthode ou une non commercialisation de celle-ci. Il est alors légitime de se questionner sur l'acceptabilité des effets secondaires entre hommes et femmes comme l'ont fait les répondant.e.s. Les contraceptions féminines sont associées à de potentiels effets indésirables équivalents voire supérieurs à ceux retrouvés dans les essais cliniques de contraception masculine. Et alors que, comme mentionnée dans la revue de la littérature, la pilule féminine a été commercialisée très tôt après sa mise au point (40), faisant fi d'essais cliniques qui évalueraient les effets de celle-ci à long terme, la question des effets indésirables pour les hommes est aujourd'hui au cœur des préoccupations scientifiques.

En outre, comme le mentionne B. Spencer (58), et comme l'a aussi signalé l'une des répondantes, il est intéressant de noter à quel point la sexualité est mise en avant lorsqu'il s'agit de la contraception masculine et à quel point elle reste en retrait lorsqu'il s'agit de la contraception féminine. A titre d'exemple, B. Spencer a comparé les questionnaires utilisés dans deux études d'acceptabilité d'un nouveau contraceptif dirigées par l'OMS à la même époque, soit le début des années 1980. Le questionnaire destiné aux hommes expérimentant une contraception hormonale comportait 30 questions différentes afin d'évaluer l'impact de la méthode sur leur sexualité, quand le questionnaire destiné aux femmes expérimentant un nouveau contraceptif hormonal, l'anneau vaginal, comportait une seule question à ce sujet. Aujourd'hui, les troubles de la libido font partie des effets indésirables potentiels de beaucoup de contraceptions féminines, alors qu'ils constituent l'une des peurs principales des répondants hommes.

Le préservatif, jugé négativement par plusieurs hommes notamment du fait de l'entrave au plaisir qu'il représente pour eux, en est aussi l'illustration : certaines femmes s'insurgent de cet argument, estimant le poids des effets indésirables liés aux contraceptions qu'elles prennent bien supérieur. Il conviendrait alors de s'interroger plus amplement sur l'existence d'une possible forme de charge mentale sexuelle féminine, dans un cadre qui semble tolérer un impact sur le bien-être physique, sexuel et psychologique féminin, alors qu'il est dans le même temps un frein à l'essor de la contraception masculine.

2.3.6. Implication masculine dans la contraception : le rôle des femmes

Concernant l'implication du partenaire masculin dans la contraception, les répondantes féminines ne l'ont pas toute évaluée de la même façon. L'implication masculine globale dans la contraception, telle qu'elle est estimée par les femmes à l'exception d'une, semble évoluer avec l'âge et le statut de couple durable : en effet, l'une des répondantes explique avoir noté un changement entre ses premiers partenaires, peu impliqués et avec qui aucune conversation n'avait lieu au sujet de la contraception, et ses partenaires récents, se montrant davantage intéressés et jouant un vrai rôle. Il convient aussi de signaler que, pour l'une des répondantes, le désir d'implication du partenaire dans tout ce qui concerne la contraception n'est pas forcément systématique, et qu'elle préfère aller seule à ses rendez-vous de suivi. L'implication masculine dans la contraception n'est donc pas uniquement liée à un désintérêt de l'homme, elle est aussi influencée par la place laissée par la partenaire.

C. Desjeux montre également que les femmes ayant une interprétation contraignante ou négative de la contraception sont un levier à la mise en place de pratiques contraceptives pour les hommes, à une volonté de partager la maîtrise de la fécondité ou à la construction de leur sensibilité contraceptive (59). L'une des répondantes ayant relaté un parcours contraceptif semé d'embûches a en effet expliqué que toutes ses difficultés contraceptives avaient impacté la façon dont son conjoint s'implique désormais. Ainsi, on comprend que les pratiques, les représentations et les attentes contraceptives des hommes sont à comprendre en lien avec le vécu des femmes.

Comme l'indique ainsi C. Desjeux, la femme joue à l'évidence un rôle central dans la manière dont l'homme est sensibilisé à la contraception et dont il s'y implique par la suite (59). En effet, certaines peuvent parfois jouer un rôle d'éducatrice, comme les amies, la mère ou la sœur : trois répondants masculins ont ainsi évoqué leurs conversations avec ces dernières au sujet de la contraception. La partenaire s'avère également être largement pourvoyeuse d'informations pour l'homme, comme l'ont indiqué deux répondant.e.s. En définitive, la participation des hommes à la contraception reste fortement dépendante des différentes figures féminines qui les entourent : des mères qui informent sexuellement leurs enfants ou un entourage à dominante féminine pourraient ainsi être les facteurs d'une sensibilisation contraceptive facilitant la participation des hommes à la contraception.

Il est intéressant de constater que l'implication de l'homme dans la question contraceptive aujourd'hui a beaucoup évolué au fil des années. Jusqu'au début des années 1970, les méthodes les plus répandues étaient la « méthode Ogino » ou « méthode des températures », nécessitant une forme de collaboration dans le couple, et le retrait. La diffusion progressive de la contraception médicale et en particulier de la pilule, a donné d'une part l'accès aux femmes à une sexualité libérée de la « peur au ventre », mais a aussi entraîné un retournement progressif de la responsabilité contraceptive : d'essentiellement masculine, elle est devenue féminine. Ce basculement de responsabilités est vu de deux façons contraires : pour les uns, la prise de contrôle par les femmes de leur propre fécondité a permis de s'affranchir d'une domination masculine, constituant le « levier d'un changement majeur pour l'humanité toute entière ». Pour d'autres, l'essor de la contraception féminine a au contraire constitué le socle de la domination masculine, qui continue d'assimiler maternité et fécondité (50).

Les hommes interrogés expriment tous la volonté de participer à la vie contraceptive et d'y avoir une place, mais expliquent ne pas vraiment savoir par quels moyens s'impliquer ni quel rôle jouer, notamment une fois que la contraception est installée. Ainsi, la volonté de soutien des hommes ne traduit pas forcément une acceptation de contraception hormonale masculine, mais prend davantage la forme d'une participation masculine à la contraception du couple et/ou des femmes.

Les moyens d'implication du partenaire masculin évoqués par les femmes et les hommes sont les mêmes : ils peuvent s'exprimer sous forme d'une participation financière, un accompagnement aux rendez-vous gynécologiques voire même une prise des rendez-vous par l'homme, un rappel de la prise du contraceptif, mais aussi et surtout les discussions. En effet, la conversation apparaît comme le moyen d'implication principal des hommes. Les hommes interrogés ont également tous rapporté que malgré leur participation au choix du contraceptif, ce dernier reste celui de leur partenaire féminine. L'étude d'Heinemann a déterminé en effet qu'en France, la femme décide du moyen de contraception dans 39,6% des cas, et qu'il est la résultante d'un choix commun pour 54,1% des répondants. Ce taux est le plus faible parmi les neuf pays de l'étude (43). Cette tendance s'expliquerait selon les répondants par le statut de la femme dans la société et l'histoire patriarcale à laquelle la France a été longtemps soumise.

2.3.7. Deux freins majeurs : un manque d'investissement et un défaut de communication

Au regard de la volonté affirmée des hommes de s'impliquer davantage et des réponses majoritairement en faveur du développement de nouvelles contraceptions masculines, la question s'est alors posée concernant la raison de la non avancée des recherches. Les répondants masculins ont trouvé peu de raisons à ce manque de développement. Les femmes ont quant à elles évoqué plusieurs motifs possibles : une mobilisation trop faible de la part des hommes, une opinion défavorable d'une partie de la population, un patriarcat scientifique du à une surreprésentation des hommes dans la recherche, ou encore une difficulté de mise au point.

Or, la mobilisation des hommes via le collectif ARDECOM (39) et les résultats des enquêtes d'opinions rapportés préalablement semblent contredire ces théories. De plus, si la complexité du défi peut sembler un argument valable, il reste clair que quelles que soient les difficultés biologiques ou pharmacologiques rencontrées, les avancées possibles dépendent avant tout des moyens investis. En l'occurrence, B. Spencer rapporte que la proportion du budget total pour le développement des méthodes de régulation des naissances dévolue aux méthodes masculines a toujours été minime, relativement à celle attribuée aux méthodes féminines (58). Waites indique ainsi pour l'OMS une proportion allant de 6,8 % à 10,4 %, même lorsque des études importantes étaient en cours entre 1987 et 1992 (60). Comme le signalait déjà C. Desjeux, ces constats témoignent de réticences importantes à investir dans ce domaine.

L'absence de contraception masculine nouvelle disponible sur le marché est aussi à chercher du côté des représentations. En effet, l'absence de publicisation de possibilités de contraception alternatives ne permet pas aux individus de se projeter dans l'usage d'une contraception masculine et donc d'en faire la demande. C'est effectivement ce qu'a rapporté l'un des répondants. De plus, il est possible que cette absence d'information favorise des idées fausses sur les effets secondaires de ces produits, dissuadant de se renseigner sur eux. Plusieurs répondants ont ainsi indiqué se renseigner peu sur les recherches en contraception masculine, car comme ils n'en connaissent pas l'existence, ils ne pensent pas à se renseigner dessus. Bien que, comme exposé plus tôt, les séances d'éducation et de prévention sexuelles jouent un rôle dans ce défaut d'information, les professionnels de santé sont également évoqués par plusieurs

répondant.e.s comme parfois freins de cet apport d'information. Ce frein a pu se matérialiser soit, comme l'a évoqué l'un des hommes, par une attitude moqueuse ou dénigrante à l'égard de ceux qui osent poser des questions, soit par une absence d'informations délivrées en consultation à ce sujet. Il semblerait également que le professionnel de santé n'implique que trop peu souvent le partenaire masculin dans les discussions et décisions contraceptives.

L'étude de L. Sgorlon et G. Marien mentionnée plus tôt (56) a démontré qu'un effort sur l'exhaustivité de l'information contraceptive de la part des professionnels de santé est encore à fournir. Il semble nécessaire que cette information délivrée prenne aussi en compte la contraception masculine, et ce même si elle n'en est qu'à des stades de recherches : c'est le souhait d'un répondant. Un autre participant a suggéré que cette augmentation de l'information permettrait d'éveiller l'intérêt de certains hommes qui pourraient potentiellement y être favorables. Pour l'un de ces deux hommes, le séjour en maternité serait le moment propice à la diffusion de ces informations. Pour autant, et comme l'a mentionné l'une des répondantes, la contraception reste encore proposée à la femme de manière assez systématique de la part des professionnels de santé, et notamment dans le post-partum. Faut-il ainsi en conclure que ces derniers ne sont pas forcément prêts pour une contraception de couple, et que par là même un changement profond des mentalités doit également s'opérer au sein même du monde médical ? Dans tous les cas, un travail reste sans nul doute à faire concernant les messages directs et indirects transmis aux couples par les professionnels de santé au sujet de la contraception.

2.3.8. Confiance et point de vue des femmes

La question reste en suspens concernant la confiance que les femmes seraient susceptibles d'accorder aux hommes. Il apparaît clairement que si les femmes interrogées se montrent enthousiastes à l'idée d'une contraception masculine, elles ne pourraient se sentir sécurisées qu'avec un partenaire fixe, connu, et avec qui une relation de confiance s'est établie, par peur de l'oubli, du manque d'implication du partenaire voire parfois du mensonge. Selon elles, une contraception masculine – du moins une contraception nécessitant d'y penser et de la prendre régulièrement – ne s'adapterait ainsi qu'à des relations à long terme et non à des relations sporadiques. Ce manque de confiance des femmes à l'égard de la pilule masculine ou de contraceptions

qui ne seraient pas des LARC pourrait donc constituer à priori un frein majeur à l'essor de la pilule et restreindrait beaucoup le public visé. Il paraît ainsi essentiel de réaliser des études plus précises et surtout à plus grande échelle pour évaluer cette confiance afin de déterminer au mieux la faisabilité réelle de la pilule masculine et de ses équivalents.

Les réponses apportées par les femmes à ce sujet posent tout de même question sur un possible processus de méfiance et d'infantilisation de l'homme, parfois envisagé comme un être incapable de se sentir suffisamment concerné pour se tenir à une tâche quotidienne, voire prêt à mentir pour rassurer sa partenaire. Seule une répondante a estimé que dans la majorité des cas, cette confiance est accordée aux femmes par les hommes malgré le risque de paternité non désirée, et que la réciproque doit donc s'appliquer. Ces réponses posent également question quant au support de la charge mentale liée à la grossesse : en effet, toutes et tous les participant.e.s ont avancé l'argument qu'en cas d'oubli, la grossesse est directement assumée par les femmes, et que c'est cette raison même qui fait naître une appréhension chez les hommes et un manque de confiance chez les femmes. Cela présuppose alors que la charge mentale de la grossesse est entièrement portée par les femmes. G. Cresson explique que « *les tâches et responsabilités associées à l'accueil d'un enfant ne sont pas réparties de façon égale entre les hommes et les femmes. Pour ces dernières, ce que représente une naissance, ses implications profondes sur la carrière et le niveau de vie, est sans commune mesure avec ce que la naissance implique dans la vie des hommes.* » (61). D'après une étude de C. Delpech menée sur la place de l'homme et l'IVG, seules 18% des 226 femmes étaient accompagnées de leur partenaire alors que seulement 16% des partenaires masculins n'étaient pas au courant de la grossesse et de la demande d'IVG. Par ailleurs, 18% des partenaires masculins au courant sont jugés non aidants par les femmes. Ces données suggèrent donc que la charge mentale de la grossesse est encore largement portée par les femmes et qu'elle n'a pas la même signification pour les hommes.

Enfin, outre la notion de confiance, plusieurs répondant.e.s doutent de l'acceptation symbolique de toutes les femmes quant à l'essor de la contraception masculine. De la même façon que la mise sur le marché de la pilule féminine a constitué à la fois une victoire et une menace pour l'autonomie des femmes, C. Desjeux note que la même ambivalence pourrait s'appliquer à la contraception masculine et diviser l'arène féministe en deux camps : « *Certaines y voient une réactualisation de la domination*

masculine tandis que d'autres y perçoivent la possibilité de construire un nouveau modèle de masculinité plus responsable dans ce domaine » (59). L'une des répondantes a en effet avancé cette théorie, envisageant la contraception comme une forme de « pouvoir » dont certaines femmes pourraient se sentir dépossédées après des années de lutte pour l'obtenir.

Enfin, la plupart du temps, pour qu'une méthode soit utilisée de façon efficace, les deux partenaires sont concernés. Certaines méthodes nécessitent plus de coopération que d'autres. Les méthodes naturelles de planification, par exemple, nécessitent un haut degré d'entente entre les partenaires pour être efficaces, mais même la stérilisation donne généralement lieu à un accord tacite entre les deux partenaires lorsque l'utilisateur/l'utilisatrice vit en couple, ce qui est généralement le cas dans ce type de demande (58). En fin de compte, l'élément clé dans la réussite de la contraception demeure la communication faite autour de celle-ci. L'implication des deux partenaires ne devrait pas correspondre à une norme imposée mais trouver un équilibre différent et adapté en fonction de chaque individu ou au sein de chaque couple, en accord avec leur volonté et leurs principes.

3. PERSPECTIVES D'AVENIR ET PROJET D'ACTION

Plusieurs hypothèses peuvent être élaborées concernant la volonté des hommes et des femmes à utiliser un nouveau contraceptif masculin, notamment hormonal, si un jour un tel produit devenait accessible. Plusieurs études, même si elles sont rares, ont été menées afin de cerner les attitudes actuelles de la population envers un produit de ce type. Néanmoins, comme le signale B. Spencer, les questions posées restent encore très hypothétiques, les réponses apportées le sont tout autant (58).

Il conviendrait cependant d'identifier réellement les freins à l'essor de la contraception masculine du point de vue des acteurs en position d'influer sur cette offre. Une réflexion s'impose quant à l'engagement réel, à la fois moral et matériel, de la sphère scientifique et politique dans le développement de la contraception masculine. D'autre part, même si quelques études ont permis d'appréhender plus concrètement l'opinion et l'acceptabilité des populations à l'égard de la contraception masculine, elles gagnent en obsolescence, rendant nécessaire une réévaluation à grande échelle de façon à mesurer l'étendue de cette demande telle qu'elle est à l'heure actuelle. Il paraît aussi essentiel d'identifier

précisément les besoins et attentes réelles des hommes et des femmes envers une contraception masculine ; la question des effets indésirables semble notamment être un modulateur majeur de l'opinion et un frein potentiel à son essor, et mérite ainsi d'être très sérieusement explorée.

Enfin, l'étude a mis en lumière un autre frein potentiel : la communication, d'une part médiatique, et d'autre part du point de vue des professionnels de santé. Des lacunes persistent dans la diffusion des informations autour de la contraception masculine et la majorité des répondant.e.s est en demande de communication accessible et exacte à ce sujet. Une formation des professionnels de santé sur le thème des moyens de contraception masculine pourrait ainsi être la bienvenue et permettre un réel échange avec les individus ou les couples en demande, qui se heurtent souvent à un manque d'information des professionnels de santé. La diffusion d'informations par le biais de flyers, de documents en libre accès dans les maternités ou les cabinets de consultation, suggérée par l'un des répondants, pourrait constituer une clé intéressante. La diffusion de l'information à propos de contraception doit aussi viser l'ensemble de la population, et non se borner à une certaine catégorie de personnes, que ce soit l'âge, la catégorie socio professionnelle ou le genre de celle-ci. Il paraît également utile de rappeler la nécessité de traiter avec le couple ou la personne de tous les moyens contraceptifs existant afin qu'il ou elle puisse choisir de façon éclairée celui qui lui conviendra le mieux.

Enfin, pour mieux comprendre les enjeux psychologiques et les problématiques de confiance qui se posent autour de la contraception masculine, il pourrait être intéressant de questionner les couples et les partenaires des hommes utilisant les injections ou le slip thermique des Dr Mieuxset et Soufir. Le point de vue de ces femmes pourrait ainsi permettre d'évaluer leur satisfaction, comprendre comment cette confiance s'établit et ainsi l'envisager dans le prisme d'autres contraceptions masculines potentielles, notamment la pilule pour hommes.

CONCLUSION

La conduite de cette étude a permis de recueillir l'opinion de cinq femmes et cinq hommes à l'égard des contraceptions masculines actuelles et de potentielles nouvelles méthodes en développement.

Les contraceptions masculines actuelles font encore l'objet de méconnaissances. Le préservatif, connu de toutes et tous, fait l'objet d'une communication importante, insufflée par les campagnes de lutte contre le SIDA et renforcée depuis 2001 par les interventions scolaires à visée éducative et préventive. Les autres méthodes masculines, à l'instar de la vasectomie, conservent au contraire une image marginale, expliquée par une diffusion médiatique, médicale et pédagogique moins importante. En outre, les inconvénients des méthodes masculines actuelles semblent être trop importants pour les participant.e.s face aux avantages qu'ils comportent et ne permettent pas, à priori, de les adopter à long terme.

Huit participant.e.s sur les dix interrogé.e.s se sont montrés ouverts et favorables au développement de nouvelles contraceptions masculines, dans l'objectif d'élargir le panel des contraceptifs pour effectuer un choix plus éclairé, ou dans celui d'un partage augmenté des responsabilités contraceptives. Mais malgré ces opinions majoritairement favorables, la peur de l'invasivité de la méthode ou des effets indésirables potentiels liés à l'utilisation d'hormones est très prégnante, dans un contexte de désaffection croissante pour la pilule. L'analogie entre effets de la pilule pour femme et ceux, encore virtuels, des contraceptions masculines, est faite par tous les répondant.e.s. Ces craintes interrogent alors indubitablement sur les facteurs psycho-sociaux gravitant autour de la contraception masculine et sur la place de la femme dans une société semblant encore très frileuse à toucher au masculin.

D'autres freins viennent se surajouter, parmi lesquels trône le manque d'investissement financier, politique, et scientifique qui bloque depuis toujours l'essor de la contraception masculine. Par suite, une communication presque absente au sujet des contraceptifs masculins préexistants et des essais cliniques en cours, ainsi qu'un positionnement parfois ambigu des professionnels de santé, contribuent à la pérennité d'une charge contraceptive essentiellement féminine.

Pourtant, les hommes interrogés font état d'une volonté claire et affirmée de s'impliquer dans la contraception, mais celle-ci se matérialise finalement davantage sous forme d'une participation à la gestion de la contraception de la femme et/ou du couple qu'à la

prise d'une contraception par l'homme. Par ailleurs, cette prise de contraception masculine est sans équivoque conditionnée par la confiance accordée par la femme à son partenaire ; si cette confiance semble acquise lorsqu'il s'agit d'un couple bien établi, elle demeure très difficile à accorder à un partenaire irrégulier et pourrait alors largement freiner l'acceptabilité de nouvelles contraceptions masculines type pilule.

Finalement, tous ces freins évoqués font naître une question subsidiaire : la contraception masculine serait-elle un échec avant même sa mise au point ? De nouvelles études d'acceptabilité ainsi que d'exploration profonde des attentes et des craintes sont nécessaires pour trancher et contourner les obstacles qui persistent.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°0156 (2001).
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Planification familiale, contraception [Internet]. who.int. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
3. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. 2012;(492):1-4.
4. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre Santé 2016 : contraception [Internet]. santepubliquefrance.fr. 2017 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/barometre-sante-2016-contraception>
5. Welzer-Lang D. La contraception masculine, ARDECOM et les groupes d'hommes, prémisses de l'évolution des rapports sociaux de genre. In: La contraception masculine, [Internet]. Springer-Verlag; 2013 [cité 23 sept 2018]. p. 139-64. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01429398>
6. Khourdaji I, Zillioux J, Eisenfrats K, Foley D, Smith R. The future of male contraception: a fertile ground. Transl Androl Urol. 2018;7(Suppl 2):S220-35.
7. Roth MY, Page ST, Bremner WJ. Male Hormonal Contraception: Looking Back and Moving Forward. Andrology. 2016;4(1):4-12.
8. OMS. Prévention des avortements à risque [Internet]. who.int. 2018 [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
9. Institut National d'Etudes Démographiques (INED). Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels [Internet]. ined.fr. 2018 [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
10. Viel H. L'implication des hommes dans la contraception [Mémoire : Maïeutique]. [Caen]: Université de Caen; 2016.
11. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Recommandations pour la pratique clinique : stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. choisirsacontraception.fr. 2004 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf
12. INED. L'avortement dans le monde [Internet]. ined.fr. 2014 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-avortement-dans-le-monde/>

13. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception chez l'homme : recommandations de bonne pratique [Internet]. has-sante.fr. 2019 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757909/fr/contraception-chez-l-homme
14. Article L4151-1. Code de la santé publique (2012).
15. Article R4127-318. Code de la santé publique (2012).
16. Wagner L, Costa P. Contraception masculine. EMC, Gynécologie. 1998;738-A-12:1-6.
17. Amory JK. Male Contraception. Fertil Steril. 2016;106(6):1303-9.
18. Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. Autrepart. 2009;(52):49-63.
19. Frankiewicz M, Połom W, Matuszewski M. Can the evolution of male contraception lead to a revolution? Review of the current state of knowledge. Cent European J Urol. 2018;71(1):108-13.
20. HAS. Efficacité des méthodes contraceptives [Internet]. has-sante.fr. 2013 [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
21. HAS. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. has-sante.fr. 2013 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
22. Avrillon V, Bart S, Derrouch P, Gimel P. Vasectomie, l'opération méconnue [Internet]. urologie-sante.fr. 2018 [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.urologie-sante.fr/base-bibliographique/vasectomie-loperation-meconnue>
23. Robin G, Marcelli F, Rigot J-M. Contraception masculine. La Presse Médicale. 2014;43(2):205-11.
24. Soufir J-C. Contraception hormonale masculine par les androgènes seuls. Acquis et perspectives. Basic Clin Androl. 2012;22(3):131-5.
25. Soufir J-C. La contraception hormonale masculine : une faisabilité immédiate ? Medecine de la Reproduction. 2013;15(1):52-63.
26. World Health Organization (WHO). Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia in normal men. Lancet. 1990;336(8721):955-9.
27. WHO. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia and oligozoospermia in normal men. Fertil Steril. 1996;65(4):821-9.
28. Jimenez C. La contraception masculine. Andrologie. 2004;14(3):275-90.
29. Wang C, Festin MPR, Swerdloff RS. Male Hormonal Contraception: Where Are We Now? Curr Obstet Gynecol Rep. 2016;5:38-47.

30. McLachlan RI, McDonald J, Rushford D, Robertson DM, Garrett C, Baker HW. Efficacy and acceptability of testosterone implants, alone or in combination with a 5alpha-reductase inhibitor, for male hormonal contraception. *Contraception*. 2000;62(2):73-8.
31. Gu Y-Q, Wang X-H, Xu D, Peng L, Cheng L-F, Huang M-K, et al. A multicenter contraceptive efficacy study of injectable testosterone undecanoate in healthy Chinese men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(2):562-8.
32. Turner L, Conway AJ, Jimenez M, Liu PY, Forbes E, McLachlan RI, et al. Contraceptive efficacy of a depot progestin and androgen combination in men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(10):4659-67.
33. Long JE, Lee MS, Blithe DL. Male contraceptive development : update on novel hormonal and nonhormonal methods. *Clinical Chemistry*. 2019;65(1):153-60.
34. Behre HM, Zitzmann M, Anderson RA, Handelsman DJ, Lestari SW, McLachlan RI, et al. Efficacy and safety of an injectable combination hormonal contraceptive for men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(12):4779-88.
35. Ilani N, Roth MY, Amory JK, Swerdloff RS, Dart C, Page ST, et al. A new combination of testosterone and nesterone transdermal gels for male hormonal contraception. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(10):3476-86.
36. Gingery J, Williams C. Second potential male birth control pill passes human safety tests [Internet]. *endocrine.org*. 2019 [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.endocrine.org/news-room/2019/endo-2019---second-potential-male-birth-control-pill-passes-human-safety-tests>
37. Mieusset R, Bujan L. The potential of mild testicular heating as a safe, effective and reversible contraceptive method for men. *Int J Androl*. 1994;17(4):186-91.
38. Reynolds-Wright JJ, Anderson RA. Male contraception : where are we going and where have we been ? *BMJ Sex Reprod Health*. 2019;45(4):236-42.
39. Desjeux C. Histoire de la contraception masculine : l'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979-1986). *Revue des politiques sociales et familiales*. 2010;100(1):110-4.
40. van Wersch A, Eberhardt J, Stringer F. Attitudes towards the male contraceptive pill: psychosocial and cultural explanations for delaying a marketable product. *Basic Clin Androl*. 2012;22(3):171-9.
41. Kalampalikis N, Buschini F. La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2007;(4):89-104.
42. Martin C, Anderson A, Cheng L, Ho P, van derSpuy Z, Smith K, et al. Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations. *Hum Reprod*. 2000;15(3):637-45.
43. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, White S, Heinemann L. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Hum Reprod*. 2005;20(2):549-56.

44. Weston G, Schlipalius M, Bhuienneain M, Vollenhoven B. Will Australian men use male hormonal contraception? A survey of a postpartum population. *Med J Aust.* 2002;176(5):208-10.
45. Glasier A, Anakwe R, Everington D, Martin C, van der Spuy Z, Cheng L, et al. Would women trust their partners to use a male pill? *Human Reprod.* 2000;15(3):646-9.
46. Glasier A. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception.* 2010;82(5):453-6.
47. Gall B, Jouannic E. Les Français et la contraception [Internet]. *choisirsacontraception.fr*. 2007 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf
48. Brot C. Connaissance des hommes sur la contraception masculine : étude descriptive transversale auprès de 145 hommes [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon I; 2018.
49. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001 [Internet]. *igas.gouv.fr*. 2009 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article91>
50. Thomé C. D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. *Sociétés contemporaines.* 2016;104(4):67-94.
51. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008.
52. Ministère des Solidarités et de la Santé. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie [Internet]. *solidarites-sante.gouv.fr*. 2018 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie>
53. Granger A, Vergonjanne J. La contraception masculine : méthodes validées et perspectives thérapeutiques [Thèse d'exercice : Médecine]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier Toulouse III; 2019.
54. Cook L, Van Vliet H, Lopez L, Pun A, Gallo M. Vasectomy occlusion techniques for male sterilization. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014 [cité 18 avril 2020];3(CD003991):1-38. Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003991.pub4>
55. Theze L. Exploration du parcours et du vécu des personnes ayant eu une contraception définitive : enquête qualitative menée en Haute Savoie à partir de 14 entretiens [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.

56. Sgorlon L, Marien G. La délivrance de l'information par le professionnel de santé à la patiente à propos de contraception : une étude descriptive transversale [Thèse d'exercice : Médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2019.
57. Baulieu E-E, Leridon H, Héritier F. Contraception : contrainte ou liberté ? Paris: Odile Jacob; 1999.
58. Spencer B. La contraception pour les hommes, une cause perdue ? In: La contraception masculine. Paris: Springer Paris; 2013. p. 191-200.
59. Desjeux C. Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte. *Basic Clin Androl.* 2012;22:180-91.
60. Waites GMH. Development of methods of male contraception: impact of the World Health Organization Task Force. *Fertil Steril.* 2003;80(1):1-15.
61. Cresson G. Les hommes et l'IVG, expérience et confiance. *Sociétés contemporaines.* 2006;61(1):65-89.

GLOSSAIRE

Action endocrine : Action de produire des sécrétions (hormones) qui passent directement dans la circulation sanguine

Action paracrine : Action de sécrétion locale agissant sur les tissus à proximité immédiate

Azoospermie : Absence totale de spermatozoïdes dans le sperme

Cellules de Leydig : Cellules productrices de stéroïdes situées dans le tissu interstitiel du testicule. La testotérone est le principal androgène produit.

Cellules de Sertoli : cellules se trouvant au sein des tubes séminifères et dont la fonction essentielle est la formation de la barrière hémato-testiculaire et la nutrition des futurs spermatozoïdes

Effet anti-gonadotrope : Effet d'inhibition de la synthèse et de la libération des hormones gonadotropes féminines

Indice de Pearl : indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation optimale de la méthode. Il mesure l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive.

Oligozoospermie : Faible quantité de spermatozoïdes dans le sperme (le seuil étant fixé à un niveau variable selon les études)

Spermatogenèse : Ensemble des processus de fabrication des spermatozoïdes

Spermiation : Libération des spermatozoïdes dans la lumière du tube séminifère

Spermiogenèse : Ultime phase de la spermatogenèse au cours de laquelle a lieu la différenciation progressive des spermatides en spermatozoïdes

Stéroïdogénèse : Processus de synthèse des hormones stéroïdiennes, ayant pour origine le cholestérol. C'est le cas notamment des androgènes, des oestrogènes et des progestatifs.

Vasovasostomie : Opération chirurgicale qui consiste, après avoir enlevé les segments rétrécis ou obstrués des deux canaux déférents, à réaboucher les extrémités saines de ces conduits, qui assurent le passage du sperme des testicules jusqu'aux canaux éjaculateurs.

ANNEXES

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre profession ?
- Etes-vous en couple ? Marié ? Célibataire ?
- Avez-vous des enfants ?

Connaissances et opinion concernant les méthodes actuelles

- Quelles sont les différentes méthodes de contraception masculine que vous connaissez ?
- Par quels moyens/supports d'information les connaissez-vous ?
- Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients de ces méthodes ?
- Que pensez-vous du choix qui s'offre à vous (**aux hommes**) en termes de contraception masculine ? (Quel est votre niveau de satisfaction face au choix qui s'offre à vous (**aux hommes**) ?)

Place de l'homme et implication dans le parcours contraceptif

- Abordez-vous la question de la contraception avec votre ou vos partenaires ? Comment vous sentez-vous vis-à-vis de ce sujet ?
- Comment se passe le choix de la contraception qui sera utilisée avec votre ou vos partenaires ?
- Quelles sont vos attentes envers une méthode de contraception ? Sur quels critères la choisissez-vous ?
- Comment évalueriez-vous votre degré d'implication (**le degré d'implication de votre partenaire**) en matière de contraception ? De quelle façon vous impliquez-vous (**s'implique t-il**) ?
- Que pensez-vous de la place actuelle de l'homme en matière de contraception ? Pensez-vous qu'il ait un rôle ? Lequel ?

Connaissances et opinion concernant de nouvelles méthodes

- Avez-vous déjà entendu parler de nouveaux types de contraception masculine ?
 - o Si oui : Lesquels ? Comment ? Quels sont pour vous les points positifs et négatifs de ce(s) type(s) de contraception ?
- Quelle est votre opinion concernant un éventuel développement de nouveaux types de contraception masculine ?
- Comment évalueriez-vous votre niveau d'information au sujet du développement de nouveaux types de contraception masculine ? Est-ce un sujet qui vous intéresse ?
- Si un nouveau type de contraception masculine était développé, comment serait-il selon vous préférable qu'il soit ?
 - o Sous quelle forme ? Quel fonctionnement ?
 - o A quelle fréquence d'administration ?
 - o Pensez-vous que vous pourriez (**que beaucoup d'hommes pourraient**) envisager de l'utiliser ? Pourquoi ?
 - o *Si non évoqué* : Que penseriez-vous d'une méthode hormonale ? Quels pourraient être selon vous les avantages et les inconvénients de cette méthode ? Pensez-vous que beaucoup d'hommes pourraient envisager de l'utiliser ? Pourquoi ?
- Comment vous sentiriez-vous avec le fait d'assurer (**que votre partenaire assure**) la responsabilité contraceptive ?

Annexe II : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

ENQUÊTE D'OPINION SUR LA CONTRACEPTION MASCULINE : ACCEPTABILITE DE NOUVEAUX TYPES DE CONTRACEPTION

Investigateurs :

- Constans Ambre, étudiant(e) sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter par mail :

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée "Enquête d'opinion sur la contraception masculine : acceptabilité de nouveaux types de contraception".

Une étude sur la contraception masculine est engagée au sein de l'Université (du cabinet). Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de

1. Pourquoi cette étude

La question de la contraception a souvent une place importante au sein de la vie affective d'un individu, homme ou femme. Les sages-femmes comptent parmi leurs nombreuses compétences le suivi gynécologique et contraceptif, faisant d'elles l'un des principaux interlocuteurs concernant ce sujet.

Depuis les années 1980, nombre d'avancées ont lieu dans la recherche concernant la contraception masculine, notamment hormonale. Pourtant, très peu d'études ont évalué l'opinion générale sur ce sujet. A la lumière de ces informations, il paraît primordial de connaître cette opinion, à la fois chez les femmes et chez les hommes, afin de cibler les attentes et besoins des individus et des couples en matière contraceptive.

2. L'étude en pratique

Il s'agit d'une étude de type descriptive et interprétative, réalisée sur la base d'entretiens en face à face ou par téléphone, guidés par des questions.

Les entretiens sont enregistrés puis retranscrits de manière anonymisée par l'investigatrice, qui réalise ensuite une analyse thématique du contenu de cet échange.

Si vous êtes volontaire pour participer à cette étude, n'hésitez pas à contacter l'investigatrice par mail :
afin de convenir ensemble d'un moment pour réaliser l'entretien. En fonction de vos disponibilités et préférences, celui-ci aura lieu soit après vos cours (après votre consultation) en face à face, dans une salle réservée de l'Université (dans une salle privée du cabinet), soit par téléphone.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés n° 2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à votre nom et adresse postale école.

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : Ambre Constans, étudiante sage-femme,

Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données,

Annexe III : Tableau regroupant les caractéristiques socio-démographiques des répondant.e.s de l'étude

		Femmes	(%)	Hommes	(%)	Total	(% total)
Tranche d'âge	18 à 25 ans	3	60	3	60	6	60
	26 à 30 ans	0	0	0	0	0	0
	31 à 35 ans	2	40	2	40	4	40
	Plus de 35 ans	0	0	0	0	0	0
Catégorie socio-professionnelle	Etudiant	3	60	3	60	6	60
	Agriculteurs	0	0	0	0	0	0
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	0	0	0	0	0	0
	Cadres et professions intellectuelles	1	20	1	20	2	20
	Professions intermédiaires	1	20	1	20	2	20
	Employés	0	0	0	0	0	0
	Ouvriers	0	0	0	0	0	0
Nationalité	Française	5	100	5	100	10	100
	Autre	0	0	0	0	0	0
Situation familiale	Célibataire	2	40	1	20	3	30
	En couple	1	20	3	60	4	40
	Marié.e	2	40	1	20	3	30
	Autres	0	0	0	0	0	0
Nombre d'enfants	Sans enfants	3	60	4	80	7	70
	1 ou 2 enfants	1	20	0	0	1	10
	3 enfants	1	20	1	20	2	20
	Plus de 3 enfants	0	0	0	0	0	0

Annexe IV : Tableau regroupant les thèmes et sous-thèmes de l'étude

Thèmes					
T1. Les contraceptions masculines préexistantes	T2. Opinion concernant de nouvelles contraceptions masculines	T3. Eventualités d'une nouvelle contraception masculine	T4. Freins possibles à l'essor de la contraception masculine	T5. La contraception, charge inexorablement féminine ?	T6. L'homme et la contraception : place et implication
Sous-thèmes 1					
Le préservatif, partie intégrante de notre société	Satisfaction vis-à-vis de la contraception masculine actuelle	Formes et caractéristiques de la contraception	Un réel manque d'informations	La contraception, une affaire de femmes ?	Implication globale de l'homme
Sous-thèmes 2					
Une adhésion incomplète au préservatif	Les femmes en faveur de nouvelles contraceptions masculines	Réticences vis-à-vis des effets indésirables	Un non-avancement des recherches	La place de la femme au sein de la société	La contraception, une histoire de couple
Sous-thèmes 3					
Les autres méthodes citées		L'acceptabilité des effets indésirables, marqueur d'une inégalité ?	Freins possibles pour les hommes	Un tabou persistant, mais une évolution notable	
Sous-thèmes 4					
		Autres déterminants de l'adhésion à une nouvelle contraception	Responsabilité de l'homme et confiance des femmes		

RÉSUMÉ:

Introduction: La contraception constitue un enjeu de santé mondial. La contraception masculine a été très peu abordée par la littérature, notamment du point de vue de l'opinion et de l'acceptabilité de nouvelles méthodes, alors qu'elle fait l'objet d'essais cliniques depuis plusieurs décennies.

Méthode: Les objectifs de l'étude étaient de recueillir l'opinion des hommes et des femmes concernant le développement de nouvelles méthodes de contraception masculines, et vis-à-vis des méthodes actuelles. Une étude qualitative à visée descriptive et interprétative a été réalisée dans une Université en santé et un cabinet de sage-femme libérale de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Cinq femmes et cinq hommes ont été interrogés par le biais d'entretiens semi-directifs.

Résultats: Les répondant.e.s ont une opinion en demi-teinte et une certaine méconnaissance vis-à-vis des méthodes de contraception masculines actuelles. S'ils se disent ouvert.e.s au développement de nouveaux contraceptifs masculins, ils font état d'un manque de communication à ce sujet et d'une appréhension vis-à-vis des effets indésirables potentiels.

Discussion: Des facteurs psycho-sociaux particuliers entourent la contraception masculine et cristallisent les craintes d'une atteinte à la masculinité dans toutes ses dimensions. La question de la contraception masculine est aussi en lien avec celle de la charge sexuelle et contraceptive féminine.

Conclusion: Des freins majeurs empêchent l'essor de la contraception masculine, tant du côté des acteurs de son développement que de la population. Une amélioration de la communication et de nouvelles études d'acceptabilité sont nécessaires.

Mots clés: Contraception masculine – Opinion – Acceptabilité – Effets indésirables

ABSTRACT:

Background: Contraception is a global health issue. Very few studies have focused on male contraception and investigated the opinion and acceptability of new methods, while clinical trials have been conducted for several decades.

Methods: The two objectives of the study were to gather the opinions of men and women concerning the development of new methods of male contraception, but also concerning the current methods. A qualitative study was conducted in a medical school and an independent midwife's surgery in Auvergne-Rhône-Alpes. Semi-structured interviews were conducted with five women and five men.

Results: Respondents show a mixed opinion and a lack of knowledge about current male contraceptive methods. They are in favor of the development of new male contraceptives, but feel that there is insufficient communication on this subject and dread potential adverse effects.

Discussion: Specific psychosocial factors surround male contraception and materialize fears of a breach of masculinity in all its dimensions. The subject of male contraception is also linked to the issue of female sexual and contraceptive load.

Conclusion: Major obstacles hamper the rise of male contraception, both because of the actors involved in its development and the population. Improved communication and further acceptability studies are needed.

Key words: Male contraception – Opinion – Acceptability – Side effects