



HAL
open science

Place du couple dans le choix de la contraception

Lucile Sigoigne

► **To cite this version:**

Lucile Sigoigne. Place du couple dans le choix de la contraception. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03543696

HAL Id: dumas-03543696

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03543696v1>

Submitted on 14 Jun 2022

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Lucile SIGOIGNE

Née le 18/03/1991 à Longjumeau

**Place du couple dans
le choix de la
contraception**

**Thèse soutenue à Rennes
le 1^{er} avril 2021**

devant le jury composé de :

Jean LEVÊQUE

PU-PH – Chef de service de Gynécologie – CHU de
Rennes / *Président*

Ronan GARLANTEZEC

PU-PH – Chef de service d'Épidémiologie et de
Santé Publique – CHU de Rennes / *Juge*

Sidonie CHHOR

MCA – Département de Médecine Générale,
Rennes / *Juge*

Marie-Paule SAUVÉE

Médecin Responsable Départemental Conseillère
Technique auprès du DASEN 35 – DSDEN 35 /
Juge

Vanessa LE GALL

Médecin généraliste / *Directrice de Thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Lucile SIGOIGNE

Née le 18/03/1991 à Longjumeau

**Place du couple dans
le choix de la
contraception**

**Thèse soutenue à Rennes
le 1^{er} avril 2021**

devant le jury composé de :

Jean LEVÊQUE

PU-PH – Chef de service de Gynécologie – CHU de
Rennes / *Président*

Ronan GARLANTEZEC

PU-PH – Chef de service d'Épidémiologie et de
Santé Publique – CHU de Rennes / *Juge*

Sidonie CHHOR

MCA – Département de Médecine Générale,
Rennes / *Juge*

Marie-Paule SAUVÉE

Médecin Responsable Départemental Conseillère
Technique auprès du DASEN 35 – DSDEN 35 /
Juge

Vanessa LE GALL

Médecin généraliste / *Directrice de Thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES au 01/09/2020			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/12/2020	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales

THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES au 01/09/2020			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAULT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique

KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGOH TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

A Monsieur le Professeur LEVÊQUE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger ce travail. Je vous prie de recevoir ici l'expression de mes sentiments respectueux.

A Monsieur le Professeur GARLANTEZEC,

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury et de juger ce travail. Je vous prie d'accepter ici ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur CHHOR,

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury et de juger ce travail. Je vous prie d'agréer ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur SAUVÉE,

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury et de juger ce travail. Je vous prie d'accepter ici l'expression de ma sincère reconnaissance. Je vous remercie pour vos conseils avisés et votre aide dans ma pratique quotidienne de la médecine scolaire.

A Madame le Docteur LE GALL,

Vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie pour votre précieuse aide, votre soutien et votre patience tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils de qualité.

A toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce travail,

A tous les couples qui ont participé à cette étude, sans qui elle n'aurait pas été possible.

A Hélène, pour son aide dans ce travail.

A Marie pour sa relecture et son soutien.

A Pierre pour son soutien en toute circonstance.

A Benjamin pour son rire qui illumine mes journées.

A mes parents et mes sœurs, pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de mon parcours.

Table des matières

Liste des annexes	10
1. Introduction.....	11
2. Matériels et méthodes	13
3. Résultats	14
3.1 Connaissance des moyens contraceptifs.....	15
3.1.1 État des lieux des connaissances	15
3.1.2 Contraception définitive.....	15
3.1.3 Sources d'information.....	16
3.2 Facteurs influençant le choix de la contraception	17
3.3 Implication et ressenti de chaque partenaire dans le choix de la contraception..	19
3.3.1 Perception des femmes.....	19
3.3.2 Perception des hommes.....	20
3.3.3 Perception du couple	21
3.3.4 Perspectives d'évolution	22
4. Discussion.....	23
4.1 Principaux résultats	23
4.2 Forces et limites de l'étude.....	23
4.3 Moyens contraceptifs en Europe et dans le monde	23
4.4 Evolution du choix de la contraception et du ressenti des partenaires.....	24
4.5 Rôle des systèmes de santé et éducatif	26
4.6 Rôle de la société.....	27
5. Conclusion	29
6. Références bibliographiques.....	30
7. Glossaire	33
8. Annexes.....	34

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Recueil des consentements

Annexe 3 : Note d'information

Annexe 4 : Flyer

1. Introduction

Selon la DRESS, 232 200 IVG ont été réalisées en France en 2019, atteignant ainsi un sommet depuis les années 1990 (1). L'HAS rappelle qu'en France, un tiers des grossesses n'est pas planifiée. Un tiers de celles-ci sont imputables à l'absence de contraception et deux tiers d'entre elles se déclarent alors qu'une contraception est en place (2). Ces données témoignent de l'importance d'impliquer les hommes autant que les femmes face à la gestion de la contraception.

La contraception permet de gérer sa capacité de reproduction. Il semblerait que dans certaines situations, le droit à la contraception devienne un devoir qui incombe à la femme (3). En effet, en consultation de médecine, la femme se présente le plus souvent seule pour choisir une contraception, car c'est elle qui devra la gérer dans la grande majorité des cas. De plus, depuis que la consultation prénuptiale n'est plus obligatoire, l'information concernant la contraception est souvent uniquement délivrée aux femmes. Les hommes peuvent donc se sentir exclus mais ils semblent se tourner plus facilement vers Internet que vers leur médecin traitant pour répondre à leurs questions en matière de contraception (4). Enfin, le seul moyen de contraception masculin couramment utilisé, le préservatif, a une connotation négative et est associé à l'idée des IST (3) (4).

La pilule contraceptive permet de contrôler la fécondité du couple et libère donc l'activité sexuelle. Mais celle-ci place « *durablement la responsabilité et la pratique de la contraception sous le contrôle des femmes* », les hommes se sentant moins concernés par ce domaine (5).

La médicalisation des moyens de contraception met en avant la relation médecin patiente qui prend alors l'avantage sur les échanges entre les partenaires (6). Cependant, ce choix concerne l'homme tout autant que sa compagne. En effet, le type de contraception peut influencer la vie de couple par ses effets secondaires mais aussi devant le risque de grossesse non désirée. Les méthodes de contraception diffèrent au sein des pays du monde tout comme la place de la contraception masculine (6).

Dans la société actuelle, les hommes se sentent de plus en plus concernés par la paternité et la prise en charge des enfants et leur éducation. Il semble donc pertinent qu'ils soient plus impliqués dans le choix d'une contraception (7) (8). De surcroît, certains hommes expriment une volonté de gestion de la contraception pour éviter une « *paternité subie* » et « *un sentiment de vulnérabilité face à la maîtrise de la fécondité* ». Certains d'entre eux sont donc demandeurs d'une plus forte implication, soutenue par des associations telles qu'ARDECOM (9) (10).

Les moyens de contraception masculins ont des difficultés à se mettre en place pour différentes raisons : crainte de la part des mouvements féministes de perdre l'autonomie contraceptive, moyens contraceptifs ridiculisés par la presse, manque de financement car demande jugée trop faible par les laboratoires pharmaceutiques (10). Cependant, certains hommes s'impliquent de différentes manières dans la prise de contraception chez leur partenaire par une participation financière ou un accompagnement chez le gynécologue par exemple (11).

L'enracinement dans la contraception féminine résulte d'un défaut d'information et de prise au sérieux de la contraception masculine. L'atteinte de la virilité et de la fertilité sont les principales craintes concernant la prise d'une contraception masculine. Elle projette cependant une coopération des partenaires d'un couple avec « *le partage des contraintes matérielles et des risques pour la santé ainsi que l'engagement dans la responsabilité contraceptive et familiale* » (12).

Le manque d'engagement de certains hommes dans le domaine de la contraception viendrait du fait qu'ils aient l'impression de ne pas en savoir assez sur celle-ci comme le montre une étude qualitative réalisée par une sage femme (13). Les principales sources d'information qu'ils citent sont le médecin généraliste, le milieu scolaire, les parents et l'entourage féminin. Enfin certains d'entre eux témoignent d'un « *sentiment d'inégalité dans les responsabilités contraceptives* » (13).

Le but de ce travail est de mieux comprendre la démarche suivie au sein d'un couple pour choisir une contraception et de mieux appréhender le partage de la responsabilité contraceptive. Selon les résultats, les campagnes d'informations et les consultations dédiées à la prescription d'une contraception pourront être adaptées.

L'objectif principal est de déterminer l'implication et la place de chaque partenaire au sein d'un couple dans le choix d'une contraception. Les objectifs secondaires sont d'analyser les connaissances des patients concernant la contraception, et notamment en ce qui concerne la contraception définitive, ainsi que d'analyser les facteurs influençant le choix d'une contraception au sein d'un couple.

2. Matériels et méthodes

Une étude qualitative, descriptive, par entretiens individuels puis en couple a été menée auprès de personnes volontaires vivant en Bretagne. L'étude concerne des personnes âgées de 18 à 60 ans, hétérosexuelles, et vivant en couple depuis au moins 1 an.

Les couples volontaires ont été recrutés dans différents cabinets de médecine générale, de gynécologie et de PMI, dans la région de Bretagne en milieu rural et urbain. Une information sous forme de flyer était disponible dans les salles d'attente. Les patients intéressés déposaient le flyer avec leurs coordonnées à la secrétaire ou à leur médecin. Le recrutement s'est ensuite réalisé par effet boule de neige.

Un échantillonnage avec recherche de variation maximale a été réalisé. Les critères de variation étaient les suivants : âge, lieu d'habitation (rural semi-rural ou urbain), situation familiale, situation professionnelle, moyen contraceptif utilisé.

Le recrutement des couples a été réalisé entre novembre 2018 et décembre 2019.

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été élaboré à partir de la littérature et d'un entretien exploratoire. Il a ensuite été affiné au fur et à mesure des entretiens.

Les informations ont été recueillies par entretiens semi-dirigés par un seul chercheur. Les partenaires d'un même couple étaient entendus séparément dans un premier temps puis ensemble dans un second temps (sauf l'entretien exploratoire qui a été mené avec les 2 partenaires tout le long de l'entretien).

Les consentements des couples ont été recueillis (Annexe 2).

Les entretiens ont été menés dans un lieu calme et propice au dialogue, au domicile des couples volontaires. Les informations ont été recueillies à l'aide d'un enregistreur vocal puis retranscrites entièrement (ainsi que les éléments non verbaux) sur un ordinateur. Les données retranscrites ont été anonymisées (note d'information en Annexe 3) puis analysées par 2 chercheurs de façon indépendante permettant d'identifier les thèmes et les sous thèmes.

3. Résultats

Les entretiens ont été réalisés auprès de 12 couples volontaires dont les caractéristiques figurent dans le tableau 1. Un entretien n'a pas été réalisé entièrement par manque de temps du couple qui n'a pas souhaité me recontacter par la suite. Les entretiens ont duré en moyenne 38 minutes et ont été menés au domicile des participants.

Variable qualitative	Modalité	n
Genre	Femme	12
	Homme	12
Lieu d'habitation	Rural	8
	Semi-rural	2
	Urbain	14
Situation professionnelle	Agent de surveillance	2
	Agriculteur	1
	Cadre	5
	Chauffeur	1
	Employé	1
	Étudiant	1
	Ouvrier qualifié	3
	Personnel d'éducation	1
	Profession de l'information	2
	Profession intermédiaire administrative de la fonction publique	2
Situation familiale	Profession intermédiaire de la santé	5
	En couple depuis moins de 5 ans	8
	En couple entre 5 ans et 10 ans	2
Nombre d'enfant(s)	En couple depuis 10 ans et plus	14
	0	7
	1	7
	2	8
Enfant(s) issu(s) d'union	3	2
	Actuelle	12
Contraception (par couple)	Précédente	5
	DIU cuivre	1
	DIU hormonal	3
	Implant	2
	Pilule progestative	1
	POP	1
	Préservatif	2
Préservatif en attente de la vasectomie	1	
	Vasectomie	1

Tableau 1 : Caractéristiques des enquêtés de l'étude

3.1 Connaissance des moyens contraceptifs

3.1.1 État des lieux des connaissances

Le préservatif masculin, la pilule et le DIU sont les trois moyens contraceptifs les plus connus et quasiment systématiquement cités aussi bien par les hommes que par les femmes.

L'implant est très largement connu par les femmes et assez méconnu des hommes.

L'anneau vaginal, le patch transdermique et les spermicides semblent moins connus des femmes et méconnus des hommes.

Les méthodes contraceptives dites naturelles sont moins souvent citées aussi bien par les hommes que par les femmes et sont considérées comme peu fiables « *Elles sont toutes enceintes* » F7.

La pilule du lendemain peut être considérée comme moyen contraceptif.

3.1.2 Contraception définitive

Les hommes ont spontanément cité la vasectomie comme moyen contraceptif dans presque 50 % des cas. Aucun d'entre eux n'a évoqué la ligature des trompes.

Concernant les femmes, 3 d'entre elles ont spontanément cité la vasectomie et 2 la ligature des trompes.

Nous remarquons une méconnaissance des moyens contraceptifs définitifs aussi bien concernant leur technique et leur fonctionnement, que leur réversibilité, leur prise en charge par la sécurité sociale « *Ça a été remboursé par la sécu ?* » F4, leurs effets secondaires « *j'ai associé ça euh à la perte d'éjaculation et de plaisir* » H9, et leurs conditions de réalisation « *Il faut avoir déjà eu au moins un enfant en France pour pouvoir se faire ligaturer les trompes et avoir je sais plus quel âge* » F11.

Les principaux avantages cités pour la vasectomie sont la réalisation d'une courte intervention sous anesthésie locale avec un rapide rétablissement « *c'est très rapide, c'est très facile* » H3. De plus, cette méthode contraceptive est appréciée par les hommes pour sa simplicité « *c'est d'une simplicité pour l'homme* » H4, et permet de libérer les femmes de la charge contraceptive « *Pour moi en tant que femme parce que justement j'ai pas à avoir un truc chimique, métallique, [...] pour moi c'est vraiment la liberté* » F4.

Les principaux freins cités pour la vasectomie sont l'irréversibilité de l'acte, la nécessité d'une intervention chirurgicale, la crainte de la perte de plaisir « *les conséquences sur le plaisir* » H1 et l'atteinte de la virilité et de la libido.

Cette contraception concerne donc des couples plus âgés qui ne désirent plus ou pas d'enfant « *c'est certainement quelque chose qui va s'imposer quand on arrive dans un âge un peu plus avancé on va dire, quand la vie est constituée et qu'on n'a plus besoin de, que les enfants sont là* » H3

Les couples ayant choisi la vasectomie comme moyen contraceptif auraient aimé connaître cette méthode contraceptive plus tôt et rapportent que ce choix s'est fait simplement « *la vasectomie ça a été comme une évidence* » H3 ; « *je trouve ça dommage qu'on s'y soit pas penché plus tôt* » H8. Les couples connaissant la vasectomie ou l'ayant choisie comme méthode contraceptive s'étaient en général d'abord tournés vers la ligature des trompes (moyen contraceptif connu suite à une expérience amicale ou familiale) puis ont découvert la vasectomie suite à une consultation médicale « *J'ai du lui demander euh des infos sur la ligature des trompes [...] elle m'a annoncé qu'il y a une autre alternative qui est celle-ci* » F8.

La méconnaissance de la vasectomie par la population générale semble rendre ce sujet difficile à aborder « *on dira moins facilement je me suis fait vasectomiser que je me suis fait ligaturer les trompes. J pense que c'est des histoires de mœurs aussi parce que c'est pas connu* » F3. Cependant, les hommes ayant choisi ce mode de contraception sont prêts à en parler pour briser les tabous et les préjugés et ne craignent pas le jugement des autres « *Après j'pourrais justement en ayant subi l'opération, je pourrais en parler.* » H3.

Les couples ont plus d'appréhension concernant la ligature des trompes, notamment devant l'anesthésie générale qu'elle nécessite « *l'urologue, il me disait que la ligature des trompes [...] c'est plus risqué alors que la vasectomie, [...] c'est rien quoi* » H3.

Il est établi que l'irréversibilité de ces contraceptions nécessitent un délai de réflexion et une information claire, loyale et appropriée « *c'est pas quelque chose [...] qui me fait peur j'ai été bien informé maintenant, on m'a bien expliqué* » H3.

3.1.3 Sources d'information

Les couples interrogés s'estiment trop peu informés sur la contraception « *j'trouve qu'on est mal informé* » F4, notamment sur la contraception masculine et la vasectomie « *on n'en parle pas quoi. On reste toujours sur le moyen de contraception féminin* » F3.

Les principales sources d'information concernant les méthodes contraceptives citées par les participants sont :

- les cercles amicaux, familiaux « *au travers des discussions avec les amis, les parents* » H2, et l'expérience personnelle « *avec mon ex femme, quand je l'ai connue elle prenait la pilule* » H11.

- le système scolaire, qui semble plutôt évoquer le préservatif comme moyen de protection contre les IST « *on a eu des interventions où on nous parlait énormément du préservatif* » H3, et survoler les moyens contraceptifs. La manière dont sont évoqués ces sujets ne paraît pas adaptée « *j'ai des souvenirs de cours de bio en 3ème, c'était, tout le monde rigolait, c'était sale, c'était pas top* » F3. Enfin, il semblerait intéressant que la formation sur la sexualité à l'école soit délivrée par des professionnels de la santé et pas par des enseignants « *mais y a des collègues qui ont fait des actions de prévention [...] sur euh, la sexualité. C'était des demandes des instits en fait, des profs ou de l'infirmière scolaire* » F3.

- le corps médical « *chez le médecin, des infos sur la contraception. Ouais, même en libre accès dans la salle d'attente* » F3, qui semble délivrer des informations essentiellement aux femmes, et pas spontanément mais à la demande des patients « *c'était vraiment à ma demande* » F6.

- Internet « *J'avais regardé sur les sites Internet pour les stérilets* » F8.

- les études supérieures dans le médical et paramédical « *l'école infirmière* » F5.

Les hommes semblent rarement évoquer la contraception avec leurs filles adolescentes « *c'est plus le rôle d'une maman ça. [...] malheureusement, j pense que les enfants ils sont plus gênés de parler de ça avec les papas qu'avec les mamans* » H1, mais abordent plus volontiers le sujet avec leurs fils « *il était content que je lui en parle* » H10. Les femmes parlent de la contraception plus facilement avec leurs enfants « *Dès que y a eu le premier petit copain sérieux* » F4. Les couples rencontrés souhaitent également préserver l'intimité et la liberté de leurs enfants « *par contre il faut préserver leur liberté aussi. [...] On va pas les envahir, faut leur laisser leur espace* » F8.

3.2 Facteurs influençant le choix de la contraception

Les histoires contraceptives des femmes rencontrées débutent souvent par l'introduction d'une pilule œstroprogestative non pas dans un but contraceptif mais à la recherche d'un bénéfice secondaire dans le cadre d'une dysménorrhée ou d'acné « *j'ai utilisé la pilule très jeune parce que j'avais des problèmes d'acné* » F2.

Celles des couples participants débutent par l'utilisation du préservatif puis d'une pilule œstroprogestative ou d'un implant (plutôt utilisé par les couples plus jeunes) lorsque la relation est établie et plus durable « *c'était préservatif pour des, des, des euh, des choses on va dire éphémères et puis à partir du moment où les choses s'installent, [...] ça paraissait normal que ce soit la pilule* » H9 puis un DIU après la naissance des enfants, ou la reprise des préservatifs. Enfin, certains d'entre eux optent pour une contraception définitive lorsqu'ils n'ont plus de désir d'enfant et que les autres choix de contraceptifs ont été exclus (mauvaise tolérance, exclusion des contraceptifs hormonaux ...) « *et puis à un moment j'ai eu l'impression que ça me gênait, j'avais mal au ventre et donc on a décidé d'arrêter [...]. Et c'est là qu'on arrive à réfléchir aujourd'hui à la vasectomie* » F8.

Un certain nombre de couples rencontrés possèdent une vision péjorative de la contraception hormonale concernant ses effets secondaires « *prise de poids, changement d'humeur, ça oui. Euh j'ai une pilosité qui est importante aussi et qui était assez décuplée* » F1, et son impact environnemental « *j'sais que c'est super malsain pour l'environnement* » H1. L'infertilité rencontrée par certains couples peut également lui être imputée « *des difficultés à avoir un enfant. C'est pourquoi je ne reprendrai jamais la pilule* » F5.

Cependant, le choix du contraceptif devient plus limité lorsque tous les moyens hormonaux ont été exclus « *je veux rien d'hormonal donc en fait ça limite beaucoup* » F5.

Le contraceptif choisi se doit d'être fiable « *le stérilet euh, y a le côté euh, fiabilité qui me convient pas* » H3, peu contraignant avec des effets secondaires limités et accessible financièrement « *Y a une contrainte aussi financière* » F11. Celui-ci peut aussi être sélectionné en fonction de la libido du couple « *quand on fait l'amour tous les jours [...] il faut vraiment se poser la question mais après si on le fait une fois par mois, suffit de choisir le moment où le faire et puis c'est bon* » H1, ainsi que du désir ou non d'enfant dans un avenir proche.

Les préservatifs sont décrits comme contraignants rendant l'acte sexuel moins spontané « *C'est très contraignant le préservatif parce qu'au début y a une certaine gêne* » H9, tout comme le diaphragme. Ils présentent également un certain coût « *les préservatifs qu'on achète sans latex, ils sont assez chers* » H1 et peu de couples semblent savoir qu'une partie peut être prise en charge par la sécurité sociale. Le préservatif féminin quant à lui est difficile à mettre sur le plan pratique. Enfin, certains contraceptifs comme la pilule nécessitent une certaine rigueur « *la pilule oui, enfin le seul truc faut bien s'organiser pour la prendre au bon moment, qui convient le mieux et surtout pas oublier* » F10.

Le choix du contraceptif dépend également du vécu personnel de chaque membre du couple et de celui de leur entourage « *des expériences autour de moi [...] avec des stérilets au cuivre et pour 3 d'entre elles en tous les cas qui étaient tellement douloureux qu'ils leur ont enlevés* » F1, mais aussi des mœurs du pays « *en France ils les mettent beaucoup plus tardivement qu'aux États Unis (parle des DIU)* » F10.

Enfin, la plupart des contraceptifs apportent un certain nombre de bénéfices secondaires, également pris en compte par les couples dans leur choix « *de plus avoir mes règles je trouve ça génial* » F9.

Le contraceptif est donc choisi en pesant la balance avantages/inconvénients « *Ça a des inconvénients certes, mais ça a aussi des avantages donc euh, c'était un peu un choix de raison* » F7.

3.3 Implication et ressenti de chaque partenaire dans le choix de la contraception

3.3.1 Perception des femmes

Le choix de la contraception au sein d'un couple est un accord entre les deux partenaires « *on a quand même choisi à 2* » F7. Cependant certaines femmes interrogées estiment que le choix de la contraception est trop souvent laissé à leur seule appréciation.

Certaines d'entre elles se sentent responsables de la contraception de leur couple « *il y a un côté très culpabilisant là dessus [...] je me suis déjà sentie coupable [...]. De pas avoir assumé, géré* » F1 et parlent parfois même de fardeau pour évoquer cela. D'autres estiment partager cette responsabilité avec leur partenaire « *on est responsable tous les 2* » F6.

La plupart du temps, les femmes se présentent seules aux consultations médicales pour le choix ou le renouvellement de leur contraception sans que cela ne les gêne car ce sujet touche à leur intimité et leur corps.

Elles vont elles-mêmes chercher leur moyen contraceptif à la pharmacie, et le prennent en charge financièrement « *c'était moi qui payais* » F4. Lorsqu'il s'agit d'une contraception d'urgence, elles sont accompagnées par leur compagnon « *il était venu avec moi à la pharmacie pour la pilule du lendemain* » F5.

La gestion de la contraception du couple par les femmes, leur permet d'une part, de consulter régulièrement un médecin et donc de mettre en place une surveillance gynécologique « *le fait d'aller une fois par an chez le gynécologue c'est aussi l'occasion d'avoir un bilan de santé* » F2, et d'autre part, d'avoir la maîtrise de la gestion des grossesses, ce qui peut être rassurant et permettre une certaine indépendance.

D'une manière générale, les femmes rencontrées semblent prêtes à déléguer la gestion de la contraception aux hommes à condition que celle-ci soit fiable, peu contraignante et avec peu d'effets secondaires, même si certaines éprouvent des réticences notamment concernant la rigueur de leur conjoint « *je sais pas si j'aurais complètement confiance sur sa prise de pilule* » F7. L'hypothèse de la gestion de la contraception par l'homme ne semble pas créer de crainte quant à la liberté sexuelle des femmes « *Non je suis libre* » F5, tout en rappelant qu'il est nécessaire qu'une relation de confiance soit établie.

Elles semblent satisfaites de l'implication de leur conjoint dans la gestion de la contraception du couple, et la plupart d'entre elles se sentent écoutées et soutenues par leur compagnon « *il ne veut pas que je sois contrainte à avoir [...] des douleurs* » F11.

Les femmes des couples au sein desquels la contraception est gérée par l'homme considèrent cela comme une preuve d'amour « *J'ai trouvé que c'était une preuve un peu d'amour* » F3. Celles-ci

parlent de liberté pour évoquer le fait qu'elles n'ont plus à gérer la contraception de leur couple « *je suis libre. Depuis que je prends plus la pilule* » F5.

3.3.2 Perception des hommes

Les hommes interrogés semblent satisfaits de la place qu'ils occupent dans le choix de la contraception au sein de leur couple. Ce sujet est facilement abordé entre les partenaires. Ils rapportent cependant un rôle limité et déplorent le peu de moyens contraceptifs qu'ils ont à leur disposition « *On se sent [...] démunis nous les hommes parce que hormis les préservatifs euh, ou la vasectomie, y a pas grand-chose qu'on puisse faire* » H11.

En effet, le choix final de la contraception sera fait par leur compagne puisqu'ils ne seront que rarement le gestionnaire direct « *Après n'étant pas directement celui qui vit ce moyen de contraception, [...] c'est pas moi qui fait le choix* » H2. Cependant, lorsqu'ils ne connaissent pas le moyen contraceptif choisi par leurs compagnes, ils se renseignent notamment sur la fiabilité et le fonctionnement de celui-ci « *je voulais [...] avoir une certitude, donc [...] j'étais allé avec elle voir la sage femme* » H6.

Enfin, certains d'entre eux se sentent moins concernés par la responsabilité de la contraception et le risque de grossesse non désirée « *on n'a pas cette notion de responsabilité par rapport à la procréation* » H4.

La plupart des hommes rencontrés se disent prêts à gérer la contraception de leur couple, à condition que celle-ci soit fiable et présente peu d'effets secondaires. Certains d'entre eux présentent des réticences vis à vis des moyens contraceptifs hormonaux « *si c'est des hormones je le prendrais pas* » H1. D'autres remarquent que la gestion de la contraception leur permettrait d'avoir un meilleur contrôle de la fertilité de leur couple « *j'aurai sans doute proposé ça dans l'idée [...] vraiment de maîtrise de cette contraception* » H9.

Le regard des autres et notamment l'atteinte de la virilité ne sont pas des freins à cela « *c'est pas quelque chose qui me fait peur le jugement des autres* » H3.

Pour les couples ayant choisi la vasectomie, les hommes se sont présentés seuls aux consultations. Quand il s'agit de préservatifs, leur achat s'effectue par l'un ou l'autre des partenaires en fonction du couple et leur charge financière est partagée « *maintenant les préservatifs c'est compte commun* » F5. Concernant le choix de la vasectomie, cette décision semble personnelle dans un premier temps car c'est une intervention sur le corps de l'homme « *la démarche pour la vasectomie c'est l'homme qui la fait. Je pense qu'il est important que ce soit une décision déjà réfléchi [...] par rapport à soi-même* » H4.

Enfin, la responsabilité de la contraception semble partagée, que la gestion de celle-ci soit portée par l'homme ou la femme « *Après c'est pas parce que c'est un moyen de contraception masculin que c'est moi qui le gère uniquement en fait. C'est vrai que c'est plutôt partagé* » H5.

Les hommes rencontrés sont attentifs aux effets indésirables que peuvent générer les moyens contraceptifs chez leurs compagnes « *ça m'ennuie vraiment, ça me gêne [...] qu'elle ait des douleurs, qu'elle ait des règles abondantes* » H11, mais rares sont ceux qui les accompagnent en consultation ou se déplacent à la pharmacie, toujours pour respecter l'intimité de l'autre. Ils peuvent aussi s'impliquer en aidant leurs partenaires à penser à prendre leur pilule.

Nous retrouvons dans leurs discours, comme dans celui de leurs compagnes, une volonté d'équité dans la gestion de la contraception du couple « *ça remet les choses à l'équilibre parce que jusqu'à maintenant c'était F3 qui portait cette responsabilité là* » H3.

3.3.3 Perception du couple

Même si les deux partenaires d'un couple sont impliqués dans la gestion de la contraception, celle-ci touche à l'intimité de chaque individu et souvent chacun ressent le besoin de se présenter seul aux consultations « *J'ai proposé d'aller avec lui voir le médecin, il m'a dit non c'est mon truc* » F3. Le choix final de la contraception du couple revient à celui qui subit l'intervention ou qui la gère « *On peut prendre à deux, pour le couple mais euh, l'individu entreprend une démarche personnelle* » H4.

Le fait que ce sujet soit très intime rend sa discussion difficile entre différents couples. Les femmes en parlent plus facilement avec leurs amies, que les hommes « *Non parce que ça c'est quelque chose de complètement personnel et on n'en parle vraiment à personne* » H11. Les jeunes générations semblent aborder plus fréquemment cet aspect « *en parler avec les copains ou les copines d'ailleurs* » H7.

Les couples rencontrés estiment qu'il est nécessaire de parler de contraception aux enfants pour impliquer aussi bien les garçons que les filles dans sa gestion « *Leur dire qu'il y a plusieurs choses qui existent, c'est pas que la femme qui doit faire attention* » F3.

La discussion autour de la contraception est libre permettant de briser certains tabous et une réassurance du partenaire qui ne la gère pas directement.

D'une manière générale, les couples rencontrés estiment qu'il est important que le choix de la contraception soit porté par les 2 partenaires. En effet, le simple fait d'en discuter permet de prendre une décision plus éclairée et de soutenir la personne qui va porter la contraception « *c'est plus facile d'être à 2 pour décider parce qu'on discute, on échange les arguments* » F8, mais également de gérer plus sereinement les oublis sans culpabilité « *si jamais bah il arrive un pépin on a décidé ensemble donc [...] on porte ensemble le risque* » F8.

L'implication personnelle d'un des partenaires entrave la volonté d'équité dans la gestion de la contraception « *y a pas de moyen de contraception qui soit à 50 % en responsabilité et en impact sur chaque partenaire* » F1.

Enfin, les couples évoquent très souvent la notion de confiance entre les deux partenaires, nécessaire pour une gestion apaisée de la contraception.

3.3.4 Perspectives d'évolution

La gestion de la contraception évolue avec le temps tout comme sa responsabilité au sein du couple « *j'en ai déjà parlé avec des collègues qui ont 55 ans, ils n'ont jamais utilisé de préservatif. Jamais. C'était, ça a toujours été du ressort de, euh, la contraception c'est la responsabilité de la femme. Que ce soit pour un soir ou que ce soit pour la vie* » F1.

Certains couples rencontrés, estiment que l'implication de l'homme aurait été différente s'ils étaient plus jeunes actuellement « *on serait jeune aujourd'hui et j'aurais les connaissances que j'ai aujourd'hui, la question se poserait autrement* » H9.

Nous remarquons également que la pratique de la médecine évolue avec un rôle moins paternaliste des médecins généralistes et plus informatif « *c'était la médecine à papa quoi donc c'était rassurant pour quelqu'un qui était un petit peu coincé mais euh pas du tout dans l'information [...] avec notre, notre médecin femme, [...] j'ai plus aucun scrupule à communiquer là dessus* » H9 permettant d'inclure plus facilement les hommes sur le sujet de la contraception.

4. Discussion

4.1 Principaux résultats

L'élément phare de cette étude est le manque d'information délivrée, concernant la contraception, notamment aux hommes. En effet, une discussion semble essentiellement se créer entre le corps médical et la femme et peu entre le corps médical et l'homme voire le couple. Cependant, nous remarquons également que cette situation évolue et que les hommes se sentant de plus en plus impliqués dans la gestion de la contraception de leur couple sont actifs et à la recherche d'information. En outre, ce sujet paraît de moins en moins tabou entre les patients et le corps médical mais également au sein de la société, permettant une meilleure diffusion de l'information.

Les femmes, principales gestionnaires de la contraception des couples car actrices principales, semblent prêtes à déléguer en partie cette tâche à leur partenaire. Les hommes sont attentifs aux effets indésirables que peut avoir la contraception sur leur partenaire et certains déplorent même le manque de contraceptifs masculins à leur disposition. La volonté d'équité dans la gestion de la contraception au sein des couples est un concept qui revient très souvent dans les entretiens. Actuellement, celle-ci prend notamment la forme d'une concertation en amont du choix de la contraception mais également un soutien mutuel dans la gestion de cette dernière (achat partagé, présence en consultation, attention portée aux effets secondaires ...).

4.2 Forces et limites de l'étude

Ce travail est original par sa méthode avec la rencontre de couples. La méthode choisie permet d'explorer le ressenti et le vécu des couples interrogés. La parole est ici donnée aux hommes et aux femmes de manière égale, ce qui ne semble pas toujours être le cas sur le thème de la contraception.

Cette étude a cependant plusieurs limites. Les couples interrogés étaient tous volontaires, constituant un biais de sélection. La diversité de l'échantillon sur plusieurs critères (âge, lieu de résidence, profession ...) a permis de limiter les biais d'interprétation. Néanmoins, cette étude n'a interrogé qu'un nombre réduit de couples et dans une zone géographique limitée. De futures études pourraient être menées sur un territoire plus étendu et avec un plus grand nombre de couples permettant peut-être ainsi de mettre en évidence des différences en fonction du lieu de résidence ou de l'âge des personnes rencontrées.

4.3 Moyens contraceptifs en Europe et dans le monde

La majorité des Européennes utilisent des moyens de contraception très fiables. La contraception définitive féminine n'est pas réalisée si couramment en Europe (entre 10 % et 18 % des moyens de contraception utilisés en Belgique, Espagne et Finlande). Des méthodes contraceptives naturelles,

malgré une fiabilité limitée, sont encore utilisées, particulièrement en Espagne et en Europe de l'Est notamment parce qu'ils sont tolérés par l'Église Catholique (14).

A l'échelle mondiale, en 2019, 842 millions de femmes se servent d'un moyen contraceptif et 270 millions en sont dépourvues alors qu'elles en auraient besoin (15).

Au niveau mondial, la stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus utilisée, suivie du préservatif puis du DIU et enfin de la pilule (16).

Les méthodes contraceptives fluctuent d'un pays à l'autre car de nombreux facteurs socio-culturels influencent leurs choix. Par exemple, les Japonais pensent que la pilule et le stérilet présentent des risques pour leur santé, c'est la raison pour laquelle ils sont les plus gros utilisateurs de préservatifs au monde.

A l'échelle internationale, la contraception définitive a diminué de 3 points en 20 ans depuis 1994 pour concerner 30% des femmes en 2015 et a été divisée par 2 pour les hommes pour atteindre seulement 4% d'entre eux dans le même temps. C'est le préservatif qui a bénéficié de cette diminution compte tenu de son efficacité contre le SIDA ainsi que les injections hormonales dont la part a plus que triplé chez les femmes sur la même période (16).

4.4 Evolution du choix de la contraception et du ressenti des partenaires

Actuellement, il existe un très large choix de contraceptifs féminins. Malgré cela, certaines femmes ne trouvent pas de contraception adaptée à leurs besoins et souhaiteraient que leurs compagnons prennent en charge la contraception du couple. Une étude internationale (17) a démontré que de nombreuses femmes pensent que la responsabilité de la contraception leur appartient de façon trop fréquente et que la majorité d'entre elles est prête à faire confiance à leurs partenaires pour l'utilisation d'une contraception hormonale masculine.

Il existe un choix restreint de contraceptifs masculins dont les principaux utilisés sont : la vasectomie dont le principal inconvénient est son irréversibilité (18) et le préservatif dont les principaux inconvénients sont la fiabilité (19), la difficulté d'utilisation (spontanéité, diminution plaisir) et les allergies au latex (20). De nombreux hommes déplorent cela et sont prêts à utiliser une contraception hormonale masculine (21).

Contrairement à ce que nous avons observé dans notre étude, le schéma contraceptif classique tend à se modifier. Ce dernier consiste, au cours de la vie, à un emploi de préservatifs auxquels se succèdent la pilule lors de la mise en couple et un dispositif intra-utérin après avoir eu un ou plusieurs enfants (22). En effet, le développement de nouvelles contraceptions hormonales (implant) et celui des DIU (adaptation aux nullipares) ainsi que le déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, ont modifié le paysage contraceptif français (22) (23).

Plus de 50 ans après la légalisation de la pilule œstroprogestative en France, son utilisation est remise en question. Celle-ci est en baisse avec une perte de 3,1 points entre 2013 et 2016 chez les femmes de

15-49 ans (23). De nombreux effets secondaires lui sont imputés, notamment suite à la crise de 2012 concernant le risque vasculaire. L'utilisation des moyens contraceptifs évolue en France et est différente en fonction des tranches d'âge. Certaines usagères favorisent les contraceptions les plus fiables notamment celles dites de longues durées d'action réversibles (majoration de l'emploi de l'implant et du DIU chez les 20-24 ans et du DIU chez les 25-44 ans entre 2010 et 2016). Cependant, il est noté chez les utilisatrices de 20-44 ans, entre 2013 et 2016, une recrudescence de l'utilisation du préservatif pour éviter d'avoir recours à la contraception hormonale, malgré sa moindre efficacité (22) (23). La pilule reste malgré tout, le contraceptif le plus utilisé par les jeunes femmes (15-29 ans) (23). Cependant, peu de contraceptifs non hormonaux aussi bien féminins que masculins sont à disposition des couples. Parmi eux, les DIU au cuivre sont les plus utilisés (24).

En 2016 en France, toutes tranches d'âge confondues, la pilule reste le contraceptif le plus utilisé, auquel succèdent le DIU et le préservatif (23). Le taux de femmes déclarant ne pas utiliser de contraception est resté stable entre 2013 et 2016. On observe donc une diversification des méthodes contraceptives plutôt qu'une diminution de leur utilisation (23).

La contraception définitive reste peu utilisée en Europe et notamment en France par rapport à ce qui est observé dans d'autres continents tels que l'Amérique (avec un fort taux de contraception masculine en Amérique du Nord), l'Asie et l'Océanie. En Europe, le Royaume Uni et la Suisse y ont plus fréquemment recours que la France (25). Une information plus systématique concernant ce mode de contraception pourrait peut-être le rendre plus répandu en France.

Les méthodes contraceptives dites naturelles (méthodes basées sur la connaissance de la fertilité, la méthode d'allaitement et d'aménorrhée et la méthode de retrait) ont une prévalence faible (4,6% des utilisateurs) qui reste stable au cours des années. Elles induisent davantage de contraintes et restent moins fiables que les méthodes contraceptives modernes. Une information claire et appropriée doit être délivrée aux couples souhaitant utiliser ces méthodes, concernant leur manière d'utilisation, leurs inconvénients et le risque d'échec (26). Une thèse menée en 2017 sur les méthodes contraceptives naturelles a notamment mis en évidence que l'utilisation de celles-ci permettait d'impliquer le couple dans la gestion de la contraception ainsi que de partager sa responsabilité. Les femmes interrogées pour cette étude semblent ne pas toujours discuter de ce choix contraceptif avec leur médecin généraliste (27).

Nous pouvons noter qu'en Bretagne, les patientes utilisent plus de DIU que la moyenne nationale (6,4 % de l'ensemble des bretonnes âgées de 15 à 49 ans contre 5,4 % en France métropolitaine) (28).

4.5 Rôle des systèmes de santé et éducatif

Comme nous l'avons remarqué dans notre étude, un certain nombre de patients estiment ne pas être suffisamment informés à propos des moyens contraceptifs mis à leur disposition, ne leur permettant pas de les choisir de manière « libre » et « éclairée » (29).

Une étude réalisée en 2015 (30) a démontré que ce n'est pas vers le médecin généraliste que se dirigent en priorité les lycéennes pour évoquer la contraception. En 2017, une première consultation dédiée à la contraception et à la prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans a été valorisée par l'Assurance Maladie avec une cotation de 46 euros (prise en charge à 100%). En 2020, cette possible consultation a été étendue à toutes les jeunes filles mineures quel que soit leur âge mais pas aux jeunes hommes.

Le manque de connaissance et d'information concernant les contraceptifs est responsable de leur inutilisation (31) ou d'une utilisation inadaptée à l'origine de grossesse non désirée.

Enfin, une enquête réalisée en 2015 auprès de 258 hommes a démontré que ces derniers se préoccupaient de la contraception mais ne se tournaient pas fréquemment vers leur médecin généraliste pour l'évoquer malgré une connaissance partielle dans ce domaine (32).

Le rôle du système de santé est primordial dans le choix d'un contraceptif pour que celui-ci soit adapté individuellement mais aussi au couple, pour limiter au maximum le risque de grossesse non désirée. Une étude internationale a démontré qu'après une consultation médicale dédiée, près de la moitié des femmes ont choisi une autre méthode contraceptive hormonale combinée que celle initialement prévue (33).

Les outils numériques peuvent également être utilisés pour permettre aux patients de préparer une consultation pour choisir une contraception et délivrer des informations de vulgarisation, comme par exemple le site <https://www.choisirsacontraception.fr/>. Sur celui-ci, les femmes ont la possibilité de répondre à un questionnaire qui, en fonction des réponses, permettra de distinguer les moyens contraceptifs en 3 classes : « les plus adaptés », « les possibles » et « les contre indiqués probables » (34). Dans son rapport concernant cet outil, Santé Publique France souligne que « Parce que la contraception n'est pas seulement une affaire de femmes, Santé Publique France travaille à l'adaptation d'un questionnaire pour les hommes » (34).

Les études réalisées auprès d'adolescents au sein de collèges et lycées (35) (36) montrent qu'après un programme scolaire, ces derniers signalent une plus grande utilisation du préservatif ou d'une autre méthode contraceptive efficace lors des derniers rapports sexuels. Les groupes ayant bénéficié d'une intervention ont une meilleure connaissance du VIH, de la contraception d'urgence et de la prévention de la grossesse.

La contraception d'urgence est également mal connue des collégiens avant une information scolaire d'éducation à la sexualité (37).

En Bretagne, au cours de l'année scolaire 2014-2015, plus de 600 élèves ont demandé une contraception d'urgence auprès des infirmiers scolaires. La plupart d'entre elles étaient mineures (88%) (28). En 2015, 47,3 % des élèves apprenties bretonnes ont eu recours à la contraception d'urgence (28).

Les systèmes de santé et éducatifs jouent un rôle majeur dans l'accès à l'information concernant la contraception. Des actions de prévention de qualité, concernant la contraception et la sexualité, réalisées par des professionnels de santé semblent nécessaires au sein des établissements scolaires. Le médecin généraliste a également une place privilégiée pour délivrer ces informations. Il est fondamental d'impliquer et d'informer autant les hommes que les femmes dans ces domaines.

4.6 Rôle de la société

En France, différents mouvements influencent le développement des moyens de contraception et l'accès à l'information les concernant. Par exemple, la Manif Pour Tous a critiqué la plateforme « onsexprime.fr » (créée en 2009 et remaniée par l'INPES en 2012), estimant que celle-ci surinformait les adolescents (38).

Le Mouvement de Libération des Femmes (qui a fêté ses 50 ans l'an dernier) a, lui, au contraire, milité et manifesté pour la contraception et l'avortement gratuits. C'est le 10 novembre 1971 lors d'une marche internationale pour l'abolition des lois contre l'avortement, qu'est clamé le slogan « un enfant si je veux quand je veux ».

La religion peut également influencer l'utilisation des moyens contraceptifs par une population. Par exemple, l'Église Catholique tolère l'espacement des grossesses par des méthodes naturelles. L'Islam autorise l'utilisation de contraceptifs pour les couples mariés (39).

Enfin, d'autres déterminants de santé interviennent dans le choix contraceptif tels que :

- la représentation et la connaissance du corps féminin. En effet, certaines femmes ne trouvent pas naturel d'utiliser un moyen contraceptif qui masque les menstruations et il est difficile d'utiliser un anneau vaginal lorsqu'on méconnaît son anatomie.
- la politique gouvernementale et les actions de propagande. Les médias jouent également un rôle, avec par exemple, le slip chauffant ridiculisé. La création d'organisme, comme la Société Européenne de Contraception et de Santé Reproductive (fondée en 1988 à Paris), permet d'améliorer l'accès à l'information et aux moyens contraceptifs, ainsi que d'harmoniser les différentes politiques concernant la contraception.
- les facteurs socio-économiques. L'accès à l'information concernant la contraception et la sexualité n'est pas aisé dans de nombreux pays. De plus, le coût de certains contraceptifs les rend inaccessibles à une partie de la population mondiale (39).

Il existe des initiatives locales, comme au sein du planning familial de l'Isère à Grenoble. Ce dernier a récemment organisé une visioconférence sur la contraception testiculaire, destinée aux professionnels de santé mais également au grand public.

D'autres organisations, telles que « kiffe ton cycle » ou encore « GARCON » et « ARDECOM » cherchent à faire connaître toutes les méthodes contraceptives existantes, permettant ainsi à chaque individu de choisir celle qui lui convient.

Comme il l'est écrit sur le site de GARCON : « La contraception peut être un facteur d'émancipation mais aussi une charge à répartir équitablement ou encore un droit à défendre ». Seule une information complète sur les moyens contraceptifs existants, délivrée à chaque individu qu'il soit de sexe féminin ou masculin, permettra un choix éclairé et de « disposer librement de son corps en maîtrisant sa fertilité ».

Les informations délivrées sur ces différents sites permettent à chaque individu de découvrir les nombreuses méthodes contraceptives existantes mais je pense qu'une consultation médicale dédiée permet de donner des conseils adaptés à chaque patient et à chaque couple.

5. Conclusion

Dans cette étude, nous mettons en évidence le désir des couples de partager le choix et la responsabilité de la contraception. Ils ont une réelle volonté d'équité sur ce sujet. Cependant, le peu de contraceptifs réversibles à disposition des hommes a pour conséquence une gestion de la contraception par la femme dans la plupart des cas. Les études en cours sont un réel espoir pour les couples qui souhaitent que l'homme soit le principal gestionnaire de la contraception.

Nous avons remarqué dans cette étude que de nombreux hommes participent à la gestion de la contraception de leur couple sans en être l'acteur principal. En effet, ils peuvent tout d'abord en discuter avec leur compagne pour choisir ensemble. Ils peuvent également assister aux consultations médicales si leur compagne le désire, participer financièrement si le moyen contraceptif choisi n'est pas entièrement pris en charge par la sécurité sociale, aider leur compagne à penser à prendre le contraceptif à l'heure, les soutenir en cas d'oubli ou d'échec de la contraception, aller chercher le moyen contraceptif à la pharmacie.

Dans cette étude, les hommes comme les femmes n'estiment pas être assez informés sur le plan de la contraception et plus particulièrement sur la contraception définitive. La France est un pays qui pratique peu ce type de contraception contrairement à d'autres pays européens. Il semblerait donc profitable de délivrer une information plus large et de façon systématique à la fois dans le milieu médical mais également dans le milieu scolaire. Ainsi, la contraception pourrait devenir l'affaire de tous et le choix des couples pourrait se faire en toute connaissance de cause.

Des études plus approfondies, incluant un plus grand nombre de patients issus de milieux plus variés, sont nécessaires pour mieux évaluer le ressenti de chaque partenaire dans le choix de la contraception au sein d'un couple.

6. Références bibliographiques

1. ER 1163.pdf [Internet]. [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf>
2. contraception_freins_reco2 clics-5.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2 clics-5.pdf
3. Cresson G. Les hommes et l'IVG. Expérience et confiance. Sociétés Contemporaines. janv 2006;(61):65-89.
4. Lambourg A. Connaissances et représentations des hommes de 18 à 20 ans sur la contraception: étude qualitative en Bourgogne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2013.
5. Giami A, Spencer B. Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 sept 2004;52(4):377-87.
6. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Population & Sociétés. 2017;N° 549(10):1.
7. Hottois J. La représentation qu'ont les hommes de leur place dans le couple hétérosexuel en ce qui concerne la contraception et le désir d'enfants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2012.
8. Smet L, Université Jean Monnet . Faculté de médecine Jacques Lisfranc. L'implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception: Etude qualitative en Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2012.
9. Andro A, Desgrées du Loû A. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés | Cairn.info. Autrepart, revue de sciences sociales au Sud. 2009;(52):3-12.
10. 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.
11. Desjeux C. Une occultation des pratiques masculines de contraception. Interrogations, revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales [Internet]. juin 2008 [cité 3 mars 2021];(6). Disponible sur: <https://revue-interrogations.org/Une-occultation-des-pratiques>
12. Kalampalakis N, Buschini F. La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. Nouvelle revue de psychologie. 2007;(4):89-104.
13. Viel H, Lipinski K. L'implication des hommes dans la contraception. Caen, France; 2016. 75 p.
14. Population Reference Bureau. La plupart des femmes en Europe ont recours à la contraception et ont pourtant parfois des grossesses surprises [Internet]. 2001 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.prb.org/laplupartdesfemmeseneurope/>
15. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ. Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. PLOS Medicine. 18 févr 2020;17(2):e1003026.

16. Pison G. La pilule, première méthode de contraception en France, mais pas dans le monde [Internet]. The Conversation. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <http://theconversation.com/la-pilule-premiere-methode-de-contraception-en-france-mais-pas-dans-le-monde-89207>
17. Glasier AF, Anakwe R, Everington D, Martin CW, van der Spuy Z, Cheng L, et al. Would women trust their partners to use a male pill? *Hum Reprod.* mars 2000;15(3):646-9.
18. Jequier AM. Vasectomy related infertility: a major and costly medical problem. *Hum Reprod.* juill 1998;13(7):1757-9.
19. Fu H, Darroch JE, Haas T, Ranjit N. Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect.* avr 1999;31(2):56-63.
20. Levy DA, Khouader S, Leynadier F. Allergy to latex condoms. *Allergy.* nov 1998;53(11):1107-8.
21. Martin CW, Anderson RA, Cheng L, Ho PC, van der Spuy Z, Smith KB, et al. Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations. *Hum Reprod.* mars 2000;15(3):637-45.
22. Plu-Bureau G. Évolution et nouvelles approches en contraception. *LA REVUE DU PRATICIEN.* 2018;68:381-401.
23. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent [Internet]. *Santé Publique France*; 2017 [cité 3 mars 2021] p. 8 pages. Disponible sur: </determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
24. Robin G, Letombe B. Contraceptions non hormonales. *LA REVUE DU PRATICIEN.* 2008;58:29-40.
25. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive patterns 2013.* 2013. 2 p.
26. Hassoun D. [Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* déc 2018;46(12):873-82.
27. Millet P. Méthodes de contraception naturelles: pour quelles raisons certaines femmes les choisissent, quelles sont leurs représentations de la contraception, quelle place pour le médecin généraliste? Paris Descartes; 2017.
28. 20171128-FOCUS-CONTRACEPTION-V7.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://orsbretagne.typepad.fr/2017/novembre/20171128-FOCUS-CONTRACEPTION-V7.pdf>
29. 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]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.
30. Baudrier A. Etude descriptive sur le ressenti des lycéennes concernant l'information sur la contraception et la place du médecin généraliste en tant qu'interlocuteur: une étude un an après la mise en place du Pass contraception en Limousin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2015.
31. Sundstrom B. Fifty years on « the pill »: a qualitative analysis of nondaily contraceptive options. *Contraception.* juill 2012;86(1):4-11.
32. Cadiegues D. La connaissance des hommes sur la contraception: étude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2015.

33. Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, Marintcheva-Petrova M, van Bakel B, Oddens BJ. The CHOICE study: effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. févr 2012;17(1):65-78.
34. Santé Publique France. Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive [Internet]. 2020 févr [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: /presse/2020/un-nouvel-outil-d-information-pour-mieux-choisir-sa-methode-contraceptive
35. Lopez LM, Grey TW, Chen M, Tolley EE, Stockton LL. Theory-based interventions for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 23 nov 2016;11:CD007249.
36. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Tolley EE. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 29 juin 2016;(6):CD012249.
37. Boyeldieu M. Évaluation des connaissances des élèves de 3e sur la contraception hormonale d'urgence avant une information scolaire d'éducation à la sexualité [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
38. Le Figaro : Nouvelle offensive de la Manif pour tous sur l'éducation sexuelle [Internet]. La Manif Pour Tous. 2017 [cité 3 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.lamanifpourtous.fr/actualites/figaro-nouvelle-offensive-de-manif-leducation-sexuelle>
39. Contraception, religion et culture : un lien évident ? [Internet]. Gyn&co. 2016 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.gynandco.fr/contraception-religion-et-culture-un-lien-evident/>

7. Glossaire

ARDECOM Association pour la Recherche et le DEveloppement de la Contraception

Masculine

DIU Dispositif Intra-Utérin

DRESS Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

GARCON Groupe d'Action et de Recherche pour la CONtraception

INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST Infection Sexuellement Transmissible

IVG Interruption Volontaire de Grossesse

PMI Protection Maternelle et Infantile

POP Pilule Œstro-Progestative

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

8. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Contrat de communication

Bonjour,

Je m'appelle Lucile SIGOIGNE et je suis étudiante dans le milieu de la santé. Je réalise actuellement un travail de fin d'études sur le choix de la contraception au sein d'un couple, ici en Bretagne. Ce qui m'intéresse plus particulièrement c'est le ressenti et l'investissement de chaque partenaire d'un couple dans la contraception et leur communication autour de ce sujet. Si vous l'acceptez, nos entretiens seront enregistrés mais resteront entièrement anonymes.

Questions ouvertes

Femme seule :

- « Tout d'abord, pouvez-vous vous présenter ? »
Doit préciser : âge, profession, nombre d'enfants au sein de ce couple et en dehors, depuis combien de temps sont-ils en couples
- « Quels types de contraception connaissez-vous et lesquels avez-vous utilisé au cours de votre vie ? »
« Par qui et où avez-vous obtenu ces informations ? »
Y-a-t-il eu des changements au cours de la vie reproductive et pourquoi (effets secondaires) ? Parlez-vous contraception à vos enfants ?
- « Quel type de contraception utilisez-vous actuellement et pourquoi ? »
Comment avez-vous fait ce choix ? Comment vous sentez-vous par rapport à ce choix ? Quelle est en pratique votre place lors des renouvellements, prescriptions initiales ?
- « Madame : Quelle place aimeriez-vous que votre compagnon occupe dans le choix de la contraception ? »
De quelle façon aimeriez-vous que votre compagnon soit plus impliqué ? Trouvez-vous votre compagnon trop impliqué ou au contraire en retrait ?

Homme seul :

- « Tout d'abord, pouvez-vous vous présenter ? »
Doit préciser : âge, profession, nombre d'enfants au sein de ce couple et en dehors, depuis combien de temps sont-ils en couples
- « Quels types de contraception connaissez-vous et lesquels avez-vous utilisé au cours de votre vie ? »
« Par qui et où avez-vous obtenu ces informations ? »
Y-a-t-il eu des changements au cours de la vie reproductive et pourquoi ? Parlez-vous contraception à vos enfants ?

- « Quel type de contraception utilisez-vous actuellement et pourquoi ? »
Comment avez-vous fait ce choix ? Comment vous sentez vous par rapport à ce choix ? Quelle est en pratique votre place lors des renouvellements, prescriptions initiales ? (l'homme vient-il aux consultations, à la pharmacie ?)
- « Monsieur : Vous, en tant qu'homme, quelle place / rôle / souhaiteriez-vous occuper dans le choix de la contraception ? »

Le couple ensemble :

- « Quelles avantages/ inconvénients trouvez-vous à un partage de la prise de décision ? »
Pensez-vous que cette responsabilité est trop lourde à partager ? Faites-vous assez confiance à votre partenaire pour partager cette responsabilité ?
- « Quelles sont vos craintes/peurs si vous prenez plus de place ou au contraire moins de place ? »
Avez-vous peur de vous sentir moins libre sur le plan de la sexualité ? Avez-vous peur de ne pas contrôler la fertilité de votre couple ? Avez-vous peur de vous sentir moins viril ?

Annexe 2 : Recueil du consentement

J'accepte de participer à cette étude sur le choix de la contraception au sein d'un couple.

Je suis informé(e) que les données de cet entretien seront enregistrées et retranscrites avec anonymisation des données.

Fait à :

Le :

Signature :

Annexe 3 : Note d'information

Vous avez accepté de participer une étude portant sur le choix de la contraception au sein d'un couple. Il s'agit d'un travail qualitatif réalisé à l'aide d'entretiens individuels puis en couple menés auprès de personnes volontaires, afin de permettre de croiser les points de vue de chacun.

Les entretiens sont enregistrés par dictaphone pour pouvoir les retranscrire et permettre de travailler à partir des données brutes. Toutes les données sont anonymisées lors de la retranscription.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de ces données.



J'ai besoin
de vous !

Bonjour, je m'appelle Lucile SIGOIGNE. Je suis interne en médecine générale. Vous pouvez m'aider à réaliser ma thèse dont le thème est :

La place du couple dans le choix d'une contraception en 2018

Je recherche :

- **QUI ?** Des couples volontaires et majeurs.
- **POURQUOI ?** Pour discuter autour de la contraception.
- **COMBIEN de temps ?** Les entretiens durent entre 30 minutes et 1 heure.

Si vous êtes intéressés :

- ✓ Vous pouvez me contacter
 - par téléphone :
 - par e-mail :
- ✓ Vous pouvez laisser vos coordonnées sur ce coupon et les remettre au **médecin** ou à la **secrétaire** :



Prénoms : &

Téléphone : / / / /

Email : @



Merci de votre aide !

SIGOIGNE, Lucile - Place du couple dans le choix de la contraception

38 feuilles, 1 tableau. 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2021 ; N°

Résumé

Introduction : Un tiers des grossesses en France ne sont pas planifiées, ce qui représente 350 000 gestations chaque année. Parmi elles, 210 000 se terminent par une IVG. Ces chiffres montrent la nécessité de responsabiliser les hommes, autant que les femmes face à la gestion de la contraception. L'objectif était de déterminer l'implication et la place de chaque partenaire au sein d'un couple dans le choix d'une contraception. **Méthode** : Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive, réalisée par entretiens semi-dirigés individuels puis en couple auprès de personnes volontaires vivant en Bretagne. **Résultats** : Les enquêtés de cette étude s'estiment trop peu informés sur la contraception. Les hommes se sentant de plus en plus impliqués dans la gestion de la contraception de leur couple sont actifs et à la recherche d'information. Ce sujet paraît de moins en moins tabou entre les patients et le corps médical mais également au sein de la société, permettant une meilleure diffusion de l'information. Les femmes, principales gestionnaires de la contraception des couples car actrices principales, semblent prêtes à déléguer en partie cette tâche à leur partenaire. Les hommes sont attentifs aux effets indésirables que peut avoir la contraception sur leur partenaire et certains déplorent même le manque de contraceptifs masculins à leur disposition. Plusieurs des enquêtés ont exprimé leur volonté d'équité en terme de contraception. **Conclusion** : Une information systématique, relayée par les systèmes de santé et éducatif aux hommes ainsi qu'aux femmes, semble être la clef pour une gestion sereine et partagée de la contraception au sein d'un couple.

Abstract

Context : A third of pregnancies in France are not planned, which represents 350,000 pregnancies each year. Among them, 210,000 end up in abortions. These figures show the urgent need to empower men as well as women in the way they manage contraception. The purpose of this study was to determine the involvement and role of each partner within a couple in the choice of a means of contraception. **Method** : This is a qualitative and descriptive study, carried out with semi-guided interviews with individuals and then with couples. All the interviewees were volunteers living in Brittany. **Results** : The respondents in this study feel they are too little informed about contraception. Men who feel more and more involved in the management of their couples' contraception actively seek more information. This topic seems less and less taboo between patients and the healthcare professionals but also within society, allowing more an effective spread of information. Women, who are the main managers of contraception within couples as they are the main actors, seem ready to partially delegate this task to their partners. Men are aware of the adverse effects that contraception may have on their partners and some even regret the lack of male contraceptives available to them. Several of the respondents expressed their desire for equity in terms of contraception. **Conclusion** : Systematic information, shared by the healthcare and education systems to men as well as women, seems to be the key to a wise and shared way to manage contraception within a couple.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : couple, contraception, choix, ressenti

Mots-clés anglais MeSH : couple, contraception, choice, feeling

Président : Monsieur Jean LEVÊQUE

JURY :Assesseurs : Monsieur Ronan GARLANTEZEC
Madame Sidonie CHHOR
Madame Marie-Paule SAUVÉE