



HAL
open science

La contraception masculine en médecine générale : représentations et comportements des médecins généralistes de l'Aude et l'Hérault

Elisa Pierron

► To cite this version:

Elisa Pierron. La contraception masculine en médecine générale : représentations et comportements des médecins généralistes de l'Aude et l'Hérault. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03765615

HAL Id: dumas-03765615

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03765615>

Submitted on 31 Aug 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Elisa PIERRON

Le 16/06/2022

**LA CONTRACEPTION MASCULINE EN MEDECINE GENERALE :
REPRESENTATIONS ET COMPORTEMENTS DES MEDECINS
GENERALISTES DE L'AUDE ET L'HERAULT**

Directrice de thèse : Dr VERNIER Violaine

JURY

Président : **Pr Philippe LAMBERT** Professeur des Universités-Médecine Générale

Assesseurs :

Dr Elodie MILLION Maître de conférences associé

Dr Violaine VERNIER Docteur en médecine générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Elisa PIERRON

le 16/06/2022

**LA CONTRACEPTION MASCULINE EN MEDECINE GENERALE :
REPRESENTATIONS ET COMPORTEMENTS DES MEDECINS
GENERALISTES DE L'AUDE ET L'HERAULT**

Directrice de thèse : Dr VERNIER Violaine

JURY

Président : **Pr Philippe LAMBERT** Professeur des Universités-Médecine générale

Assesseurs :

Dr Elodie MILLION Maître de conférences associé

Dr Violaine VERNIER Docteur en médecine générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Héléne
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUITER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISIÉ Jean Pierre



Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LANDAIS Paul	ZANCA Michel
BASTIEN Patrick	LARREY Dominique	
BLANC François	LE QUELLEC Alain	
BONAFE Alain	MARES Pierre	
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry	
BOURREL Gérard	MAURY Michèle	
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick	
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand	
COMBE Bernard	MONNIER Louis	
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges	
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian	
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy	
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean	
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François	
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles	
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques	
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain	
JONQUET Olivier	VOISIN Michel	

Docteurs Emerites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie

CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie

MATECKI Stéfán	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÈRE Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophthalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences

LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emille	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHERE	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon	RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUROUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUHEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESSE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI El Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD	GINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYS Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUSTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xa	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Hélène	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE Gil	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT, vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez recevoir mes sincères remerciements. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Elodie MILLION, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à ce jury et d'évaluer mon travail.

A Madame le Docteur Violaine VERNIER, un grand merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ton regard avisé, tes conseils, tes relectures ont été d'une aide précieuse. Je te remercie également pour ta disponibilité et ta bienveillance lors de mon dernier stage d'internat, de m'avoir ouvert les portes de ton cabinet et de ta maison.

Aux médecins qui ont participé à cette étude, sans qui ce travail aurait été impossible.

A tous les médecins et équipes soignantes rencontrés lors de mes stages, qui m'ont tellement appris.

A ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir accompagnée dans ses longues études. Vous avez toujours cru en moi et votre soutien m'a permis d'être la personne que je suis aujourd'hui.

A mon frère, Quentin, merci de m'avoir soutenue durant toutes mes études : depuis ton aide pour les cours de physique-chimie en première année jusqu'à la relecture de ma thèse. Je suis fière que tu sois devenu le premier Docteur de la famille.

A ma sœur, Suzie, merci pour ton soutien à toute épreuve, tu finis en même temps que moi tes études, j'espère que tu t'épanouiras dans ton métier.

A ma petite sœur, Nina, qui n'est plus si petite. J'ai commencé ces études lorsque tu étais encore à l'école primaire, aujourd'hui tu passes le bac. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A mes grands-parents, et en particulier Mamie, j'aurais tellement aimé que tu sois là pour cette soutenance, tu m'as suivi lors de ces études, tu es un modèle pour moi. Tu resteras toujours dans mon cœur.

A mes oncles et tantes, et notamment ma marraine, qui a toujours été là pour moi.

A mes nombreux cousins, cousines, et mes petits-cousins, malgré la distance qui nous sépare, je suis reconnaissante d'avoir pu grandir avec vous.

A Florian, merci de m'avoir supportée lors de ces études. Tu as toujours été un vrai soutien. J'ai déjà tellement de souvenirs inoubliables avec toi et j'ai hâte d'en créer d'autres. Je suis tellement heureuse que nous nous soyons rencontrés.

A ma belle-famille, merci de m'avoir si bien accueillie.

A mes amis,

Aux copains de Béziers notamment Adèle, Chris, Cindy, Julien, Marine, Marion, Steven, Taïssia, c'était un réel plaisir de découvrir le Sud et la vie d'interne avec vous.

A mes colocataires adorés, Angélique, Coline, Léonard, Mélanie mais aussi Romain et Cécile. Je garde tous les bons souvenirs de ces semestres partagés avec vous.

A mes amis de Bezak, Laura, Marie, Marine, je me sens vraiment chanceuse de vous avoir rencontrés. Ces bons moments passés avec vous, que ce soit à la fac ou en vacances resteront gravés. A quand les prochains ?

Un grand merci en particulier à Marie pour la relecture de cette thèse.

A ma merveilleuse filleule, Louisa, je suis tellement fière d'être ta marraine. C'est un bonheur de te voir grandir.

A mes amis du lycée, Camille, Paul, Lucie, Jérémy, avec qui j'ai partagé la première année de ces études. Mais aussi, Annelise, Sébastien et Simon, j'espère qu'on pourra très vite tous se revoir.

A Marie-Camille, ma première coloc', merci de m'avoir supportée lors de ces premières années d'étude.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	17
SOMMAIRE	19
LISTE DES ABREVIATIONS	20
INTRODUCTION.....	21
1. La contraception masculine.....	21
2. Le contexte actuel en France	26
3. Problématique.....	27
4. Objectifs de l'étude	27
MATERIEL ET METHODES	28
1. Choix du type d'étude	28
2. Population et recrutement.....	28
3. Recueil des données	28
4. Analyse des données	30
RESULTATS	31
1. Caractéristiques de l'échantillon	31
2. Résultats de l'étude sous forme d'arbre thématique	32
3. Représentations des médecins généralistes sur la contraception masculine	32
4. L'attitude du médecin généraliste	35
5. Les leviers pour aborder la contraception masculine en consultation.....	38
6. Les freins pour aborder la contraception masculine en consultation	40
7. Les pistes d'amélioration	45
DISCUSSION	48
1. Analyse des résultats de l'étude	48
2. Quelle place pour la CM en médecine générale ?.....	50
3. Forces et faiblesses de l'étude.....	52
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	58
RESUME.....	96

LISTE DES ABREVIATIONS

AFU : Association française d'urologie

CHU : Centre hospitalier universitaire

CM : contraception masculine

CMT : contraception masculine thermique

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DIU : diplôme inter-universitaire

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : indice de Pearl

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

MG : médecin généraliste

MST : maladie sexuellement transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

La contraception est aujourd'hui en France majoritairement féminine. La pilule féminine est le moyen de contraception le plus utilisé selon le Baromètre de la santé de 2016 (1). Pourtant, selon les études, 34 à 83% des hommes se disent prêts à partager la charge contraceptive (2–4). Ces résultats varient selon la présence ou non d'explications préalables données sur la technique contraceptive et les différentes méthodes proposées lors des études. La motivation principale est de prendre le relais de leur partenaire, qui souvent, a été la seule responsable de la contraception du couple (3).

Considérant ces données sociologiques et les nouvelles avancées scientifiques, éléments que nous détaillerons dans cette introduction, la contraception masculine tend à devenir un sujet incontournable dans l'exercice de la médecine générale. Après la description de la situation actuelle, nous expliquerons les méthodes utilisées dans cette étude puis les résultats obtenus. Enfin, nous discuterons des résultats ainsi que des forces et faiblesses de l'étude.

1. La contraception masculine

1.1. Définition

La contraception a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». Historiquement, les premiers écrits évoquant la contraception remontent à l'Egypte antique ; plusieurs méthodes visant à contrôler sa fertilité ont été décrites dans des papyri médicaux (5).

En France, la contraception sur prescription médicale est autorisée depuis 1967 avec la loi Neuwirth du 19 décembre 1967 (6). Elle concerne surtout la pilule hormonale, remboursée par la Sécurité Sociale à partir de 1974.

Un moyen de contraception doit dans l'idéal comporter trois critères : l'efficacité, l'acceptabilité et un faible coût. L'efficacité est évaluée par l'indice de Pearl (IP). Celui-ci est calculé à partir de la formule suivante :
$$IP (\%) = \frac{\text{nombre de grossesses non planifiées} \times 1200}{\text{nombre de mois d'utilisation d'une méthode contraceptive} \times 100}$$
. Plus cet indice est bas et plus la méthode contraceptive est efficace.

Il existe deux grandes catégories de contraception : la contraception réversible (ou transitoire) et la contraception définitive (ou stérilisation).

La stérilisation peut être masculine ou féminine (7).

1.2. Différentes méthodes

La grande majorité des méthodes contraceptives est féminine. Parmi les méthodes masculines, les plus utilisées selon l'Association Française d'Urologie (AFU) sont le préservatif, la méthode du retrait (ou *coitus interruptus*) et la vasectomie (8).

- Le préservatif masculin :

Utilisé par les Romains au Ier siècle avant J.-C. à partir de vessie d'animaux (9), il est maintenant un étui mince et souple, le plus souvent en latex, permettant d'éviter l'émission de sperme dans le vagin. Il a l'avantage d'être le seul moyen de contraception (avec le préservatif féminin) à protéger également des infections sexuellement transmissibles (IST).

Son IP théorique, c'est-à-dire moyennant une utilisation régulière et correcte, est de 2%. Mais son IP en pratique, c'est-à-dire en condition d'utilisation réelle, est de 13% (10).

Le préservatif masculin est la méthode contraceptive masculine la plus utilisée. 15.5% des femmes de 15 à 49 ans déclaraient utiliser ce moyen de contraception selon le Baromètre de Santé Publique France en 2016. Il existait de grandes disparités selon les catégories d'âge, avec une utilisation déclarée chez 29,6% des femmes âgées de 15 à 19 ans contre 11,3% des 45-49 ans (1).

- La méthode du retrait (ou *coitus interruptus*)

Cette méthode consiste à retirer son pénis du vagin avant l'éjaculation. Elle a pour avantage d'être totalement gratuite et de ne présenter aucune contre-indication. Elle nécessite une certaine connaissance de son corps et son taux d'échec est important.

Le *coitus interruptus* présente un IP théorique à 4% mais un IP en pratique à 20% (10).

Cette faible efficacité s'explique également par la présence de quelques spermatozoïdes dans la fraction initiale de l'éjaculation.

Cette méthode n'est pas considérée à l'heure actuelle comme un moyen de contraception du fait de son indice de Pearl en pratique élevé.

En France, entre 2010 et 2013, le retrait était utilisé par 8% des hommes, seul ou combiné avec une autre méthode (préservatif, méthode Ogino). La crise des pilules en 2012 a provoqué une augmentation de l'utilisation de cette méthode à cette époque (11).

- La vasectomie

En France, la vasectomie est autorisée depuis 2001 avec la loi du n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et à la contraception (12). En Angleterre, elle est autorisée depuis 1972.

Elle est considérée par la Haute Autorité de Santé comme « une stérilisation à visée contraceptive » et est accompagnée d'un parcours de soin particulier avec un délai de réflexion de quatre mois entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation (13).

Elle doit être considérée comme définitive bien qu'une technique de réparation soit possible. Celle-ci aboutit à un résultat incertain avec un taux de grossesse variable selon plusieurs facteurs comme le délai entre la vasectomie et la reperméabilisation, la présence d'un granulome, l'âge de la partenaire (14).

L'indice de Pearl théorique de la vasectomie est de 0,10% et en conditions d'utilisation réelle, il est de 0,15% (10).

La vasectomie nécessite un acte chirurgical qui peut être fait sous anesthésie locale et qui consiste à obturer les canaux déférents. Cela nécessite de faire une incision sur chaque bourse afin d'atteindre les deux canaux déférents et empêcher les spermatozoïdes d'atteindre le liquide spermatique (15). Une auto-conservation de sperme peut être réalisée avant l'intervention.

Son efficacité n'est confirmée qu'après la réalisation du spermogramme montrant une azoospermie trois mois après le geste chirurgical.

Cette opération n'a pas d'impact sur l'érection, l'éjaculation ou le désir et plaisir sexuel.

Cette méthode a une action seulement contraceptive et ne protège pas des IST.

Les risques de cet acte chirurgical sont ceux de l'anesthésie, ainsi que de rares cas d'hématome, d'infection ou reperméation des canaux déférents qui peut nécessiter une réintervention.

Dans les années 1990, des études décrivaient une augmentation du risque de cancer de la prostate et des testicules. Depuis, plusieurs études concordantes semblent montrer qu'il n'y a pas de

majoration du risque de cancer de la prostate ou du cancer testiculaire (16,17). L'augmentation retrouvée dans les premières études s'expliquerait par un suivi plus important chez les patients vasectomisés.

En France, le nombre de vasectomies effectuées chaque année augmente depuis une dizaine d'années avec en 2013, 2824 vasectomies recensées par l'Assurance maladie contre près de 13 000 en 2019.

La France reste loin derrière le Royaume-Uni ou les pays d'Amérique du Nord comme le Canada où 22% des hommes avaient eu recours à la vasectomie en 2015 (18).

Dans sa stratégie nationale de santé sexuelle, le Ministère des Solidarités et de la Santé se donne pour objectif de « développer l'information sur la contraception définitive féminine et masculine » ainsi que d'en faciliter l'accès (19).

1.3. Des perspectives

- Méthodes hormonales

Plusieurs méthodes hormonales de contraception masculine existent (20). Une seule a été validée par l'OMS. Elle consiste en l'injection intramusculaire hebdomadaire d'énanthate de testostérone. Elle doit être limitée à dix-huit mois en l'absence de données sur les conséquences à long terme. Il faut attendre trois à quatre mois pour espérer une azoospermie (21).

La testostérone undécanoate a également été étudiée notamment en Chine avec une injection intramusculaire par mois (22).

Des associations de testostérone avec un progestatif pour limiter les effets secondaires sont également à l'étude, avec une prise plus simple, per os, quotidienne comme la pilule féminine. Des études sur de plus grands échantillons manquent.

Un gel transdermique associant de la testostérone et un progestatif la Nestorone avec une application quotidienne est à l'étude. Les premiers résultats montrent une azoospermie chez 89% des hommes (23).

- Méthodes thermiques

La contraception masculine thermique (CMT) consiste à augmenter la température des testicules afin de bloquer la spermatogénèse. De manière physiologique, les testicules ont une température

inférieure de 2 à 4°C par rapport à la température centrale du corps. C'est à cette condition que les spermatozoïdes peuvent être produits.

Différents moyens de CMT existent, sous forme d'anneau ou de sous-vêtements, utilisant le même mécanisme. Ils consistent à faire remonter les testicules près de l'orifice du canal inguinal pour augmenter leur température d'environ 2°C (24).

En pratique, la CMT doit être portée au moins quinze heures par jour pour garantir l'effet inhibiteur sur la spermatogénèse.

Plusieurs études ont été réalisées pour tester l'efficacité de ces méthodes (25) mais celles-ci étaient sur un petit nombre de patients et le manque de données sur les effets à moyen et long terme ne permet pas une mise sur le marché (26).

Ce moyen de contraception est seulement disponible auprès du Dr Mieusset, andrologue au Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse, qui a mis au point le sous-vêtement thermique dans les années 1970. (schémas en annexe n°1)

- Le RISUG (Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance)

Cette méthode de contraception non hormonale consiste à injecter un polymère sous forme de gel en niveau des canaux déférents afin de bloquer l'arrivée des spermatozoïdes dans le sperme. Elle serait efficace sur le long terme et pourrait être réversible grâce à l'injection d'un autre produit qui viendrait dissoudre le gel. Les études réalisées montrent une bonne tolérance de cette méthode (27). Elle n'est pas commercialisée en France à ce jour.

- Méthodes en cours de recherche :

D'autres méthodes sont à l'étude mais ne sont pour la plupart qu'en phase pré-clinique. Nous citerons les pilules masculines non hormonales qui ciblent les récepteurs de l'acide rétinoïque ou la protéine BrdT (28).

2. Le contexte actuel en France

2.1. La place de la CM

Après la crise sanitaire sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations en 2012, suivie de leur déremboursement à partir du 30 septembre 2013, les femmes se sont montrées plus défiantes vis-à-vis de ce mode de contraception. Une étude réalisée en 2014 (29) s'intéressant au vécu de cette crise par les médecins généralistes a montré l'émergence d'une attitude réflexive sur les pratiques alors que la prescription de pilules féminines était la norme auparavant.

De plus, l'arrêt de la commercialisation du dispositif Essure® (30) en 2017 a rendu la stérilisation définitive féminine plus risquée, avec la nécessité d'une anesthésie générale, et plus invasive, avec une coelioscopie.

Prendre part à la contraception du couple semble aujourd'hui intéresser davantage les hommes (31).

Néanmoins, les méthodes de contraception masculine sont peu nombreuses et mal connues.

2.2. Ce qu'en pensent les hommes

Une étude française (2) réalisée auprès de 304 jeunes pères en 2018 a montré que plus de la moitié serait intéressée par une contraception masculine.

Les hommes sont souvent peu informés ou mal informés et une de leur première source d'information est Internet (32).

Dans un travail de thèse réalisé en 2017 (31) interrogeant des hommes, 11% déclaraient avoir déjà consulté leur médecin pour obtenir des informations concernant la contraception. Ils étaient 23% à avoir été confrontés à une grossesse non désirée.

2.3. Ce qu'en pensent les femmes

Les femmes ne se sentent pas suffisamment informées au sujet de la contraception masculine, selon une récente étude française (33). Cette étude s'est intéressée à l'acceptabilité d'une contraception masculine selon les femmes. 70% des femmes interrogées se disaient favorables à laisser les hommes s'occuper de la contraception. En revanche, après information des différentes techniques existantes, ce taux de femmes favorables baissait à 46.7%.

2.4. La place du médecin généraliste

Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié des hommes pour leurs questions de santé. Il est en première ligne et est souvent un professionnel de santé de confiance pour les patients.

Il peut donc jouer un rôle important dans l'information et l'accompagnement des patients désirant adopter une contraception.

3. Problématique

Face à l'intérêt des hommes à contribuer à la contraception et au développement de nouvelles méthodes, comment cette question de la contraception masculine est-elle abordée en médecine générale ? C'est la réponse à laquelle nous avons essayé de répondre par cette étude.

4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations et les comportements des médecins généralistes concernant la contraception masculine dans les départements de l'Aude et de l'Hérault.

L'objectif secondaire était la recherche des leviers et des freins à la discussion de la contraception masculine avec les hommes.

MATERIEL ET METHODES

1. Choix du type d'étude

L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations et les comportements des médecins généralistes concernant la contraception masculine.

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. Cela permettait d'obtenir des données verbales des médecins généralistes afin d'avoir leur avis, leurs impressions et leurs expériences.

2. Population et recrutement

La population étudiée était des médecins généralistes installés, dans l'Aude ou dans l'Hérault.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste thésé, installé, libéral ou salarié, dans l'Aude ou dans l'Hérault.

Les critères d'exclusion étaient : les internes en médecine, les médecins remplaçants, les médecins retraités.

Le recrutement s'est fait par téléphone avec l'annuaire et par mail, en fonction du lieu d'exercice. Il s'est fait ensuite par recommandations des premiers médecins généralistes interrogés (échantillonnage boule de neige). Nous avons cherché à obtenir un échantillonnage à variation maximale avec les variables suivantes : l'âge, le sexe, le lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain).

3. Recueil des données

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés afin de rester dans le champ de recherche de cette étude. Ces entretiens étaient individuels pour laisser les participants s'exprimer librement et faire part de leur propre expérience en tant que médecin généraliste.

Un guide d'entretien avait été préalablement établi sur la base des recherches bibliographiques effectuées. Il a été testé avec un médecin généraliste maître de stage universitaire. Il a été modifié

après le troisième entretien afin d'obtenir des réponses plus complètes sur leurs représentations de la contraception masculine notamment.

GUIDE D'ENTRETIEN

*Bonjour, tout d'abord je tenais à vous remercier pour le temps que vous m'accordez.
Je m'appelle Elisa PIERRON, je suis remplaçante en médecine générale et j'effectue un travail de thèse sur la contraception masculine en médecine générale.
Je vais vous poser 5 questions, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il est pour moi important d'avoir votre avis personnel en tant que médecin généraliste.
Je vous remercie d'avoir consenti à l'enregistrement de cet entretien. Il est important pour moi de le faire afin d'analyser toutes les informations que vous m'apporterez.
L'ensemble des données sera bien sûr anonymisé.
Vous pouvez arrêter l'entretien à tout moment si vous le souhaitez.*

- 1) **Si je vous dis, contraception masculine en 2021, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?** (ou que vous évoque le sujet de la contraception masculine en 2021 ?)

Relances : Que pensez-vous de la place actuelle de la contraception masculine ?
Pouvez-vous détailler ?
Pourquoi ?

- 2) **Quelles sont les méthodes de contraception masculine que vous avez déjà abordées avec vos patients ?**

Relances : Quelles sont les situations pour lesquelles vous pensez à évoquer cette thématique ?
Qui évoque le sujet ? Vous, le patient ?
Connaissez-vous d'autres méthodes ?

- 3) **Souvenez-vous d'une consultation où vous avez abordé la contraception masculine.**

Qu'est-ce qui s'est passé ?
Quelle a été votre réaction ?
Comment vous l'avez vécu ?

Possible relance : et une situation qui s'est passée différemment ?

OU Vous êtes en consultation, un patient vient vous demander une contraception masculine. Que lui dites-vous ?

- 4) **Quels sont selon vous, les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ?**

A l'inverse, quels sont les leviers vous permettant, ou qui vous permettraient, d'aborder la contraception masculine en consultation ?

- 5) **Finalement, quelles seraient vos suggestions pour pouvoir aborder davantage ou différemment la contraception masculine en médecine générale ?**

Aviez-vous quelque chose à ajouter ?

Les entretiens ont été réalisés en présentiel pour la plupart, au cabinet du médecin généraliste ou au domicile du médecin. Un entretien a été effectué en visioconférence en raison du contexte sanitaire via Microsoft Teams. Le créneau horaire était fixé par les participants, après leur avoir

précisé la durée prévisionnelle de l'entretien. Chaque médecin avait été préalablement informé du thème de l'étude.

Les entretiens ont été enregistrés via la fonction « enregistreur vocal » d'un smartphone et d'un ordinateur posés sur la table entre l'intervieweur et l'interviewé après consentement oral du participant au préalable.

A la fin de chaque entretien, un questionnaire était transmis au participant afin de recueillir les données socio-démographiques (âge, sexe, milieu d'exercice, formation ou expérience en lien avec la contraception masculine).

Les entretiens ont ensuite été retranscrits mot-à-mot sur Word et anonymisés en désignant par la lettre I l'intervieweur et M le médecin interrogé.

Ils ont été réalisés du 4 novembre 2021 au 10 mars 2022.

4. Analyse des données

Nous avons fait le choix d'une analyse thématique pour cette étude permettant une approche inductive des données. Chaque entretien a été désigné par un numéro, dans l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. L'entretien test a été inclus à l'étude pour ne pas omettre de données pertinentes.

Nous avons d'abord distingué les unités de sens après lecture flottante. Puis nous avons attribué un thème à chaque unité de sens de façon manuelle après lectures répétées. Les thèmes ont ensuite été regroupés dans des catégories thématiques. Les deux premiers entretiens ont été analysés par l'enquêteur et la directrice de ce travail afin d'effectuer une triangulation des données. Pour les autres entretiens, une discussion entre les deux chercheurs a permis de redéfinir les thèmes.

Nous avons choisi de faire une thématization en continu au fur et à mesure de l'analyse des verbatims. Le but était d'arrêter les entretiens après saturation des données.

La restitution des données est présentée sous la forme d'un arbre thématique grâce au logiciel Xmind.

La grille COREQ a été utilisée pour guider la rédaction (34).

RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons interrogé pour cette étude 7 hommes et 7 femmes médecins généralistes installés.

	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Formation ou expérience particulière en lien avec la contraception
M1	Féminin	38	Semi-rural	aucune
M2	Masculin	59	Semi-rural	aucune
M3	Féminin	59	Semi-rural	aucune
M4	Masculin	33	Semi-rural	non
M5	Masculin	38	Semi-rural	DIU gynécologie
M6	Masculin	60	Urbain	aucune
M7	Féminin	30	Rural	aucune
M8	Féminin	31	Urbain	SASPAS gynécologie
M9	Masculin	33	Urbain	1 semestre au planning familial
M10	Féminin	57	Rural	Formation IVG médicamenteuse
M11	Féminin	57	Urbain	aucune
M12	Masculin	30	Rural	aucune
M13	Masculin	67	Urbain	Ancien obstétricien, gynécologie en MG ensuite
M14	Féminin	45	Semi-rural	aucune

La moyenne d'âge était de 45.5 ans.

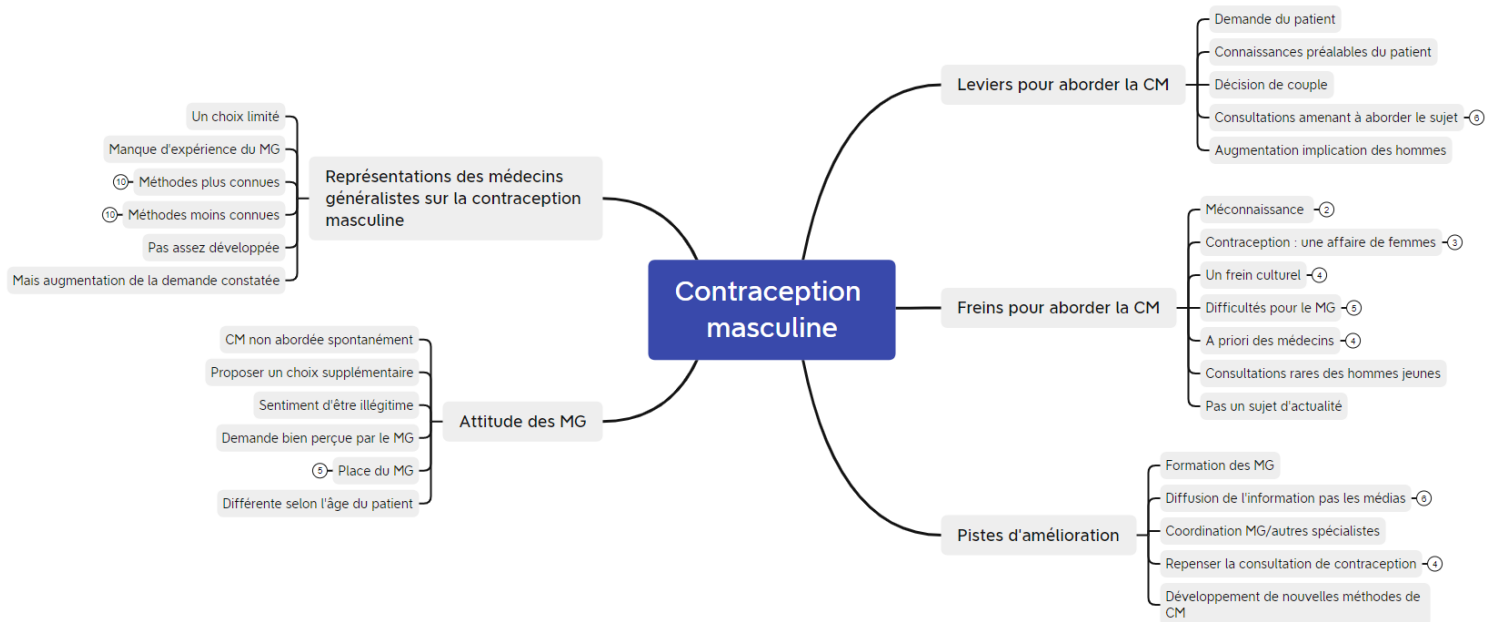
Six médecins estimaient exercer en milieu semi-rural (43%), cinq en milieu urbain (36%) et trois en milieu rural (21%).

Deux médecins généralistes avaient reçu une formation particulière en lien avec la contraception (DIU de gynécologie et formation à l'IVG médicamenteuse).

Les entretiens ont duré entre huit et vingt-neuf minutes.

2. Résultats de l'étude sous forme d'arbre thématique

La version complète est en annexe. Nous allons ensuite présenter les différents thèmes retrouvés.



3. Représentations des médecins généralistes sur la contraception masculine

3.1. Un choix limité

Plusieurs médecins ont jugé que le choix parmi les méthodes de contraception masculine était très limité. Il était parfois difficile pour eux de citer les méthodes existantes.

M2 " il n'y en a pas trente-six, mis à part le préservatif, euh..."

M5 "est quasi inexistante. Il n'y a pas grand-chose qui se fait à mon sens"

M13 "parce que finalement ... il y a pas tellement de choses"

3.2. Manque d'expérience du médecin généraliste

La contraception masculine est un sujet auquel les médecins généralistes sont très peu confrontés. Ils n'ont pas une grande expérience sur le sujet pour la plupart.

M2 " que par expérience, j'ai eu très peu de demandes dans toute ma carrière, comme je le disais, j'ai plus de trente ans derrière moi d'exercice médical "

M11 "ça m'était complètement sorti de l'esprit "

3.3. Méthodes les plus connues : la vasectomie et le préservatif

Les médecins généralistes connaissent majoritairement deux méthodes, le préservatif et la vasectomie.

Le préservatif est davantage vu comme un moyen de lutte contre les IST que comme une contraception. C'est une méthode de référence, notamment pour les patients les plus jeunes.

Il est perçu comme contraignant et peu efficace comme moyen de contraception par les médecins généralistes.

M1 "préservatif mais pas en tant que contraception, en général, en tant que protection des MST à des jeunes "

M7 "la première contraception à apprendre aux jeunes"

M11 "je sais pas si on peut appeler le préservatif contraception parce que c'est pas très efficace,"

La vasectomie est une technique plus efficace, connue des MG, mais son efficacité n'est pas immédiate. L'inconvénient principal de cette méthode est son irréversibilité mais certains médecins la présentaient comme potentiellement réversible.

M2 "technique qui est ancienne, qui a fait ses preuves "

M4 "la vasectomie qui est assez radicale, chirurgicale"

M6 "C'est quelque chose qu'il va oblitérer mais qui peut se rouvrir."

3.4. Méthodes moins connues

Parmi les autres méthodes contraceptives masculines, les médecins généralistes de l'étude ont cité les méthodes thermiques. Celles-ci sont assez méconnues, notamment sur les modalités pratiques. Elles sont assez contraignantes sur la mise en application.

M3 "les ceintures là pour soulever les ... testicules, pour la température mais franchement, j'en ai jamais vu de ma vie"

M5 "[l'anneau]c'est compliqué. Le...la faisabilité "

Les méthodes hormonales présentent quant à elles trop d'effets secondaires pour être utilisées de manière courante. Un médecin avait fait l'expérience de cette méthode avec un échec, son efficacité n'était pas satisfaisante selon lui.

M10 "tout ce qui étaient injections de testostérone, de prendre des hormones, sous prétexte qu'il y a des effets secondaires bah c'est pas encore vraiment mis en application. "

M13 "j'ai eu un échec et puis les autres ont été mal tolérés "

La pilule masculine dont on parle depuis longtemps est connue mais toujours à l'étude.

M8 "pilules pour hommes [...] qui fonctionneraient, qui seraient sans danger, qui auraient été testées, qui ont pas de financement, qui ont pas tout ça pour vraiment voir le jour, déjà aux Etats-Unis"

Le retrait a également été cité comme méthode de contraception masculine, mais son manque d'efficacité le fait passer au second plan.

M4 "le retrait machin mais en fait il disait « bah on est pas sûrs », « c'est pas fiable ».

M10 "le retrait, avec une efficacité (rires) qu'on connaît, un indice de Pearl qui doit pas être très très haut. "

3.5. La CM : pas assez développée selon les médecins généralistes

Les médecins considèrent que la CM a une place trop restreinte en France avec un manque d'études sur le sujet. Elle pourrait avoir un réel intérêt dans beaucoup de situations.

M6 "la place de la contraception masculine est donc sous-évaluée alors que dans certaines situations elle a sa place, franchement elle a sa place"

M9 "on est en retard, je pense"

M11 "sous-étudié, sous-conscient, sous-tout, "

M12 "elle est pas assez développée en France "

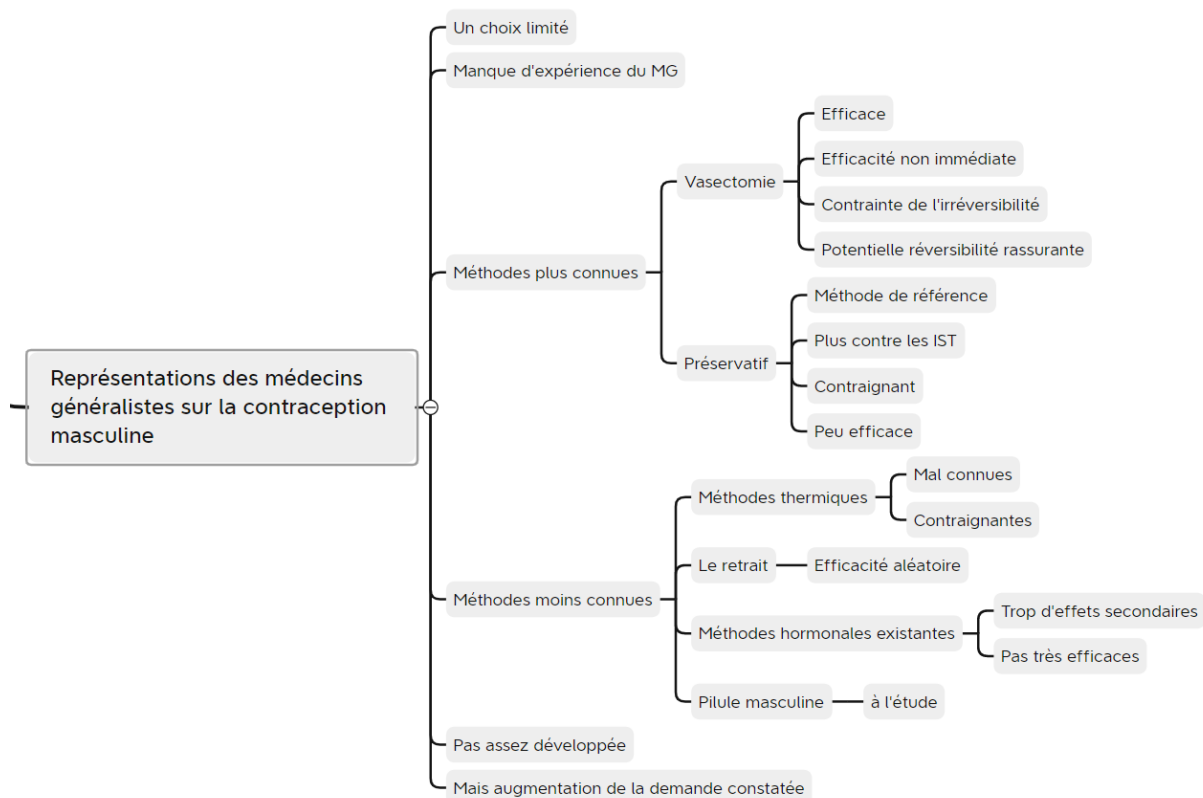
3.6. Mais une augmentation de la demande constatée

Nous avons noté un changement et une augmentation de la demande constatée par les médecins généralistes depuis quelques années.

M8 " enfin les générations actuelles, il y en pas mal qui seraient pour", "il y en a de plus en plus quand même. "

M13 "mais ça viendra petit à petit parce que les gens quand même... enfin ça chemine tout doucement. "

M14 "la stérilisation, ça aussi c'est une demande que je retrouve quand même, peut-être plus qu'il y a quinze ans en arrière. "



4. L'attitude du médecin généraliste

4.1. CM : non abordée spontanément

La majorité des médecins généralistes interrogés avoue ne jamais aborder la question de la contraception masculine avec un patient. Souvent, ils attendent que les questions proviennent du patient.

M1 "je n'ai jamais abordé la contraception masculine avec un homme"

M2 "il est clair que si j'ai pas la demande, c'est pas moi qui l'aborde"

M6 "on parle jamais de contraception"

4.2. Proposer un choix supplémentaire

Les médecins considèrent que parler de contraception masculine permet de proposer un choix supplémentaire pour le couple. Ils souhaitent exposer tous les choix possibles pour avoir une contraception adaptée aux envies du couple.

M1 "c'est pas tant qu'elle ait plus le choix, mais qu'elle ... donner un choix supplémentaire"

M13 "quand on parle contraception, j'évoque toujours cette hypothèse, cette alternative plutôt"

4.3. Sentiment d'être illégitime

Le médecin ressent souvent une illégitimité à parler du sujet, il ne se sent pas à l'aise. Il a l'impression que cela relève d'une autre spécialité que la médecine générale.

M5 "Je suis franchement pas à l'aise sur ce sujet-là"

4.4. Demande bien perçue par les médecins généralistes

En revanche, lorsque la demande de CM vient du patient, elle est bien accueillie par le médecin. Il considère que la demande est tout à fait justifiée dans la plupart des cas.

M6 "Ah moi j'ai trouvé ça tout à fait légitime"

M8 "pas de gros soucis, je suis ouverte à tout ça"

4.5. Place du MG

La place du médecin généraliste n'est pas toujours facile à trouver en ce qui concerne la contraception masculine.

Il joue notamment un rôle important dans l'orientation de son patient vers le bon spécialiste mais pas seulement.

M4 "je leur ai dit bah parlez-en avec l'urologue"

M6 "moi je les ai pilotés vers le spécialiste "

Il joue également un rôle important pour informer des modalités pratiques des différentes méthodes de contraception masculine. Les patients ont souvent beaucoup de questions à ce sujet. Le médecin généraliste peut déjà apporter quelques réponses.

M8 "oui, ils posent aussi des questions sur combien de temps il faut s'arrêter, est-ce que ça fait très mal, tout ça"

M10 "bon je leur remets le petit livret, je leur explique "

Le médecin généraliste a un rôle dans l'accompagnement de son patient. Il l'accompagne dans ses démarches et le rassure sur les conséquences d'une contraception masculine, notamment en ce qui concerne la vasectomie.

M13 "beaucoup d'hommes ont très peur de ça, ils ont très très très peur, ils ont très peur, il faut les rassurer."

Les médecins généralistes interrogés trouvent que leur rôle peut parfois être limité par le manque d'informations qu'ils sont capables de donner. Ils ne se sentent pas assez informés eux-mêmes sur le sujet.

M11 "Bah je ferais d'abord une recherche sur mon iPhone, pour voir "

M12 "je connaissais pas trop et du coup j'ai regardé sur le collègue d'uro "

Le rôle de modérateur est aussi ressorti de l'étude. Le médecin va parfois émettre des doutes sur la pertinence d'une méthode de contraception masculine en fonction du profil du patient.

M5 "Non voire même je freine", "Je lui ai dit qu'il était trop jeune "

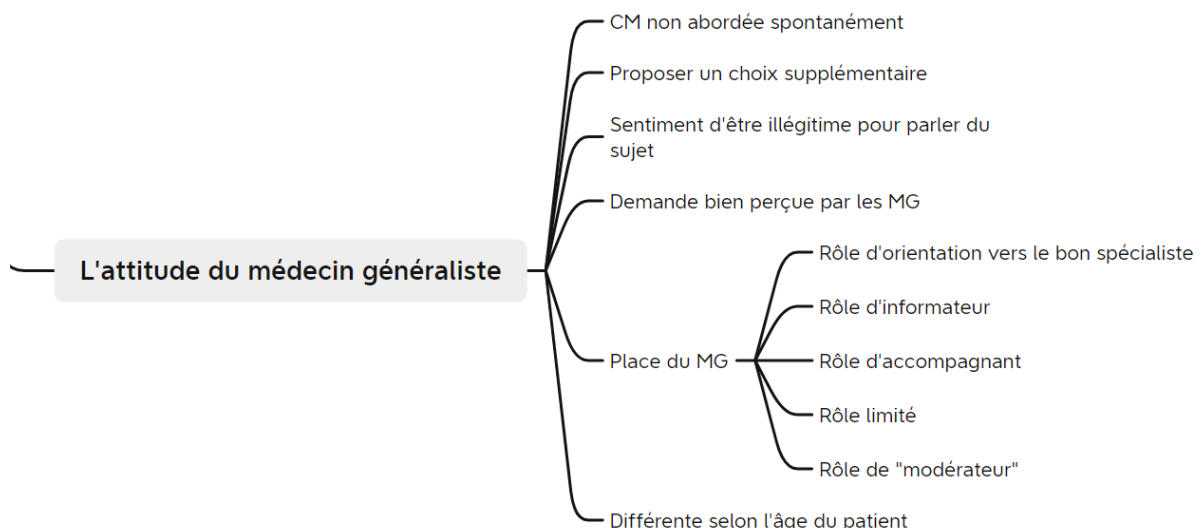
M8 "c'était son désir à lui mais il était un peu jeune, je crois qu'il avait 36 ans donc c'était un peu limite "

4.6. Différente selon l'âge du patient

L'attitude des médecins généralistes est différente selon l'âge du patient. Ils parlent beaucoup du préservatif avec les patients adolescents ou jeunes adultes et de la vasectomie à partir d'un certain âge, différent selon les médecins.

M8 "puis lui dire bah que c'était plutôt 40 ans"

M13 "[la vasectomie] après il y a une question d'âge, c'est évident, je vais pas proposer ça à quelqu'un de 25 ans... "



5. Les leviers pour aborder la contraception masculine en consultation

5.1. Demande du patient

Un des premiers leviers pour aborder la contraception masculine est que la question vienne du patient. Beaucoup de médecins abordent le sujet uniquement si la demande vient du patient.

M4 "C'est lui qui vient avec la demande"

M8 "C'est eux qui viennent en consult un peu [...] ils abordent le sujet"

M14 "quand c'est une demande de contraception définitive, ça c'est plutôt les patients qui le demandent. "

5.2. Connaissances préalables du patient

Les connaissances préalables du patient sont citées comme un autre levier pour aborder la contraception masculine. Il est plus facile de discuter de ce sujet si le patient sait que cela existe, en a entendu parler autour de lui, s'est renseigné.

M7 "le fait que ça soit connu du grand public. C'est facilement accepté et entendu. "

M9 "ça a été vraiment simple. Il était déjà informé "

5.3. Décision de couple

La discussion de ce sujet de la CM est simplifiée si le couple est déjà d'accord.

M2 "ils étaient en couple, il y avait une entente."

M3 ", c'était un souhait du couple [...] elle lui demandait à lui de... de faire un effort"

M6 "c'est tout une démarche qu'ils avaient bien calculée, eux-mêmes personnellement"

5.4. Les consultations amenant à aborder le sujet

Plusieurs consultations peuvent amener à parler de la contraception masculine. D'abord, devant une contraception féminine impossible du fait de contre-indications de la femme.

M5 "en général, ça vient plutôt du patient justement quand Madame a des contre-indications"

La CM a également sa place devant un désir de la femme de ne plus prendre de contraception, notamment de contraception hormonale.

M8 "quand la compagne en effet en a marre de prendre une contraception "

M14 "surtout des femmes jeunes ou des femmes qui ont arrêté leur contraception hormonale [...] mais qui veulent pas forcément avoir une grossesse "

La CM peut également être évoquée lors d'un désir de ligature des trompes de la femme, pour informer de l'existence d'une stérilisation définitive chez l'homme également.

M10 " quand les femmes moi, me parlent de se faire faire une ligature des trompes, c'est vrai que systématiquement [...] je leur parle de la vasectomie"

Les consultations en lien avec la sexualité, notamment lors de la découverte d'une IST, un problème sexuel ou encore lors d'une demande d'IVG, peuvent permettre d'aborder la CM.

M3 "orienté par un problème euh... un problème sexuel, ou d'érection "

M7 "après c'est surtout quand il y a découverte de MST qu'on en... que je l'évoque"

M13 "quand il y a échec de contraception bien sûr, là j'aborde systématiquement le sujet"

La CM sera également facilement abordée devant le désir d'un patient de maîtriser sa fertilité.

M8 "les célibataires, enfin de la peur ... ils ont pas envie forcément d'avoir une conjointe occasionnelle qui tombe enceinte quelque chose comme ça "

Les consultations où les deux partenaires du couple consultent est aussi une occasion privilégiée pour aborder la CM.

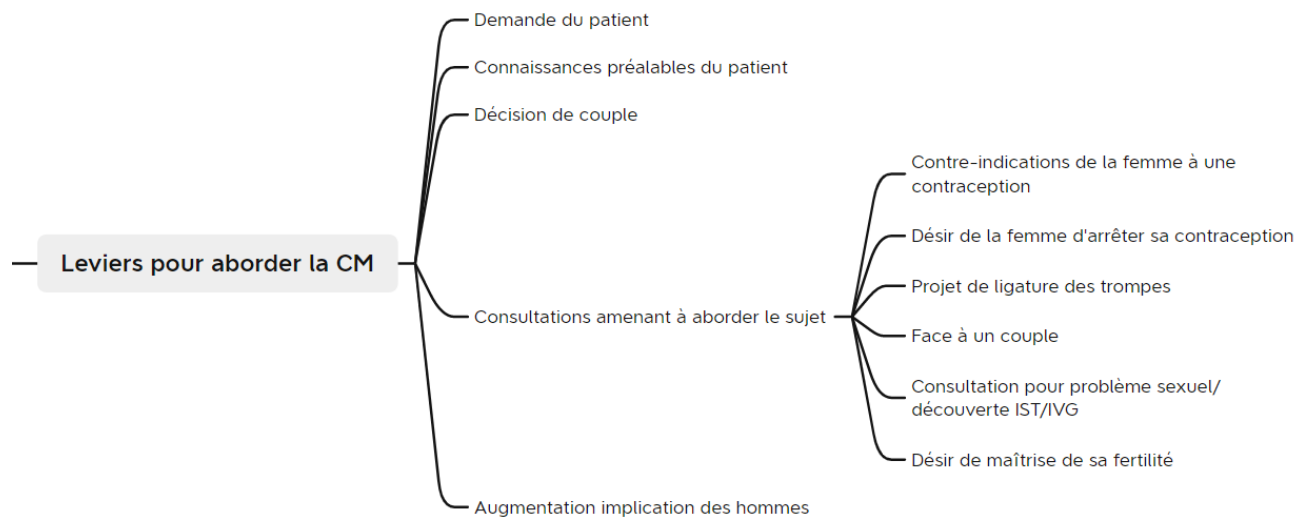
M2 "ça serait probablement pas, seul à seul, ça serait face à un couple..."

5.5. Augmentation de l'implication des hommes

Un des leviers qui permet également d'aborder la CM est l'augmentation de l'implication des hommes dans la prise en charge de la contraception. L'augmentation de la demande permet aux médecins généralistes d'y être plus confrontés et de l'aborder davantage.

M2 "les hommes prennent peut-être davantage conscience de ça et... et s'impliquent davantage"

M8 "... j'en ai certains qui le demandent là, vers 40 ans qui commencent [...] qui la demandent, j'en ai... de plus en plus d'ailleurs, qui la font"



6. Les freins pour aborder la contraception masculine en consultation

6.1. Méconnaissance

Un des principaux freins à la discussion de la CM est une connaissance limitée des moyens de contraception masculine. Cela est vrai pour le médecin, qui ne va pas y penser ou éviter le sujet. Mais c'est également le cas pour les patients qui généralement ne connaissent pas la CM ou très peu, qui sont surpris d'en entendre parler.

M4 "en fait je sais que je sais pas trop.", "manque de certitude de ma part "

M6 "Je pense qu'on est toujours un petit peu à la ramasse"

M4 "Je pense qu'ils connaissent pas, je pense qu'ils connaissent pas. Et que ça vient même pas à l'esprit des gens actuellement."

M10 "la contraception testiculaire, souvent, que ce soient les femmes ou les hommes sont étonnés, ne connaissent pas, n'en ont jamais entendu parler..."

M12 "c'est très peu connu "

6.2. La contraception : « une affaire de femmes »

La contraception est encore aujourd'hui un sujet qui concerne presque uniquement les femmes. On évoque pour le justifier un besoin de maîtrise de la contraception par la femme.

M4 "qu'il y a aussi ce côté maîtrise de la femme"

M9 "la responsabilité de la contraception, les femmes auraient du mal, enfin les femmes auraient du mal à la lâcher au monsieur "

De plus, les médecins évoquent une plus grande facilité à parler de la contraception féminine devant un plus grand choix de méthodes que chez l'homme.

M6 "c'est vrai que les moyens de contraception chez la femme, il y en a tellement maintenant que ça limite la contraception masculine, à mon avis. "

M8 "énormément de moyens de contraception féminins quand même à l'heure actuelle"

Un autre argument évoqué est la mauvaise observance des hommes. De façon générale, les hommes seraient moins capables de prendre un traitement de façon assidue et cela pourrait compromettre l'efficacité d'un traitement comme la contraception si cela nécessite une prise régulière.

M5 "L'observance des traitements chez l'homme, c'est très compliqué...", "c'est beaucoup plus compliqué pour un homme que pour une femme"

6.3. Un frein culturel

Un frein important pour aborder la CM est l'aspect culturel. Dans la représentation sociétale française, la contraception réfère à la contraception féminine, parce que, de fait, elle est largement majoritaire.

M5 "Dans la tête des gens, c'est plus un problème féminin que masculin. "

M10 "en France, quand on parle contraception, automatiquement on pense à la femme. "

M12 "après peut-être parce qu'on a l'image que la contraception ça doit être pour la femme enfin en population générale"

La contraception est principalement gérée par les femmes ce qui entraîne un manque d'intérêt des hommes. Ils ne se sentent pas ou peu concernés par la question de la contraception.

M2 "J'ai pas le sentiment que euh... les hommes soient très intéressés par ce par ce sujet-là" M5 "Et les hommes sont pas forcément très demandeurs. "

On retrouve des difficultés pour les femmes à impliquer leur partenaire.

M1 "il y a des femmes qui n'imaginent même pas demander ça ou entamer la conversation avec leur conjoint, il y en qui n'imaginent pas entamer la conversation avec eux."

M13 "Mais c'est rare quand un couple vient pour ça. "

D'autres modèles existent, comme au Royaume-Uni ou au Canada, où les hommes s'impliquent davantage dans la contraception.

M12 "dans d'autres pays comme en Grande-Bretagne je crois et au Canada c'est beaucoup plus utilisé, enfin de manière courante"

M13 "bon on est loin d'arriver dans les pays du Nord hein"

6.4. Difficultés pour le médecin généraliste

Plusieurs difficultés rencontrées ont été partagées par les participants de cette étude. La première d'entre elles est que le sujet de la contraception masculine est considéré comme intime. Cela semble souvent difficile à aborder par les médecins généralistes.

M1 "Je sais pas...je me sens pas en fait. Je pense que c'est pas ma place"

M8 "ça reste quand même un peu l'aspect privé"

Les médecins généralistes se sentent également limités par les méthodes actuellement validées. Comme nous l'avons vu, certaines sont jugées contraignantes voire inefficaces.

M1 "le frein le plus important dans la contraception masculine c'est le caractère définitif de la vasectomie "

M4 "C'est peut-être le manque d'alternative que je connaisse"

M5 "c'est peut-être de l'ignorance mais c'est pour moi qu'il y a rien qui fonctionne donc..."

Les médecins généralistes ont également un manque de temps et de disponibilité. Le patient vient souvent pour un autre motif (voire des autres motifs), ce qui laisse peu de temps pour la prévention et de discuter si leur contraception de couple leur convient.

M3 "pris par autre chose"

M9 "bah il y a ni le temps, ni les moyens de faire ce genre de travail en médecine de ville. "

M12 "nous on a déjà tellement de choses en consultation à aborder que c'est vrai que la contraception c'est pas le premier... la première chose que je vais aborder"

Une autre difficulté est l'absence de formation sur la contraception masculine ainsi que l'absence de recommandations.

M7 "je connais pas en fait les conditions de remboursement "

M11 "qu'il y a pas de guidelines, on a des guidelines sur tout, même trop, souvent contradictoires, là-dessus on a rien. On n'a pas de référence."

Un médecin a également considéré que ce n'était pas le rôle du médecin généraliste mais celui du gynécologue.

M6 "c'est plus du domaine je dirais malheureusement du gynécologue", "c'est les gynécos a priori qui pilotent ça"

6.5. A priori des médecins

Le premier *a priori* retrouvé chez les médecins était la crainte de la réaction des patients. On évite le sujet par peur de créer une gêne ou bien une colère chez le patient. Les médecins redoutent que cela puisse être pris comme une atteinte à la virilité.

M11 "« waouh » l'égo masculin c'est quelque chose, hein [...] (peur de) Toucher quelque chose qui puisse effectivement... pourquoi pas créer une agressivité, faut le dire. "

M8 "les freins, nous après c'est le quartier aussi hein, population turco-méditerranéenne, c'est pas trop l'ambiance"

M12 " Pour le patient, je pense que pour l'homme peut-être c'est gênant pour lui, je sais pas, peut-être c'est gênant"

De plus, les médecins ont tendance à anticiper le refus du patient. Ils se disent que la contraception masculine ne va pas intéresser leur interlocuteur. Ils préfèrent donc ne pas en parler.

M4 "j'ai rien à leur proposer de... qui me semble intéressant pour eux ou quelque chose qu'ils refuseraient forcément voilà."

M9 "bah je propose la vasectomie et c'est... dans un quartier assez particulier donc souvent c'est pas fait, ils veulent pas et tout"

Un médecin a relevé une autre difficulté, celle de la responsabilité. Il anticipait que si la contraception proposée échouait, cela allait forcément lui être reproché.

*M9 " j'aurais des appréhensions à le prescrire, parce que je me dis « p***** si ça marche pas » [...] forcément à un moment donné, ils vont dire que c'est la faute du toubib quoi. "*

Les médecins généralistes anticipent également un potentiel changement d'avis. Le patient pourrait changer de partenaire et venir à regretter, notamment une vasectomie.

M8 "... puis on avait un peu discuté aussi de... certes il avait bah du coup déjà trois enfants mais qu'aussi voilà, si ça s'arrête, s'il voulait refaire sa vie, si finalement euh"

6.6. Consultations rares des patients jeunes

Les patients hommes jeunes, pouvant être concernés par la contraception masculine, consultent peu. Cela constitue un frein important. De manière générale, avant un certain âge, les hommes consultent rarement ou alors pour des troubles musculo-squelettiques. Il est alors plus difficile d'aborder la contraception masculine.

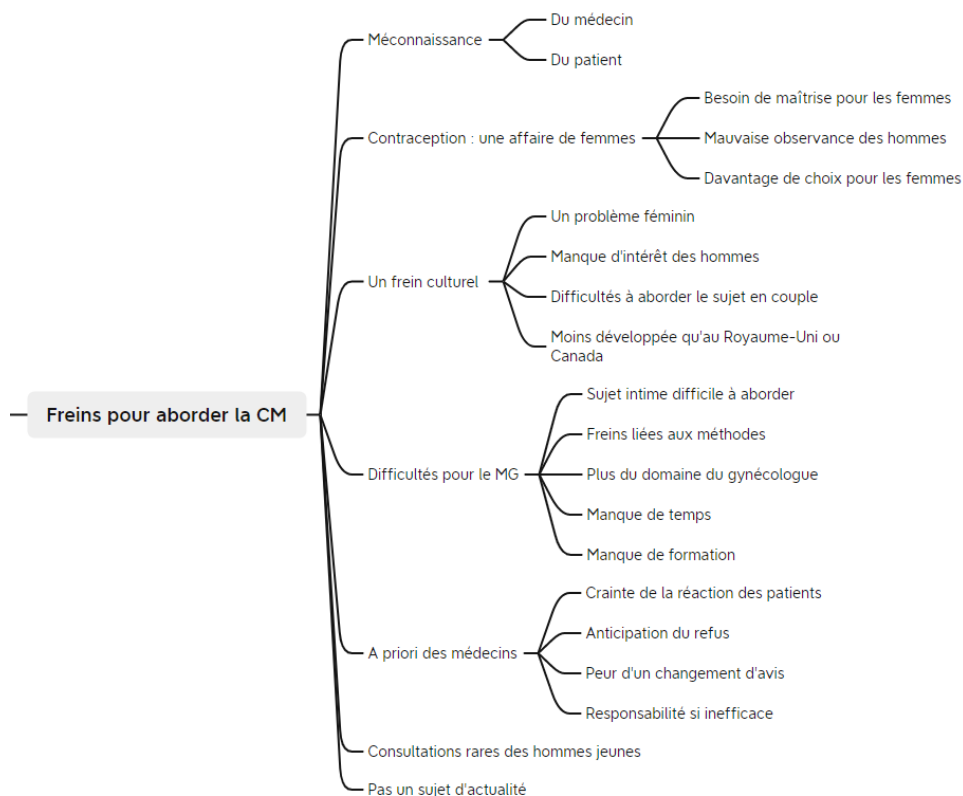
M8 "j'ai pas beaucoup d'hommes entre guillemets de la quarantaine qui viennent euh... autre que pour un problème ostéoarticulaire ou des choses comme ça. "

6.7. Pas un sujet d'actualité

D'autres médecins considèrent que la difficulté principale est que la contraception masculine n'est pas un sujet d'actualité. On en entend peu parler, donc on en parle peu. Cela est vrai pour les médecins et pour les patients.

M8 "c'est pas trop dans l'ère du temps"

M9 "on y pense pas"



7. Les pistes d'amélioration

7.1. Formation des médecins généralistes

Un des freins principaux à la contraception masculine est le manque de connaissance des différentes méthodes et de leurs modalités pratiques. Les médecins souhaitent être mieux formés sur le sujet afin de mieux répondre aux questions du patient et y penser plus souvent.

M9 " une information transférée aux médecins par le biais[...] de la sécu ou ce genre de choses, ou des présentateurs médicaux [...] ou alors via une FMC "

M12 "peut-être développer un peu plus notre formation"

7.2. Diffusion de l'information par les médias

Outre les médecins, les patients devraient être informés de l'existence de la contraception masculine. Une diffusion de l'information par les médias via des campagnes publicitaires ou à la télévision permettrait d'atteindre beaucoup de personnes. Cela peut également passer par une information dans des revues, en salle d'attente, sur des plaquettes informatives. Un médecin a émis l'idée d'un site internet, pour pouvoir rediriger les patients qui souhaiteraient s'informer.

M2 "un accès aux différentes méthodes, aux différentes informations à ce sujet, mettons dans des salles d'attente"

M11 "je pense que si j'avais un support ...une plaquette, style référence HAS, Sécurité Sociale, urologie enfin bref une plaquette de consensus"

7.3. Coordination médecins généralistes/autres spécialistes

Une autre amélioration évoquée concerne la coordination entre les médecins généralistes et les autres spécialistes, notamment les gynécologues. Cette amélioration pourrait passer par la rédaction systématique de comptes-rendus des gynécologues à destination des MG. Ceux-ci seraient informés par ce biais des difficultés de contraception de leurs patientes.

M6 "C'est surtout une meilleure coordination entre le gynéco et le médecin généraliste, qui n'existe pas, voilà. C'est... c'est la problématique. "

7.4. Repenser la consultation de contraception

Une difficulté rencontrée par les médecins généralistes est que généralement, c'est la femme, seule, qui consulte pour une contraception. Inciter systématiquement les deux partenaires du couple à consulter ensemble lors des consultations en rapport avec la contraception serait bénéfique selon les médecins interrogés.

M1 "Que la consultation de contraception, qu'elle soit faite au sein du couple en fait, pas de manière individuelle"

M10 "... pour leur suivi gynéco bah ça serait peut-être bien qu'elles viennent aussi avec... avec leur partenaire parce que ça pourrait peut-être permettre de... d'élargir la conversation."

Une autre proposition faite par un médecin généraliste est la création de consultations de santé sexuelle, où les couples consulteraient en prévention et où plusieurs sujets pourraient être abordés, notamment la contraception masculine.

M10 "... dans des consultations dédiées à la santé sexuelle... quand les hommes viennent en prévention"

Ceci viserait à sensibiliser un peu plus les hommes sur la contraception, qu'elle soit féminine ou masculine.

M8 "... déjà même sensibiliser les hommes un peu plus à la contraception féminine parce que bon"

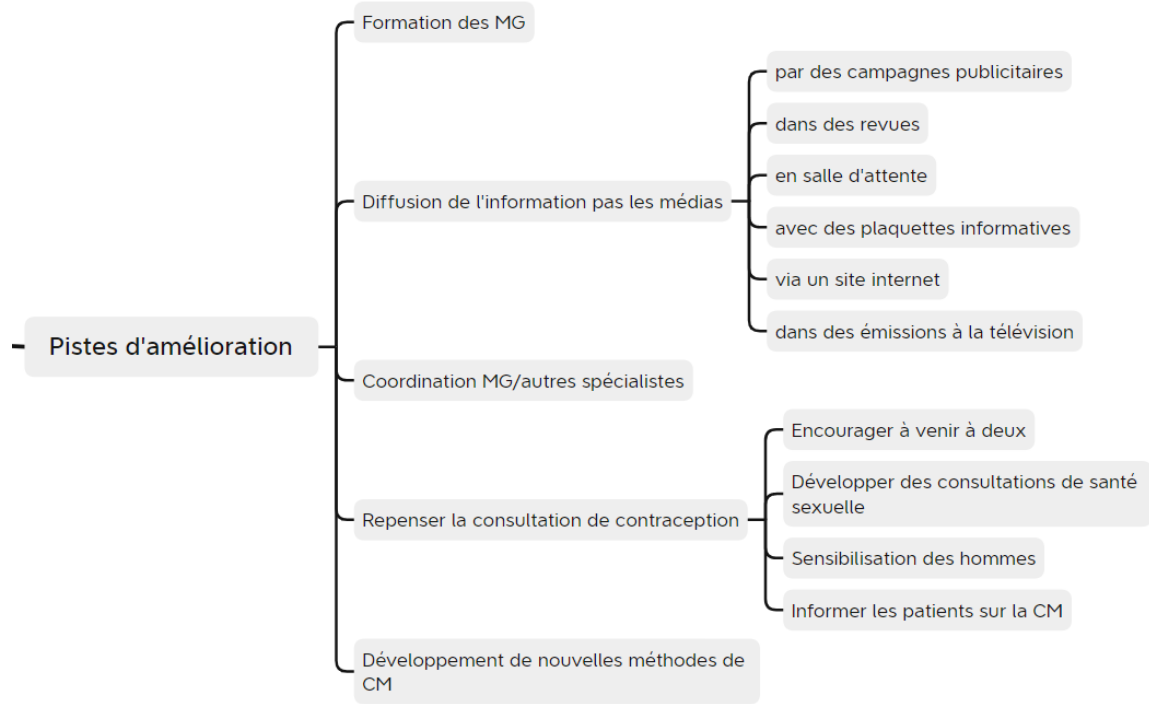
Le médecin généraliste pourrait alors informer les patients sur ce qui existe. Le couple ferait alors un choix à deux en connaissant les différentes méthodes.

M5 "et de notre part à nous" "Oui on est en première ligne, donc s'il y a ... voilà, c'est à nous de le faire, dans tous les cas"

7.5. Développement de nouvelles méthodes de contraception masculine

Un frein évoqué par les médecins est le choix important parmi les méthodes de contraception féminine. Au contraire, le choix parmi les méthodes de contraception masculine est limité, avec la plupart des méthodes toujours à l'étude. Il faudrait encourager le développement de nouvelles méthodes de contraception masculine.

M6 "Et il faut souhaiter qu'un jour il y ait aussi bien une pilule masculine qu'une pilule féminine. Et donc élargir le panel de la contraception de manière générale"



DISCUSSION

1. Analyse des résultats de l'étude

Cette étude a permis de faire un état des lieux des représentations et comportements des médecins généralistes concernant la contraception masculine.

La notion la plus représentative est le choix restreint décrit par les médecins interrogés. Comparativement à la contraception féminine, les méthodes de CM commercialisées sont moins nombreuses. Nous avons mis en évidence qu'il y avait une mauvaise connaissance de la CM avec des médecins qui avouent pour la plupart manquer d'expérience dans ce domaine. Cette mauvaise connaissance des médecins peut accentuer leur sentiment de choix restreint pour la CM.

Les méthodes existantes sont peu recommandées par les médecins interrogés en raison de leur efficacité insuffisante (préservatif, retrait, méthodes hormonales) ou de leur aspect contraignant (méthodes thermiques ou préservatif). L'efficacité de certaines méthodes masculines, définie par l'indice de Pearl, est moins bonne que la pilule féminine ou l'implant par exemple. En revanche, l'aspect contraignant est plus subjectif avec une opinion propre à chaque médecin. Celle-ci semble déterminée par plusieurs facteurs dont l'expérience professionnelle, personnelle, l'âge etc.

Ceci est important puisqu'on remarque que les représentations des médecins généralistes influencent leurs pratiques. Une étude a en particulier montré que les médecins qui ont peu de connaissances ou une mauvaise opinion de la contraception masculine ne la recommandent que très rarement (35).

Parmi les méthodes de CM, les médecins généralistes avaient une meilleure opinion de la vasectomie même si son caractère définitif constitue un frein. Elle était alors proposée seulement aux patients d'un certain âge, ayant déjà plusieurs enfants. L'étude de J.C Delvienne sur le regard des médecins généralistes sur la vasectomie (36) montrait même que les MG considéraient la stérilisation masculine comme une méthode de dernier recours. Mais la réversibilité de la méthode évoquée par plusieurs médecins interrogés dans notre étude semblait rassurer les patients, mais aussi les médecins. L'évolution de la société avec un taux de divorce et de remariage qui augmente ces dernières décennies faisait craindre un changement d'avis du patient. Pourtant, une conservation de sperme est systématiquement proposée avant une vasectomie (15). Seuls deux médecins l'ont évoquée.

Le préservatif lui, depuis l'apparition du VIH, est davantage associé à un moyen de lutte contre les IST. Les médecins le réservent généralement aux patients plus jeunes. Son efficacité en pratique est moins bonne que la plupart des méthodes de contraception. Mais cette méthode peut pourtant convenir à certains couples notamment en fonction de « leur risque de grossesse acceptable » comme cité par un participant de cette étude. Cette notion recouvre le fait d'adapter la méthode en fonction de son efficacité à la nécessité plus ou moins forte des couples d'éviter une grossesse. Cela nécessite que le choix de la méthode soit réévalué régulièrement.

D'autres méthodes plusieurs fois citées étaient les méthodes thermiques. Leur fonctionnement était peu connu des MG. Dans notre étude, seulement deux médecins avaient déjà parlé des méthodes thermiques avec leurs patients. Une étude française (2) montrait cette mauvaise connaissance des médecins mais aussi des patients. Dans cette étude, des jeunes pères étaient interrogés à la maternité, 97.7% connaissaient le préservatif mais seulement 2.6% les méthodes thermiques. Du côté des jeunes médecins interrogés (internes ou docteur depuis moins de deux ans), 99.3% connaissaient le préservatif et 15% les méthodes thermiques. Après informations sur son fonctionnement, 61% des jeunes médecins se disaient prêts à recommander les méthodes thermiques à leurs patients. 3% seulement en avaient parlé avec leurs patients avant l'étude.

Cette étude a mis en évidence qu'un frein important à la CM était la difficulté des médecins généralistes à aborder la contraception avec des hommes. La première difficulté étant que les hommes ne consultent pratiquement jamais pour cela. Les médecins interrogés indiquaient que la plupart des consultations abordant la contraception se faisait avec des femmes, qui venaient seules. La CM était donc surtout abordée avec des femmes. On peut donc supposer que si les hommes étaient présents aux consultations de contraception, la CM serait plus souvent abordée et les principaux concernés pourraient avoir les informations directement d'un médecin et non par le biais de leur partenaire. La deuxième difficulté est que les médecins généralistes ne pensent pas à aborder la question de la contraception avec les hommes. Ils considèrent que la contraception s'adresse surtout aux femmes.

Les réponses de certains médecins ont révélé qu'ils évitaient d'aborder la CM avec certains patients du fait de leur âge, de leur catégorie socio-professionnelle ou encore de leur culture. Ils anticipaient un refus du patient et donc préféraient ne pas en parler. Ils avaient même parfois peur

de la réaction du patient, peur qu'ils prennent mal la proposition. Ils expliquaient cette peur par une potentielle atteinte à la virilité du patient.

De manière générale, sur tous les aspects abordés, notre étude ne permet pas de différencier une attitude d'un médecin généraliste femme à une attitude d'un médecin généraliste homme (notamment en raison du faible nombre de MG interrogés).

2. Quelle place pour la CM en médecine générale ?

Les médecins généralistes sont des acteurs de première ligne, ils prescrivent certains moyens de contraception. Cécile Ventola, sociologue spécialisée en santé publique, a réalisé une étude des comportements des médecins français et anglais en rapport avec la contraception et notamment les méthodes masculines (37). Elle révèle que « *L'analyse de ces pratiques montre ainsi que là où les méthodes masculines sont proposées, elles constituent une part plus importante de la couverture contraceptive, ce qui tend à confirmer l'importance des prescripteurs dans la structuration genrée du recours contraceptif* ». La délivrance de l'information par les médecins généralistes est cruciale. Un couple qui aura connaissance de toutes les méthodes existantes pourra faire un choix éclairé. Il pourra choisir ce qui est le mieux, pour son couple, à un moment de vie donné, en ayant connaissance de l'efficacité et des potentiels risques de chaque méthode. Cela suggère que les consultations liées à la contraception se fassent en couple, notamment lorsque cela concerne un couple stable. Il faudrait repenser la consultation de contraception qui pourrait être élargie en une consultation de santé sexuelle. Cette consultation pourrait également se faire de manière individuelle, chez un individu qui a des relations sexuelles avec plusieurs partenaires et qui voudrait maîtriser sa fertilité. L'étude de Charlotte Abballe sur la vasectomie (38), retrouvait cette notion de « consultation de couple pour la contraception ».

Pour délivrer une information claire aux patients, les médecins doivent être formés. La plupart des médecins interrogés estimait avoir un manque de connaissances sur le sujet. Peu d'heures sont consacrées à son enseignement lors des études de médecine et peu de formations ensuite s'intéressent au sujet. Pourtant, cela faciliterait la discussion avec des patients qui poseraient spontanément des questions à leur médecin. Et la CM deviendrait peut-être également moins délicate à aborder pour les médecins.

Les hommes semblent intéressés pour prendre en charge la contraception, comme le montrent plusieurs études (2). Les femmes, de leur côté, semblent de plus en plus nombreuses à vouloir arrêter leur contraception, notamment hormonale. L'idée de ce travail était d'étudier la place accordée par les médecins généralistes à la contraception masculine, leurs difficultés rencontrées. Cette étude suggère que la CM reste encore assez marginale dans la pratique des médecins généralistes. Elle devrait prendre une place plus importante avec la multiplication des travaux de recherche sur le sujet.

Le 23 mars 2022, une équipe de chercheurs du laboratoire de la professeure Gunda Georg annonce une pilule masculine efficace à 99% chez les souris. La nouvelle est diffusée très largement dans les médias. Ce n'est pas la première pilule masculine mise au point comme nous l'avons vu dans l'introduction. L'originalité de cette nouvelle pilule est qu'elle n'est pas un équivalent masculin de la pilule féminine. Elle n'utilise pas d'hormones et n'a pas d'impact sur le taux de testostérone. Les pilules utilisant des hormones étaient à l'origine de nombreux effets indésirables chez l'homme ce qui n'a pas permis leur commercialisation.

Cette nouvelle pilule cible le récepteur alpha de l'acide rétinoïque (RAR-alpha). La même équipe de chercheurs avait publié en 2020 un article mettant en évidence que l'acide rétinoïque était indispensable pour une spermatogenèse normale (39).

Bien que cette étude soit au stade pré-clinique, elle montre bien l'intérêt porté à la CM.

Les médecins généralistes doivent pouvoir répondre à la demande des patients en termes de contraception. Le développement de nouvelles méthodes va nécessiter une formation et des recommandations claires pour orienter le médecin généraliste. Les représentations des médecins généralistes influencent leurs pratiques.

Cette analyse nous a permis de mettre en évidence le nécessaire changement de nos représentations culturelles et sociétales pour impliquer les hommes dans la contraception du couple, et améliorer l'information du grand public sur la CM. Pour cela, la diffusion d'informations par les médias ou en salle d'attente est un véritable levier pour faire connaître ces méthodes au plus grand nombre et favoriser les discussions.

Former les médecins sur la CM semble être une priorité. De plus en plus de formations sont proposées aux médecins notamment par le Planning Familial. Il est nécessaire que celles-ci visent à présenter les différentes méthodes souvent peu connues. Mais elles peuvent aussi aider les médecins généralistes à aborder la CM, notamment en réduisant leurs a priori. Un support sous

forme de plaquette facile à distribuer pourrait également être intéressant pour aider le médecin qui souhaiterait discuter de la CM.

3. Forces et faiblesses de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'étudier les représentations et comportements des médecins généralistes concernant la contraception masculine. L'originalité de cette thèse est l'intérêt porté à la contraception masculine en général. Les médecins généralistes sont des acteurs majeurs de la santé de premier recours, au contact de l'ensemble de la population générale. Etudier leurs représentations, leurs attitudes et leur retour d'expérience au sujet de la CM permet d'avoir un aperçu de la représentation générale de la CM par la population, et sa place en thérapeutique courante. L'analyse qualitative, issue des sciences sociales, était la plus adaptée pour comprendre ce phénomène. Cette analyse a été menée avec rigueur et respect des règles de recherche qualitative.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels afin de permettre un discours plus libre du participant.

Nous avons également effectué un entretien test afin d'évaluer le guide d'entretien. Cet entretien test a ensuite été intégré à l'analyse pour enrichir les résultats. Le guide d'entretien a ensuite été légèrement modifié afin d'obtenir davantage d'informations en lien avec l'objectif.

Pour répondre au mieux aux critères COREQ, nous avons attendu la saturation des données, c'est-à-dire l'absence de nouvelles notions avant d'arrêter l'étude. Celle-ci a été constatée au douzième entretien. Nous avons ensuite réalisé deux entretiens afin de confirmer l'absence d'émergence de nouvelle notion.

Nous avons effectué une triangulation avec Dr Violaine Vernier, directrice de cette thèse, pour le codage et l'analyse des deux premiers entretiens. Cela a permis de s'assurer que la méthode était comprise et que les résultats étaient comparables. Une discussion entre les chercheurs a ensuite été effectuée pour les autres entretiens pour ne négliger aucune notion importante.

Le biais d'investigation est le principal biais de cette étude. Cette thèse est mon premier travail de recherche qualitative. La méthodologie de la recherche qualitative est rigoureuse et nécessite une certaine expérience du chercheur. Les entretiens menés dépendent beaucoup du guide d'entretien mais également des questions de relance de l'investigateur. Ce biais a été limité par une documentation sur ce type de recherche et la participation à des ateliers thèses réalisés par des

enseignants du Département de Médecine Générale de Montpellier. Le guide d'entretien a notamment été relu par un enseignant et ma directrice de thèse.

Le biais de recrutement n'existe pas dans une étude qualitative puisqu'on ne cherchait pas à avoir un échantillonnage représentatif. Néanmoins, nous cherchions dans cette étude à obtenir un échantillonnage à variation maximale. Le recrutement s'est fait directement par téléphone avec recherche sur l'annuaire puis par effet « boule de neige ». Les participants ont tous accepté en connaissant le thème de cette étude. Cela a pu contribuer à recruter des médecins qui sont déjà sensibilisés sur le sujet. Les refus de participation ont tous été justifiés par un manque de temps du médecin. La temporalité de cette étude, réalisée lors de la crise sanitaire du Covid-19 a certainement majoré ce phénomène.

La retranscription des entretiens a été réalisée grâce à deux sources d'enregistrement. Elle a été réalisée rapidement après l'entretien par l'investigatrice pour retranscrire le plus justement. Quelques données des verbatims ont été cependant perdues par manque de clarté des propos. Cela n'a pas eu d'impact sur le sens des phrases concernées. Les retranscriptions n'ont pas été relues par les médecins interviewés.

Il existe également un biais de mémorisation dans cette étude puisque celle-ci était rétrospective et interrogeait les médecins sur leur pratique.

CONCLUSION

Bien que la CM semble connue de la plupart des médecins généralistes, son évocation en consultation est limitée et souvent initiée par le patient. Cela constitue un des principaux freins à son développement. Les méthodes classiques (préservatif et vasectomie) sont quasiment les seules évoquées.

Les médecins sont aussi influencés par notre société : la contraception est encore majoritairement féminine et les médecins généralistes en parlent davantage aux femmes. Les MG pourraient parler de la CM si elle était plus largement connue grâce aux médias ou avec des affiches dans leur salle d'attente par exemple.

Une autre difficulté pour les MG est le manque de formation sur le sujet. Les études de médecine n'abordent que très brièvement la contraception masculine. Les MG se sentent ainsi illégitimes à aborder le sujet, préférant laisser ce rôle à d'autres spécialistes comme le gynécologue ou l'urologue.

Les hommes ne consultent que très rarement lors de consultation contraception, contrairement à d'autres pays où il est plus courant de partager la charge contraceptive. Pour pouvoir changer cela, il va falloir impliquer davantage les hommes en les invitant à participer à ces consultations. Le médecin généraliste qui souvent est le médecin des deux partenaires du couple, est bien placé pour pouvoir organiser ces consultations.

Les prochaines décennies seront certainement marquées par le développement de nouvelles méthodes de contraception devant une demande plus importante des hommes. On peut supposer que le médecin généraliste sera un acteur central pour informer, expliquer et prescrire ces nouvelles méthodes.

BIBLIOGRAPHIE

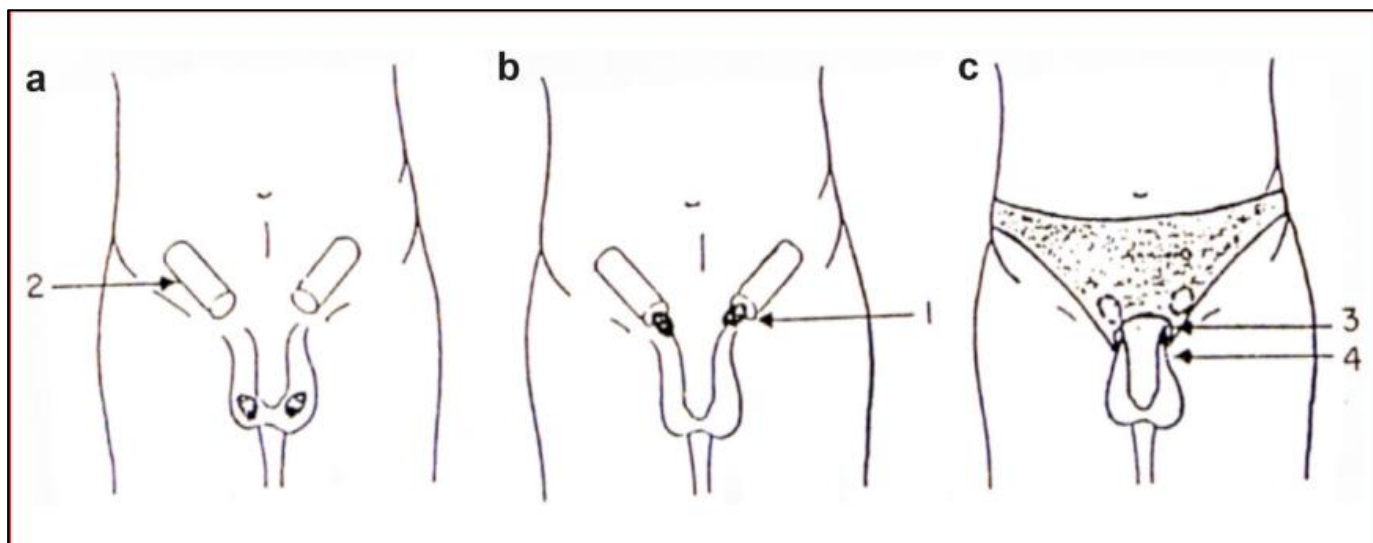
1. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
2. Amouroux M, Mieusset R, Desbriere R, Opinel P, Karsenty G, Paci M, et al. Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations: New fathers and new providers. PLOS ONE. 29 mai 2018;13(5):e0195824.
3. Blanc L. Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine: enquête auprès de 3368 hommes français. 2015;62.
4. Reynolds-Wright JJ, Cameron NJ, Anderson RA. Will Men Use Novel Male Contraceptive Methods and Will Women Trust Them? A Systematic Review. J Sex Res. 2 sept 2021;58(7):838-49.
5. Legras B. Hommes et femmes d'Égypte (IV^o s. av. n.è.-IV^o s. de n.è.): Droit, Histoire, Anthropologie. Armand Colin; 2010. 254 p.
6. Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>
7. Stérilisation à visée contraceptive. Livret d'information [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf
8. Chapitre 01 - Contraception masculine [Internet]. 2016 [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/contraception-masculine.html>
9. Histoire du préservatif | Fil santé jeunes [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/histoire-du-preservatif-5141>
10. Planification familiale/Contraception [Internet]. [cité 19 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
11. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir JC, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? Prog En Urol - FMC. déc 2020;30(4):F105-11.
12. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception - APHP DAJDP [Internet]. [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/loi-n-2001-588-du-4-juillet-2001-relative-a-linterruption-volontaire-de-grossesse-et-a-la-contraception/>
13. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme
14. Namekawa T, Imamoto T, Kato M, Komiya A, Ichikawa T. Vasovasostomy and vasoepididymostomy: Review of the procedures, outcomes, and predictors of patency and pregnancy over the last decade. Reprod Med Biol. 22 mai 2018;17(4):343-55.
15. Vasectomie contraceptive: Fiche info patient [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.contraceptionmasculine.fr/wp-content/uploads/2018/11/vasectomie-fiche-info-Urofrance.pdf>

16. Duan H, Deng T, Chen Y, Zhao Z, Wen Y, Chen Y, et al. Association between vasectomy and risk of testicular cancer: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 22 mars 2018;13(3):e0194606.
17. Yang F, Li J, Dong L, Tan K, Huang X, Zhang P, et al. Review of Vasectomy Complications and Safety Concerns. *World J Mens Health*. 1 juill 2021;39(3):406-18.
18. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in contraceptive use worldwide, 2015. 2015.
19. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Stratégie nationale pour la santé sexuelle.
20. Piotrowska K, Wang C, Swerdloff RS, Liu PY. Male hormonal contraception: hope and promise. *Lancet Diabetes Endocrinol*. mars 2017;5(3):214-23.
21. Chao JH, Page ST. The current state of male hormonal contraception. *Pharmacol Ther*. juill 2016;163:109-17.
22. Gava G, Meriggiola MC. Update on male hormonal contraception. *Ther Adv Endocrinol Metab*. 1 janv 2019;10:2042018819834846.
23. Long JE, Lee MS, Blithe DL. Update on Novel Hormonal and Nonhormonal Male Contraceptive Development. *J Clin Endocrinol Metab*. 22 janv 2021;106(6):e2381-92.
24. Soufir JC, Mieusset R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique. *Basic Clin Androl*. sept 2012;22(3):211-5.
25. Ahmad G, Moinard N, Esquerré-Lamare C, Mieusset R, Bujan L. Mild induced testicular and epididymal hyperthermia alters sperm chromatin integrity in men. *Fertil Steril*. 1 mars 2012;97(3):546-53.
26. Actualité - Anneau contraceptif masculin Andro-switch : il faut démontrer l'efficacité et la sécurité du dispositif - ANSM [Internet]. [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/anneau-contraceptif-masculin-andro-switch-il-faut-demontrer-lefficacite-et-la-securite-du-dispositif-1>
27. Sharma RS, Mathur AK, Singh R, Das HC, Singh GJ, Toor DPS, et al. Safety & efficacy of an intravasal, one-time injectable & non-hormonal male contraceptive (RISUG): A clinical experience. *Indian J Med Res*. juill 2019;150(1):81-6.
28. Dominiak Z, Huras H, Kręcisz P, Krzeszowski W, Szymański P, Czarnecka K. Promising results in development of male contraception. *Bioorg Med Chem Lett*. 1 juin 2021;41:128005.
29. Carbonnel F, Rieux MN des, Lognos B, Million É, Reboul MC, Bourrel G, et al. Vécu et adaptation des médecins généralistes face à la crise sanitaire sur les pilules de 3^e et 4^e génération. *Médecine*. 1 sept 2016;12(7):322-8.
30. Conséquences de l'arrêt de commercialisation du dispositif de stérilisation féminine Essure® [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2020/10/epi-phare_consequences_arret_commercialisation_essure_2020-10-01.pdf
31. Mohanna L, Petit A. Attitudes, connaissances et représentations des hommes concernant la contraception masculine [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: https://athena.u-pec.fr/view/delivery/33BUCRET_INST/1294098870004611
32. Cardiegues, Delphine L Martine. La connaissance des hommes sur la contraception : Etude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans.

33. Richard C, Pourchasse M, Freton L, Esvan M, Ravel C, Peyronnet B, et al. Male contraception: What do women think? *Prog En Urol.* déc 2021;S1166708721005789.
34. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.
35. Roux A, Ventola C, Bajos N. Experts with lay logics: About prescription of methods of contraception in France. *Sci Soc Sante.* 22 sept 2017;35(3):41-70.
36. Delvienne JC. Place du recours à la vasectomie en Hauts-de-France : Le regard des médecins généralistes.
37. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. *Cah Genre.* 4 avr 2016;60(1):101-22.
38. Abballe C. `` Et si on parlait vasectomie? ’ ’ Étude des besoins et motivations pour une formation théorique des médecins généralistes: étude qualitative à visée exploratoire. :44.
39. Noman MAA, Kyzer JL, Chung SSW, Wolgemuth DJ, Georg GI. Retinoic acid receptor antagonists for male contraception: current status†. *Biol Reprod.* août 2020;103(2):390-9.

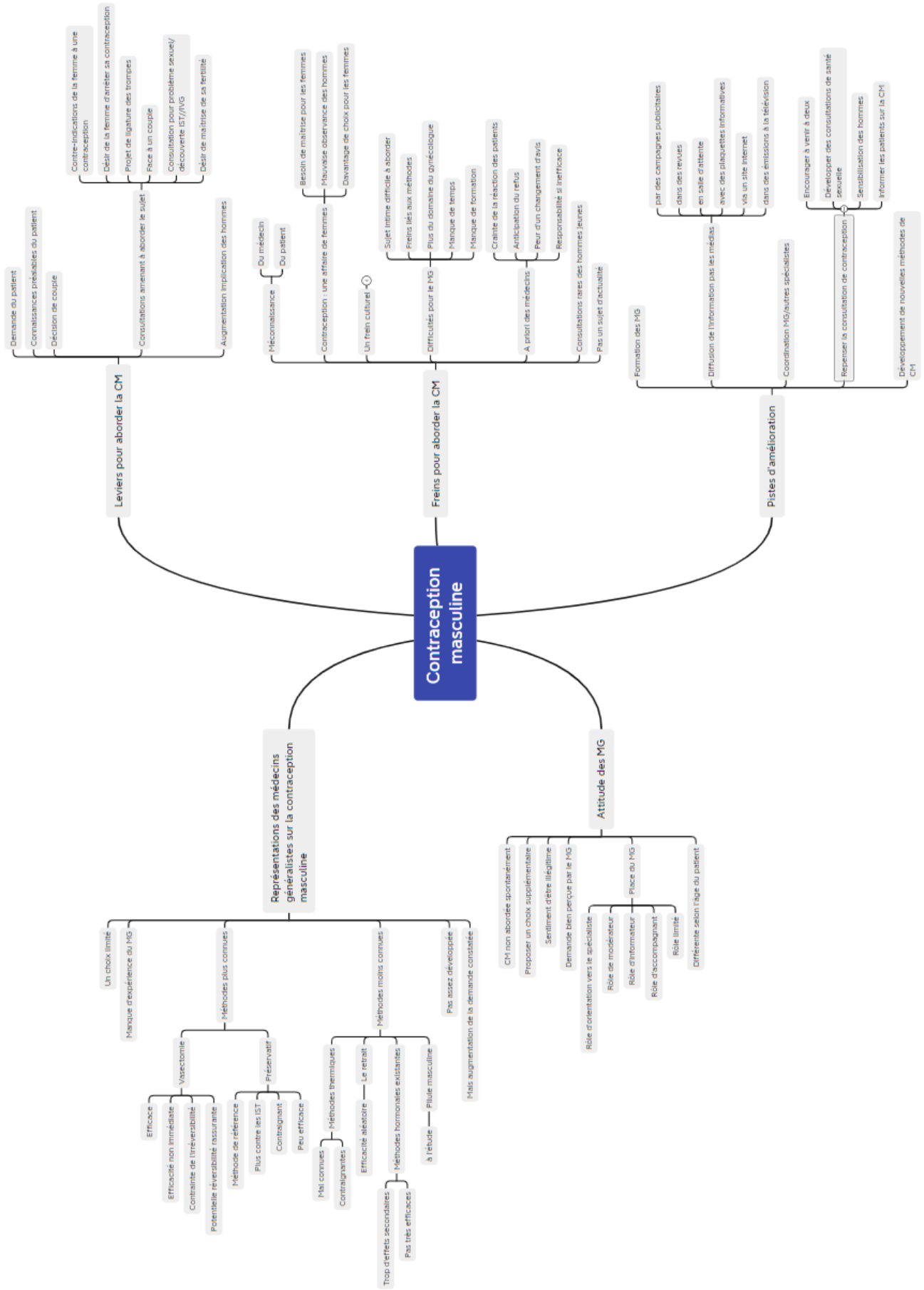
ANNEXES

Annexe n°1 : le slip chauffant en schémas



Source : Tcherdukian J, Miesset R, Soufir J-C, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? *Prog En Urol - FMC*. déc 2020;30(4):F105-11.

Annexe n°2 : Arbre thématique version détaillée



Annexe n°3 : Ensemble des verbatims

Entretien n°1

I : Déjà si je vous dis « contraception masculine », qu'est-ce que cela vous évoque ?

M1 : Euh... A part la liga... euh ... faut me rappeler... pardon euh... la vasectomie, pas grand-chose.

I : D'autres choses vous viendraient à l'esprit en parlant de contraception masculine ?

M1 : Euh... après on m'a parlé il n'y a pas très longtemps du slip chauffant...mais à vrai dire il y a un mois, non. (*rires*)

I : D'accord, et donc quelles sont les méthodes de contraception masculine que vous avez déjà pu aborder en consultation avec des patients ?

M1 : A part le préservatif et la vasectomie, aucune. Enfin, c'est...

I : Et si je vous demande de vous souvenir d'une consultation où vous auriez abordé la contraception masculine, comment cela s'est passé ? Comment vous l'avez vécu ? Je vous laisse un peu de temps pour réfléchir.

M1 : (*répond sans hésitation*) Moi, je n'ai jamais abordé la contraception masculine avec un homme, j'ai toujours abordé la contraception masculine avec une femme, qui a des difficultés dans sa propre... enfin qui avait des difficultés dans sa contraception et en lui soumettant l'idée qu'il n'y avait peut-être pas que, elle, qui devait s'y mettre et qu'il fallait peut-être partager un petit peu les... euh... les contraintes dans le couple. Mais je n'ai jamais eu l'occasion de partager, enfin... de parler de contraception masculine; à part du préservatif mais pas en tant que contraception, en général, en tant que protection des MST à des jeunes, jamais. Ou alors c'est des hommes, mais ces hommes ont fait les démarches seuls ...et... euh je le sais, mais c'est pas moi qui en ait parlé, franchement....

I : D'accord et donc à part le cas de femmes comme cela, il n'y a pas d'autres situations qui se seraient passées différemment ? Des femmes qui abordent la question ?

M1 : Non c'est moi qui c'est moi qui leur soumet l'idée...C'est ... après c'est selon, il y a des femmes qui n'imaginent même pas demander ça ou entamer la conversation avec leur conjoint, il y en a qui n'imaginent pas entamer la conversation avec eux. Et il y en a d'autres qui... euh... ne connaissaient pas et qui, pourquoi pas et voilà.

I : Et donc selon vous, quels sont les freins à aborder la contraception masculine en consultation ? Et à l'inverse, quels seraient les leviers qui pourraient permettre d'en parler en consultation ?

M1 : J'en sais rien, les hommes ne se posent pas la question de la contraception, en fait. Donc en consultation avec un homme, aborder la contraception, c'est ... enfin...c'est jamais une question en fait. C'est ...je sais pas, c'est qu'il y a pas de frein en soi, enfin moi je me sens pas gênée, euh... ni mal à l'aise. J'ai probablement un manque de connaissances... mais j'adresserais directement à un urologue, en fait, pour essayer de conseiller. Mais ... hum...c'est pas une question qu'on me pose, en fait. Et...j'ai peu de gens qui viennent en couple me parler de leur contraception. La contraception, c'est un problème féminin donc la femme vient parler de sa contraception, elle vient jamais avec son conjoint, et donc c'est pas quelque chose dont on parle en couple. Et l'homme vient rarement pour ça en fait. Donc le frein ce serait juste...euh que pourquoi j'aborde pas le sujet, je pense pas.

I : Et du coup les leviers qui vous permettent de l'aborder ça serait... ?

M1 : Ça serait que ça serait déjà fait dans le couple en fait. Enfin, passer par la femme ... mais que la consultation... Que la consultation de contraception,

qu'elle soit faite au sein du couple en fait, pas de manière individuelle.

I : *Et donc quand une femme n'aurait plus de choix de contraception comme vous le disiez ...*

M1 : Non, non, c'est pas... c'est pas tant qu'elle ait plus le choix, mais qu'elle ... donner un choix supplémentaire. Le problème, enfin le frein, si pardon, le frein le plus important dans la contraception masculine c'est le caractère définitif de la vasectomie mais ...

I : *Vous pouvez préciser ?*

M1 : Bah c'est... je sais pas... quand dans un couple, c'est... Moi je connais que la vasectomie, on propose la vasectomie à un homme, s'il se projette un jour dans un autre couple, il a déjà plus le choix à cause de son ancien couple, alors qu'une femme qui aurait une contraception, elle peut l'arrêter à tout moment. Un stérilet, elle peut l'enlever à tout moment. C'est le caractère définitif en fait. Ça, c'est... ouais, le frein principal.

I : *Et du coup, est-ce qu'il y aurait des suggestions, des choses qui permettraient d'aborder davantage ou différemment en tout cas, la contraception masculine ?*

M1 : (rires) euh...j'en sais rien. Il y a des... propositions ? Parce que je ne sais pas...Franchement moi je me suis pas posé la question ... Euh...j'en sais rien...(rires)

I : *Je peux vous laisser le temps. Qu'est-ce qui vous permettrait de l'aborder de manière plus fréquente ? Vous parliez du fait que les femmes consultent seules ...*

M1 : Bah la contraception, c'est quand même un problème féminin, quoi qu'on veuille... enfin... ça reste un problème féminin en fait. Et du coup, parler de contraception masculine, on parle forcément d'un couple, a priori...Enfin moi c'est comme ça que je le conçois. Un homme seul, je pense qu'il pense pas à la contraception donc qu'est ce qu... Bah, ça vient pas de nous en fait, je pense que c'est pas le

problème, c'est pas le médecin. Mais globalement en fait ...L'idée qu'on a du couple, de la contraception, de la conception. C'est un caractère sociétal en fait. Moi j'ai pas l'impression que ce soit mon rôle euh... que dire à un homme qui serait seul avec des partenaires peut-être occasionnelles, de lui proposer une contraception. Je connais que la vasectomie, lui dire (*ton ironique*) : « Mais ce serait bien quand même que d'éviter de faire des grossesses non désirées à toutes les partenaires que vous croisez » euh.. de faire une vasectomie. Je sais pas...je me sens pas en fait. Je pense que c'est pas ma place et euh...alors c'est peut-être anti-féministe ce que je dis, mais j'ai pas l'impression que ce soit ma place.

I : *D'accord, est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter par rapport à ça ?*

M1 : Non, j'en sais rien (rires)

Entretien n°2 :

I : *Si je vous dis contraception masculine, qu'est-ce que cela vous évoque ?*

M2 : Bah... ça m'évoque pas grand-chose, parce que par expérience, j'ai eu très peu de demandes dans toute ma carrière, comme je le disais, j'ai plus de trente ans derrière moi d'exercice médical et à part quelques vasectomies par ci par là, qui se comptent sur les doigts d'une seule main en plus, j'ai très peu d'expérience en la matière.

I : *Et donc, quelles sont les méthodes de contraception masculine que vous avez déjà pu aborder en consultation ?*

M2 : Et bien, il n'y en a pas trente-six, mis à part le préservatif, euh... J'ai jamais rien ... Ou l'abstinence ! (rires) J'ai jamais trop rien préconisé de plus, il faut dire que j'ai pas beaucoup été questionné à ce sujet par les patients eux-mêmes... J'ai pas le sentiment que euh... les hommes soient très intéressés par ce ...par ce sujet-là. En tout cas, ils se sentent pas très concernés, peu concernés mais

les choses évoluent. Les rares cas où cela s'est produit, c'était chez des gens qui vivaient en couple stable, en bonne entente, mais je répète les rares cas.

I : *Et donc, si vous deviez vous souvenir d'une consultation en particulier où justement vous avez abordé la contraception masculine, comment ça s'est passé ? Comment l'avez-vous vécu ?*

M2 : Moi je l'ai vécu de façon pas très active étant donné que j'avais peu de propositions à faire. Euh... j'ai pas souvenir d'avoir eu une consultation dont le motif était spécifiquement celui-ci, vraiment pas. Autant chez les femmes, c'est ... c'est tous les jours, autant chez les hommes, les rares fois où ça a dû être abordé, c'est quand ils venaient en couple. Euh.. donc j'ai absolument, je suis même certain de n'avoir jamais eu un seul patient homme qui est venu seul pour me demander ça. Les rares fois où ça s'est produit, ils étaient en couple, il y avait une entente.

I : *Et donc, si vous deviez imaginer que vous êtes en consultation et qu'un patient vient vous demander pour une contraception masculine, que lui diriez-vous ?*

M2 : Et bien, étant donné comme je le répète, que je suis pas très ... branché là-dessus... et puis que mes connaissances... mis à part le préservatif et la vasectomie dont j'ai entendu parlé euh... J'ai peu de connaissances là-dessus donc j'envoie directement, surtout s'il s'agit d'un acte chirurgical, j'envoie chez l'urologue, voilà.

I : *D'accord, du coup, cela serait d'adresser directement au spécialiste ?*

M2 : Ba... qu'est-ce que je peux faire, à mon niveau ? A part lui proposer, lui prescrire une boîte de préservatifs... Pas besoin de prescrire, puisqu'il se l'achète comme il veut (rires). Je vois pas... Je vois pas trop ce que je peux faire de plus quoi.

I : *Et donc, quels sont selon vous les freins justement à la contraception masculine, à l'aborder en consultation en tous cas ?*

M2 : Alors, il est clair que si j'ai pas la demande, c'est pas moi qui l'aborde. Ensuite, les freins... les freins sont d'ordre culturel avant tout. Même uniquement à mes yeux. Euh... les choses évoluent peut-être, donc il y a... les hommes prennent peut-être davantage conscience de ça et... et s'impliquent davantage. Mais, malgré tout, c'est surtout une histoire de femme quoi.

I : *Et donc, à l'inverse, quels seraient les leviers qui vous permettraient de plus l'aborder en consultation ?*

M2 : Eh bien si je devais aborder ça spontanément moi, ça serait probablement pas, seul à seul, ça serait face à un couple... En leur exposant les différentes méthodes, donc bien sûr, celles qui me viendraient à l'esprit en premier, ce sont, les méthodes contraceptives féminines. Ça c'est évident. Mais s'il y a tout un tas de contre-indications, de refus, et cætera... euh... certainement, je basculerais sur ce genre de conseils... Mais... étant limité dans mes connaissances de ce point de vue euh... surtout si c'est envisagé de faire une vasectomie, je passe la main à un spécialiste.

I : *D'accord, et du coup qu'est-ce que vous leur diriez par rapport à la vasectomie ? Qu'il faut aller voir le spécialiste ?*

M2 : Oui, qu'il y a cette technique qui est ancienne, qui a fait ses preuves et que de toute façon, c'est que les urologues qui font ça... donc ouais j'enverrais à un urologue.

I : *Et donc finalement, est-ce que vous auriez des suggestions pour pouvoir aborder davantage ou différemment en tout cas la contraception masculine en consultation ?*

M2 : Eh bien...des suggestions ... Si vraiment c'est un problème, si on veut faire changer les mentalités, il faut ... euh... Je doute fort que ce soit dans le cadre d'un cabinet médical qui est trop confiné, c'est un mot à la mode certes. Dans ce contexte, je pense qu'il faut, pour changer les mentalités, parce que c'est ça

en fait le fin fond du problème, il est là quoi, il faut changer les mentalités. Ben, ça serait, qu'il y ait un accès aux différentes méthodes, aux différentes informations à ce sujet, mettons dans des salles d'attente ou dans des revues, où on aurait un accès qui touche un public plus large quoi. Et là, peut-être que ça susciterait des demandes...

Au vu de ma patientèle, de toute façon ça, à mes yeux, cela concernerait qu'une faible proportion.

Entretien n°3 :

I : *Si je vous dis contraception masculine, qu'est-ce que cela vous évoque ?*

M3 : Alors pour moi, contraception masculine, les premières choses qui vont arriver à mon esprit, ce sont le préservatif et la vasectomie. C'est... euh... les deux grandes contraceptions qui me viennent à l'idée chez l'homme.

I : *Et donc, quelles sont les méthodes de contraception masculine que vous avez déjà abordées lors de consultations avec vos patients ?*

M3 : Essentiellement la vasectomie sur demande du patient, sur demande de renseignements par le patient...sur la vasectomie.

I : *Et donc si vous devez vous souvenir d'une consultation en particulier justement où vous avez abordé la contraception masculine, comment ça s'est passé ? Comment vous l'avez vécu ? Je peux vous laisser une petite pause pour réfléchir.*

M3 : J'ai le souvenir d'un patient qui est venu en consultation parce que son épouse avait fait une embolie pulmonaire et donc là euh... il m'a dit « voilà nous sommes confrontés au problème de contraception chez ma femme et donc dans son cas bien précis, elle ne peut plus prendre sa pilule » et donc nous avons discuté et nous avons pensé qu'il serait peut-être envisageable euh ...d'envisager une vasectomie. Donc à partir de là, il m'a posé des questions pour savoir comment il pouvait... il

pouvait s'y prendre, qui consulter, qui voir. Oui j'ai eu ce cas précis.

I : *D'accord, du coup comment vous avez réagi vous vous êtes senti comment ?*

M3 : Alors, ben moi j'ai fait que réagir, j'ai bien compris sa demande donc effectivement je l'ai orienté chez un urologue pour qu'il puisse faire ce geste. Je me suis sentie plutôt à l'aise.

I : *Et est-ce qu'il y a une autre situation qui se serait passée différemment de celle-ci ?*

M3 : Oui, il y a eu d'autres cas de demande de vasectomie, pas forcément pour un problème comme ça de... euh... thrombo-embolique, euh, c'était un souhait du couple, l'épouse ne souhaitait plus... enfin, ne souhaitait plus prendre d'oestro-progestatif... Enfin, on est un peu dans le même cas de figure mais pas pour un impératif médical. C'était plus euh...l'épouse commençait à en avoir assez de prendre sa contraception et... et donc elle lui demandait à lui de... de faire un effort (rires)

I : *D'accord, donc il venait directement avec l'idée de la vasectomie ?*

M3 : Oui, parce que de nouveau c'était une demande pour, pour la vasectomie. Parce que le préservatif non plus, euh...n'était pas... une solution qui leur convenait.

I : *Et donc quels sont selon vous les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ? A l'inverse quels sont les leviers qui pourraient permettre d'en parler un petit peu plus ou différemment ?*

M3 : Alors c'est vrai que sur les motifs euh... quand on est dans le ... le travail habituel, les personnes arrivent avec des motifs autres que contraception, ils viennent pour un problème médical autre euh... bien somatique ou psychologique ... et donc je pense qu'on ne pense pas à aborder ce domaine-là si... surtout chez l'homme. Moins chez la femme c'est plus un motif de consultation, une prescription d'oestro-progestatifs. Mais chez l'homme la ... la

contraception est peu, enfin les patients l'abordent peu en fait. Les patients hommes, donc euh... en fait...ou alors il faut que ça soit orienté par un problème euh... un problème sexuel, ou d'érection qui vont peut-être amener à parler de ça, mais quelqu'un qui vient pour un problème orthopédique, un problème cardiologique enfin... ça ça vient pas spontanément dans la ... et nous on n'a pas forcément le... enfin on amène pas forcément le sujet quoi. On est pris par autre chose en fait, je pense pas que c'est un frein ...

I : *C'est pas le premier motif ...*

M3 : C'est pas le premier motif et ...et donc ça (sourire), des fois c'est difficile aussi de de partir là-dessus quoi.

I : *Et donc quels sont les leviers qui vous permettent justement parfois de l'aborder ?*

M3 : Oh je pense que si, enfin, c'est vrai que.... en réfléchissant si la demande ne vient pas du patient, je vais pas spécialement euh... l'aborder.

I : *Et donc quelles seraient finalement vos suggestions pour pouvoir aborder davantage ou différemment la contraception masculine en médecine générale ?*

M3 : Je sais pas trop (rires). Dans le boulot, je me vois mal au milieu d'une consultation, demander « quel moyen de contraception utilisez-vous ? » (rires) Alors que les femmes viennent avec ça... elles supportent pas la pilule, y'a les implants tout ça ... « voilà j'ai mis un implant ça va pas... », « je voudrais un autre moyen de contraception ». Les hommes quelque part, je pense que c'est le préservatif hein. Après il y a d'autres moyens qui sont peu utilisés comme les ... euh... les ceintures là pour soulever les ... testicules, pour la température mais franchement, j'en ai jamais vu de ma vie. J'en ai jamais un qui m'en a parlé... Après c'est vrai que c'est très...quasiment pas abordé la contraception chez l'homme ! On n'en parle jamais.

Entretien n°4 :

I : *D'abord, si je vous dis contraception masculine en 2021, qu'est-ce que ça vous évoque ?*

M4 : Euh... bah ça va m'évoquer un truc, parce qu'on en a parlé avec un très bon ami qui l'essaie, c'est un anneau qui remonte les testicules euh... c'est un projet ... il est dedans. Il est médecin généraliste lui, et du coup il a été contacté par un de ses collègues je crois, et du coup il fait partie d'une étude pour justement la contraception masculine avec cet anneau qui remonte les testicules, voilà. Donc il fait partie ... donc ça me fait penser directement à ça. Après moi ça me fait penser du coup euh...à la vasectomie. Et grosso modo c'est tout.

I : *D'accord et donc que pensez-vous de la place actuelle de la contraception masculine ?*

M4 : Si on doit la comparer à celle de la femme par exemple, on est pas du tout bah... c'est pas tellement rentré dans enfin dans les mœurs ou en tout cas dans la tête... que ce soit de moi ou je pense de la majorité des gens. Sur...c'est plutôt la femme du coup qui... va prendre des hormones pour éviter de tomber enceinte. Après en effet, il y a aussi le préservatif, j'ai pas tout de suite pensé mais ...qui est un moyen bien entendu de contraception. Euh...peut-être d'ailleurs plus utilisé par... peut-être plus par les hommes d'ailleurs. Euh... dans cette optique-là je veux dire, de pas que sa compagne tombe enceinte parce qu'après évidemment il y a pour les infections sexuellement transmissibles. Mais je pense qu'il y a beaucoup de garçons aussi qui se disent « je vais mettre un préservatif pour pas qu'elle tombe enceinte », je pense ça aussi. Euh ...et du coup la place... bah c'est vrai que la place ...moi personnellement je crois que j'en ai parlé deux fois parce que les hommes sont venus me voir pour me demander pour la liga... pour la vasectomie. Voilà deux fois, les deux je les ai orienté vers des uro .

I : *D'accord et donc quelles sont les méthodes de contraception masculine que vous avez déjà abordées avec vos patients ?*

M4 : Ben grosso modo il y a la vasectomie mais plus du coup sur des demandes de eux que sur des ... que moi spontanément. Voilà c'est des demandes de eux... Un petit peu le préservatif avec des jeunes mais plus du coup sur l'orientation initialement maladies sexuellement transmissibles et après je dis ... puis ça permet qu'elle tombe... que ta copine tombe pas enceinte. Euh... et j'en ai parlé avec deux personnes de cet anneau qui remonte les testicules parce que c'est des gens qui voulaient savoir justement pour pas faire la vasectomie, qu'est-ce qu'il y avait, je leur disais qu'il y avait ça, que j'avais juste entendu parler ... et je leur ai dit bah parlez-en avec l'urologue, il en saura probablement plus que moi et voilà.

I : *Et est-ce que vous connaissez d'autres méthodes ?*

M4 : Eh bien... il y a une autre méthode... non c'est une blague (*rires*), c'est des gens ... un jeune homme, que c'est un peu une légende urbaine qui avait pris une pilule en même temps que sa compagne à tour de rôle un coup la femme, un coup lui, pour pas qu'elle tombe enceinte. Mais sinon à part ça non j'ai pas d'autres ... (*rires*)

I : *Si vous devez vous souvenir d'une consultation en particulier où vous avez abordé la contraception masculine, comment ça s'est passé ? Comment vous l'avez vécu ?*

M4 : Eh bien... (*réfléchis*) et du coup ouais j'en ai pas des masses, je m'en souviens. Euh... jeune homme 35-37 ans qui avait déjà trois enfants et du coup qui voulait du coup un moyen de contraception. Et c'est lui en fait directement qui a été m'aborder la vasectomie. En disant : « comment ça se passe ? Qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? » Euh... qui avait pas mal de questions notamment : est-ce que c'était irréversible, est-ce que ça faisait mal, est-ce que... euh ... je sais plus ce qu'il y avait d'autres comme

questions qu'il m'a posées... « Est-ce qu'il y a des risques qu'elle retombe enceinte malgré ça », l'efficacité. Euh... j'ai assez vite finalement botté... euh... consultation uro. En disant euh... que j'avais pas tellement d'informations précises et claires, c'est pas forcément clair pour moi, donc l'information que je leur délivre est pas forcément claire... ou en tout cas pas sûre. Notamment euh... je sais pas si ça fait mal, l'efficacité, ça par contre, je dirais qu'elle est excellente et après... voilà. Donc ce manque de certitude de ma part du coup se traduit par euh... rapidement une consultation uro en fait, où je me dis bah voilà eux ils vont avoir l'info, ils sauront ce que c'est. Après il était très axé vasectomie, donc en effet ... parce que lui en avait marre du coup de mettre des préservatifs, parce que sa femme ne prenait plus d'hormones parce qu'il y avait un soucis de santé. Donc il dit bah voilà on a que ça ou du coup ... ils essayaient de faire attention de pas tomber enfin, pas pendant les cycles. Euh... le retrait machin mais en fait il disait « bah on est pas sûrs », « c'est pas fiable ». Je me demande si elle avait pas fait une grossesse... si elle avait pas fait une IVG du coup sa femme aussi parce que justement ça avait... ils en voulaient pas d'autre, donc voilà.

I : *Et du coup vous, comment vous l'avez vécu ?*

M4 : Oh ba moi comment... Ba, après... Comment je l'ai vécu ? Pas forcément mal, pas forcément comment dire... ouais normal, ça m'a... ça me pose pas trop de problème parce que en fait je sais que je sais pas trop. Donc en fait je me prends pas la tête à essayer de... blablater tout ça, je leur dis voilà c'est super spécialisé enfin moi j'en vois pas assez, j'en parle pas assez, j'ai pas assez d'infos pour vous donner des informations précises. Donc... je leur donne quelques informations un peu bateau je pense que 99% des gens de la planète le... voilà, pas plus. Et je leur dis « allez voir un urologue » je les adresse vers un urologue pour qu'ils aient plus d'informations, grosso modo c'est voilà. Donc moi je

le vis très bien parce que je me dis que de tout façon je suis juste passeur de plats quoi. Pour le coup, là... j'ai peu d'informations précises à leur donner.

I : *D'accord et est-ce que vous vous souvenez d'une situation qui se serait passée différemment de celle-ci ?*

M4 : *(pause)* bah j'en ai pas eu beaucoup, donc du coup. Et euh... bah d'autres situations un peu différentes, j'ai un autre... un autre monsieur qui lui aussi était venu en tête avec euh... la vasectomie parce que aussi des enfants, un peu le même cas de figure en fait, à peu près entre 35 et 40 ans et puis comme lui ouais pas trop de... Finalement, j'ai pas tellement de ... Ben c'est à peu près pareil. C'est lui qui vient avec la demande, j'ai jamais abordé ça par hasard... ou « ah au fait Docteur, vous connaissiez pas une méthode de contraception ? »... C'est toujours la personne qui vient, qui me dit qu'il veut faire ça. C'est souvent des choix assez mûris, c'est pas le gars qui fait « ah au fait j'ai pensé à ça ». Voilà, c'est le gars qui s'est renseigné, qui sait qu'il faut qu'il passe par ci, par ça et... voilà. Donc ils savent déjà grosso modo autant que moi. Mais en fait ce qu'ils ont besoin c'est comment le faire, ça souvent ils savent pas. Ils viennent direct, ils disent « bah comment est-ce qu'on peut faire ? ». Mais du coup je leur dis bah ça va être un chirurgien qui s'occupe de ça et voilà. C'est l'orientation surtout.

I : *Et donc, selon vous quels sont les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ou à l'inverse quels sont les leviers qui permettent de l'aborder ?*

M4 : Bah disons que... je pense dans l'esprit de la plupart des gens, la contraception est affaire de femmes. Donc en effet, je me vois pas dans une consultation dire : « Ah au fait votre femme prend les hormones et peut-être que vous, vous pourriez prendre afin de faire un truc pour pas que... » voilà. Parce que aussi euh... j'ai en tête que la vasectomie qui est assez radicale, chirurgicale. Les préservatifs,

ils veulent pas, enfin c'est voilà. Et du coup j'ai que cet anneau en tête, cet ami voilà, cette information très lointaine et très... très incertaine. Donc j'ai rien à leur proposer de... qui me semble intéressant pour eux ou quelque chose qu'ils refuseraient forcément voilà. C'est peut-être le manque d'alternative que je connaisse, peut-être qu'il y en a d'autres, qui pourrait mettre un frein.

Après un levier qui pourrait être pas mal, c'est peut-être des campagnes publicitaires, peut-être à la télé en disant que la contraception féminine n'est peut-être pas la seule... et du coup voilà faire un petit... juste pour en parler. Parce que je suis pas certain que les gens se posent la question en fait. Je pense qu'ils connaissent pas, je pense qu'ils connaissent pas. Et que ça vient même pas à l'esprit des gens actuellement.

Après il y a aussi le côté, c'est la femme qui maîtrise, c'est elle qui veut pas tomber enfin qui ne doit pas tomber enceinte parce qu'elle veut pas, du coup elle prend son moyen de contraception. Si elle veut pas, peut-être qu'il y a aussi ce côté maîtrise de la femme c'est pas ... je sais pas... si un homme va voir une femme et lui dit « oui, t'inquiète j'ai fait ça, tu tomberas pas enceinte » est-ce que au final elle aura... je pense confiance si c'est son mari depuis des années mais du coup est-ce que si c'est un fait d'un soir ou d'une relation un petit peu courte, bon après il y a le côté MST mais sur des relations courtes où les MST ne rentrent plus en compte, est-ce qu'elle aura assez confiance pour dire... ? Parce que au moins si elle, elle prend sa pilule, elle sait qu'elle l'a prise quoi. Si elle a son stérilet, elle sait qu'elle l'a... Je sais pas, peut-être ça peut être un frein ça de dire... voilà.

I : *Après, j'avais une question sur des suggestions pour aborder davantage ou différemment la contraception ? Vous avez parlé des campagnes publicitaires...*

M4 : Oui, c'est ça. Un truc en fait qui... qui les fasse venir avec ça comme questionnement quoi. Pour qu'ils se posent la question, au moins qu'ils se posent la question de « ah il y a quelque chose qui existe ».

I : *Vous n'abordez pas spontanément la question ?*

M4 : Non. Comme pour les femmes (*réfléchis*) ah si ceci dit « est-ce que vous avez un moyen de contraception », je pose la question, pas systématique, ça dépend des âges et des conditions, mais euh...ça m'arrive de poser la question aux femmes « est-ce que vous avez un moyen de contraception ? » « Qu'est-ce que vous avez comme moyen de contraception ? ». Alors que l'homme ça ne m'arrive jamais de poser cette question-là. Peut-être aussi parce qu'il y a souvent un lien, pour la femme par exemple si elle a mal au ventre, des nausées je dis « est-ce que vous avez un moyen de contraception ? » ça exclut... un petit peu tout du moins le côté d'être enceinte pour ces douleurs au ventre et voilà. Alors que l'homme finalement même s'il met enceinte une femme ça n'aura pas d'impact chez lui.

Entretien n°5 :

I : *Si je vous dis contraception masculine en 2021, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

M5 : Pas grand-chose ! (*rires*) Pour être franc, il y a pas...enfin...Pour moi c'est...on l'utilise pas et en tout cas pas moi. Je suis pas du tout à l'aise avec ça. Pour la contraception féminine oui, pour la contraception masculine pas du tout.

I : *Et donc que pensez-vous de la place actuelle de la contraception masculine ?*

M5 : Pour moi elle est quasi inexistante. Il n'y a pas grand-chose qui se fait à mon sens, sinon des choses que je ne connais pas en tout cas. Il y a différentes techniques qui sont à l'étude à mon avis, enfin qui ont été mises. Enfin voilà, après a priori ça fonctionne moins bien que la contraception féminine

en plus donc...Et les hommes sont pas forcément très demandeurs. (*rires*)

I : *D'accord, et donc quelles sont les méthodes de contraception vous avez pu aborder en consultation ?*

M5 : Le vasectomie...qui est définitif ou pas d'ailleurs d'après les dernières techniques. Le... l'anneau ... honnêtement c'est quelqu'un qui m'en a parlé, je connaissais pas. Et après ...il y a le ... un vieux truc, c'était un de mes profs, le slip chauffant là (*rires*) qui traîne depuis un moment-là mais voilà, ça se limite là et voilà, il y a peut-être d'autres choses mais que je connais pas.

I : *Et qui évoque le sujet c'est vous, c'est le patient ?*

M5 : C'est le patient. Pour moi, il y a rien qui fonctionne, je ne vais pas aborder quelques chose dans ce sens.

I : *D'accord et il y a des situations dans lesquelles vous pensez à évoquer le sujet ?*

M5 : Non, enfin en général ça vient plutôt du patient justement quand madame a des contre-indications voilà, c'est ce qui va nous poser plus problème, donc c'est là que le sujet est abordé mais en général ...ça coupe vite court.

I : *D'accord, et donc si vous devez vous souvenir d'une consultation justement vous avez abordé la contraception masculine. Comment ça s'est passé ? Quelle a été votre réaction ?*

M5 : La dernière fois je crois que j'ai dit que clairement il y avait rien d'efficace euh... c'était un jeune, donc j'avais dit que pour moi il avait rien de ... rien... enfin voilà que c'était pas possible pour moi. C'était une demande de contraception et il m'a dit « et si moi je veux faire ? », j'ai dit bah pour moi non il y a rien qui fonctionne. J'ai expliqué enfin les différentes choses que je connaissais mais ... voilà. Et donc on est parti sur une contraception féminine ! (*rires*)

I : *D'accord, et est-ce que vous avez vécu une autre situation qui se serait passée différemment ?*

M5 : Euh... non. Là j'ai un copain qui m'a demandé mais hors consult voilà, justement c'est lui qui m'a parlé de l'anneau, il m'a demandé ce que j'en pensais. Je connaissais même pas, j'ai regardé vaguement mais voilà. C'est un peu plus que limité.

I : *Et pour vous quels sont les freins justement pour aborder la contraception masculine en consultation ? Et à l'inverse, quels seraient les leviers pour l'aborder ?*

M5 : Ba les freins, c'est peut-être de l'ignorance mais c'est pour moi qu'il y a rien qui fonctionne donc... aborder quelque chose qui ne fonctionne pas ...c'est compliqué. Le...la faisabilité aussi c'est-à-dire que clairement l'anneau je ... voilà en particulier c'est compliqué. Et ensuite, la seule dont je parle c'est la vasectomie mais ça enfin voilà, c'est sur des patients...sélectionnés et qui sont volontaires aussi donc. Mais après sinon les autres j'avoue que je ne les aborde jamais.

I : *Et quels seraient les leviers ?*

M5 : C'est quelque chose qui fonctionne ! (*rires*) Et de pratique aussi parce qu'après je pense que... c'est compliqué de mettre en route un traitement chez un homme aussi. Je pense que voilà, c'est difficile.

I : *Et pourquoi ?*

M5 : L'observance des traitements chez l'homme, c'est très compliqué...

I : *En général ?*

M5 : Oui, de manière générale ! Et je pense, c'est que c'est beaucoup plus compliqué pour un homme que pour une femme... La femme se sent, c'est peut-être idiot ce que je vais dire, mais peut-être plus concernée et du coup je pense que ce... à mon avis, ça serait plus difficile de mettre en place une contraception de même type même si ça existait chez l'homme.

I : *D'accord, et donc finalement quelles seraient vos suggestions pour en parler différemment ou on parle davantage de la contraception masculine ?*

M5 : C'est peut-être qu'il faut changer les mentalités enfin c'est ça le truc. Après il faut que ça vienne de nous, médecins aussi clairement. Mais c'est vrai que pour l'instant c'est pas franchement rentré dans les mœurs et c'est...des vasectomies, je dois en avoir trois ...quatre parmi les patients c'est tout, ce qui est franchement pas énorme donc... Des stérilisations tubaires chez les femmes il y en a eu beaucoup, beaucoup plus. C'est sûr que ...ouais il y a une différence entre les deux... et ça rentre pas pour l'instant, contraception qui sont ... Dans la tête des gens, c'est plus un problème féminin que masculin. Peut-être que ça changera mais après c'est pareil les gens ne connaissent pas forcément et donc... peut-être la communication aussi par les médias et de notre part à nous mais...

I : *Les médecins généralistes aussi ?*

M5 : Oui on est en première ligne, donc s'il y a ... voilà, c'est à nous de le faire, dans tous les cas. Voilà (*rires*). On l'aborde peu voire pas du tout, c'est vrai que c'est souvent ... chez les femmes oui, chez les hommes ...

I : *Et est-ce que vous aviez quelque chose à ajouter ?*

M5 : Non, après il faudra que je regarde, voilà si ... d'autres choses qui existent et que je ne connais pas et regarder voilà des ... les techniques voilà justement vasectomie, il me semble avoir vu qu'il y avait une méthode réversible maintenant ... mais par contre j'ai pas regardé les études, est-ce que ça l'est réellement parce que voilà... Donc à voir, et sous quelles conditions. Je suis franchement pas à l'aise sur ce sujet-là.

I : *D'accord, donc vous ne conseillez pas trop vos patients ?*

M5 : Non voire même je freine ! (*rires*) Clairement, j'en ai un de jeune patient, 32 ans, qui voulait une vasectomie, j'ai refusé... Je lui ai dit qu'il était trop jeune que enfin voilà... pour l'instant, c'était avant qu'il y ait cette nouvelle technique et que voilà c'était définitif et que on sait pas ce qu'il peut se

passer et que...comme j'aurais mis voilà, une méthode définitive chez la femme j'aurais dit non, non plus. C'était pas parce que c'était une vasectomie. Je lui ai voilà on en reparlera dans quelques années mais pour l'instant c'était non quoi.

I : *Quand vous dites on ne sait pas ce qui pourrait se passer ... ?*

M5 : C'est par rapport à son couple et ses enfants ! (rires) C'est voilà... parce qu'il a déjà deux enfants on sait que si... voilà je leur souhaite pas de malheur mais voilà si jamais... il se sépare ou voilà qu'il y a une nouvelle compagne et qu'il se retrouve à 32-33 ans ... Il y a une barrière d'âge qu'on fait chez la femme enfin, qu'on fait...voilà... de manière naturelle, et c'est une bonne chose.

I : *Il y a un âge alors où vous leur dites « c'est bon » ?*

M5 : Aux alentours de 40 ans (rires), voilà. 40 ans, ouais mais 32 non. Après je lui ai pas dit que c'était pas possible, je lui ai dit, je lui ai conseillé de pas le faire mais voilà....

I : *D'accord, merci !*

Entretien n°6 :

I : *Si je vous dis contraception masculine en 2021, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

M6 : Euh...Un seul cas. Un seul cas donc, de contraception donc chez un couple avec trois enfants euh...pour lequel donc l'épouse avait des contre-indications donc aux pilules, aux stérilets et donc tout moyen de contraception et donc le mari s'est proposé pour pouvoir bénéficier d'une vasectomie. Après en avoir discuté ensemble, avec tous les deux... tous les deux étaient donc open pour cette...cette idée et donc l'avis a été lancé donc vers le spécialiste qui a validé la chose et donc le patient a bénéficié d'une vasectomie. Voilà donc, tout s'est bien passé. Le seul souci en post-opératoire c'était de savoir à partir de quand ils pouvaient avoir une vie

sexuelle euh ...je dirais donc libre, sans risque, parce que donc il n'y avait plus de contraception. Ça a été le souci psychologique pour les deux. Euh... ils m'ont amené à faire un spermogramme donc pour Monsieur après le geste de vasectomie, pour se rassurer et vérifier que c'était zéro spermatozoïde et que donc ils pouvaient vivre donc normalement leur vie sexuelle, sans risque, voilà. C'est le seul cas que j'ai pu rencontrer donc dans l'année précédente.

I : *Et donc... ils sont venus vers vous pour vous poser des questions...*

M6 : Non, en fait c'est toute une démarche qu'ils avaient bien calculée, eux-mêmes personnellement. Ils avaient regardé tout ce qui pouvait être fait et ils étaient venus donc avec l'intention donc, d'une indication de vasectomie.

I : *Et vous, quel a été votre rôle ?*

M6 : Moi j'ai été un petit peu l'interface avec le spécialiste pour décider ça. On en a parlé ensemble, c'était validé par les deux et donc en fait, moi je les ai pilotés vers le spécialiste pour faire le geste, voilà.

I : *D'accord et vous comment vous avez réagi à cette demande ?*

M6 : Ah moi j'ai trouvé ça tout à fait légitime. C'était un couple stable donc avec trois enfants. C'est une démarche qui m'a semblé saine. Donc pour moi ça m'a pas posé de souci particulier.

I : *D'accord, et est-ce qu'il y a d'autres méthodes de contraception que vous avez déjà abordées en consultation ?*

M6 : Non, hormis le préservatif masculin.

I : *Et quelles sont les situations où vous pouvez penser à aborder cette thématique ?*

M6 : Alors c'est quand même plutôt rare, c'est quand même plutôt rare pourquoi parce que c'est plus de la domaine, c'est plus du domaine je dirais malheureusement du gynécologue, qui gère la contraception féminine, que ce soit la pilule, l'implant *et cetera*, et qui au bout d'un moment, quand il est en fin de course ou en bout de course

sans pouvoir proposer quelque chose donc je dirais de ... pas d'efficace mais quelque chose donc qui, médicalement est éligible et donc peut-être renvoie à la vasectomie. Mais nous, ça nous squeeze en fait. En fait, c'est le seul vraiment, le seul cas, ce que je t'avais déjà dit. C'est le seul cas où franchement j'ai été en direct par rapport à une situation de... de vasectomie, voilà. Pour autant, c'est les gynécos *a priori* qui pilotent ça. Pour nous, médecins généralistes. C'est lui qui dit à sa patiente « vous pouvez plus prendre la pilule, le stérilet je peux pas, l'implant il ne faut pas » *et cetera*. Donc c'est que des « non » et puis après donc c'est que le préservatif euh... donc c'est restrictif évidemment. Et je sais pas ce que en fait, ça serait intéressant d'avoir la vision du gynécologue par rapport à ça, par rapport à cette vision-là. Euh... il y a la vision du généraliste ça c'est bien, mais il y a aussi la vision des spécialistes, qui à mon avis est prépondérante

I : *Et que pensez-vous de la place actuelle de la contraception masculine ?*

M6 : A mon avis elle a autant sa place que la contraception féminine (*rires*). Parce que c'est vrai que tout tombe sur le dos des... je dirais des dames donc... avec tous les inconvénients qui sont liés à ça donc je trouve que c'est pas bien réparti (*rires*). Honnêtement, ça devrait être du 50/50 voilà. Donc un homme devrait dire « bon écoute tu peux plus prendre la pilule, il y a une contre-indication absolue, t'as déjà fait donc une phlébite donc... écoute je vais me faire opérer ». C'est une situation je dirais qui est... je dirais machiste pour moi, voilà.

I : *Et donc, selon vous quels sont les freins pour l'aborder en consultation ?*

M6 : Pour moi, il n'y a aucun frein, il y a aucun frein. Donc moi j'aborde ce genre de situations... c'est pas fréquent, parce qu'en fait c'est rare que quand il vient en consultation pour aborder ce problème-là, cette problématique. La problématique, elle est déjà passée en amont par la gynéco, donc le mari il dit

toujours à son épouse « alors qu'est-ce qu'il t'a dit ? Qu'est-ce qu'il faut que tu fasses ? » donc le gynéco essaie toujours de trouver des portes de sortie. Alors c'est vrai que... c'est vrai que les moyens de contraception chez la femme, il y en a tellement maintenant que ça limite la contraception masculine, à mon avis. Parce qu'en fait, on a la pilule, les implants, le stérilet donc, la stérilisation tubaire enfin il y a tellement de modes de contraception féminine que franchement l'homme se sent peu impliqué. Je dirais que c'est 90% pour la femme et 10% actuellement à mon avis, pour l'homme.

I : *Le frein c'est donc qu'il y a du choix chez la femme ?*

M6 : C'est ça ! Et je pense que les gynéco ils sont pas très ouverts à ça, à mon avis. Ma fille est gynéco euh... et on en a souvent parlé, donc elle me dit oui mais franchement... je lui dis « Tu parles toi donc à tes patientes qui sont ...qui ont des contre-indications à donc ...une ...un traitement et tu leur parles de la vasectomie chez leur mari qui a, allez 45 ans, donc sur le couple qui a des enfants *et cetera et cetera* ? » Elle me dit « non, j'en parle pas », voilà. Donc ça c'est une discussion qu'on a déjà eu quoi.

I : *Et quels sont, selon vous les leviers qui permettent de l'aborder en consultation ?*

M6 : En fait c'est quelque chose que nous, on est satellites malheureusement en médecine générale. On est satellites de ces situations qui sont pilotées par le gynéco et les femmes sont toujours très...donc elles sortent avec un acquis de la consultation du gynéco en disant « il faut que je fasse ça, il faut que je fasse ça, il m'a dit ça » et puis nous, on nous l'évoque très peu, donc c'est pour ça que j'ai dit 90%-10%. C'est peu évoqué, très peu évoqué.

I : *Et est-ce qu'il y a une situation que vous auriez vécu, que ce serait passée différemment ?*

M6 : Non, c'est la seule.

I : *Et finalement, quelles seraient vos suggestions pour pouvoir aborder davantage ou différemment la contraception masculine en médecine générale ?*

M6 : C'est surtout une meilleure coordination entre le gynéco et le médecin généraliste, qui n'existe pas, voilà. C'est... c'est la problématique. Si le gynéco... on n'a jamais de compte-rendu de consultation gynécologique. Nous on essaie de faire de la prévention à notre niveau sur tout ce qui est mammo, frottis et cetera. Donc elles nous disent toutes « oui, je suis allée chez le gynéco, tout va bien et cetera » mais on parle jamais de contraception, bon. Euh...sauf quand il y a un problème, on est d'accord. Mais je pense que le problème, c'est le manque de coordination entre les gynécologues et donc la médecine générale. Je répète, il faudrait poser cette question aux gynécos et leur dire « mais pourquoi vous ne poussez pas certaines, certains couples à une vasectomie dans une situation de contraception donc interdite chez une femme » (*rires*). Et j'ai jamais compris pourquoi. Mais...mais c'est j'ai jamais vu une gynéco ou un gynéco mais c'est plutôt une, donc demander une vasectomie. Jamais, jamais. Ce seul couple, c'est eux qui ont intelligemment décidé de faire ce genre de geste et ils avaient raison. Maintenant, ils ont une vie harmonieuse, sexuelle *et cetera*, avec trois enfants et ça se passe très bien.

I : *Et en parler en tant que médecin généraliste...*

M6 : Je pense qu'on est toujours un petit peu à la ramasse, c'est-à-dire qu'on est pas... on est un peu dénigrés par rapport aux gynécos. C'est un autre monde, c'est un peu comme la pédiatrie, c'est difficile de se connecter donc à cette spécialité. Et donc, on a pas de relationnel direct quoi. Donc je pense que c'est... c'est délétère. C'est vrai que la place de la contraception masculine est donc sous-évaluée alors que dans certaines situations elle a sa place, franchement elle a sa place. Quand on voit donc, des phlébites profondes sur des femmes qui étaient... qui fumaient, qui étaient sous pilule, on se

dit mais franchement si on avait trouvé un autre moyen de contraception, on se serait pas retrouvé avec une embolie pulmonaire, voilà. Donc c'est ce qu'on se dit *a posteriori*, voilà. Donc et... c'est un échec.

I : *Vous y pensez parfois a posteriori... ?*

M6 : Penser après coup, moi personnellement, non. Euh... sauf un jour où j'ai été donc ...dans un immeuble à côté où j'ai vu le SAMU sur une jeune femme qui était réanimée, qui est décédée, d'une embolie pulmonaire sous pilule. J'ai une femme tabagique parce que j'ai essayé de savoir ce qui s'était passé, qui en est décédée, et elle avait 25 ans, alors c'est triste, c'est triste voilà. C'est là où on se dit qu'il y a des limites à la contraception et que la contraception ... moi je le dis souvent aux jeunes filles à qui je prescris la pilule, je leur dis « vous prenez un médicament, sachez que vous prenez un médicament, vous prenez pas n'importe quoi ». Il faut pas banaliser la prise donc du contraceptif, c'est un petit comprimé, on est d'accord, mais moi j'ai toujours tendance un petit peu à enfoncer les clous. En sachant « fumez pas, faites attention », voilà. Je leur dis « si vous étiez aux États-Unis, on vous prescrirait pas la pilule, vous iriez l'acheter parce que, un médecin aurait pas le droit de vous la prescrire ». C'est le côté médico-légal.

I : *Et dans ces cas-là vous proposez des alternatives ?*

M6 : Si on propose mais bon, on est squeezé par les gynécos, et c'est un peu dommageable. Alors ma fille je lui fais la guerre pour que les gynécos ils aient une éducation thérapeutique pour savoir donc... pour être avec un relationnel avec un médecin traitant, avec les médecins traitants, donc leur envoyer les comptes-rendus de consultation, les résultats des frottis, *et cetera et cetera*. Et qu'on discute mais bon c'est... j'ai l'impression que c'est un autre monde, c'est un monde un peu à part.

I : *Merci, vous aviez des choses à ajouter par rapport à la contraception masculine ?*

M6 : Non après il y aura peut-être d'autres options qui seront proposées sur la contraception masculine hormis la vasectomie. Et il faut souhaiter qu'un jour il y ait aussi bien une pilule masculine qu'une pilule féminine. Et donc élargir le panel de la contraception de manière générale. Et pas forcément faire porter sur les épaules des femmes tous les risques de la contraception, bon donc ça c'est sûr.

Après lors de la consultation avec le seul cas dont je vous ai parlé, je leur ai dit « sachez que la vasectomie n'est pas irréductible ». En fait le chir... l'urologue qui va donc évidemment permettre que le petit robinet donc le canal déférent et qui va donc le fermer pour éviter le passage du sperme et donc éviter toute conception, un jour ou l'autre, si vous divorcez, vous rencontrez une autre femme, donc il est capable d'ouvrir à nouveau ce robinet entre guillemets et vous pouvez à nouveau... C'est quelque chose qui quelque part, les rassure, bon. Même sur des couples très stables. En leur disant, ne vous inquiétez pas, si le sort faisait que vous rencontriez quelqu'un d'autre, on peut rouvrir votre canal déférent. C'est quelque chose qu'il va oblitérer mais qui peut se rouvrir. Donc quelque part, ça les rassure, ça les rassure. Ça leur laisse une certaine fertilité intellectuelle, c'est le cas et ça les rassure. Mais quand ce sont des couples stables la question se pose pas, mais pour certains, inconsciemment la question peut se poser, c'est important. C'est-à-dire que si je fais un geste de vasectomie, il est pas irréductible. Voilà, donc on peut toujours revenir un peu en arrière. Comme une sténose tubaire on sait très bien qu'on peut tout à fait peut déboucher la trompe même si ça c'est pas évoqué. Les chirurgiens actuels aux alentours assurent aux personnes qui veulent le faire une vasectomie qui n'est pas irréversible. Donc à tout moment, on peut se faire réopérer et que ça revienne comme avant.

Entretien n°7 :

I : *D'abord, si je vous dis contraception masculine en 2021, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

M7 : Euh...Je connais que le préservatif ...après contraception réversible forcément...Oui je vois que ça.

I : *D'accord, et qu'est-ce que vous pensez de la place actuelle de la contraception masculine ?*

M7 : Euh... ce que je pense, c'est-à-dire ? De l'efficacité ?

I : *De sa place, oui.*

M7 : C'est euh...la première contraception à apprendre aux jeunes, je pense. En terme aussi pour les IST. Euh... c'est une contraception quand même de référence, qui est facilement accessible, il n'y a pas besoin d'ordonnance donc c'est ...c'est quelque chose de central.

I : *Et donc, quelles sont les méthodes de contraception masculine que vous avez déjà abordées avec vos patients ?*

M7 : Euh bah celles-là.

I : *Et quelles sont les situations où vous pensez à évoquer cette thématique ?*

M7 : Euh...en fait c'est surtout dans la prévention des MST, qu'on en parle ou quand la patiente... quand la femme ne souhaite pas de contraception hormonale ni de stérilet en cuivre, parce qu'elle a déjà...qu'elle est... ou parce qu'elle ne les tolère pas ou parce qu'elle a déjà essayé et que ça lui convient pas.

I : *D'accord et donc dans cette situation-là vous pensez du coup à proposer autre chose ?*

M7 : Oui, voilà.

I : *Et dans ce cas-là, qui évoque le sujet ? C'est plutôt vous ou c'est plutôt le patient ?*

M7 : Oh.. Les 2 en fait, tout autant l'un que l'autre.

I : *D'accord, et est-ce que vous connaissez d'autres méthodes que le préservatif ?*

M7 : Euh...qui sont en France ? Non... je sais que dans d'autres pays il doit y en avoir mais je... je les connais pas. Et je sais pas s'il y en a d'autres en France... à ma connaissance.

I : *Et donc, si vous devez vous souvenir d'une consultation où vous avez abordé la contraception masculine, qu'est ce qui s'est passé ? Quelle a été votre réaction ? Je peux vous laisser du temps pour réfléchir.*

M7 : Je pense à oui...à une femme voilà qui ne tolérait aucun autre moyen de contraception féminine à part le préservatif, c'est vrai qu'il y a le préservatif féminin mais j'ai jamais entendu les patients l'utiliser, les patientes l'utiliser. Mais en termes de pilule ou le stérilet ou d'implant, c'est ce qu'elle ne tolérait pas donc... Elle avait dit spontanément qu'elle préférerait utiliser le préservatif et bon ben...je n'avais rien à ajouter à ça

I : *D'accord, et elle ne venait pas pour une demande particulière ?*

M7 : Pour une prescription vous voulez dire ?

I : *Par exemple...*

M7 : Non, non, pas du tout.

I : *Et vous, comment vous l'avez vécu ?*

M7 : Très bien, il y a pas de ...j'ai pas de souci avec ça personnellement.

I : *Et est-ce qu'il y a une situation qui se serait passée différemment, dont vous vous souvenez ?*

M7 : Euh... non bah après c'est surtout quand il y a découverte de MST qu'on en... que je l'évoque mais euh...pas forcément en tant que contraception mais en tant que protection.

I : *Et donc, quels sont selon vous les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ? Et à l'inverse quels sont les leviers qui vous permettent de l'aborder plus facilement ?*

M7 : Euh...Les freins c'est peut-être le fait que ce soit pas remboursé ... ou alors peu remboursé. Je... je connais pas en fait les conditions de remboursement mais il me semble que c'est

remboursé après il doit y avoir une limite, ça, ça pourrait être un frein... Comme autre frein, j'en vois pas. Et les leviers euh... c'est le fait que ça protège des MST. C'est un bon argument. Le fait que ça soit facilement à mettre, facile à mettre en place et réversible immédiatement. Et euh... voilà, le fait que ce que ce soit déjà couramment utilisé, et le fait que ça soit connu du grand public. C'est facilement accepté et entendu.

I : *Donc vous n'avez pas de difficultés, en tout cas, pour en parler en consultation ?*

M7 : Non, non

I : *Et quelles seraient vos suggestions pour pouvoir aborder davantage ou différemment la contraception masculine en médecine générale ?*

M7 : *(réfléchit)* Peut-être avec des affiches à mettre en salle d'attente, que les patients y pensent spontanément et amènent le sujet sur la...enfin pendant la conversation. Parce que c'est pas quelque chose auquel on pense forcément à aborder, quand le patient vient pour une autre raison.

I : *Et aviez-vous d'autres choses à ajouter sur le sujet ?*

M7 : Euh...non mais je serais curieuse de savoir quels sont les autres moyens de contraception masculine.

Entretien n°8 :

I : *Pour commencer, si je vous dis contraception masculine en 2021, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

M8 : *(rires)* Préservatif ! Uniquement. Euh... non je sais qu'il y a eu des études euh... américaines en cours euh... et qu'ils ont trouvé des pistes très prometteuses mais qu'il y a pas derrière ... enfin sans être complotiste... il y a pas beaucoup de lobbys, il y a pas beaucoup de choses comme ça qui est plutôt pour... c'est pas trop dans l'ère du temps. Je pense que ça va le devenir avec les modifications un petit peu, des mentalités mais que pour l'instant il y a pas

beaucoup de choses. C'est tout ce que je sais après je sais pas s'il y a d'autres ...

I : *Et qu'aviez-vous entendu comme pistes ?*

M8 : Euh bah des pilules qui ... euh.. alors je sais plus trop, je crois que mes collègues ils étaient au courant aussi, des pilules pour hommes pour euh... bah stopper enfin, diminuer la spermatogénèse, des choses comme ça évidemment, c'était réversible. Euh.. voilà a priori qui fonctionneraient, qui seraient sans danger, qui auraient été testées *et caetera*, qui fonctionnent mais euh...qui ont pas de financement, qui ont pas tout ça pour vraiment voir le jour, déjà aux Etats-Unis et encore plus en France pour l'instant.

I : *D'accord, et donc que pensez-vous de la place actuelle de la contraception masculine ?*

M8 : Bah je pense que ça va venir, que ça va faire son petit chemin et comme tout il faut un petit peu de temps, comme avec la vaccination. Voilà, donc non, non c'est une bonne chose et je pense que ça viendra et que dans... je sais pas, dans trente ans où euh... ce sera un peu monnaie courante progressivement et que ... Parce qu'après je pense que dans la...enfin les générations actuelles, il y en pas mal qui seraient pour et qui le prendraient parce que déjà souvent même dans les couples, la femme qui va pas forcément avoir envie d'avoir une contraception parce qu'il peut y avoir des désagréments hein... des choses qui fassent que on préfère ne pas en avoir. Et l'homme serait prêt probablement à prendre la contraception s'il y avait pas de... ni d'inconfort, ni d'effet secondaire particulier. Et puis même des ...enfin dans les célibataires, enfin de la peur... ils ont pas envie forcément d'avoir une conjointe occasionnelle qui tombe enceinte quelque chose comme ça et puis même des fois double protection, c'est mieux que une. Donc euh... après ça n'empêche pas tout ce qui est IST et tout mais, c'est vrai que je pense qu'il y a plein d'hommes qui seraient pour et qui seraient

prêts à la prendre si... euh, il y avait assez de recul enfin voilà, comme d'habitude quoi, mais...

I : *D'accord, et quelles sont les méthodes de contraception masculine que vous avez déjà abordées en consultation ?*

M8 : Euh... Bah donc après c'est plutôt leur faire comprendre eux comment fonctionne la féminine en terme de ...hormonale en tout cas, celles qui existent actuellement, euh... qui comprennent un petit peu quand, comment, pourquoi. Euh ... parce qu'elles comprennent pas forcément tout aussi et que à deux cerveaux c'est toujours mieux. Euh...bah évidemment les préservatifs et puis après, bon tout ce qui est un petit plus ... euh... j'allais dire irréversible. Tout ce qui est euh...(rires) (*réfléchit*) tout ce qui est vasectomie réversible ou non. Euh... j'en ai certains qui la demandent, là, vers 40 ans qui commencent ...euh, quand la compagne en effet en a marre de prendre une contraception euh... qui la demandent, j'en ai... de plus en plus d'ailleurs, qui la font, la réversible en général. Euh... donc voilà, donc ça on en discute.

I : *D'accord, et qui évoque le sujet ? C'est vous, c'est le patient ?*

M8 : C'est eux qui viennent en consult un peu... alors souvent au détour d'une consultation... ils abordent le sujet. Ou la femme vient en consultation contraception et euh... avec son mari enfin ou son conjoint et du coup demande comment ça se passe. Ou c'est la femme qui vient (*rires*) demander pour le mari, ça, ça arrive aussi. Euh... voilà.

I : *D'accord, et si vous deviez vous souvenir d'une consultation en particulier où vous avez abordé la contraception masculine. Comment cela s'est passé ? Quelle a été votre réaction ?*

M8 : Euh... alors. Je pense que c'est un Monsieur, il y a pas très longtemps, il était un peu jeune mais du coup il s'informait. Il avait 37 ans et en fait sa compagne venait de tomber enceinte, non désiré, ils l'ont quand même gardé *et caetera, et caetera* mais

bon voilà, là il s'est dit bon ... Je crois qu'elle était tombée sous contraception, elle tombée enceinte sous contraception donc bon c'est voilà... Donc euh... c'était son désir à lui mais il était un peu jeune, je crois qu'il avait 36 ans donc c'était un peu limite et euh... mais du coup, il commençait déjà à poser des questions, prendre les rendez-vous chez l'urologue, *et cætera, et cætera* euh... parce qu'il y avait quand même un temps, un temps de réflexion plus faire congeler au cas où, les CECOS etc... Donc euh...bon voilà, on avait discuté mais bon après pas de gros soucis, je suis ouverte à tout ça. Et du coup, je lui avais un peu expliqué où prendre rendez-vous etc etc. Et... puis on avait un peu discuté aussi de... certes il avait bah du coup déjà trois enfants mais qu'aussi voilà, si ça s'arrête, s'il voulait refaire sa vie, si finalement euh... que c'était important quand même de congeler et d'y penser.

I : *Vous lui avez surtout dit de penser à la suite ?*

M8 : Ouais, et puis lui dire bah que c'était plutôt 40 ans, que bah il y aura un délai de réflexion, que... après que c'était normalement réversible mais qu'il fallait quand même penser au fait que bah ... que ça reste un acte chirurgical *et cætera* et donc avec ses conséquences. Enfin, lui expliquer vraiment tous les tenants et aboutissants et puis le côté pratique en général ils savent pas trop. Où aller ? Comment aller ? Qui les fait dans la ville ? *et cætera*...

I : *Et vous, vous l'avez bien vécu ?*

M8 : Oh bah oui, oui, moi il y a pas de soucis.

I : *D'accord, et est-ce qu'il y aurait une situation qui se serait passée différemment ?*

M8 : Euh... différemment... en général ça se passe comme ça. Euh (*réfléchi*)...Il y en a un qui l'avait fait, ça s'était bien...Non il était venu en post-op un peu... voilà, douleurs, œdème *et cætera*, il était un petit peu douloureux ce monsieur... J'ai eu ça. Mais euh... après sinon oui, ils posent aussi des questions sur combien de temps il faut s'arrêter, est-ce que ça fait très mal, tout ça. Mais euh... moi j'ai pas eu...

Je crois que j'en avais eu un au tout début, il me semble qu'il avait enlevé en fait sa vasectomie, il avait fait le côté réversible et euh... je crois que ça avait fonctionné. Mais euh... après non, c'est pas tous les matins non plus que j'en ai. Mais euh... en général, ouais, c'est ça, c'est les post-trentenaires qui euh... qui souhaitent euh... Il y a de plus en plus de femmes qui souhaitent arrêter la contraception hormonale, et qui du coup euh... demandent la vasectomie à leur partenaire en tout cas, elles ont besoin d'en discuter un petit peu. J'en ai pas tant que ça, mais c'est vrai que... il y en a de plus en plus quand même.

I : *Donc, qui viennent vous voir déjà avec l'idée de la vasectomie ?*

M8 : Ouais en général, ouais.

I : *Et quels sont selon vous les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ?*

M8 : Euh bah pour l'instant, étant donné que euh... déjà c'est un certain âge, c'est un certain ... voilà. Euh... c'est vrai que c'est... Déjà, j'ai pas beaucoup d'hommes entre guillemets de la quarantaine qui viennent euh... autre que pour un problème ostéo-articulaire ou des choses comme ça. Et donc qui vient pour prendre soin d'eux entre guillemets, j'en ai pas beaucoup. Et euh... les freins, nous après c'est le quartier aussi hein, population turco-méditerranéenne, c'est pas trop l'ambiance (*rires*) quand même. C'est pas vraiment euh...C'est plutôt des gens enfin voilà, francisés depuis plusieurs générations euh...qui habitent plutôt dans le centre qui viennent me voir. Parce que je fais beaucoup de gynéco, dermato, de choses comme ça donc ... du coup j'ai une patientèle un peu différente de celle de mes collègues. Et là en effet, c'est plutôt eux ou même, voilà qui ont pas envie d'avoir euh... de surprises, de choses comme ça et qui préfèrent ... qui viennent m'en parler à moi, ou il faut aussi un courrier donc forcément ... Euh... après les freins, ba c'est surtout ouais, ça intéresse... enfin je veux

dire... c'est-à-dire que c'est pas vraiment un élément de prévention, donc c'est vrai que c'est pas encore, on a déjà beaucoup de prévention un petit peu plus primaire. C'est vrai qu'on en parle pas trop, c'est eux qui viennent poser les questions.

I : *Vous ne l'abordez pas spontanément...*

M8 : Non, après, à la limite, aux femmes qui ont des petits problèmes de contraception, ou voilà les grossesses non désirées, des choses comme ça. Mais c'est vrai que ... oh c'est rare qu'on en arrive euh... à dire bah « vous pourriez le proposer à votre conjoint, éventuellement » parce que ben on essaie de trouver des solutions enfin, c'est aussi elle et leur propre corps... si elles veulent changer enfin, voilà après, on pose pas forcément les questions jusqu'à là, voilà, peut-être qu'elles ont plusieurs conjoints, enfin, voilà c'est plutôt ça les freins on va dire... que ça reste quand même un peu l'aspect privé et que médicalement, il y a pas non plus d'intérêt enfin, ... ça reste un confort entre guillemets, enfin voilà. Donc... d'autant qu'il y a énormément de moyens de contraception féminins quand même à l'heure actuelle donc, en général on finit quand même par trouver euh... ce qu'il faut. Euh... surtout même 40 ans, en général, même euh... spermicides, enfin il y a quand même, la fécondité un petit peu moins importante donc euh... en général, elles trouvent une solution. Donc c'est vrai que c'est assez... c'est en général, les hommes, c'est leur démarche à eux.

I : *Et quels sont à l'inverse, les leviers qui vous permettent ou vous permettraient de l'aborder plus facilement en consultation ?*

M8 : *(réfléchit)* Bah c'est plus eux, s'il y a un monsieur qui a un petit soucis enfin voilà, plus lui qui vient me dire que bah il y a une grossesse non désirée, et que il sent pas forcément, enfin qu'elle s'arrête ou non, et que lui il se sent pas enfin, pas très à l'aise avec tout ça et que bah il aimerait faire quelque chose de plus quoi. Euh... après c'est quand même assez ... toujours le même type de, de ...de

personnalités et de personnes très investies, enfin voilà qui veulent participer entre guillemets que ce soit dans le couple, que ce soit dans sa vie active, qui veulent prendre un petit peu les rênes, enfin le contrôle entre guillemets, ... Après ça vient petit à petit, mais ça reste ouais,... ça reste vraiment le début. Mais bon je pense que quand il y aura enfin, si à un moment, il y a une pilule commercialisée, remboursée, *et caetera, et caetera* ... bon faudra attendre... longtemps, que... être sûr qu'il n'y ait pas d'effets secondaires et machin et truc. Mais... euh... la réversibilité déjà sur les pilules à la progestérone, les femmes ont peur de ne plus retrouver leur cycle. Donc faudra attendre un petit peu mais je pense que quand euh... quand ça sera un petit peu rentré dans les mœurs ouais là pour le coup, je pense qu'on en aura plus... Et là c'est vrai que ça sera peut-être plus intéressant chez les plus jeunes, parce que bon avoir un enfant jeune c'est quand même pas... voilà c'est quand même un facteur de précarité. Donc là pour le coup, le côté préventif, il sera peut-être un peu plus important sur ce côté contraception. Mais pour l'instant... c'est pas le cas. Ça reste entre guillemets du confort via la vasectomie à un certain âge.

I : *Et finalement, quelles seraient vos suggestions pour pouvoir aborder davantage ou différemment la contraception masculine en consultation ?*

M8 : Euh... bah après je pense qu'il serait pas mal, comme toujours en prévention c'est de faire des petits euh... enfin, il faudrait que nous, on accroche peut-être plus de trucs euh... d'informations quoi. La vasectomie existe. Parce que je pense qu'il y en a plein non plus qui sont pas au courant que ça existe. Euh... comme les petits encarts de prévention, on pourra mettre un petit truc info, c'est pas la priorité quand même du moment mais... Mais... déjà même sensibiliser les hommes un peu plus à la contraception féminine parce que bon... je pense que ça peut être une bonne idée.... Enfin, hormonale, celles qui existent et puis après ouais, mettre un

petit... euh de la pub (*rires*), une petite affiche explicative, dans le couloir, souvent ils attendent un petit temps donc euh... Ça pourrait être pas mal en disant que ça existe, c'est à quel âge etc. Les informer au moins de l'existence de cette technique.

I : *Est-ce que vous auriez d'autres choses à ajouter ?*

M8 : Non (*rires*)

Entretien n°9 :

I : *Première question, si je vous dis contraception masculine en 2021, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

M9 : Euh... il y a ... parce que j'ai vu la BD il y a pas longtemps (*rires*), le slip, qui remonte les testicules, euh...l'anneau mais parce que je suis tombé dessus sur Instagram il y a vraiment pas longtemps, une petite BD et euh... et sinon bien sûr bah la prise en charge chirurgicale et ...la capote. C'est tout, c'est les quatre que je vais avoir en tête.

I : *D'accord, et que pensez-vous de la place actuelle de la contraception masculine ?*

M9 : Euh... on est en retard, je pense, je pense. Euh... la vasectomie je la propose... enfin je la propose régulièrement mais souvent c'est plus via l'intermédiaire des patientes qui me disent qu'elles en ont ras le c** de leur pilule et tout, qu'elles sont trop jeunes pour... surtout dans ce quartier où elles sont trop jeunes pour euh...avoir une... enfin pour avoir une stérilisation, les gynécos veulent pas parce qu'elles ont la trentaine et tout, mais souvent elles ont beau avoir 30 ans dans le quartier elles ont déjà quatre gamins voire plus et donc bah je propose la vasectomie et c'est... dans un quartier assez particulier donc souvent c'est pas fait, ils veulent pas et tout... Et c'est vrai que malgré que je sais que ça existe, j'ai jamais proposé le ... ou le slip qui remonte les testicules qui a peut-être un nom plus technique que j'ai pas ou l'anneau. C'est jamais ... ni l'un ni l'autre, j'ai jamais proposé et s'il y en a d'autres qui existent et bah je les connais pas.

I : *D'accord et donc quelles sont les méthodes de contraception que vous avez déjà abordées en consultation ?*

M9 : En consultation uniquement préservatif et vasectomie. J'ai pas abordé les autres en consult.

I : *Et quelles sont les situations où vous pensez à l'aborder ?*

M9 : Ah ! C'est euh...rarement... enfin c'est souvent ou ça vient de la part du patient, voilà et c'est lui qui demande et je sais que je réponds à ses questions et je l'oriente souvent, on a deux très bons uro qui le font dans la ville ou alors je vous dis ça vient de la part de Madame qui veut trouver une alternative, qui veut plus de contraception et qui veut plus de bébé et où le gynéco veut pas encore faire quelque chose pour elle donc là je l'aborde mais pour l'instant, enfin ça fait pas très longtemps ça fait combien ... ça doit faire cinq ans que je dois bosser ici, pour l'instant j'ai pas eu de retour positif de la part des patients.

I : *D'accord, et si vous deviez vous souvenir d'une consultation où vous avez abordé la contraception masculine. Comment ça s'est passé ? Quelle a été votre réaction ?*

M9 : Euh... la dernière c'est un monsieur que je connais depuis longtemps, qui un jour est venu me poser cash la question euh...la quarantaine ...qui est vraiment venu de lui-même « Bonjour, ma femme veut plus de pilule, veut plus rien... moi je veux pas de nouveau bébé, je compte pas changer d'épouse et j'ai vu sur internet qu'il y a la vasectomie », donc voilà ça c'est fini avec des images sur Google où je lui montrais ce qu'allait faire le chirurgien et je lui ai fait un courrier et vraiment ça s'est très très bien passé, ça a été vraiment simple. Il était déjà informé et pour voilà ... J'ai pas eu... j'ai pas eu de consultation où c'est ...enfin... ou surtout j'ai jamais eu le besoin de le présenter moi-même au patient en mode « allez-y, faites-le, c'est une nécessité », ça s'est jamais présenté à moi et je vois pas... je me vois

pas dans ce contexte-là non plus, enfin je vois pas pourquoi je serais dans ce contexte-là.

I : *Et donc ce patient, il avait des questions ?*

M9 : Ah c'est, c'est les plus grosses peurs comme tous les messieurs « est-ce que je vais pouvoir bander après ? Est-ce que je vais pouvoir continuer à éjaculer après ? Est-ce que je vais pouvoir continuer à avoir du plaisir ? Est-ce qu'il y a un risque ? » voilà, vraiment le classique de... de tous les mecs à qui on va toucher à leur appareil génital externe et qui vont avoir peur après qu'un truc se passe pas bien, quoi. Ça reste quand même quelque chose d'assez important pour nous. (*rires*)

I : *Et quelle a été votre réaction ? Vous avez été à l'aise ?*

M9 : Ah bah oui, sans soucis, ouais, pas de problème.

I : *Et est-ce qu'il y a une autre situation qui se serait passée différemment ?*

M9 : Alors, l'autre situation qui me vient en tête, c'est pareil, c'est toujours le même contexte. C'était des gens d'origine turque, qui euh... comme je disais tout à l'heure la dame qui veut plus rien, mais on n'a pas trouvé d'alternative avec ...enfin le gynéco voulait pas, parce qu'elle était trop jeune, et c'est moi qui avais proposé en consultation au monsieur directement et j'ai eu un « non » direct quoi. Pas violent hein, pas méchant rien du tout mais en mode « on me touchera pas » et ...vraiment l'atteinte dans la virilité quoi, vraiment mode « mais c'est pas possible pour moi docteur, vous imaginez », voilà c'était vraiment le cliché de l'atteinte à la virilité en mode, il veut pas, on n'y touchera pas, il y a rien à faire, et c'est vrai que j'ai pas insisté parce que... (*soupir*) voilà. Il voulait tellement « non, non », je pense que c'est le genre de monsieur, il faudrait un travail de longue haleine sur euh...et en vrai bah il y a ni le temps, ni les moyens de faire ce genre de travail en médecine de ville pour convaincre les gens.

I : *Et quels sont selon vous les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ?*

M9 : Et bah je pense que le premier frein c'est nous les médecins qui y pensons absolument pas, voilà. Deuxième frein c'est que la...pour l'instant, le seul qui est reco... qu'on connaît bien en tant que toubibs, c'est la vasectomie et que je pense qu'il y a plein de messieurs, ils n'ont pas envie de se faire opérer, et donc à nous d'être plus informés sur les autres, clairement, je vous dis, moi en tant que toubib, j'en ai entendu parler sur Instagram pour vous dire le manque d'information quoi. Si c'est entre deux posts Insta ... que je vois ça, c'est que... et puis clairement c'est pas de l'information médicale, quoi, c'est ...voilà un artiste que j'aime bien sur Insta qui en parle, je suis voilà. Et après j'ai pas fait l'effort d'aller plus loin non plus hein, parce que maintenant que j'ai vu que ça existait, j'aurais pu ouvrir Google et aller lire deux études, je l'ai pas fait. Et euh...je pense que... du fait de ma patientèle, j'aurais peu de demandes. Et le...l'autre chose qui me... qui me ferait hésiter, c'est... mais ça mais alors après j'ai pas fait, j'ai pas fait les recherches sur Pubmed pour aller vérifier, c'est l'efficacité. Euh... la seule étude que j'avais bouquinée qui était plutôt une étude de socio, et donc ça vaut pas grand chose et qui disait que en gros que... la responsabilité de la contraception, les femmes auraient du mal, enfin les femmes auraient du mal à la lâcher au monsieur parce qu'il faut quand même leur faire drôlement confiance quoi. C'est vrai que je me mets à la place d'une dame, c'est pas moi qui gère la contraception mais maintenant s'il y a une galère, c'est moi qui tombe enceinte. Après je pense que c'est...cette étude elle est un peu pourrie, parce ce que dans un couple, voilà un couple stable, je pense que c'est pas du tout le même débat.

Mais euh...si on avait voilà, ça a jamais été abordé à la fac, c'est jamais abordé dans nos magazines courants de lecture, genre le cliché de la revue médicale du médecin c'est Prescrire, c'est jamais

abordé, on en parle jamais, et voilà. Après ça fait partie des choses qui je pense sont peu rentables, parce qu'une fois qu'on a un slip qui remonte ou un anneau bah c'est à vie qu'on le garde, donc forcément il y a pas de pub, donc forcément on n'est pas matraqué dessus, donc forcément il y a pas de présentateurs médicaux qui viennent et en plus maintenant les présentateurs médicaux, il n'y en aura bientôt plus donc je pense que ça va être compliqué de convaincre les médecins généralistes français euh... d'y passer.

I : *Donc pour vous, c'est ça le principal frein ?*

M9 : Ouais, c'est voilà, le manque d'info quoi, le manque d'info et puis, de ma part à moi parce qu'il y a absolument aucun effort que j'ai fait pour aller récupérer les infos, vraiment un manque de motivation complet, quoi. La situation s'est peu présentée donc et je pense que si... et je pense que vu ma patientèle, ça se présentera très très très peu parce que c'est... c'est vraiment... pas misogyne, c'est pas le mot, mais on va dire assez, assez patriarcale le quartier où je travaille, voilà, les prises en charge et tout, enfin la manière dont ... dont réagissent mes patients donc je pense que ça se présentera peu mais c'est sûr que si j'ai une information claire, facile qui me tombe dans genre, dans le gosier, dans un article de revue que j'ai l'habitude de lire, bah oui je vais le lire, je vais m'y intéresser et tout. Mais c'est vrai que j'aurais bah...comme tout nouveau truc, j'aurais des appréhensions à le prescrire, parce que je me dis « p***** si ça marche pas », alors surtout ce qui m'énervait c'est que ... ça fait partie du genre de traitement où si ça marche pas, il y a de fortes chances que ça soit à cause du patient enfin, sur l'observance, enfin, tout comme une pilule... sauf que comme c'est quelque chose de nouveau, si ça marche pas, même si c'est la faute de l'observance du patient, forcément à un moment donné, ils vont dire que c'est la faute du toubib quoi. Alors que la pilule,

ça fait tellement longtemps que ça existe, si elle a pas marché c'est quand même acté dans la population... dans l'imaginaire collectif des patients, c'est parce que madame elle a raté un cacheton, pas la faute du toubib, ouais bref ... C'est le genre de trucs... d'a priori de m***** mais qui sont ancrés quand même.

I : *Et à l'inverse, quels sont les leviers qui vous permettent ou vous permettraient de pouvoir l'aborder plus facilement en consultation ?*

M9 : Ah bah c'est... il faut un médecin de santé publique. En gros, une information transférée aux médecins par le biais peut-être, comme les informations pas mal qu'on reçoit de la sécu ou ce genre de choses, ou des présentateurs médicaux... parce que malgré tout le mal qu'on leur dit, je pense que c'est quand même pas mal pour euh ... les toubibs, voilà ou alors via une FMC qui serait intéressant mais c'est toujours compliqué de nous motiver à aller à ce genre d'endroit parce que la plupart du temps franchement, c'est obligatoire mais c'est de la m****. C'est vraiment des ... c'est tout pourri. Et euh... peut-être que ça serait mieux de passer par la sensibilisation des patients via les campagnes, des campagnes de prévention quoi, on fait bien des campagnes de prévention cancéro ou des campagnes prévention dans les lycées sur les préservatifs, sur... on parle de pilule au lycée, ce genre de truc donc pourquoi on parle pas de ça en plus quoi ? Que ça rentre dans l'imaginaire collectif, que ça rentre dans l'imaginaire de nos patients et que... et que là, ça laissera plus le choix à nous médecins, bah forcément de se former dessus, parce que si tous les patients nous en parlent, normalement y'a pas le choix, on va être obligés de se former et là on va retourner sur Pubmed et regarder ce qui se passe, quoi.

I : *Donc ça serait que les patients soient déjà au courant ...*

M9 : Voilà ! Bah surtout que c'est quand même un sujet vachement important quoi, on parle de

contraception, si ça marche pas, ils se retrouvent avec un bébé bon bah... et en plus c'est même pas lui qui le porte, c'est sa femme qui se retrouve avec un bébé. Voilà c'est-à-dire que si... c'est vrai que ça me viendrait pas facilement à l'idée de le proposer et en sachant que c'est nouveau, en sachant que l'observance est vachement importante et que... et donc ça peut vite, vite partir en cacahuètes quoi. Mais c'est sûr qu'il y a un travail à faire là-dessus.

I : *Et donc, hormis les campagnes de prévention, est-ce que vous auriez d'autres suggestions pour pouvoir l'aborder davantage ?*

M9 : Ça ! Je vous dis, de toute façon, je pense que la plupart des méd gé, on est tous des fainéants, si... enfin, il faut par le dire comme ça mais... aller recueillir une information et tout c'est compliqué, ça demande du temps et de l'investissement alors que nos journées sont déjà particulièrement chargées et c'est sûr que malgré tout ce que disent les politiciens et présentateurs médicaux qui nous apportent une information qui est certes prémâchée mais va nous donner au moins la curiosité peut-être d'aller plus loin et je pense vraiment, genre quelqu'un qui nous ramène des exemples d'anneaux ou de... parce que je les ai vu en photo mais je les ai jamais vu en vrai, d'anneaux ou de slips qui remontent les testicules là, forcément ça va titiller la curiosité des médecins et puis au bout d'un moment, on l'a dans le bureau, donc on y pense, on en parle, comme toutes les conneries que j'ai eu là, d'aérosols et tout, ils sont là, j'y pense, j'en parle, je me... voilà. Et puis, tous les nouveaux trucs qui sortent, si on vient pas nous en parler déjà au moins une première fois, bah déjà, on sait même pas que c'est sorti, et en plus si on n'est pas venu nous en parler pour nous rendre un peu curieux, bah on va pas aller faire les démarches après, d'aller faire un peu de biblio et de regarder si vraiment ça vaut le coup quoi. Parce que voilà... Et puis, aussi voilà, c'est encore une fois, on a l'offre et la demande, si les patients nous en parlent, on va faire l'effort.

I : *Vous, vous n'avez pas trop de demandes...*

M9 : Ah non, moi clairement, ma patientèle, moi vraiment pas. Je pense que ... bah d'ailleurs c'est pour ça que moi j'en ai entendu parler sur Insta qui est un média qui est quand même vachement... c'est vachement ciblé le public, c'est quand même... on parle majoritairement d'un niveau socio-économique assez élevé et de gens entre 20 et 30 ans quoi, c'est quand même ça la cible. Et euh... et c'est pas ça ma patientèle.

I : *Et est-ce que vous aviez d'autres choses à ajouter ?*

M9 : Je pense que dans un débat sociologique, c'est hyper intéressant surtout quand on parle de... on veut essayer d'aborder deux-trois thèmes féministes sur la charge mentale de... dans les couples, la répartition de la charge mentale et ça clairement c'est un des trucs sur lequel on avait peu de solutions pour répartir cette charge mentale là dans le couple et ça, c'en est une et donc c'est intéressant. Mais c'est plus complexe que bah voilà on se partage ménage, lessive, bouffe et compagnie et donc dans le débat féministe, c'est vrai que c'est hyper intéressant parce que c'était un des trucs qui était le plus compliqué et je pense que ça va être un des trucs qui va rester très compliqué, sur le partage de cette charge mentale là, mais que c'est important quand même, parce que si on veut... voilà si on veut une société plus égalitaire, il faut forcément que ce ...qu'on avance là-dessus quoi. Et je pense que c'est un sacré steak par contre (*rires*). Je pense qu'il y a d'autres trucs, même l'égalité salariale je pense que ça va être plus simple (*rires*) Mais je pense que c'est une contraception qui... que les hommes devraient s'en emparer aussi, parce que pas... les hommes en couple, je pense qu'ils en ont... c'est peut-être moins intéressant, si, il s'en emparerait pour rendre service à son épouse pour que voilà, la charge mentale soit partagée, donc des gens qui veulent plus d'égalité dans leur couple. Mais je me remets à l'époque où j'étais pas marié, où

j'étais voilà à la fac où c'est un vrai merdier d'un point de vue euh... bah voilà on a beaucoup de relations et c'est vrai que... une capote ça craque, c'est pas fiable à 100%, c'est une contraception qui aurait pu m'intéresser étudiant moi, juste pour moi, pour pas mettre quelqu'un enceinte, et pour aussi être maître de ma propre fertilité quoi et de pas aller faire... mettre enceinte n'importe qui quoi. C'est quelque chose qui aurait pu m'intéresser moi, en tant que jeune, enfin à l'époque où j'étais jeune. Mais qui honnêtement, c'est pas si vieux ma fac, mais... j'ai que 33 piges mais on n'en parlait absolument pas quoi. On savait que si vous remontiez les testicules en intra-abdominal surtout par exemple le cliché chez les cyclistes et tout et les troubles de la fertilité mais de là, à l'aborder comme un moyen de contraception, c'était pas fait quoi. Mais c'est pour ça que via une campagne... des campagnes de pub et de sensibilisation, je pense qu'il y a plein de jeunes garçons qui vont se dire « bah ouais m****, p***** je peux la foutre en cloque, ça fait ch*** parce qu'il y a aussi ma responsabilité derrière, au moins, là je suis tranquille. Et puis si elle tombe enceinte c'est pas le mien ». D'un point de vue purement égoïste quoi mais...

Je vois deux aspects : l'aspect partage de la charge mentale dans un couple et l'aspect d'être maître de sa fertilité en tant que garçon quand on a des rapports multiples.

Entretien n°10 :

I : *Si je vous dis contraception masculine, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

M10 : Ce qui me vient à l'esprit c'est que... la contraception c'est pas que les femmes et que effectivement les hommes ont leur part à prendre dans la contraception. (*rires*)

I : *Et que pensez-vous de la place actuelle de la contraception masculine ?*

M10 : Elle est pas très très importante et je pense qu'elle... elle peut être énormément développée parce que c'est important que les hommes prennent leur part dans la contraception.

I : *Et quelles sont les méthodes de contraception masculine que vous avez déjà abordées en consultation ?*

M10 : Alors bon, la contraception masculine la plus répandue bah c'est le préservatif, qui a l'avantage d'être à la fois une contraception et... et de protéger des infections sexuellement transmissibles. Euh... donc c'est peut-être effectivement la plus facile à mettre en œuvre bien que souvent les hommes sont un petit peu réticents à l'utiliser. Et après bah les autres contraceptions masculines il y a le retrait, avec une efficacité (*rires*) qu'on connaît, un indice de Pearl qui doit pas être très très haut. Euh... après bon il y a la vasectomie, qui pendant longtemps a été considérée comme euh... pas un mauvais traitement mais enfin ... pendant longtemps la vasectomie n'était pas autorisée et ça fait qu'une vingtaine d'années maintenant que c'est autorisé et ça commence quand même à se... à se développer mais c'est plus finalement une contraception à partir d'un certain âge qui se fait pas trop chez... chez les jeunes. Euh... après... après la vasectomie et bah il y a la contraception testiculaire, contraception par la... par la chaleur avec le slip contraceptif ou l'anneau contraceptif. Et... et puis après il y a la contraception hormonale qui ... qui finalement euh... est toujours pas vraiment reconnue parce qu'il y aurait des effets secondaires, il y a des effets secondaires à la contraception hormonale féminine mais là finalement (*rires*) ça a pas empêché que ça soit développé. Mais sur la contraception masculine, tout ce qui étaient injections de testostérone, de prendre des hormones, sous prétexte qu'il y a des effets secondaires bah c'est pas encore vraiment mis en application.

I : *D'accord, et dans quelles situations vous pensez à l'évoquer ?*

M10 : Alors finalement, je l'aborde peut-être plus avec les femmes euh... comme quoi il peut y avoir une contraception masculine, souvent quand les femmes ne savent plus quelle contraception, elles, choisir et sont en échec de ... de contraception ou parce que, finalement elles ont une contre-indication à la contraception oestro-progestative, elles ont pas supporté le stérilet, enfin elles ont à peu près tout passé et on ne sait plus trop quoi... quoi aborder et c'est là qu'effectivement on va peut-être plus aborder la contraception masculine avec d'abord, le préservatif et puis avec les autres contraceptions. Et euh...et quand les femmes moi, me parlent de se faire faire une ligature des trompes, c'est vrai que systématiquement, bon déjà je leur remets le petit livret sur la... sur la stérilisation, la contraception définitive. Et je leur parle de la vasectomie en leur disant que c'est quand même quelque chose qui est beaucoup plus.... léger à faire pour l'homme que pour la femme quoi, puisque ça peut être fait bon, sous anesthésie générale mais surtout ça peut être fait sous anesthésie locale, c'est un geste qui est simple, rapide, bon qui va mettre trois mois pour être efficace mais bon, voilà. Et... c'est pas comme une femme où il va falloir quand même lui ouvrir le ventre puisque bon depuis qu'on peut plus utiliser le... le système par voie basse et bah maintenant, il faut quand même faire une coelioscopie donc c'est quand même un petit risque. Et en plus, l'avantage chez l'homme c'est qu'il peut y avoir une conservation de sperme. Donc si jamais un jour il y avait un changement de... d'avis c'est relativement facile par rapport à la ligature de trompes chez la femme qui est presque irréversible quoi. On peut toujours essayer d'enlever les clips, on peut toujours essayer de faire une... une FIV mais enfin, c'est quand même beaucoup plus lourd que d'utiliser une paillette de sperme.

I : *Et qui évoque le sujet, plutôt vous, plutôt le patient ?*

M10 : Plutôt moi. De temps en temps quand même j'ai des femmes qui me posent la question parce que... effectivement elles envisagent de faire une ligature de trompes, elles ont lu sur Internet et effectivement elles voudraient avoir des renseignements sur ... sur la vasectomie donc bon je leur remets le petit livret, je leur explique et bon je leur dis que le... le partenaire peut venir me voir pour qu'on en discute, ou je leur donne les coordonnées de l'urologue ou des urologues qui pourront les rencontrer parce que de tout façon il y a un délai qui est... je sais plus, de trois ou quatre mois derrière...

I : *Et, si vous deviez vous souvenir d'une situation en particulier, d'une consultation où vous avez abordé la contraception masculine. Comment cela s'est passé ?*

M10 : Oui dernièrement, j'ai une patiente avec qui j'ai abordé effectivement la contraception, enfin dans le cadre d'une IVG euh... voilà, donc au moment de l'IVG, je pose toujours la question de qu'est-ce qu'elles envisagent comme contraception à mettre en place donc, de suite, bon effectivement euh... la pilule, elle voulait pas, le stérilet ne lui convenait pas enfin voilà. Et par rapport à son âge, elle envisageait une ligature de trompes et... elle...elle avait entendu quand même parler de la vasectomie donc elle a évoqué avant même que je lui en parle et voilà. Et donc on a... on en a discuté et euh...je lui ai remis... je lui ai remis le livret et bon elle semblait intéressée. Je l'ai revue donc après l'IVG, elle en avait discuté avec son mari, ils étaient finalement ... enfin, son mari était partant pour le faire, voilà, en se disant que quand même sa femme avait eu la charge mentale et la charge de la contraception pendant ...pendant plus d'une vingtaine d'années et que... effectivement il pouvait maintenant prendre sa part de la

contraception et il était d'accord pour rencontrer l'urologue, donc j'ai donné les coordonnées.

I : *Il était venu à la deuxième consultation ?*

M10 : Oui, il était avec elle, donc bon on en a parlé et... voilà donc j'ai fait le courrier. Après depuis, je les ai pas revus pour savoir s'ils y sont allés ou pas.

I : *D'accord, donc la consultation s'est bien passée ?*

M10 : Oui, voilà. Après il avait des questions, parce qu'il était effectivement inquiet de comment aller se passer sa sexualité après. Est-ce qu'il allait perdre quelque chose ? Est-ce qu'il serait toujours ... enfin est-ce qu'il y aurait pas de problème d'impuissance ? L'éjaculation serait la même ? Est-ce qu'il y aurait le même plaisir ? Enfin voilà, finalement il était pas tellement inquiet du geste, parce que le geste est relativement facile finalement, peu risqué. Mais il était surtout inquiet de... de sa sexualité.

I : *D'accord, et est-ce qu'il y a une situation qui se serait passée différemment sur la contraception masculine ?*

M10 : Après c'est vrai que moi j'évoque régulièrement la contraception testiculaire, souvent, que ce soient les femmes ou les hommes sont étonnés, ne connaissent pas, n'en ont jamais entendu parler...voilà. Après si ... ça permet d'ouvrir une discussion, ça leur permet après d'aller voir un petit peu sur Internet en quoi ça consiste et voilà... et de se dire que... pourquoi pas.

I : *Et vous avez des patients qui utilisent cette contraception ?*

M10 : Euh... je sais pas si du coup ils ont fait la démarche et s'ils sont allés plus loin dans le...

I : *Et quels sont selon vous les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ? Et à l'inverse, quels sont les leviers qui vous permettent de l'aborder ?*

M10 : Bah les freins c'est que souvent avec les hommes, on ne parle pas contraception. Autant avec une femme c'est... on en parle énormément et c'est

vrai que les hommes, eux, nous en parlent... finalement parlent peu de leur sexualité à part quand il y a un souci, un problème d'impuissance, d'éjaculation précoce et tout ça. Mais sinon effectivement, ils abordent moins...euh la sexualité et que... en France, quand on parle contraception, automatiquement on pense à la femme.

I : *D'accord et donc quels sont les leviers qui vous permettent de l'aborder ?*

M10 : Je pense que c'est plus par la femme que... qu'on peut peut-être commencer à introduire la contraception masculine qui va... elle va pouvoir en parler à l'intérieur de son couple et que, après l'homme vient nous voir ou voit son médecin...pour développer ça.

I : *Et est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous permettent ou vous permettraient d'aborder plus facilement la contraception masculine ?*

M10 : Je sais pas... parce qu'après effectivement le préservatif s'est énormément développé par les infections sexuellement transmissibles, du coup effectivement ...le côté contraception en parallèle, mais c'est plus (*rires*) le développement des IST, la prévention du SIDA qui a fait que le préservatif s'est développé, plus que voilà.

Et puis il y a aussi de moins en moins de femmes qui veulent prendre la pilule, surtout chez les jeunes. Donc effectivement toutes les jeunes qui, du coup ne veulent plus la pilule, et bien à l'intérieur du couple, surtout si c'est un couple stable, on va peut-être plus vers le préservatif quoi. Et si c'est un couple qui n'est pas stable, effectivement, là c'est pareil, on va vers le préservatif mais pour...pour la prévention des IST.

I : *D'accord, et finalement quelles seraient vos suggestions pour pouvoir aborder différemment ou davantage la contraception masculine en médecine générale ?*

M10 : Qu'il faudrait peut-être essayer de poser les questions systématiquement (*rires*). Mais... c'est

vrai que ça me semble difficile, quand un homme vient pour un certificat médical ou pour une angine, d'aborder la contraception masculine. Finalement il y a pas de... de consultation vraiment dédiée comme chez la femme où il va y avoir des consultations pour les frottis, pour le suivi gynéco où là c'est vraiment des consultations dédiées où on va pouvoir aborder... Chez l'homme, peut-être un peu moins. Après, c'est peut-être effectivement dans les... dans des consultations dédiées à la santé sexuelle... quand les hommes viennent en prévention... en prévention ou en traitement d'IST... ou peut-être on peut en parler davantage quoi. Dans des consultations de délivrance de la PREP, mais bon, ceux-là les utilisent effectivement déjà le préservatif ... et puis parce que c'est peut-être plus finalement des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes mais bon... Ils peuvent avoir aussi des relations sexuelles avec des femmes. Donc là on sera sur de la contraception. Non après effectivement je...

I : *Et est-ce que vous aviez d'autres choses à ajouter ?*

M10 : Oui...après effectivement, peut-être que des femmes viennent pour... pour leur suivi gynéco bah ça serait peut-être bien qu'elles viennent aussi avec... avec leur partenaire parce que ça pourrait peut-être permettre de... d'élargir la conversation. Et que finalement les femmes elles viennent toutes seules pour chercher la contraception. Alors que c'est un problème de couple, mais elles viennent seules.

Entretien n°11 :

I : *Pour commencer, si je vous dis contraception masculine en 2022, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

M11 : Bah il me vient à l'esprit que ça m'était complètement sorti de l'esprit justement, parce qu'on parle toujours de la contraception féminine et que ça a toujours existé la masculine mais ça a jamais été

retenu. Mais l'impression que effectivement c'est sous-étudié, sous-conscient, sous-tout, voilà.

I : *Et donc que pensez-vous de la place actuelle justement de la contraception masculine ?*

M11 : Bah actuellement j'ai l'impression qu'elle est absolument totalement euh ...éludée et ...et je pense que... y a pas de raison. Je comprends pas, ouais...

I : *Et donc quelles sont vous les méthodes de contraception masculine que vous avez déjà abordées avec vos patients ?*

M11 : Alors... j'avoue que je... j'ai aucune idée qu'on m'ait posé jamais la question et que j'ai abordé le sujet. Peut-être une ou deux fois en vingt ans mais c'est pas récent donc je me souviens plus trop... parce que bon oui, il y a la vasectomie. Donc je pense que j'ai déjà eu un ou deux patients qui, dans leurs antécédents en arrivant me disaient j'ai eu une vasectomie, il doit y en avoir deux maximum croisés là, en... depuis 22 ans de libéral. Mais sinon j'ai pas l'impression que j'ai été sollicitée par des patients ou patientes là-dessus j'en ai pas mémoire.

I : *Et y-a-t-il d'autres méthodes que vous auriez abordées ?*

M11 : Comme contraception ? Ba je sais pas si on peut appeler le préservatif contraception parce que c'est pas très efficace, quand même parce que ça peut se percer, se retourner, ce qu'on veut... donc c'est vrai sur le mot contraception... efficace, j'ai vasectomie qui vient.

I : *Et qui évoque plutôt le sujet c'est plutôt le patient, plutôt vous ?*

M11 : Bah...la problématique... si on me questionne sur ça, bah je suis là mais si on ne me questionne pas là-dessus ...J'avoue que quand une jeune fille ou moins jeune fille ou peu importe une femme me demande une demande de contraception, il ne me vient plus, pas à l'esprit de lui dire « Mais le compagnon... », mais en même temps si c'est une jeune il y a pas de raison mais si c'était une personne un peu âgée, enfin en ménopause, de mon âge donc

âgée je reprends pour moi aussi, effectivement on pourrait systématiquement il me semble dans les nombreuses demandes des femmes en préménopause qui supportent mal la contraception ou moins âgée mais peut-être quand même en contre-indication de contraception, là je pense qu'on pourrait avoir cet espace. Et quand, comment, pourquoi moi-même je l'ai éludée. (*rires*)

I : *Et donc, vous n'avez pas abordé d'autres méthodes ?*

M11 : Pour les hommes effectivement je réfléchis...euh...bah si je réfléchis mais je vais je sais pas où, mais il y a une histoire de chaleur aussi euh...le testicule s'il est chaud, le spermatozoïde n'est plus efficace mais je me vois pas trop conseiller un truc pareil parce que je crois qu'il y a pas vraiment d'évaluation et j'aurais l'impression que...il y a un risque donc quitte à répondre mais bon ...Peut-être c'est vrai, qu'il y a pas de guidelines, on a des guidelines sur tout, même trop, souvent contradictoires, là-dessus on a rien. On n'a pas de référence.

I : *Et est-ce que vous vous souvenez d'une consultation où la contraception masculine a été abordée ?*

M11 : Alors malheureusement non, parce que je pense ça doit être il y a très très longtemps et voilà. Quand vous me parlez du sujet, je me dis, tiens, une ou deux fois, j'ai dû faire une réflexion là-dessus mais je ne sais plus... probablement plutôt avec une femme qu'avec un homme mais il y a fort longtemps et je me souviens plus du contexte.

I : *D'accord, et si un patient vient et vous demande pour une contraception masculine. Que lui diriez-vous ?*

M11 : Bah je ferais d'abord une recherche sur mon iPhone, pour voir (*rires*) et puis à ce moment-là, bah je l'orienterais vers un urologue.

I : *Et quels sont selon vous les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ?*

M11 : Alors les freins... et donc l'aborder on est bien d'accord avec une femme ou avec un homme ?

I : *Oui.*

M11 : Moi j'ai... il me semble que, avec une femme j'aurais moins de frein à l'aborder, avec un homme si c'est pas lui qui est venu me solliciter, j'aurais une sorte de... de crainte qu'il le prenne mal.

I : *Et pourquoi selon vous ?*

M11 : Alors pourquoi j'aurais peur qu'il le prenne mal ? Euh...je sais pas je dois être conditionnée comme toutes les femmes, sur certaines choses (*rires*) mais je pense qu'il y a aussi une histoire de génération donc... il est pas impossible qu'effectivement avec les jeunes aujourd'hui les choses sont beaucoup... on voit bien que dans les rôles de la maison aussi, la garde d'enfants, le ménage, c'est une globalité que le couple va se partager donc probablement possiblement en vous en parlant là, je me dis bah que avec des... une génération qui n'est pas de la mienne, plus récente, probablement il y aurait pas.... il y aurait pas cet... cet comment dire ...cet obstacle je pense, je pense qu'il y aurait pas. Je pense qu'effectivement je parle là sur ma génération, où « waouh » l'égo masculin c'est quelque chose, hein.

I : *Vous auriez peur de ...*

M11 : Toucher quelque chose qui puisse effectivement... pourquoi pas créer une agressivité, faut le dire.

I : *D'accord, et à l'inverse, quelles seraient selon vous les leviers qui pourraient vous permettre de l'aborder en consultation plus facilement ?*

M11 : Bah je pense que si j'avais un support ...une plaquette, style référence HAS, Sécurité Sociale, urologie enfin bref une plaquette de consensus, je trouve que quand on parle en indiquant et en laissant manipuler une plaquette qui peut aussi être prise en photo avec l'iPhone et relu plus tard, je trouve que là c'est pas que moi qui parle, c'est moi en tant que scientifique sachant et ... et c'est étayé, ça ne peut

pas être interprété ou désinterprété par celui qui le reçoit.

I : *Et après c'est si on vous l'évoque...*

M11 : Bah pour l'homme s'il l'aborde pas, ça me ferait bizarre de l'aborder mais pour la femme, si elle me parle de son problème de contraception et que peut-être on serait dans... autour de la cinquantaine, j'y pensais plus mais suite à votre interview, je pourrais y penser, ça me gênerait pas.

I : *D'accord, et donc finalement vos suggestions pour pouvoir aborder davantage la contraception ça serait qu'on ait un support pour pouvoir informer...*

M11 : Eh oui, que ce soit par exemple, et pourquoi pas, d'ailleurs je vous dis plaquette mais ça c'est pareil, c'est ancienne génération. Aujourd'hui, on pourrait dire qu'il pourrait y avoir un site reconnu auquel on dit aux patients « bah voilà, sachez que ça existe, vous pouvez le consulter, on peut en reparler » ce qui permettrait de pas rentrer trop rapidement dans le vif du sujet s'ils sont un peu ... pudiques là-dessus, ils pourraient se l'approprier à leur rythme et revenir vers nous s'ils le souhaitent.

I : *Vous pensez qu'ils ne connaissent pas ...*

M11 : Je pense que la jeune génération, si. Ouais je pense que si. Je pense que la mienne même si elle l'a connue, elle l'a immédiatement éludée, donc oui, pas retenu, pas acquis, peu abordable...Donc moi peut-être en ayant ...dans l'idée, je pourrais l'aborder un peu plus mais encore une fois avec les femmes spontanément mais sur questionnement avec les hommes.

I : *Ça serait plus facile avec une femme ?*

M11 : Bah c'est-à-dire que la femme vient consulter pour motif contraception, soit parce que elle veut en changer, soit parce qu'elle veut l'arrêter, soit parce qu'elle le supporte mal, soit parce qu'elle fume, soit parce que enfin tout, donc comme c'est un motif de consultation fréquent, effectivement ça me paraît tout à fait judicieux d'y ajouter euh... le petit tiroir... de poser la question du compagnon et si c'est un

compagnon fixe, pourquoi pas le...que ce soit lui qui prenne en charge la suite. Ba là elles me diraient bah là...bah elles me répondraient j'imagine « oui je lui en ai parlé un fois, ça l'a pas intéressé » ou « tiens j'avais pas pensé de lui en parler, ça peut être intéressant » ou alors elles diraient « Olala mais dès qu'il faut toucher à quelque chose dans son domaine ...ça bloque ». Donc là tu te dis... parce qu'effectivement le geste chirurgical si je m'interroge j'imagine... je ne sais même pas lequel il est. J'imagine qu'aujourd'hui tout se fait en percutané et en fibro donc j'imagine que ce serait pas invasif, je me demande même si ça peut se faire en externe, peut-être pas mais en tout cas en hospit de jour, tu rentres tu sors comme une fibroscopie gastrique ou un truc comme ça ... Effectivement c'est un geste en lui-même que je... je ne connais pas non plus, que j'imagine pas compliqué mais quand même probablement ...alors est-ce que il est sous anesthésie générale ? Est-ce qu'il est sous anesthésie locale ? Est-ce qu'il est sous hypnose ? Ça aussi c'est vrai que si on en parle, il vaut mieux qu'on sache ce qu'on propose parce que forcément si des questions arrivent, on a l'air un peu ... idiot si on sait pas... quand même donner les grandes lignes.

I : *Vous ne vous sentez pas assez informée ?*

M11 : Pas de tout, clairement pas du tout alors enfin, moi personnellement j'ai peut-être loupé des étapes, c'est pas absolument pas impossible mais euh... mais en tout cas personnellement oui, oui je suis absolument pas informée et il ne me venait pas à l'idée ...bon en même temps on a été tous phagocytés par le COVID et les vaccins (*rires*) mais bon, voilà.

I : *Et est-ce que vous aviez d'autres choses à ajouter sur le sujet ?*

M11 : Non, que ça m'a beaucoup plu ce sujet et après d'autres...bah si jamais à un moment donné quelqu'un d'autre que vous, prend la succession et fait une thèse en interrogeant les femmes et les

hommes sur leur ressenti par rapport à ça, bah je suis tout à fait d'accord pour qu'on me contacte.

Entretien n°12 :

I : *Si je vous dis contraception masculine en 2022, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

M12 : Euh... vasectomie et très peu pratiquée enfin c'est ... très peu connue je pense aussi, des médecins et des patients eux-mêmes je pense aussi. Enfin c'est ce que je pense ouais.

I : *D'accord et donc que pensez-vous de la place actuelle de la contraception masculine ?*

M12 : Euh... la place actuelle... je pense que... elle est pas assez développée en France parce que dans d'autres pays comme en Grande-Bretagne je crois et au Canada c'est beaucoup plus utilisé enfin de manière courante. En France ouais c'est très peu développé. Alors pourquoi, ça je... je sais pas après peut-être parce qu'on a l'image que la contraception ça doit être pour la femme enfin en population générale. Je pense que c'est pour ça que c'est très peu connu et très peu répandu. Donc la place, enfin je pense qu'il y a une place à développer enfin, il y a de la marge, je pense. (*rires*)

I : *D'accord, et quelles sont les méthodes de contraception que vous avez déjà abordées avec vos patients ?*

M12 : Euh... alors moi c'est vrai que nous c'est pas nous qui l'abordons directement, c'est plutôt le patient qui pose des questions. J'en ai pas eu beaucoup, alors je suis pas installé depuis longtemps, j'ai dû avoir je pense depuis deux ans... deux patients qui m'ont demandé des questions enfin sur la vasectomie directement. Donc euh... c'est très peu abordé en consultation de médecine générale je pense.

I : *Et y-a-t-il d'autres méthodes de contraception masculine que vous avez abordées en consultation ?*

M12 : Euh... si la dernière fois j'ai vu à la télé je crois que c'est un médecin en France, c'est par

rapport au slip chauffant je crois, qui était je sais plus c'était dans quelle ville. Il fallait mettre un certain nombre d'heures pour que ce soit efficace, et je sais plus le nombre de mois aussi. Euh du coup, il y a ça, euh après moi je réfléchis mais je crois pas que j'en connais d'autres. Il y a les hormones mais je crois pas que ce soit autorisé enfin. Je sais pas si c'est autorisé vraiment en France ou si c'est en... si c'est en étude.

I : *Et c'est plutôt le patient qui évoque le sujet ou c'est plus vous ?*

M12 : Oui, enfin clairement c'est pas moi qui vais aborder le sujet.

I : *D'accord et si vous deviez vous souvenir d'une consultation où vous avez abordé justement la contraception masculine, comment cela s'est passé ?*

M12 : Alors la première fois qu'on me l'a posée c'est vrai que je connaissais pas trop et du coup j'ai regardé sur le collège d'uro je crois qu'il y a une fiche qui est bien faite, du coup ouais j'ai... on a regardé avec le patient et... c'est comme ça que je me suis débrouillé mais il y a une fiche je crois que je sors enfin si on me demande, je crois que c'est sur le collège d'uro où il y a tout qui est expliqué, le délai...

I : *Et quelles étaient ses questions ?*

M12 : Euh... si c'était efficace à 100%, combien de temps ça prenait pour être efficace et si c'était réversible aussi.

I : *D'accord et vous comment avez-vous réagi ?*

M12 : Bah au début la première fois c'est vrai que j'étais un peu désarçonné parce que je savais pas trop, enfin je savais que ça existait mais les modalités c'était un peu flou mais après enfin sur le site que j'ai trouvé c'était assez bien expliqué donc la deuxième fois que j'ai eu le cas, c'était... j'étais un peu plus à l'aise on va dire.

I : *Et après, qu'est-ce qui avez été décidé ?*

M12 : Bah du coup, je l'ai adressé à... je lui ai fait un courrier, je l'ai adressé à l'urologue mais après

j'ai pas eu... j'ai pas eu de suite parce que c'était pas un de mes patients, donc je sais pas s'il l'a fait ou pas. Mais du coup je l'ai adressé à l'urologue parce qu'il était intéressé par ... cette technique.

I : *Et est-ce que vous avez vécu une autre situation qui se serait passée différemment ?*

M12 : Euh... non après la deuxième fois c'était à peu près identique mais j'avais un peu plus les informations donc j'ai pas eu de difficulté particulière. Et des fois par contre c'est la femme qui aborde le sujet, enfin l'homme n'est pas forcément en consultation et du coup elle... J'ai eu quelques cas comme ça où c'est la femme qui pose des questions enfin qui...qui prend des informations sur la vasectomie.

I : *La femme qui consulte seule ?*

M12 : Ouais, enfin elle consulte pas forcément pour ça mais elle vient à la fin de la consultation, ouais, pour des questions, pour savoir un peu comment ça se passe, des choses comme ça. Ça, ça m'est déjà arrivé ouais.

I : *Et après elle reconseille avec... ?*

M12 : Ben du coup, je lui explique et après elle dit « bon je vais en discuter avec mon conjoint », après je sais pas... (rires)

I : *D'accord et quels sont selon vous les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ?*

M12 : Euh... par rapport à nous, enfin médecins ?

I : *Médecins et patients.*

M12 : Euh nous bah je crois, disons que c'est pas...comment dire ça... nous on a déjà tellement de choses en consultation à aborder que c'est vrai que la contraception c'est pas le premier... la première chose que je vais aborder. Je vais pas forcément y penser. Et pour le patient, je pense que pour l'homme peut-être c'est gênant pour lui, je sais pas, peut-être c'est gênant, il a peut-être une image un peu particulière de la... quand on dit contraception masculine, ils ont peut-être un peu peur. Peut-être

qu'ils ont peur aussi par rapport à des troubles de l'érection, des choses comme ça enfin, peut-être qu'ils pensent qu'ils peuvent avoir des troubles de l'érection par la suite. J'en sais rien, mais peut-être que ça peut être un frein.

I : *Donc sur la technique en elle-même ...*

M12 : Oui, alors que finalement *a priori*, c'est pas... si compliqué, il y a pas de séquelles particulières.

I : *D'accord, et à l'inverse quels sont les leviers qui vous permettent ou vous permettraient d'aborder la contraception masculine en consultation ?*

M12 : Euh...peut-être l'afficher en ... bon là on a des écrans en salle donc ça, c'est ... peut-être passer un spot dessus, enfin de temps en temps, pour qu'ils soient un peu plus au courant, qu'ils n'hésitent pas à nous poser des questions si... Je pense que ça peut être un levier. Après nous en consultation pour l'aborder euh... là je vois... là comme ça je vois pas de ... de levier particulier. Je pense qu'il faut que ça vienne du patient. De nous-mêmes, je pense pas qu'on y pense et qu'on ait pas forcément le temps de l'aborder. Déjà qu'ils consultent pour trente-six motifs. (rires)

I : *Et finalement, quelles seraient vos suggestions... ?*

M12 : Ouais soit un poster ou comme nous on a une télé, enfin ça peut être une solution. Après... après la télé ils en parlent quand même de temps en temps sur les émissions de santé donc ça, ça peut être... ça peut être pas mal. Bah moi c'est comme ça que j'ai découvert la méthode du slip chauffant, c'est à la télé. Bah voilà, je pense pas qu'il y ait besoin de campagne particulière dédiée juste à ça mais peut-être un peu plus d'information directement au public.

I : *Oui parce que vous parliez de la différence au Canada, en Angleterre vous pensez que ça vient de quoi du coup ?*

M12 : Euh... je sais pas pourquoi ils le font plus... Ouais là-bas je sais que c'était un homme sur cinq, je crois, je sais plus si c'était au Canada il me

semble. Ouais, peut-être qu'il y a plus d'informations ou les... après c'est des urologues il me semble qui font ça. Peut-être que je sais pas ils en parlent peut-être plus à leurs patients. Je sais pas, je pourrais pas l'expliquer...

I : *Et est-ce que vous aviez d'autres choses à ajouter sur le sujet ?*

M12 : Euh... non c'est vrai que c'est un sujet qui est très peu répandu, enfin en motif de consultation, j'en ai pas vu beaucoup. Mais je pense que c'est... enfin à développer en France, je pense que c'est... parce que finalement c'est ...c'est quelque chose qui est assez simple. Donc qui est pas trop contraignant finalement. Après voilà faut être su... après l'âge, je sais plus s'il y a un âge, s'il y a un âge minimum ou... Mais, non je pense que c'est à développer, il n'y a pas que pour la femme, il y a aussi pour l'homme. Et voilà à développer.

I : *Et il faudrait que ça vienne plus des patients ?*

M12 : Je pense ouais, que ça vienne vraiment des patients, qui n'hésitent pas à nous poser des questions. Mais du coup il faut que le médecin soit aussi un minimum informé, parce que s'il pose et qu'on sait pas... C'est un peu embêtant. Que nous aussi je pense que... on soit un peu plus informés. Parce que il me semble que dans ma formation, je pense pas que j'ai été... Je pense pas qu'on ait abordé plus que ça enfin il y a la vasectomie, on le sait mais ça reste assez flou. Peut-être nous aussi, peut-être développer un peu plus notre formation.

Entretien n°13 :

I : *Déjà, si je vous dis contraception masculine en 2022, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

M13 : Alors les deux premiers, je dirais, bon préservatif bien sûr et vasectomie. Je partirais là-dessus. En première intention.

I : *Et que pensez-vous de la place actuelle de la contraception masculine ?*

M13 : Ah bah c'est très bien ! J'en suis très convaincu, j'ai commencé d'ailleurs moi-même, j'avais une femme qui supportait mal la pilule donc j'ai fait une vasectomie pour qu'elle soit tranquille. Je trouve que c'est quand même plus simple de faire une vasectomie que de ...que d'aller cliper les ovaires ou de mettre des ressorts à l'intérieur. C'est pas forcément une bonne chose, je pense que beaucoup... bon c'est difficile dans l'esprit d'un latin de se dire on fait un truc, ils ont toujours l'impression que ça va faire quelque chose alors que pas du tout. Mais bon ça vous le savez déjà.

I : *Donc pour vous, c'était plus simple ?*

M13 : Oui bon attends, après il y a une question d'âge, c'est évident, je vais pas proposer ça à quelqu'un de 25 ans... mais quelqu'un qui a plus de 40 ans, qui a eu des enfants et qui est bien structuré dans sa tête, oui.

I : *Et donc quelles sont les méthodes de contraception que vous avez déjà abordées avec vos patients, le préservatif et la vasectomie ?*

M13 : Ba oui, parce que finalement ... il y a pas tellement de choses, à part le retrait et le préservatif, il n'y a pas grand-chose. Les traitements hormonaux ne se font quasiment plus enfin je crois. Les traitements hormonaux... et puis c'est quand même... c'est pas idéal sur le plan... enfin je sais pas, j'avais connu ça un petit peu il y a une trentaine d'années avec des échecs, sur les patients il y a eu des échecs et... je crois que ça... ça se fait encore ou pas ? point d'interrogation...

I : *Ça existe oui.*

M13 : Les traitements hormonaux qui avaient été utilisés à l'époque c'est... j'ai eu un échec et puis les autres ont été mal tolérés et puis surtout les gens en veulent pas. La vasectomie j'arrive à convaincre pas mal de gens et puis finalement c'est pas si mal que ça... et que ça change absolument rien, au contraire, au contraire.

I : *Et qui évoque le sujet, c'est plutôt vous, plutôt le patient ?*

M13 : Bah les patients euh...oui quand il y a des problèmes de contraception et qu'ils viennent en couple, bien sûr que j'en parle, que j'en parle et que je dis « après tout, pourquoi tu veux que ce soit ta femme qui se fasse opérer alors que ça serait beaucoup plus simple que ce soit toi ». Oui, oui, moi je...je propose.

I : *D'accord, donc c'est plutôt vous qui l'abordez...*

M13 : Oui j'aborde assez facilement le sujet, je travaille ... pour ce type d'intervention beaucoup avec Dr O. qui est un urologue de la ville qui travaille vraiment très très bien et c'est lui d'ailleurs qui me l'avait fait. Donc en effet hein, je suis arrivé le soir à midi, à midi et demi je repartais et une heure j'étais là. Je veux dire, c'est vraiment un geste totalement bénin.

I : *Et si vous deviez vous souvenir d'une consultation en particulier où vous avez abordé la contraception masculine ? Comment cela s'est passé ?*

M13 : Moi j'essaye de répondre aux gens, parce que la première question qui se pose : « est ce qu'il y aura une éjaculation, est ce qu'il y aura du sperme » et là, bien entendu que oui.

(on frappe à la porte) Excuse-moi.

I : *Est-ce qu'il y a une consultation où vous avez abordé la contraception masculine et dont vous pouvez parler ?*

M13 : Ça se passe toujours à peu près pareil hein, c'est surtout l'homme qui a très peur hein, parce qu'il a peur de de son impuissance possible, de l'émission de sperme et ça c'est... il dit « j'aurai plus rien » mais si je dis ça changera strictement rien, ça change strictement rien. Je lui explique que quand même 90% du liquide séminal, c'est la prostate et ce n'est pas les spermatozoïdes et que... il y aura simplement du sperme qui sera stérile, point. Voilà. Oui c'est surtout ça qui leur faire peur, l'impuissance et qu'il y aura pas de sperme, qu'il y aura pas de jouissance,

qu'il y aura pas d'orgasme enfin c'est...c'est un peu les questions qui se posent. J'aborde le sujet facilement avec eux, il n'y a pas de soucis.

I : *Et vous, quand vous l'abordez spontanément, comment réagissent-ils ?*

M13 : Ah bah les... beaucoup d'hommes ont très peur de ça, ils ont très très très peur, ils ont très peur, il faut les rassurer.

I : *Et ils connaissent généralement ?*

M13 : Ils savent que ça existe... mais pas pour eux (*rires*). Pour les autres. Ah bah ça, moi je peux en parler dans la mesure où moi je l'ai fait vraiment en toute conscience et j'ai jamais regretté de l'avoir fait.

I : *D'accord, et quels sont selon vous les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ?*

M13 : (*réfléchis*) Moi j'ai pas de frein ! J'ai pas de frein, quand on me parle de contraception bah je ... voilà. Je leur explique les différents systèmes. Quand un couple vient pour une contraception, quand c'est une femme, j'ai même avec elle, j'arrive à en parler. Je dis « si jamais ça pose un problème... », parce que moi je fais beaucoup de gynéco, je pose des stérilets, des implants euh... je vois souvent les deux et... Mais c'est rare quand un couple vient pour ça. C'est rare quand ils viennent à deux, souvent moi je vois l'un, je vois l'autre.

Et souvent j'en parle à la femme, qui un jour revient avec son mari ou bien dit à son mari de venir pour aborder le sujet parce qu'il faut en parler.

I : *Le frein serait qu'ils ne viennent pas directement en couple ?*

M13 : Tout à fait, tout à fait.

I : *Et donc à l'inverse, quels sont les leviers qui vous permettent d'en parler ?*

M13 : (*réfléchis*) c'est un peu compliqué comme question ça. J'aborde pas systématiquement à tous les mecs qui viennent, je vais pas leur poser la question s'ils ont une contraception masculine. Mais... je sais pas il y a toujours des fr... c'est

surtout moi, c'est surtout les femmes qui posent un problème, qui supportent mal le stérilet, qui supportent pas la pilule ou qui l'oublient ou qui ont déjà eu une ou deux IVG euh... parce que si parce que ça... là c'est une bonne occasion de proposer au mari dans la mesure où c'est un couple stable, de relativement âgé, de dire « bon bah voilà, la solution c'est ça, ça sera beaucoup plus simple que toutes ces conneries de stérilet de ... de ligature des trompes ou de pilules ou d'implants qui marchent pas ou de stérilets qui ont ... qui malheureusement ont abouti à une grossesse quand même extra utérine, je veux dire voilà. Quand même, je dis c'est l'alternative définitive tranquille. Je dis « on vous fait ça, dans un mois je vous fais un spermogramme, on vérifie qu'il y a plus rien et c'est fini ».

I : *Donc c'est après échec de contraception ...*

M13 : Oui, là quand il y a échec de contraception bien sûr, là j'aborde systématiquement le sujet. Mais c'est quelque chose que j'aborde assez facilement, parce que je suis assez convaincu de l'efficacité de ce genre de choses, voilà. Bon en expliquant bien toujours que c'est irréversible. Parce que ça il faut vraiment que les gens ils entendent ça. Moi-même ça m'a posé un problème après hein, parce qu'après j'ai changé de conjoint et...heureusement d'ailleurs que j'étais stérile (*rires*)

I : *Et finalement quelles seraient vos suggestions pour pouvoir aborder davantage la contraception masculine en médecine générale ?*

M13 : Oh bah j'en parle assez facilement mais il y a pas ...encore une fois quand il y a... quand on parle contraception, j'évoque toujours cette hypothèse, cette alternative plutôt.

I : *Mais on vous pose rarement la question ?*

M13 : Oh, ça arrive. Ça arrive qu'on pose la question, il y a même des gens qui sont venus spécialement me parler de ça, qui étaient déjà un petit peu informés, qui ont dit « voilà, on pense peut-être que la vasectomie ça serait bien » mais voilà, ça

arrive bien sûr. J'en ai fait opérer pas mal hein. Euh je sais pas moi... c'est quand même... voilà c'est pas tous les jours, c'est évident mais je veux dire... voilà c'est quelque chose que j'aborde assez facilement.

I : *Et qu'on évoque avec vous assez facilement aussi ?*

M13 : Oui bah moi tu sais, je tutoie tous mes patients, je suis assez ouvert, ça va vite et je discute vraiment de tout... je refuse vraiment aucune... aucune discussion. De toute façon, la vasectomie, bon on est loin d'arriver dans les pays du Nord hein mais ça viendra petit à petit parce que les gens quand même... enfin ça chemine tout doucement.

I : *Vous trouvez qu'il y a ...*

M13 : C'est plus facile qu'avant je trouve. Les gens acceptent davantage. J'argumente. Surtout maintenant, si tu veux, où on est dans une période où les gens ont tendance quand même à ... euh voguer à droite à gauche. Et je leur dis « ça tu vois, tu te feras pas piéger comme ça ». Parce que certains ont très peur de ça. Il y en a certains qui sont venus exprès me poser la question et dire « on voudrait faire une vasectomie pour pas se faire piéger. On s'est fait piéger une fois on n'a pas envie de se faire piéger une deuxième fois. »

Et puis, maintenant il y a le vaccin anti-covid, qui rend stérile (*rires*).

I : *Et est-ce que vous aviez d'autres choses à évoquer sur le sujet ?*

M13 : Non, non, je suis particulièrement convaincu que c'est une méthode quand même vraiment alternative à beaucoup de choses et que ça, c'est bien pour les femmes, d'éviter de prendre des cochonneries quand le mari peut tout à fait faire ça, ça prend dix minutes... et la femme est tranquille. Enfin moi j'ai fait ça pour ma femme et je regrette pas. Ça sera la conclusion (*rires*)

Entretien n°14 :

I : *Alors première question, si je vous dis contraception masculine en 2022, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?*

M14 : Alors, d'abord, on pense toujours au préservatif en premier. Et puis... après il y a la contraception définitive aussi. Et dernièrement, jusqu'à ... je sais que j'ai... j'ai participé au congrès du CNGE à Lille là et il y avait des présentations sur la santé de l'homme, et en particulier il y avait eu une intervention sur... sur ...c'était une intervention en marge d'une présentation sur le slip chauffant parce qu'il y a une interne qui avait fait sa thèse sur ça. Voilà donc euh... je trouvais que le sujet était... le sujet que tu proposais était intéressant parce que justement c'est pas forcément celui qu'on... ce qu'on rencontre le plus. Il y a pas forcément beaucoup d'intérêt pour la santé sexuelle de l'homme et la contraception mais par l'homme.

I : *Et c'était la première fois que vous en entendiez parler ?*

M14 : Du slip chauffant ? Non c'était mes enfants qui m'en avaient parlé, enfin je connaissais comme ça mais... je pense que... il y a beaucoup d'*a priori* sur le slip chauffant et donc moi c'est vrai que quand mes garçons m'en ont parlé, ça me faisait un peu rigoler, je me disais bon, oui mais peut-être c'est pas forcément le plus efficace. Et justement, lors de cette présentation, l'interne qui faisait sa thèse là-dessus, avait l'air de dire que c'était peut-être plus efficace que ce qu'on pense, voilà et assez confortable aussi, donc peut-être une méthode à creuser.

I : *D'accord et que pensez-vous de la place actuelle de la contraception masculine ?*

M14 : (*réfléchis*) Je pense que c'est probablement quelque chose auquel on ne donne pas suffisamment de place dans la consultation de l'homme, je pense que moi j'en parle pas assez. On en parle avec les femmes, on parle du préservatif avec les femmes. On parle du préservatif avec les garçons et les jeunes garçons dans le sens aussi plutôt de... de lutte contre

les infections sexuellement transmissibles. Euh... moi j'avoue que j'insiste quand même pour dire que c'est un moyen de contraception mais pas forcément suffisamment fiable pour des jeunes euh... plutôt voilà j'en parle plutôt de manière... de manière un peu pas négative mais... en tout cas... de prendre des précautions comme moyen de contraception.

I : *Et quelles sont les méthodes de contraception que vous avez déjà abordées avec vos patients ?*

M14 : Le préservatif, la contraception euh... enfin c'est une contraception, la stérilisation, ça aussi c'est une demande que je retrouve quand même, peut-être plus que il y a quinze ans en arrière.

I : *Et qui évoque le sujet c'est plutôt vous, c'est plutôt le patient ?*

M14 : Je pense que quand c'est une demande de contraception définitive, ça c'est plutôt les patients qui le demandent. Moi je l'évoque avec les femmes, toujours pareil en fait finalement, la contraception elle repose beaucoup sur les... les femmes et peut-être même à cause de nous aussi hein parce qu'on en parle pas assez avec les hommes quoi, donc voilà sur les...les plus âgés c'est d'abord à leur demande. Et puis sur les plus jeunes, je pense que c'est plutôt à mon initiative, sur le préservatif, c'est plutôt mon initiative.

I : *D'accord, et si vous deviez vous souvenir d'une consultation où vous avez abordé la contraception masculine, comment cela s'est passé ?*

M14 : Bonne question ! (*rires*) Bah... je pense que c'est tellement ...voilà c'est tellement pas assez fréquent que du coup j'ai pas de consultation qui me vient là récemment en tout cas, en tête. C'est... pour les contraceptions définitives c'est rare, donc c'est vrai que du coup on s'en rappelle... on s'en rappelle parfois plus et ... Sur le préservatif... je pense que ce qui me vient en tête c'est surtout des... des discussions avec des femmes, pas tellement avec des hommes.

I : *Et comment ça se passe ?*

M14 : Quand on parle préservatif c'est surtout des femmes jeunes ou des femmes qui ont arrêté leur contraception hormonale qui veulent plus avoir de contraception mais qui sont ... enfin plus avoir de contraception hormonale mais qui veulent pas forcément avoir une grossesse donc là voilà on parle aussi préservatif plus dans ce cadre-là.

I : *Et si on se met dans la situation : vous êtes en consultation et un patient vient vous demander pour une contraception masculine, qu'est-ce que vous lui dites ?*

M14 : Bah je lui dis que bah c'est... c'est un très bon moyen de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, enfin avec le préservatif. Enfin c'est en priorité. Euh... que c'est ... je peux le prescrire, que c'est remboursé, que c'est pas forcément un très bon moyen de contraception parce qu'il y a un taux d'échec plus important qu'avec les autres méthodes contraceptives euh...mais que moi ce que je dis souvent c'est que ça dépend du risque...du taux de risque acceptable quoi voilà. C'est que...c'est qu'il y a des périodes de la vie où le risque acceptable est plus élevé et que le risque de grossesse est plus acceptable qu'à d'autres périodes. Donc quand on parle de contraception pure, sur le préservatif, bah, c'est plutôt ce que j'ai tendance à dire.

I : *Vous n'aborderiez pas forcément d'autres méthodes que le préservatif ?*

M14 : La contraception définitive j'en parle souvent quand même avec des femmes qui viennent, qui ont déjà des enfants et qui sont... dans cette période-là, où les gens ont pas forcément envie de...de contraception hormonale et donc j'en parle assez facilement avec elles. Le slip chauffant, je suis pas encore... j'ai pas encore assez creusé la question, j'ai pas encore assez creusé la question pour être assez à l'aise sur l'efficacité en particulier, ou voilà. C'est quelque chose qui est intéressant, mais bon voilà.

I : *Et quels sont selon vous les freins pour aborder la contraception masculine en consultation ?*

M14 : Euh ... avec les femmes ou avec les hommes ? Indifféremment ? Euh... les freins euh... Bon je pense qu'avec les femmes il y en a peu, parce que c'est quelque chose qui fait partie de la consultation de santé de la femme et que... on y pense tout le temps. Moi c'est ce que je disais, c'est que de la part de nous c'est pas... Euh... par contre chez l'homme... bah je pense que c'est parce que j'y pense pas. Le frein c'est moi en particulier parce que je ne vois pas pourquoi comme on demande aux femmes quel est leur moyen de contraception, on le demanderait pas aux hommes parce que c'est... Je pense que c'est culturellement encore pas passé dans les mœurs quoi. Voilà, c'est à nous de faire l'effort aussi. Mais c'est vrai que c'est pas encore... enfin c'est pas encore devenu un automatisme voilà. Donc c'est ça le problème.

I : *Et à l'inverse quels sont les leviers qui vous permettent de l'aborder en consultation, c'est par les femmes ?*

M14 : Euh... oui, bon après quand c'est une demande des hommes c'est facile aussi, quand c'est leur demande c'est... ça pose pas de problème particulier, quand c'est à la demande du patient. Euh... les leviers... quand les hommes viennent... je sais même pas parce que quand les hommes viennent pour parler d'un problème sexuel finalement on parle pas contraception, je me rends compte, là en discutant, finalement c'est qu'en fait on parle pas contraception quand ils ont un problème sexuel. Euh... les leviers ouais non, je pense qu'il faudrait que je l'inclue dans mon interrogatoire systématique et finalement comme on demande aux femmes quel est leur moyen de contraception, demander aux hommes quel est leur moyen de contraception.

I : *D'accord et donc finalement quelles seraient vos suggestions pour pouvoir l'aborder davantage ou différemment en médecine générale ?*

M14 : Ba voilà l'inclure comme dans le logiciel il y a les antécédents gynécologiques et donc c'est vrai

que du coup ça rentre chaque fois on, on pense... on pense à poser la question et sur l'homme, on y pense pas.

I : *Et est-ce que vous aviez d'autres choses à ajouter sur le sujet ?*

M14 : Non, non. C'est... je te dis c'est un sujet intéressant. Je pense que c'est toujours... Il y avait une autre thèse qui avait été faite, qui avait été présentée au congrès c'était sur justement, c'était sur la responsabilité des jeunes garçons dans la contraception, donc sur les adolescents, c'était chez les adolescents garçons et justement on voyait que la contraception chez les adolescents garçons reposait,

enfin chez les adolescents reposait essentiellement sur les garçons, justement, par rapport au préservatif et que plus l'âge avance et que moins la contraception est une préoccupation masculine. C'est pour ça que je dis voilà... on y pense plus facilement nous à poser la question chez les jeunes garçons, chez les adolescents et après on ... et après voilà je pense que c'est un biais cognitif culturel enfin voilà c'est que ...on s'inscrit dans une société où finalement on n'a pas intégré que la contraception c'était pas l'affaire que des femmes.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : La contraception en France est aujourd'hui majoritairement féminine. Pourtant, de nombreux hommes se disent prêts à partager la charge contraceptive. Beaucoup de méthodes sont soumises à une prescription médicale.

L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations et les comportements des médecins généralistes concernant la contraception masculine dans l'Aude et l'Hérault.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 14 médecins généralistes installés dans l'Hérault ou dans l'Aude entre novembre 2021 et mars 2022. Une analyse thématique a été réalisée jusqu'à saturation des données.

Résultats : Les médecins généralistes décrivent un choix restreint de méthodes de contraception masculine. De plus, ces méthodes sont parfois peu efficaces ou contraignantes. Ils reconnaissent une mauvaise connaissance du sujet avec pourtant une augmentation de la demande de la part de leurs patients. Ils ont un rôle multiple : dans l'orientation, l'accompagnement, l'information. Plusieurs leviers leur permettent d'aborder la contraception masculine en consultation comme une demande directe du patient ou devant des contre-indications chez la femme. Mais les médecins généralistes sont également confrontés à la méconnaissance de la contraception masculine et des patients hommes qui consultent peu. Des pistes pour améliorer la discussion sur le sujet ont été proposées par les médecins : affiche en salle d'attente, article dans des revues, une meilleure formation des médecins et le développement de nouvelles méthodes.

Conclusion : Les médecins connaissent bien le préservatif et la vasectomie. Les autres méthodes masculines sont plus méconnues. Une formation des médecins généralistes ainsi que l'information à la population générale sur la contraception masculine pourraient favoriser la discussion, en attendant le développement de méthodes prometteuses dans les prochaines années.

Mots-clés : contraception masculine, couple, médecin généraliste, prévention, étude qualitative, analyse thématique