



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Acceptabilité des hommes à assumer le contrôle des naissances au sein du couple et la contraception masculine en soins primaires et points de vue des médecins généralistes

Présentée et soutenue publiquement le 10 avril à 18 heures
au Pôle Formation
par **Océane DUFOUR**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Arnaud VILLERS

Assesseurs :

Monsieur le Docteur François MARCELLI

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Nathalie DHALENNE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CCP	Consultation de Contraception et Prévention
CECOS	Centre d'Étude et de Conservation du Sperme
CF	Contraception féminine
CHF	Contraception hormonale féminine
CI	Contre-indication
CM	Contraception masculine
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CPEF	Centre de Planification ou d'Éducation Familiale
DIU	Dispositif intra-utérin
DU	Diplôme universitaire
EI	Effet indésirable
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Human Papillomavirus (Papillomavirus humain)
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INEPS	Institut National d'Expertise en Prévention et sécurité
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LPPR	Liste des Produits et Prestations Remboursables
MST	Maladies sexuellement transmissibles
RDV	Rendez-vous
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SVT	Sciences de la vie et de la terre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	3
Matériels et méthodes.....	7
I. Type d'étude.....	7
II. Population	7
III. Recueil des données	8
IV. Analyse des données	10
V. Aspects éthiques et réglementaires	11
Résultats	12
I. Participants	12
A. Patients	12
B. Médecins.....	13
II. État des lieux des pratiques	14
A. Parcours contraceptif	14
B. Ce qui se joue au sein du couple	15
C. Ce qui se joue chez le médecin généraliste	18
III. État des lieux des connaissances.....	21
A. Connaissances générales en matière de contraception	21
B. Origine des connaissances.....	22
C. Méthodes de contraception masculine les plus connues.....	25
D. Méthodes de contraception masculine les moins connues.....	28
IV. Freins	30
A. Méconnaissance de la contraception masculine	30
B. Partager des représentations culturelles.....	32
C. Avoir des craintes en tant que patient.....	34
D. Une affaire de couple	38
E. Une consultation difficile	40
V. Leviers	45
A. Être prêt au changement.....	45
B. Aides à la décision et mise en œuvre	47
C. Motivations des patients à l'acquisition d'une contraception masculine	49
D. Cartes à jouer du médecin	53
VI. Rôle du médecin généraliste	57
A. Place du médecin généraliste	57
B. Attentes générales vis-à-vis du médecin généraliste.....	59
C. Missions du médecin généraliste en termes de contraception masculine	61
VII. Perspectives.....	66
A. Exploiter les consultations au cabinet médical	66
B. Outrepasser le cabinet médical.....	69
C. Développer un moyen de contraception idéal.....	71
D. Développer d'autres voies de communication	73
VIII. Modèle intégratif	76
Discussion	77
I. Résultats principaux	77

II. Forces et limites	79
A. Forces de l'étude.....	79
B. Limites de l'étude	81
III. Comparaison à la littérature	82
IV. Perspectives.....	89
<i>Conclusion</i>.....	91
<i>Références bibliographiques</i>	92
<i>Annexes</i>	97

RESUME

Introduction : La contraception au sein d'un couple permet de se protéger vis-à-vis de la survenue d'une grossesse non désirée et parfois d'IST. De nos jours, en France, dans la majorité des couples, le rôle de la contraception est assumé par la femme. Les méthodes de contraception masculine les plus utilisées actuellement sont le préservatif masculin et la vasectomie. De nombreuses autres stratégies contraceptives (notamment la contraception hormonale masculine ou les sous-vêtements chauffants) sont actuellement à l'étude. Pour le moment, leur fiabilité au long cours, leur faisabilité et leur acceptabilité ont encore été insuffisamment étudiées. L'objectif de cette étude est d'évaluer si les hommes sont prêts à s'impliquer dans le contrôle des naissances, ainsi qu'explorer l'implication du médecin généraliste dans la contraception masculine en soins primaires.

Matériel et méthodes : Étude qualitative en miroir, par entretiens individuels semi-dirigés de 9 binômes patient-médecin, jusque suffisance des données. Une analyse selon une approche par théorisation ancrée a été menée.

Résultats : Les patients et les médecins notent que les pratiques contraceptives évoluent au cours de la vie, avec une place prépondérante laissée à la contraception féminine. Ils relèvent plusieurs freins à la mise en place de cette contraception, avec en premier lieu sa méconnaissance, des idées préconçues, diverses craintes y étant liées, un plus large choix de méthodes de contraception féminine, et l'influence de la partenaire dans la décision. Mais ils seraient favorables à son développement et expriment divers leviers, accordant notamment un rôle au médecin généraliste. Parmi ces leviers sont retrouvés la maîtrise de sa propre fertilité, la solution à une problématique de contraception féminine, la protection contre les IST, l'accessibilité

financière. Enfin, plusieurs perspectives au développement de la contraception masculine sont levées : développement d'un moyen de contraception idéal, diversification des lieux d'information, amélioration de la communication sur le sujet.

Conclusion : La contraception masculine est actuellement au second plan dans le paysage contraceptif français, cela s'expliquant par divers obstacles. Mais les médecins généralistes ainsi que les patients prônent son développement et imaginent divers leviers et perspectives qui pourraient être mis en place, octroyant au médecin de soins primaires un rôle clé dans la mise en place des moyens de contraception masculine.

INTRODUCTION

La contraception est définie par l'OMS comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ».

(1)

De nos jours, en France, dans la majorité des couples, le rôle de la contraception est assumé par la femme. Ainsi, en 2016, 71,9% des femmes déclarent utiliser un moyen de contraception. (2)

Pourtant, cette surreprésentation féminine du paysage contraceptif n'a pas toujours existé. En effet, la contraception est longtemps restée une affaire d'hommes, avec une maîtrise de la fécondité reposant essentiellement sur le retrait et le préservatif. (3)

En 1967 est adoptée la loi Neuwirth légalisant la contraception. (4) Se développent alors les méthodes de contraception féminine, la pilule et le dispositif intra-utérin devenant les deux méthodes contraceptives les plus utilisées en France dans les années 1980. (3)

Cette inversion des rôles dans le contrôle des naissances s'accompagne d'une sortie du cadre intime et privé et d'une médicalisation, les méthodes de contraception féminine étant soumises à prescription médicale. (5)

De leur côté, les méthodes masculines sont alors relayées au second plan. Malgré la promotion et le regain d'intérêt du préservatif masculin suite à l'épidémie du VIH

survenue dans les années 1980 (3), le choix d'une méthode de contraception revient toujours essentiellement à la femme.

Pourtant, les potentiels effets indésirables des méthodes de contraception féminine et la « crise des pilules » ont conduit à se questionner sur la responsabilité masculine en matière de charge contraceptive. (6) (7)

En 2012, 90% des français considéraient que la responsabilité contraceptive était à partager au sein du couple. (8) Quant aux hommes, selon une enquête multinationale, 44 à 83% seraient prêt à adopter une méthode de contraception masculine. (9,10)

Une des raisons majeures de cette inégalité de partage de la charge contraceptive serait un nombre d'options de contraception limité. (11,12)

En effet, les seules méthodes actuellement utilisables chez l'homme sont le préservatif masculin, la vasectomie et le retrait. (13)

Méthode de contraception la plus ancienne, utilisée par 21% des couples et au 2^{ème} rang des méthodes de contraception mondiales après la stérilisation féminine (14), le préservatif masculin couvre le pénis d'une membrane fine afin d'éviter l'émission de sperme dans le vagin. Il est le seul moyen contraceptif ayant l'avantage de réduire le risque d'infections sexuellement transmissibles. (15)

Depuis le 1^{er} janvier 2023, les préservatifs de certaines marques sont désormais pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale, sans prescription médicale, pour les jeunes de moins de 26 ans et sans minimum d'âge. (16)

Utilisée par 2% des couples dans le monde (14), la vasectomie est quant à elle une méthode de contraception masculine chirurgicale consistant en l'interruption du flux de sperme au travers des canaux déférents. (17)

Bien que le recours à une opération restauratrice soit possible, les résultats étant aléatoires (18), elle doit être présentée au patient comme méthode de contraception définitive. Elle ne peut être pratiquée chez un sujet mineur, et est obligatoirement précédée d'un délai de réflexion de 4 mois. (19)

Enfin, le retrait, ou *coitus interruptus*, est pratiqué par 5% des couples dans le monde. (14) Méthode naturelle consistant à interrompre le rapport sexuel juste avant l'éjaculation, il est à noter qu'il est peu efficace. (20)

Quant aux méthodes en cours d'étude, elles comprennent essentiellement la contraception masculine thermique et la contraception hormonale. (14)

Pour ce qui est de la contraception masculine thermique, consistant à freiner la spermatogénèse par action thermique, l'ANSM a demandé en décembre 2021 le retrait du marché du produit français *Androswitch*, anneau souple en silicone à visée contraceptive. L'ANSM a précisé que son effet n'était pas démontré, et qu'il n'était pas exclu qu'il puisse exposer à d'éventuels effets indésirables. (21)

Enfin, les méthodes de contraception hormonale masculine à l'étude visent à stopper la spermatogénèse en inhibant l'axe hypothalamo-hypophysaire, via l'administration d'androgène et éventuellement d'autres composés. (22,23)

En 2021, parmi les hommes âgés de 18 à 30 ans, plus de 30% indiquaient qu'ils seraient prêts à prendre une pilule hormonale masculine, même si celle-ci s'accompagnait d'effets secondaires équivalents à la pilule hormonale féminine. Environ 20% se disaient prêts à réaliser une vasectomie, et environ 10% se disaient disposés à utiliser le slip chauffant. (24)

Dans ce contexte de questionnement sur la responsabilité contraceptive et de développement de nouvelles méthodes de contraception masculine, il va de soi de s'interroger sur la place que sont prêts à jouer les hommes dans la contraception.

Parallèlement, les médecins généralistes étant les premiers interlocuteurs pour la demande contraceptive, il en va de même de se questionner sur leur rôle dans le conseil et la délivrance des méthodes de contraception masculine.

L'objectif de cette thèse était d'évaluer l'acceptabilité des hommes à s'impliquer dans le contrôle des naissances, ainsi que la place du médecin généraliste dans la contraception masculine en soins primaires.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée.

Ce type d'étude a été choisi afin d'explorer l'acceptabilité des hommes à assumer le contrôle des naissances ainsi que l'implication du médecin généraliste dans la contraception masculine en soins primaires.

Les recommandations « COREQ » ont été suivies pendant l'étude. (Annexe 2)

II. Population

La population étudiée était constituée de binômes médecin généraliste – patient dans les Hauts-de-France.

En ce qui concerne les patients, les critères d'inclusion étaient les suivants : être un homme, majeur, en âge de procréer, et en couple avec une femme.

Pour ces derniers, les critères d'exclusion étaient : ne jamais avoir été en couple.

En ce qui concerne les médecins, les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin généraliste, installé ou remplaçant.

Pour ces derniers, les critères d'exclusion étaient : être interne ou être retraité.

Au début du recueil de données, les médecins interrogés étaient des connaissances de l'investigateur. Par la suite, les médecins ont été recrutés par effet boule de neige, en tenant compte des analyses des entretiens précédents, afin d'augmenter les possibilités de recueillir de nouvelles données. Pour ce qui est des patients, ils ont été recrutés dans la patientèle des médecins généralistes interrogés, par les médecins eux-mêmes, selon les critères fournis par l'investigateur.

Les participants ont été recrutés par téléphone et par mail - via l'adresse mail universitaire de l'investigateur.

III. Recueil des données

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés, dans le but de recueillir les différentes expériences des participants. Le choix d'entretiens individuels a été fait de manière à laisser la place souhaitée à l'expression du participant, de surcroît sur un thème amenant à s'immiscer dans l'intimité des patients.

Avant de débiter ces entretiens, deux guides d'entretien – un guide d'entretien pour chaque élément du binôme – avaient été rédigés, sur la base de recherches bibliographiques effectuées. (Annexes 5 et 6) A l'issue des premiers entretiens, ces trames ont été modifiées afin d'améliorer le contenu subjectif des verbatims. (Annexes 7 et 8)

Les entretiens ont été réalisés en présentiel. En ce qui concerne les médecins généralistes, les entretiens ont eu lieu dans le cabinet dans lequel ils exercent. Pour ce qui est des patients, les entretiens ont été menés soit à leur domicile, soit au cabinet de leur médecin généraliste, après autorisation de ce dernier. Les entretiens au cabinet ont été privilégiés, afin de limiter les éventuels facteurs de distraction au domicile.

Une lettre de présentation avait été remise à chaque participant. (Annexes 3 et 4) Chaque participant avait été informé du thème de l'étude, sans apporter de précision, afin de limiter le risque d'orienter les réponses par des recherches qui auraient pu être faites par les participants préalablement à l'entretien.

Les entretiens menés ont été enregistrés grâce à deux dictaphones numériques, de manière à minimiser le risque de perte de données. Le participant en avait été informé, et son consentement avait été obtenu par écrit avant de débiter l'entretien.

Les entretiens ont été conduits de novembre 2022 à août 2023, après la réalisation d'entretiens avec 9 binômes médecin - patient, soit un total de 18 entretiens, jusqu'à suffisance des données.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement quasi-immédiatement et anonymisés par l'investigateur lui-même via le logiciel de traitement de texte *Microsoft Word*. Les données non verbales ont également été recueillies et analysées.

La saisie des données et le codage ont été réalisées grâce au tableur *Microsoft Excel*.

L'ensemble des données a été géré et sécurisé sur ordinateur personnel, avec stockage extérieur sur disque dur externe, afin de limiter le risque de perte de données.

Il a été proposé à chaque participant de lui soumettre la retranscription concernée, mais aucune demande n'a été faite.

IV. Analyse des données

L'analyse des entretiens a bénéficié d'une triangulation des données, avec la participation d'un autre étudiant de troisième cycle en études médicales. Le processus d'analyse a été évolutif et continu, et débuté dès le premier entretien. Chaque entretien a été analysé avant de mener le suivant.

L'analyse des données a été réalisée de manière manuelle à l'aide du logiciel *Microsoft Excel*.

L'analyse initiale ainsi que la triangulation ont été effectuées par des chercheurs ayant participé à la formation en recherche qualitative organisée par la Faculté de Médecine de Lille, et ayant lu le livre *Initiation à la recherche qualitative en santé*. (25)

Les premières analyses ont été validées par la directrice de thèse, qualifiée en recherche qualitative, ayant effectué la formation en recherche qualitative de niveaux 1 et 2 proposée par le CNGE.

V. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont consenti librement à leur participation, après avoir reçu des informations sur les modalités de la recherche. Une lettre d'information leur a été remise, les informant de leurs droits d'accès, de rectifications, d'effacement et d'opposition sur les données les concernant, et leur garantissant l'anonymat et la confidentialité. Un consentement écrit a ensuite été signé par chaque participant.

L'ensemble des entretiens a été anonymisé lors de la retranscription. Tous les noms propres et les éventuels éléments pouvant permettre l'identification ont été supprimés des verbatims. Les noms des participants ont été renseignés par un code : la lettre I désignait l'investigateur, la lettre M le médecin interviewé, et la lettre P le patient interrogé.

La déclaration CNIL, obtenue après demande auprès du délégué à la protection des données rattaché à l'Université de Lille, porte le numéro 2022-286. (Annexe 1) Il n'a pas été nécessaire de demander l'accord d'un comité d'éthique

RESULTATS

I. Participants

A. Patients

	Sexe	Age	En couple avec une femme	Statut parental	Profession	Moyen contraceptif	Durée
P1	Masculin	32	Oui	3 enfants	Ouvrier	CHF orale/ préservatif	65min25
P2	Masculin	33	Oui	2 enfants	Infirmier	CHF orale	39min28
P3	Masculin	55	Oui	3 enfants	Instituteur	CHF par DIU / projet de vasectomie	40min34
P4	Masculin	27	Oui	2 enfants	Aide-soignant	CHF par DIU / projet de vasectomie	58min03
P5	Masculin	38	Oui	3 enfants	Assureur	Vasectomie	40min05
P6	Masculin	27	Oui	0 enfant	Service civique	Retrait / désir de changement	59min53
P7	Masculin	44	Oui	0 enfant	Professeur	Préservatif	33min05
P8	Masculin	27	Oui	0 enfant	Assistant d'éducation	CHF orale	42min38
P9	Masculin	23	Oui	0 enfant	Étudiant	Préservatif	20min53

Il y a eu 9 patients interrogés de novembre 2022 à août 2023. Les entretiens ont duré de 20 à 65 minutes. La moyenne de durée de l'entretien est de 44,27 minutes (arrondi au dixième). La médiane de durée de l'entretien est de 40 minutes et 34 secondes. La suffisance des données a été atteinte au sixième entretien.

Moyens contraceptifs utilisés chez les patients interrogés

Chez les 9 patients interrogés, les moyens contraceptifs représentés sont les méthodes de contraception féminine seules pour 4 couples, le préservatif seul pour 2 couples, une double contraception associant méthode de contraception féminine et préservatif pour 1 couple, le retrait pour 1 couple, et la vasectomie pour 1 couple. L'emploi d'une méthode de contraception féminine est majoritaire.

Il est à noter que sur 9 patients, 2 évoquent un projet de vasectomie, et 1 patient est en recherche d'une méthode contraception masculine.

B. Médecins

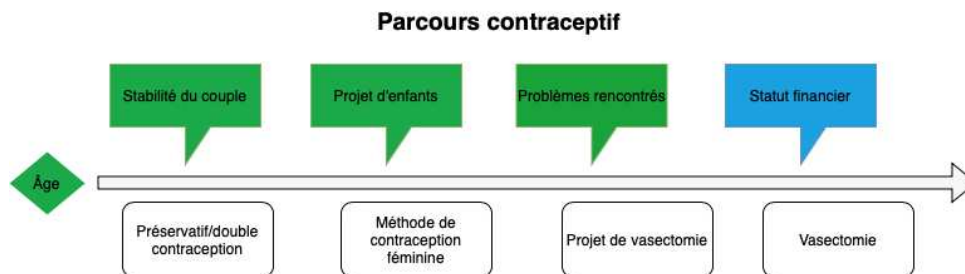
	Sexe	Age	Mode d'exercice	Secteur d'exercice	Diplôme en contraception	Durée
M1	Masculin	34	Remplaçant	Urbain	Non	43min40
M2	Masculin	39	Installé	Semi-rural	Non	40min13
M3	Féminin	34	Installée	Rural	Non	28min54
M4	Féminin	57	Installée	Semi-rural	Oui	26min27
M5	Féminin	61	Installée	Semi-rural	Non	53min05
M6	Féminin	28	Remplaçante fixe	Urbain	Non	20min30
M7	Masculin	26	Remplaçant fixe	Semi-rural	En cours de formation	43min10
M8	Féminin	57	Installée	Semi-rural	Non	28min01
M9	Masculin	50	Installé	Semi-rural	Non	21min10

Il y a eu 9 médecins interrogés de novembre 2022 à août 2023. Les entretiens ont duré de 20 à 53 minutes. La moyenne de durée de l'entretien est de 33,54 minutes (arrondi au dixième). La médiane de durée de l'entretien est de 28 minutes et 54 secondes. La suffisance des données a été atteinte au septième entretien. Le sex-ratio est de 0,8 homme pour 1 femme.

Il y a eu au total 18 participants (9 patients et 9 médecins) interrogés de novembre 2022 à août 2023. Les entretiens ont duré de 20 à 65 minutes. La moyenne de durée de l'entretien est de 39,11 minutes (arrondi au dixième). La médiane de durée de l'entretien est de 40,02 minutes (arrondi au dixième).

II. État des lieux des pratiques

A. Parcours contraceptif



Patients et médecins s'accordent sur le fait que les pratiques en matière contraceptive évoluent au cours de la vie.

Selon les patients et les médecins, le parcours contraceptif évolue en fonction de l'âge du patient. *« D'autant plus que moi personnellement j'ai un peu peur aussi des solutions radicales, quand on a un âge jeune, parce que ben, je suis à un âge où chaque année, je tombe amoureux d'une nouvelle forme de philosophie, d'une nouvelle forme de mode de vie... Alors que je me dis, peut-être naïvement, qu'à 40 ans, ce sera déjà plus, je serai déjà plus, entre guillemets, comment je veux, ce que je veux pour le futur. »* (P6) *« [...] il est plutôt bien perçu chez les jeunes, un peu moins bien chez les personnes plus âgées, et notamment même au sein des couples. »* (M4)

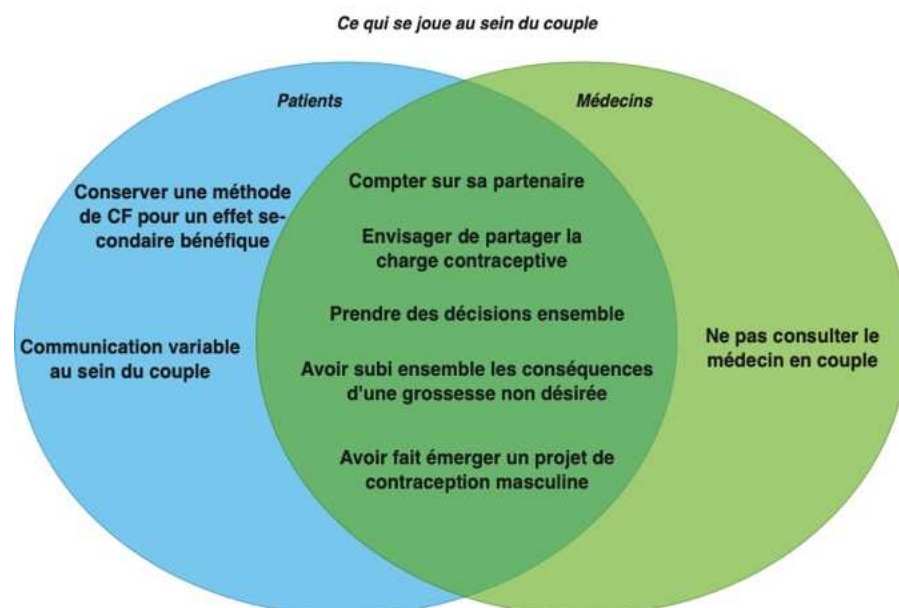
Les habitudes contraceptives sont empreintes de différents moments clés. D'abord la rencontre avec un partenaire, puis la stabilité du couple. *« Et j'ai aussi l'impression qu'il y a une mécanique un peu : le préservatif au début, puis la pilule quand le couple dure. »* (P6) *« Et souvent j'aborde le sujet de la vasectomie parce que c'est des gens qui sont dans des relations longues, qui n'ont pas envie de repasser par le préservatif. [...] »* (M7) Ensuite le projet d'enfants. *« Bah déjà, y'a la volonté ou pas d'avoir des enfants. »* (P7) *« Et qui ont voulu une vasectomie, euh, parce qu'ils ont 40*

ans, 2 enfants, bien installés, euh... Plus de désir de grossesse, euh... » (M9) Enfin, il existe un cheminement en fonction des problèmes rencontrés avec la contraception utilisée. « Bah ouais, comme moi j'en ai déjà eu, je veux dire je sais que si j'aurais eu la contraception c'est vrai qu'à sa dernière grossesse je suis pas sûr qu'on l'aurait eu à ce moment-là. » (P1) « Des couples qui ont malheureusement dû faire un avortement parce qu'il y a une grossesse non désirée, qui reviennent vers moi pour essayer de trouver une solution [...] » (M3)

Selon les patients, l'usage d'une méthode contraceptive pourrait être liée au statut financier. « Parce que, bah c'est pareil, les préservatifs, ça peut coûter, et quand on est jeune, on n'a pas forcément les moyens [...] » (P8)

Les patients et les médecins repèrent comme cheminement classique l'usage du préservatif ou d'une double contraception incluant ce dernier, le passage à une méthode de contraception féminine, puis un projet de vasectomie.

B. Ce qui se joue au sein du couple



Les patients et les médecins s'accordent à exprimer l'idée que l'homme compte souvent sur sa partenaire pour porter la charge contraceptive. *« Surtout que outre même, ma relation actuelle, ça a jamais été ma charge. Dans mes relations précédentes. »* (P6) *« Indépendamment de ça, les gens qui se posent pas trop de questions, c'est facile de dire "bah mon épouse toute façon elle prend la pilule", voilà quoi. »* (M4)

Cependant, ils constatent tous deux que certains hommes envisagent d'inverser la charge contraceptive. *« Après la contraception chez nous ça a toujours été féminin. Et on avait dit que quand... [...] On avait dit que quand on était à notre, au terme de notre projet, euh, que ça soit d'enfants, familiaux, et personnels chacun, si c'était possible pour moi je le ferais, ou pour elle. »* (P4) *« Il veut, aussi, alléger sa compagne, pour que, elle a pris une contraception pendant toutes ces années. Maintenant, en gros, c'est à lui de prendre le relais, et donc, ça a été une décision commune dans leur couple, et c'était à son tour d'avoir une contraception définitive, de ce fait, pour lui. »* (M3)

Les patients et les médecins évoquent une prise de décision commune au sein du couple. *« [...] c'était un choix, c'est un choix de couple. »* (P2) *« C'est mûrement réfléchi dans leur couple [...] »* (M3)

Ils constatent que certains couples ont subi les conséquences néfastes d'une grossesse non désirée après un échec de contraception. *« Non non, puis c'est vraiment des choix. Je vous dis, nous on a vécu plein d'expériences, je pense qu'on a vécu plein... On a eu des épisodes, euh, je vous dis comme l'IVG qui a laissé beaucoup de séquelles. »* (P5)

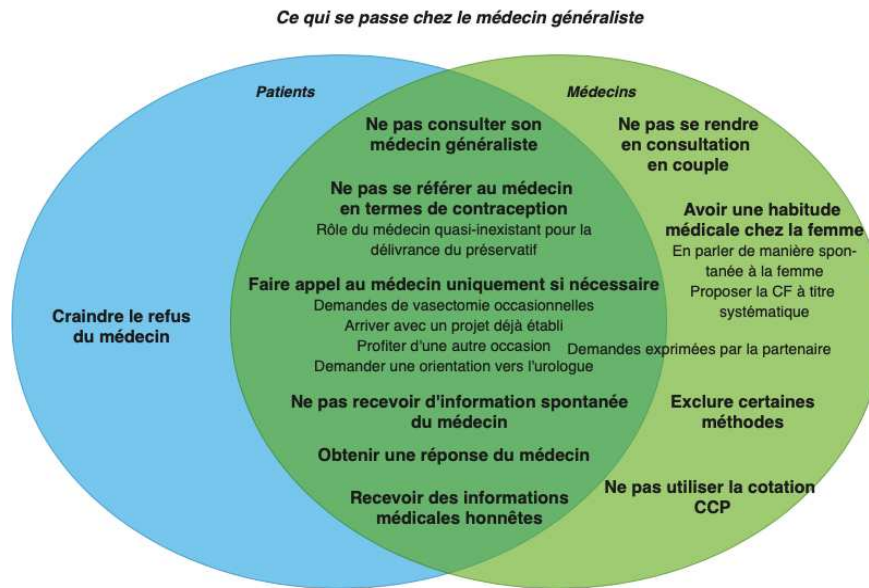
Les patients et les médecins constatent que des projets de contraception masculine ont émergé au sein des couples. « *En fait il y a eu 2 éléments, il y a mon fils qui a pas d'enfants, mais pour ses raisons il parle de de, d'avoir, de se faire faire une vasectomie. Donc je dis tiens, ouais, ça a mis la puce à l'oreille. Et en fait après je me dis, ma compagne qui a une contraception par stérilet, euh, hormonal, et déjà entendre, elle a toujours été un peu migraineuse.* » (P3) « [...] c'était « *voilà, j'ai réfléchi avec ma femme, je voudrais avec une vasectomie* ». » (M7)

Certains patients évoquent un non-désir d'acquisition d'un moyen de contraception masculin, le moyen de contraception féminin permettant à la partenaire d'en tirer des effets secondaires bénéfiques. « *D'autant plus qu'en général les femmes qui la prennent, c'est pas le seul effet qu'elles recherchent en prenant la pilule. Fin, mais, fin la femme peut avoir de l'acné, ou alors peut avoir des règles douloureuses, ou, ou irrégulières, et donc ça permet aussi de stabiliser un peu tout ça.* » (P8)

Les patients notent une communication variable au sein de leur couple. « *Y'a pas eu de, de franche conversation à propos de ça, ça s'est fait naturellement, et c'est resté comme ça.* » (P9)

Quant aux médecins, ils notent que le couple ne se rend pas ensemble en consultation de médecine générale. « *Ouais, juste que, c'est vrai que quand on parle contraception, l'homme il est jamais présent. Du coup on a l'impression que ça concerne vraiment que la femme, et l'homme il... Il est pas, il est pas mêlé à tout ça quoi !* » (M6)

C. Ce qui se joue chez le médecin généraliste



Les patients et les médecins généralistes constatent que les hommes ne se rendent que rarement au cabinet médical. « *Je vais pas, je vais pas voir souvent mon médecin généraliste [...]* » (P6) « *Après les jeunes tu sais, on les voit pas beaucoup ! Les jeunes de 20 ans, ils sont rarement malades hein !* » (M9)

Ils s'accordent sur le fait que les patients ne se réfèrent pas au médecin généraliste en termes de contraception. « *Non, je n'ai pas vu de médecin à ce moment-là.* » (P1) « *Jamais eu de demande, euh, de la part d'un patient.* » (M1) Le rôle de ce dernier est notamment quasi-inexistant pour ce qui est de la délivrance du préservatif. « *Encore une fois, le préservatif, y'a suffisamment de diffusion d'informations, sur, sur sa fiabilité, et sur l'utilisation facile. Et donc non, j'ai jamais évoqué ça avec mon médecin généraliste.* » (P7) « *Pour faire simple, ça ne m'est jamais arrivé de leur présenter comment ça fonctionne un préservatif.* » (M2)

Les patients et les médecins notent que les patients font appel au médecin uniquement si nécessaire. Les médecins reçoivent occasionnellement des demandes de vasectomie. « *Fin c'est venu de moi. C'est moi qui en ai parlé. En fait on a, le médecin*

traï, mon médecin traitant il m'a demandé la contraception. [...] Et du coup on en a parlé, et c'est là que moi j'ai émis le souhait, j'ai émis l'hypothèse en tout cas, de dire "bah et vous qu'est-ce que vous en pensez de la vasectomie?". Juste un avis » (P4)

« Euh, c'était une demande, pour pas mal de mes patients, c'est une demande spontanée, hein. Euh, les femmes viennent pour une contraception régulièrement. Les hommes viennent pour une vasectomie, et ils ne parlent pas d'autre chose. » (M4)

Lorsqu'ils sollicitent le médecin pour une vasectomie, le projet du patient est déjà bâti, le médecin est en dernière ligne. *« Ah bah moi c'est acquis hein, je suis pas dans la phase de tâtonnement hein ! » (P3) « [...] en général, ils viennent avec leur décision déjà, déjà plus ou moins établie. C'est mûrement réfléchi dans leur couple [...] » (M3)*

Ils profitent parfois d'une autre occasion de consultation pour évoquer leur demande. *« Bah moi je suis suivi ici pour d'autres problèmes, donc dans la foulée j'ai posé 2-3 questions à Madame (nom du médecin traitant). » (P5)* Enfin, leur demande envers le médecin est une orientation vers l'urologue. *« Parce que en fait de base j'ai voulu contacter un urologue, sur Doctolib. Et donc j'avais pris un rendez-vous, tout ça. Puis arrivé au jour du rendez-vous, il me dit que, j'ai, il a absolument besoin d'un papier du médecin généraliste, qui me dirige vers lui. [...] Et, ben du coup, j'ai vu le médecin généraliste [...] » (P6) « Voilà, et quelle était la marche à suivre, quoi, c'est tout. Il voulait un adressage, c'est tout. Chez un uro. » (M4)* Certains médecins constatent que les demandes émergent parfois de la partenaire. *« S'il y a plus une demande, ce sera la femme qui va faire la demande pour le monsieur, je pense... » (M2)*

Les patients et les médecins notent qu'aucune information médicale n'est délivrée spontanée par le médecin vers le patient. *« Non non, jamais un médecin m'en a parlé ! Et je pense que si moi j'en avais pas parlé à mon généraliste, elle ne m'en aurait pas*

parlé [...] » (P3) « Et c'est vrai que c'est assez rare avec les hommes. Si c'est pas une demande du patient, euh, j'en parle pas [...] » (M3)

En revanche, les patients et les médecins observent qu'une réponse est systématiquement donnée à la demande du patient. « J'ai pu en parler aussi avec le médecin généraliste qui m'a dirigé vers vous. » (P6) « Ah oui, si les patients me demandent, bien sûr que j'en parle ! » (M4)

Ils notent tous deux que les informations médicales données au patient sont honnêtes. « Madame (nom du médecin traitant du patient) n'avait pas vraiment d'infos parce que c'est pas trop un sujet qu'elle maîtrise, elle me l'a dit clairement. Donc elle m'a envoyé voir le Professeur (nom du professeur) à (nom de la ville d'exercice du professionnel) qui m'a bien aiguillé, qui m'a bien expliqué. » (P5) « Je dis « écoute, je ne connais pas, mais euh, j'ai entendu parler. » (M5)

De leur côté, certains patients craignent le refus du médecin. « Je serais un peu frustré quand même, parce que je me dis "bon", entendre quelqu'un dire "t'as pas défini ton projet de vie", quand on vit pas avec la personne, fin, la personne elle est pas à notre place, elle ressent pas les choses, et pour moi c'est un acte chirurgical qui est vraiment basique quoi. » (P4)

Quant aux médecins, ils notent ne pas recevoir de couple en consultation. « Moi le plus souvent, c'est des femmes seules qui viennent. Donc quand le couple est présent, c'est relativement rare. » (M7)

Contrairement à ce qu'ils pratiquent chez l'homme, ils décrivent une habitude de pratique chez la femme. « Spontanément, non ça ne me vient pas à l'idée. Les filles, oui ! Mais les garçons, non ! » (M9) Ils parleraient de contraception de manière spontanée à la femme. Certains proposeraient même la contraception féminine à titre

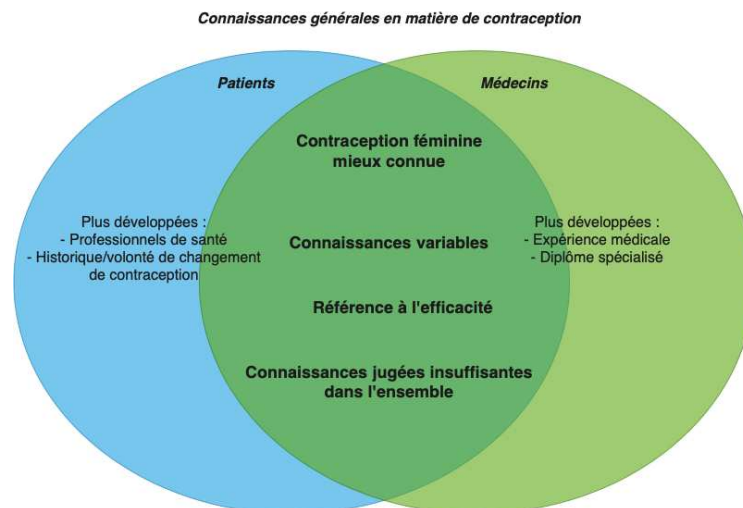
systematique. « C'est vrai que la contraception féminine, chez les adolescentes notamment, on la propose vachement plus à titre systématique. » (M7)

Les médecins expliquent exclure certaines méthodes de leurs pratiques. « Moi je vais pas proposer, par exemple le slip chauffant, je vais pas le proposer, parce que je trouve que c'est pas quelque chose de génial ! Mais ça me dérange pas de dire : je fais une impasse sur le slip chauffant ! » (M5)

Enfin, la plupart des médecins n'utilisent pas la cotation CCP pour les consultations de contraception masculine. « Oui ! Je l'utilise, mais seulement chez les femmes. Alors je ne sais pas si c'est... Si c'est valable chez les hommes. » (M7)

III. État des lieux des connaissances

A. Connaissances générales en matière de contraception



Les patients comme les médecins pensent mieux connaître les méthodes de contraception féminine que les méthodes de contraception masculine. « Je connais évidemment, principalement, des contraceptions féminines. » (P6) « Ce que je connais ? Du côté de la femme [...] » (M6)

Les connaissances en matière de contraception sont variables selon les profils et l'expérience. Il est noté des connaissances plus larges chez les patients étant professionnels de santé ou ayant un désir de changement de moyen contraceptif.

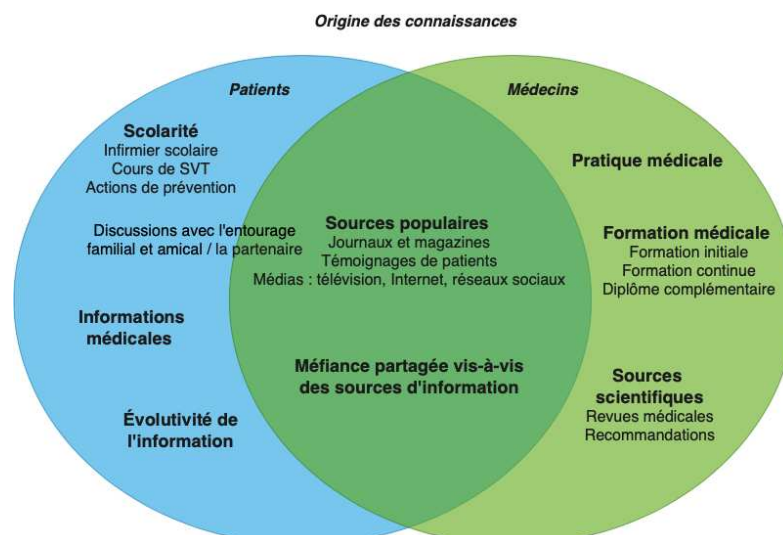
« Ouais, bah sachant que moi je côtoyais des gens qui se faisaient opérer, du coup je m'y intéressais. » (P2) Quant aux médecins, la plupart de ceux ayant une expérience médicale ou un diplôme spécialisé en gynécologie ont des connaissances plus précises. « Mais j'ai fait un DU de gynécologie. Il y a quelques années maintenant. » (M4)

Lorsqu'ils parlent de méthodes contraceptives, ils comparent leur efficacité, évoquant un pourcentage d'efficacité pour les patients, et un indice de Pearl pour les médecins.

« Au niveau du taux de pourcentage [...] combien le taux on risque que ça soit positif, euh, pour éviter de tomber enceinte. » (P1) « [...] qu'il a un indice de Pearl [...] » (M1)

Enfin, beaucoup de médecins et de patients ont l'impression que leurs connaissances sont insuffisantes. « De manière générale, j'ai pas spécialement, eu, fin, j'ai pas beaucoup d'informations. » (P4) « Regarde, tu m'apprends des choses sur la contraception ! Non, je suis pas, je connais pas tout hein ! » (M9)

B. Origine des connaissances



Les médecins comme les patients tirent essentiellement leurs connaissances de sources populaires, telles que les journaux et magazines féminins. « *Par exemple je suis abonné au Monde [...]* » (P7) « *Je pense que, les connaissances que je dois avoir, doivent venir, non pas de ma pratique médicale, mais plus de magazines que j'ai pu lire.* » (M3) Tout comme les médias via la télévision, Internet et les réseaux sociaux. « *Au travers aussi, des nombreux médias hein [...] que ce soit au journal télévisé, ou sur les sites Internet.* » (P7) « *[...] fin voilà, de choses que j'ai pu voir à la télévision.* » (M3) Mais aussi de témoignages de patients. « *Moi c'est le copain infirmier qui m'en a parlé, qui s'est fait faire une vasectomie [...]* » (P3) « *Donc il m'a expliqué, il m'a même dit « de toute façon je vais vous expliquer au fur et à mesure comment ça se passe ».* » (M5) Du côté des patients, ils évoquent comme source d'information les discussions avec leur entourage, notamment leur partenaire. « *Bon après il y a avec les copains, on parle avec les copains... Bon et puis après il y a notre vie ! Pendant la vie ! Vie amoureuse, euh, l'adolescence, etcetera. Puis à droite à gauche, on apprend des choses.* » (P3) « *[...] en écoutant la famille, euh les amis, parler.* » (P8)

Les patients expliquent aussi que des connaissances sont acquises au cours de la scolarité via l'intervention de l'infirmier scolaire, les cours de science de la vie, et des actions de prévention menées à l'école. « *Les cours de SVT et de sensibilisation [...] au collège, l'infirmière scolaire était passée dans les classes. Euh... Faire un petit peu de prévention, peut-être.* » (P9)

Certains patients reçoivent des informations médicales de la part des médecins. « *Je les ai obtenues auprès de mon médecin traitant. Essentiellement.* » (P4)

Certains patients constatent une évolutivité de l'information. « *Mais, à l'époque, où on avait pas encore le SIDA ! Moi je me souviens au collège, on n'avait pas le SIDA. Donc*

c'était pas du tout, euh, préservatif, c'était présenté par exemple que comme moyen de contraception. Pas, pas trop de, de, de protection ! » (P3)

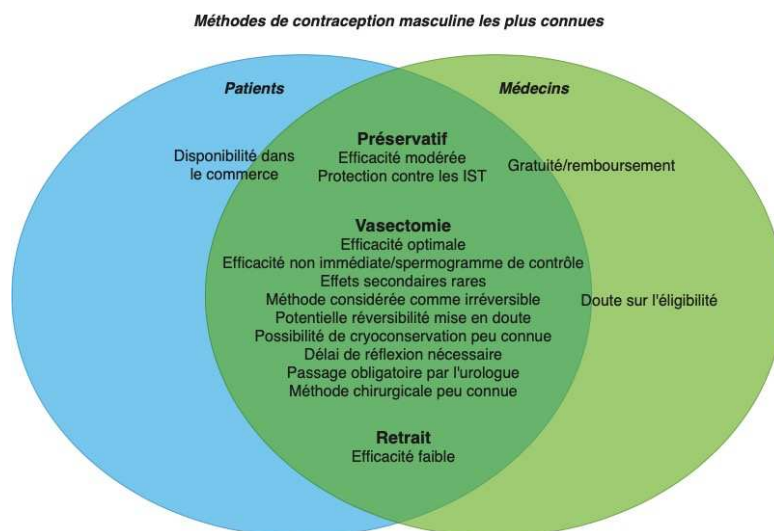
Du côté des médecins, ils acquièrent des connaissances via leur formation médicale. Tout d'abord au cours de la formation initiale dispensée par la faculté, bien que cette source de connaissances soit controversée par les médecins. *« Ben je les tire de mon internat. De l'enseignement que j'ai eu pendant mon externat avec les collègues universitaires. » (M7) « Alors, c'est peut-être, il y a peut-être 2-3 feuilles dans un collègue à ce sujet-là [...] » (M1)* Puis au cours de la formation médicale continue, source elle aussi controversée. *« Alors, je suis allée il n'y a pas très longtemps à un séminaire avec des urologues, et on a abordé le sujet de la contraception masculine. [...] On a parlé de la vasectomie parce que justement, j'ai un patient qui a demandé une vasectomie. On en a parlé. Après on a parlé des autres méthodes effectivement. » (M5) « Alors, je pense même personnellement hein, moi ça fait 31 ans que je suis là, je sais même pas si j'ai eu un cours là-dessus hein. » (M8)* Enfin, la formation spécialisée en gynécologie réalisée par certains médecins leur a permis d'optimiser leurs connaissances. *« Ça c'est des connaissances que j'ai par le DU de gynécologie. J'ai eu un cours à ce propos. » (M7)*

Les médecins ont également acquis des informations via leur pratique médicale. *« Ben oui, parce que moi ça m'apprend des choses aussi. Je découvre des choses grâce à mes patients également. Et ça me permet parfois d'aller moi me renseigner sur certaines choses. Donc ouais ! Je pense que c'est un partage de connaissances aussi. » (M3)*

Les médecins tirent également leurs connaissances des revues médicales et recommandations scientifiques. *« C'est ce qu'on peut lire dans les articles, quoi. »* (M2) *« [...] des recos [...] »* (M6)

De manière générale, les patients et les médecins se méfient des informations provenant des différentes sources. *« [...] fin je suis pas trop Internet, forums libres, fin, voilà, je... J'évite tout ce qui peut être entre guillemets « non sûr ». »* (P4) *« Donc leur apporter les bonnes informations justement, parce que, sur la contraception féminine, il y a beaucoup de mauvaises informations, et euh, c'est dangereux. »* (M3)

C. Méthodes de contraception masculine les plus connues



Les patients comme les médecins connaissent principalement les 3 méthodes de contraception masculine suivante : le préservatif, la vasectomie et le retrait. *« Pour les hommes, ben, préservatif, et puis vasectomie. Puis le retrait ! »* (P3) *« Alors, les méthodes de contraception masculine, euh. Donc il y a essentiellement le préservatif. [...] La vasectomie, euh... Je pense que c'est tout. [...] J'ai oublié le retrait, je pense, qui fait partie de, voilà [...] »* (M4)

Les patients comme les médecins évoquent en premier lieu le préservatif. « *Euh, le préservatif, forcément !* » (P5) Ils émettent des réserves sur son efficacité. « *[...] pas efficace à cent pourcent, mais qu'il y a toujours un risque que ça craque ou autre* » (P2) « *Le préservatif c'est pas très efficace. Même si quand c'est bien utilisé ça peut l'être, mais c'est rare.* » (M7) Mais ils notent son effet protecteur contre les infections sexuellement transmissibles. « *[...] tout ce qui est maladie, ça protège la partenaire avec qui on est aussi* » (P1) « *C'est le seul moyen de contraception qui protège aussi des infections sexuellement transmissibles, donc c'est le premier qui est conseillé.* » (M3) Les patients connaissent la disponibilité du préservatif dans le commerce. « *Bah on va les acheter en pharmacie ! Ou en magasin !* » (P2) En revanche, ils sont peu à connaître les modalités actuelles de remboursement du préservatif, contrairement aux médecins. « *Préservatif, c'est remboursé sur ordonnance.* » (M1)

Ensuite, les patients et les médecins évoquent la vasectomie. Ils considèrent que son efficacité est optimale bien que non immédiate, notant la nécessité de réaliser un spermogramme à distance l'acte chirurgical. « *Mais la vasectomie étant la plus, je pense, la plus sûre.* » (M5) « *[...] et après, à la suite de ça, c'est, euh, au bout de trois mois – six mois je crois, spermogramme [...]* » (P2) « *[...] et ensuite, quand ils sont opérés, je sais qu'il y a une, il y a un spermogramme [...]* » (M3) Ils mettent en exergue la rareté des effets secondaires de cette méthode. « *La vasectomie empêche juste de procréer. [...]* La vasectomie n'a pas d'autre effet » (P4) « *C'est une intervention qui est réalisée de façon courante, et euh, qui présente peu de risques de complications.* » (M7) Ils connaissent les principes du parcours, avec la consultation urologique et le délai de réflexion obligatoire. « *[...] je pense dans les étapes, c'est première consultation avec l'urologue. [...]* Explique le sens du consentement, délai de réflexion [...] » (P2) « *J'avais déjà parlé du délai de réflexion de 4 mois, que bien sûr*

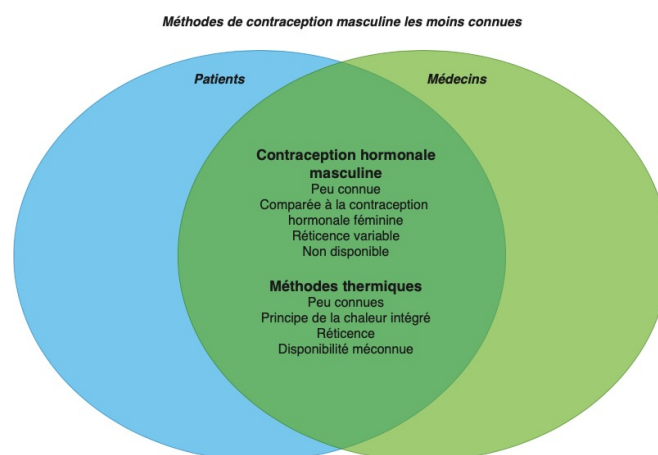
le patient pouvait toujours revenir sur sa décision [...] » (M2) Ils considèrent la méthode comme irréversible, beaucoup mettant sa potentielle réversibilité en doute. « [...] je considère la vasectomie comme définitive. » (P4) « Je sais que c'est une méthode de contraception définitive. » (M6) « Et si on, fin plus on est jeune, si on change d'avis et qu'on veut à nouveau en avoir, je sais qu'il est possible de recréer le canal ou de la refixer, je ne sais plus bien. Mais c'est, apparemment, d'après des études, y'a de moins en moins, fin plus on avance avec l'âge, et moins c'est, c'est évident de, de pouvoir refaire, fin, de à nouveau pouvoir avoir des enfants. » (P8) « Alors, je crois qu'on peut revenir en arrière, mais c'est quand même possible hein, mais c'est quand même, c'est lourd ! » (M8) Les patients et les médecins évoquent peu la possibilité d'une cryoconservation de spermatozoïdes. « Ah, pour la vasectomie, j'avais entendu parler de la conservation de sperme. » (P6) « Parce qu'on a un don de sperme, euh, un prélèvement de sperme. Et ça je savais pas. » (M5) Enfin, ils manquent de connaissance sur la méthode chirurgicale. « Comment expliquer ça ... Euh... Je dirais, presque une ablation au niveau des, bah testicules... » (P1) « Alors je, sur la technique opératoire, j'en donne pas trop, parce que j'estime que c'est l'urologue qui est le mieux placé pour en parler, et de toute manière il va le refaire pendant la consultation, enfin j'espère. » (M7)

En ce qui concerne la vasectomie, certains médecins évoquent un manque de connaissances sur les critères d'éligibilité. « Je ne sais pas si pour la vasectomie, il n'y a pas un entretien psychologique, ou le fait de ne pas avoir eu d'enfant avant, est-ce que ça pourrait poser problème ? Mais, euh, ça ne sera que relatif, je pense, comme contre-indication. » (M1)

La dernière méthode de contraception masculine venant à l'esprit des patients et des médecins est le retrait, bien que peu utilisée par les patients et peu proposée par les

médecins, de par son manque de fiabilité supposé. « *La technique du retrait notamment, qui est bien sûr pas fiable ! On le répète ! On le martèle !* » (P6) « *On sait que c'est une contraception qui est pas efficace du tout. Qu'il y a un risque de grossesse important.* » (M4)

D. Méthodes de contraception masculine les moins connues



Les méthodes de contraception masculine les moins évoquées par les patients ainsi que les médecins sont les méthodes en cours d'étude.

En premier lieu vient la contraception hormonale masculine, peu voire non connue des patients et des médecins. « *J'en ai vaguement entendu parler [...] à part la dénomination, je ne m'y suis pas penché.* » (P7) « *Alors, vaguement.... Euh, honnêtement, je me suis pas suffisamment documentée, donc je pourrais pas te répondre, je pense.* » (M4) Elle est souvent comparée à une contraception hormonale féminine. « *Alors après, je pense que c'est un peu pour, je vais peut-être dire des grosses bêtises hein, mais c'est un peu plus ou moins, idem que pour les femmes. C'est, je pense, des hormones ou...* » (P2) « *C'est comme la pilule, il y a des craintes, fin il y a des contre-indications, il y aura sûrement des contre-indications pour les hommes.* » (M4) La réticence des patients et des médecins y est variable. « *Donc euh, pff, ouais, je suis pas très friand des hormones.* » (P2) « *Je fais attention quand même*

aux médicaments. Tout ce qui est nouveau médicament, je suis très très prudente. Donc j'attends toujours, euh, d'être sûre que ce soit bien validé. » (M3) Enfin, sa disponibilité n'est pas connue. « Que c'est nouveau, déjà, c'est contemporain, il me semble ! C'est pas quelque chose de très vieux... Ça doit avoir quoi ? Deux ans grand max ! » (P6) « [...] mais y'a, pour l'instant, rien d'autorisé, en cours d'étude. » (M6)

En second lieu viennent les méthodes thermiques, peu voire souvent non connues des patients comme des médecins. *« Je savais même pas que ça existait des slips chauffants ! » (P3) « Après slip chauffant, je connaissais pas ! » (M9) Les patients et les médecins conçoivent le principe de la chaleur. « Je sais qu'une température trop élevée, c'est que les, les spermatozoïdes, je sais plus, sont dégradés, ou... Sont pas fonctionnels quoi. » (P7) « Parce que plus ça chauffe, moins il y a de spermatozoïdes fabriqués, hein ! » (M5) Mais ils y sont réticents. « Bon, je sais pas, faire chauffer euh, je sais pas ! » (P3) « [...] ça fait combien ça, en indice de Pearl, si on veut pratiquer ? » (M5) Enfin, sa disponibilité n'est pas connue. « J'ai entendu parler de recherches, et d'articles concernant les, les slips chauffants, des pilules contraceptives, qui aujourd'hui avaient trop d'effets secondaires pour euh, apparemment être mises sur le marché. » (P9) « Moi euh, j'en ai jamais, fin j'ai jamais eu de patients qui en ont utilisé. » (M6)*

IV. Freins

A. Méconnaissance de la contraception masculine



Un des freins à la contraception masculine, que ce soit pour les patients ou pour les médecins, est la communication limitée à ce propos. « *Parce que pour moi on en parle pas. C'est proposé nulle part. On le dit à personne.* » (P4) « *Je pense pas que ce soit un sujet, euh, fin, pas que je sache, tout du moins, qui soit souvent abordé.* » (M3)

Les patients et les médecins dénoncent un manque de connaissance. « *Alors je ne connais pas bien, euh, fin je ne connais pas, je sais que ça existe mais je ne connais pas les modalités de l'action. Je ne sais pas comment ça agit. [...] donc euh, pff, là aussi, par défaut, en l'absence d'information, je préfère pas, choisir ça quoi !* » (P7) « *Après, sur les autres méthodes, non j'ai pas assez de, sur les trucs en cours, j'ai pas assez d'infos quoi !* » (M6)

De plus, les patients expriment une difficulté à trouver des informations fiables et craignent de se heurter à de fausses informations. « *[...] surtout que j'arrivais pas à trouver d'articles vraiment développés, c'était principalement des échanges entre usagers sur des forums, genre Doctissimo, ce genre de choses.* » (P6) Les médecins ont peur de se confronter aux connaissances erronées des patients. « *Alors, ça*

dépend quel patient, hein. Il y a des patients qui ont une lecture critique, hein, donc euh, de certaines choses, donc euh. Ou qui vont chercher l'info au bon endroit. Après, bon, on n'est pas à l'abri de Facebook, Insta, etcetera, qui diffusent de mauvaises idées. » (M4)

Ce manque de connaissance entraîne chez les patients comme chez les médecins un certain scepticisme. « C'est opaque. Et pourtant, franchement je suis pas fainéant, les recherches, j'aime ça ! Ça m'arrive de passer du temps à chercher des trucs et tout, mais vraiment j'ai du mal à trouver des papiers, détaillés, qui me rassurent sur le, le sujet. Donc voilà, la peur de l'inconnu un peu. » (P6) « Notamment sur les effets secondaires, ou sur les, ouais, les effets secondaires ou l'efficacité des méthodes, je pense qu'il y a pas mal de légendes, qui circulent, euh, chez les patients qui ne sont pas médecins [...] » (M1)

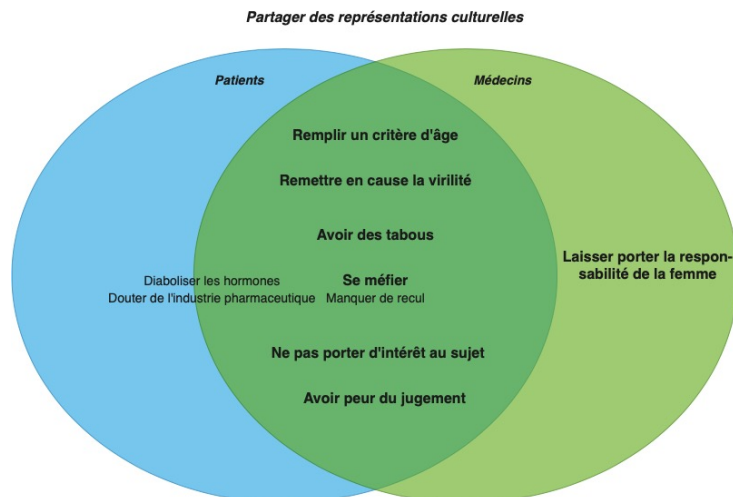
Les patients ajoutent à cette méconnaissance les limites aux renseignements apportés par le CECOS. « [...] je voulais beaucoup d'informations : comment ça se passe, le prélèvement, la congélation, le nombre d'années. Est-ce qu'au bout de 4 ans, 5 ans, 6 ans, y'a encore un risque. [...] Et clairement, donc euh, quand j'ai téléphoné, j'ai eu 3-4 réponses à des questions. J'ai rien eu de concret. » (P5)

Quant aux médecins, ils se sentent limités par la formation qu'ils ont reçue. « Mais voilà, je pense que, il y a à la fois notre formation qui est en, fin voilà, notre manque de formation sur le sujet à l'époque [...] » (M8)

Ils notent aussi une expérience relativement pauvre. « [...] je n'ai eu qu'un cas en patientèle de vasectomie ! » (M8)

Certains médecins vont jusqu'à exprimer un sentiment d'incompétence. « *C'est possible... C'est possible, en effet, parce que j'ai, euh, j'ai pas de, j'ai rien à apporter. Fin, j'ai cette sensation, de pas avoir de solution à apporter, et donc pas d'intérêt à aborder le sujet.* » (M3)

B. Partager des représentations culturelles



Les patients ainsi que les médecins ont des *a priori* sur l'âge auxquels les hommes seraient éligibles à une vasectomie. Ils ont tendance à considérer que les hommes relevant de cette méthode devraient être âgés et avoir eu des enfants. « *Chose que je trouvais des fois, un peu, pas aberrante, mais étonnante, c'est que des fois, c'était des gens qui étaient très jeunes, qui n'avaient pas d'enfant.* » (P2) « *J'ai eu un patient de 22 ans qui m'a parlé de vasectomie. J'ai dit « ça fait un peu jeune ». Il a vu l'urologue qui a dit aussi « un peu jeune ».* » (M9)

Certains patients et certains médecins craignent que la vasectomie mette en doute la virilité. « *Mais c'est, y'avait peut-être, parce qu'on mélange un peu stérilité et impuissance !* » (P3) « *Il y a aussi un gros truc, c'est que la vasectomie, il y a une représentation chez les hommes qui est, on va me couper les testicules quoi. [...] Et y'a beaucoup d'hommes qui s'imaginent que c'est presque une castration, quoi. Et ça*

c'est un truc que j'ai vu pas mal en consultation, et je pense dans la population générale, euh... Euh, c'est un énorme frein pour la vasectomie. » (M7)

Plusieurs patients et médecins considèrent encore aujourd'hui ce sujet comme un tabou. *« Y'a toujours le côté tabou parce que chez l'homme il y a toujours beaucoup de machisme. » (P5) « Ça reste des sujets un petit peu, fin, pas tabous, mais complexes, à... » (M3)*

Ils ressentent pour certains la peur d'être jugés. *« Mais c'est vrai que moi-même, quand j'ai vu ça, je me suis fait un peu cette notion, mais mes potes ils vont me vanner ! Je caricature, mais... Donc ouais, clairement, c'est un gros frein ! » (P6) « Par contre quand il en a parlé à son entourage, oui, euh... Ben comme d'habitude hein : « si tu fais ça peut-être que... ». » (M5)*

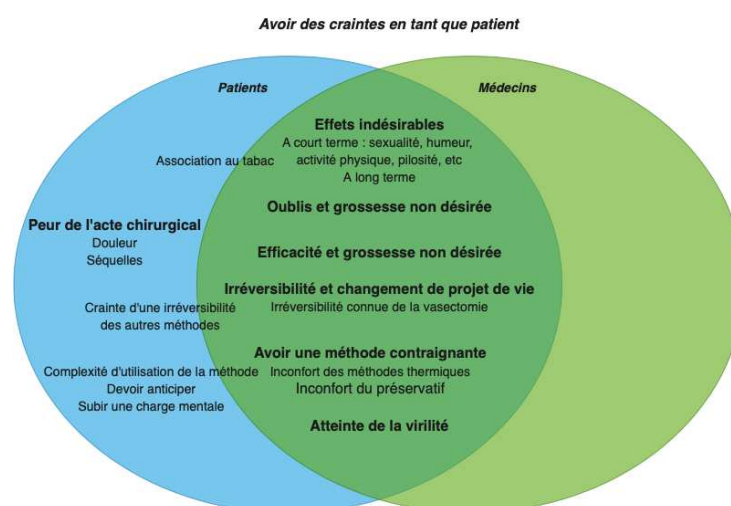
Certains médecins et patients ne portent tout simplement pas d'intérêt au sujet. *« Je n'en ai aucune idée, mais en fait comme ça ne m'intéresse pas, que je suis pas très friand de ce moyen-là, on va dire que je m'y intéresse pas quoi. » (P2) « Indépendamment de ça, les gens qui se posent pas trop de questions, c'est facile de dire "bah mon épouse toute façon elle prend la pilule", voilà quoi. » (M4)*

Certains patients et certains médecins expriment une méfiance à l'égard de la contraception, de part un manque de recul. *« Je pense pas avoir le recul suffisant pour dire si c'est bien ou si c'est mal. Parce que bah peut-être que c'est super mal aussi, je sais pas. On en payera peut-être les pots cassés dans quelques années. » (P4) « Je fais attention quand même aux médicaments. Tout ce qui est nouveau médicament, je suis très très prudente. Donc j'attends toujours, euh, d'être sûre que ce soit bien validé. [...] tant que ça n'a pas été bien évalué, bien vérifié, euh, c'est pas quelque chose que je proposerai à mes patients. » (M3) Certains patients disent également*

diaboliser les hormones. « Bah, si y'a pas de, ben je vais dire pareil que les femmes. Je sais qu'il peut y avoir des effets, des mauvais effets à long terme. Ben je pense que pour l'homme, on joue sur, sur les hormones. Pff... » (P3) Enfin, certains patients doutent de l'industrie pharmaceutique. « Que, ben tout simplement, ça fait tellement longtemps que la charge contraceptive est sur les femmes, que je pense que... Pourquoi les industriels prendraient la peine de le faire dans la mesure où ce serait pas forcément rentable pour eux ? » (P6)

Du côté des médecins, certains considèrent que la responsabilité de la charge contraceptive revient à la femme, cette dernière subissant les conséquences d'une grossesse non désirée. « [...] c'est aussi la femme, qui, malheureusement, subit les conséquences d'une grossesse non désirée, en tout cas, de plein fouet. Et, c'est pour ça qu'avant, on a jugé que c'était plus sécurisant pour elle de porter le poids de la contraception. » (M1)

C. Avoir des craintes en tant que patient



Les patients et les médecins retrouvent parmi les peurs des patients celles d'effets indésirables. « Finalement, je pense que c'est la crainte d'effets indésirables. Quand bien même les femmes les ont acceptés depuis toujours, eux ils ont encore du mal à... » (M1) Les 2 parties les précisent, en évoquant d'abord les effets indésirables

potentiels à court terme, en mettant en exergue un potentiel impact sur la sexualité. « Après si, si ça peut avoir un impact sur la sexualité, euh, je pense que quand même, euh... Ça serait un peu dur à encaisser ! » (P4) « Je sais pas, je pense que oui, si on leur donne une pilule, il va y avoir une perte de la libido ! Et ça, ils aiment pas. S'il y a des troubles de l'érection, je vous dis pas hein ! » (M5) Mais aussi sur l'humeur, l'activité physique ou encore la pilosité. « Si je dis pas de bêtise, les organes sexuels ont également des rapports avec les hormones hein, et donc s'il y a des perturbations hormonales, bah c'est pas toujours facile de comprendre les conséquences, mais ça peut toucher un peu tout et n'importe quoi. Les aspects physiologiques, euh, parfois, euh, les aspects comportementaux, ou psychologiques. Euh, voilà. Donc là aussi, c'est pareil, je dirais que mon organisme fonctionne relativement bien, donc j'ai pas trop envie de le perturber, ou de, ou de l'altérer quoi. » (P7) « Fin oui, je pense que ce serait problématique pour certains qui tiennent à leurs cheveux, à leur barbe, etcetera. Alors oui, si on en arrive à ce point-là, ça pourrait être quelque chose, oui ! D'embêtant... » (M5) Ils craignent également les effets secondaires sur le long terme. « Tout comme moi je le prends à l'inverse pour les hommes, prendre la pilule au risque de se créer ou de se générer des cancers, je suis pas très positif là-dessus. » (P5) « [...] il faut voir en termes de risque, de risque de cancer notamment, euh... De cancers hormono-induits. Je ne sais pas du tout quels effets secondaires il pourrait y avoir, ou des effets sur le poids, des effets sur... Des effets sur peut-être le diabète, ou des effets cardiovasculaires [...] » (M1) Enfin, les patients redoutent l'association d'une méthode de contraception hormonale au tabac. « [...] peut-être que c'est aussi un facteur aggravant lorsqu'on fume, fin le fait de fumer peut-être que ça peut provoquer, fin que ça peut provoquer des soucis, ou augmenter les risques de maladie, ou de dysfonctionnement du corps. » (P8)

Ils ajoutent aux craintes celles des oublis pouvant entraîner des grossesses non désirées. « *Donc euh j'ai pas envie, euh, d'être responsable d'un oubli, et, et que ça soit ma copine qui, fin qui devienne enceinte.* » (P8) « *Moi, sur la crainte que j'ai, en fait, c'est que le mari ne soit pas fiable.* » (M1)

Tout comme un manque d'efficacité de la méthode qui pourrait entraîner une grossesse non voulue. « *Ben, j'espère que c'est valable à 100%, parce que, si j'en fais une, ma compagne, dans, ça suppose qu'elle retire son moyen de contraception. Et alors, c'est bête d'avoir subi une vasectomie et puis de retrouver, de se retrouver avec un gosse !* » (P3) « *Et puis si ça marche pas, moi je fais quoi ? S'ils font un bébé avec, je fais quoi moi ?* » (M5)

Parmi les peurs est retrouvée celle de l'irréversibilité en cas de changement de projet de vie : changement de partenaire, changement sur le plan du désir d'enfants. Les patients et les médecins redoutent la non possibilité d'un retour en arrière après avoir réalisé une vasectomie. « *On sait pas de quoi l'avenir est fait dans les quelques mois et quelques années. Je le souhaite pas mais peut-être que bah on va se séparer, on va divorcer, peut-être que je vais rencontrer quelqu'un, que je me rendrais compte que je re-voudrais des enfants.* » (P2) « *Enfin voilà, je leur réexpose aussi le fait qu'ils sont jamais à l'abri de... De rencontrer quelqu'un d'autre, enfin voilà, on évoque les différentes possibilités, de regretter leur geste, pour être sûr de leur décision.* » (M3)

Les patients craignent également de ne pas pouvoir retrouver leur fertilité après avoir acquis une méthode de contraception présentée comme réversible. « *Et après le, le, c'est l'anneau ? Euh, ça je crois que ça peut rendre aussi stérile, donc ça je suis pas, bah c'est pareil quoi, je suis pas sûr et, et donc je préfère pas utiliser ces méthodes.* » (P8)

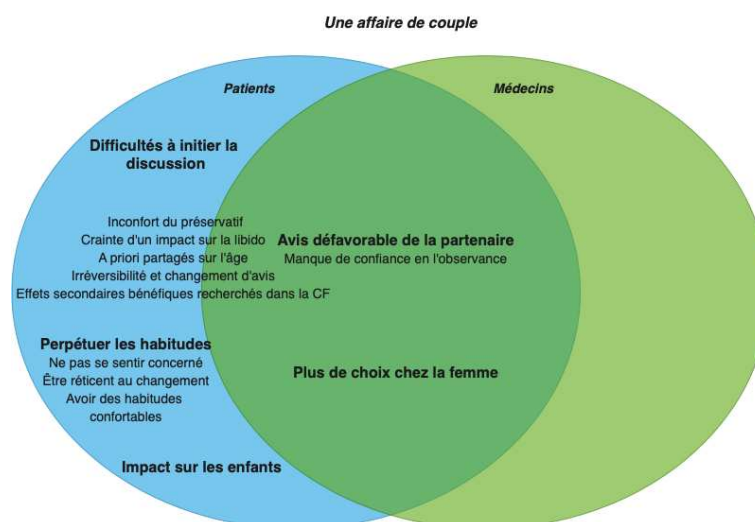
Une des craintes exprimées est la contrainte que pourrait imposer une méthode. Les patients et les médecins redoutent que les méthodes thermiques soient inconfortables à porter. « *Euh, je sais que le, le slip chauffant, euh, ça doit pas du tout être agréable ! Ça, ça doit être vraiment gênant.* » (P8) « *De par des contraintes physiques, mécaniques, c'est pas forcément un moyen de contraception qui est confortable, en tout cas, de ce qu'en disent les hommes qui l'ont essayé.* » (M7) Tout comme le fait que le préservatif puisse être inconfortable. « *Alors, euh, pour moi, ça change pas, ça change pas le, le rapport à la sexualité. Euh, alors que le préservatif, oui ! C'est vrai que ça a quand même, fin, c'est quand même quelque chose de, de spécial, c'est à poser avant l'acte, etcetera, donc c'est vrai que c'est quand même très, très protocolaire [...]* » (P4) « *Donc la diminution des, on va dire, des plaisirs au moment d'utiliser. Enfin, pendant l'acte, le préservatif diminue quand même les sensibilités.* » (M2) Les patients appréhendent aussi la complexité d'utilisation de certaines méthodes. « *Fin je me dis un slip chauffant, ça marche à quoi, ça marche à pile, fin je veux dire c'est le truc, ça doit être une galère pas possible !* » (P4) Enfin, ils redoutent de supporter une charge mentale. « *Avoir un fil à la patte, bof !* » (P3) Et notamment d'avoir à anticiper. « *Mais, c'est encore des choses à anticiper... Donc ça peut encore être une contrainte. Quand on veut avoir une vie avec sa femme, libérée. Quand je dis libérée, je veux dire, ça se programme pas d'avoir un rapport. Donc s'il faut toujours anticiper d'avoir des accessoires sur soi, c'est... Je pense que c'est contraignant !* » (P5)

Les patients ainsi que les médecins relèvent dans les craintes des patients une atteinte de la virilité. « *Euh, mais le, alors après, par exemple avec cette technique de vasectomie, là par contre je me dis, peut-être que suite à des, des modifications*

hormonales, peut-être que ça pourrait éventuellement agir là-dessus, de ce point-de-vue-là. » (P7) « Et puis après, s'il y a une perte de la virilité... » (M5)

Pour finir, certains patients disent redouter l'acte chirurgical, de par la potentielle douleur qu'il pourrait engendrer. « Là il y a une chose, c'est la douleur ! La douleur... » (P3) Mais aussi de crainte d'éventuelles séquelles. « Là aussi, je me dis, je ne connais pas si, si y'a des conséquences, des séquelles, et cetera. [...] Non, j'aurais pas envie. » (P7)

D. Une affaire de couple



Les patients et les médecins trouvent que le fait qu'il existe plus de choix en termes de méthodes de contraception féminine que masculine est un frein au développement de cette dernière. « Bah moi je pense, ou alors on en parle peut-être pas assez, mais je pense que c'est un peu plus restreint pour les hommes, il y a un peu moins de contraception pour eux du moins. » (P1) « [...] parce qu'actuellement, y'a pas, y'a un panel qui est moins important de contraception pour l'homme. » (M7)

Parmi les freins, ils retrouvent tous deux le fait que la partenaire puisse y émettre un avis défavorable, tout d'abord par manque de confiance en l'observance de l'homme. « Bah ouais après oui, je pense qu'il faut que ça soit des deux côtés aussi. Donc je

*pense que si la femme ne veut pas et que l'homme qu'il en veut et que lui la prend pas, ça peut être euh... Ça peut être un risque aussi. » (P1) « Il faut qu'elle ait confiance en lui aussi, parce que, s'il lui dit, voilà, s'il lui dit qu'il a mis son slip chauffant alors qu'il ne l'a pas mis ou des choses comme ça, après on va être embêtés, c'est le problème. » (M1) Les hommes pensent que la femme pourrait être réticente à l'utilisation d'un préservatif de par son inconfort. « *Après madame elle était plus contre au niveau des préservatifs mais pas contre tout ce qui était pilule et les choses comme ça. [...] Dès qu'il y avait des rapports, euh, c'est comme s'il y avait moins de sensation avec que sans. » (P1) Les hommes sont convaincus que les femmes seraient défavorables si une méthode était pourvoyeuse d'un effet sur la sexualité du couple. « [...] je pense que même s'il y avait un impact sur la sexualité, je pense que même pour ma femme, ça serait peut-être un frein ! » (P4) Certains hommes expliquent que leur partenaire considère que la vasectomie est une méthode risquée du fait que l'avenir est incertain, en particulier à un âge jeune. « *Et, pourquoi je la fais pas ? Alors après, c'est une discussion de couple, hein. Nous on est hyper ouvert. Et en fait, trop jeunes. » (P2) Elles craindraient l'impossibilité de changer d'avis si une vasectomie est réalisée. « On sait pas de quoi l'avenir est fait dans les quelques mois et quelques années. Je le souhaite pas mais peut-être que bah on va se séparer, on va divorcer, peut-être que je vais rencontrer quelqu'un, que je me rendrais compte que je re-voudrais des enfants. » (P2) Enfin, certains hommes expliquent que leur partenaire trouve un avantage à prendre un moyen de contraception féminine. « *Et puis euh, elle avait un peu d'acné, fin elle avait quand même pas mal d'acné. Donc c'était pour stabiliser son acné, et qu'elle en ait moins. » (P8)****

De plus, certains hommes craignent un potentiel impact sur les enfants. « *Bah, moi je dirais pour moi personnellement ça serait plus un frein avec les enfants je dirais qu'il*

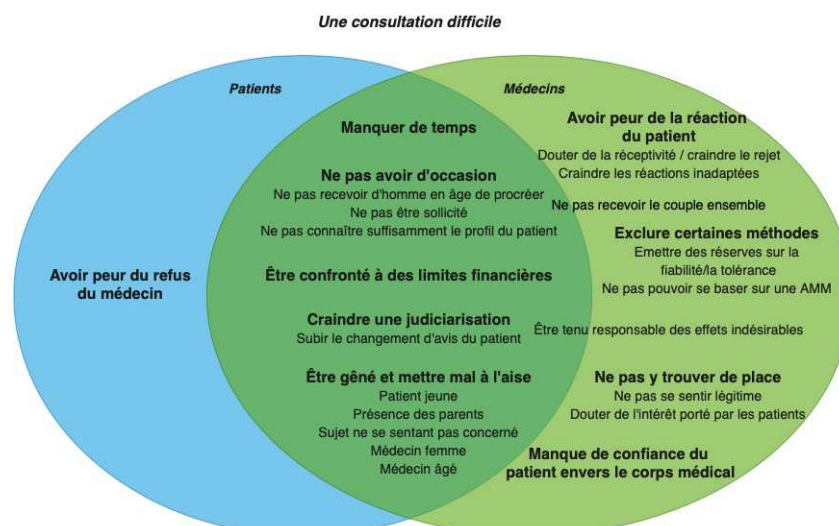
faudrait peut-être plus que je suis quand même un peu plus stable ou moins nerveux, avoir moins de choses comme ça. Il faut qu'ils soient bien aussi. » (P1)

Certains hommes relèvent la difficulté de parler de contraception au sein d'un couple.

« [...] je sais même pas si elle a, faudrait que je lui demande, si elle en avait déjà entendu parler oui, mais est-ce que, en silence, en secret, elle le savait, enfin, elle aurait aimé l'aborder avec moi, mais qu'elle se disait, "c'est trop délicat", "ça touche trop au corps pour que moi je me permette de dire : "est-ce que ceci ?" ». » (P3)

Enfin, les hommes parlent de perpétuation des habitudes. Alors que certains des hommes ne se sentent pas concernés. *« Tant que j'ai été marié, je me suis jamais posé la question, parce que la contraception de mon ex-épouse posait pas de problème. » (P3)* D'autres trouvent leurs habitudes confortables. *« Du coup bah, c'était une méthode on va dire, plutôt comfy, pour moi - parce que déjà j'avais rien à faire » (P6)* Ou sont réticents au changement. *« Un tout nouveau, une toute nouvelle routine, j' imagine, d'avoir cet anneau sur soi... C'est un changement d'assez grande envergure. Et euh, bah comme beaucoup de gens, je suis bien dans ma routine, dans mon confort aussi malgré tout, même si c'est bousculé un peu. » (P6)*

E. Une consultation difficile



Les patients et les médecins pensent que le médecin est limité par le temps dont il dispose lors d'une consultation. « *Ou alors s'ils devaient aborder ce sujet, il y aurait d'autres sujets à aborder ! [...] Et puis, il faudrait, mais ce serait des consultations qui dureraient 3 heures !* » (P3) « *Parce que, bah parce que, parce qu'on n'a pas le temps quoi.* » (M4)

Les 2 parties s'accordent sur le fait que le médecin a peu d'occasions dont il peut profiter. Déjà, il ne reçoit que très peu d'hommes en âge de procréer, ceux-ci étant rarement malades. « *[...] y'a combien de personnes qui vont pas chez leur médecin par an ? Y'a beaucoup de jeunes aussi qui n'y vont pas chez le médecin hein.* » (P5) « *Sauf qu'on les voit rarement à cet âge-là [...]* » (M3) De plus, ils ne reçoivent que peu voire pas de demandes de la part des patients. « *Bah je pourrais l'aborder mais je ne me suis jamais posé la question de l'aborder avec le médecin.* » (P1) « *Alors c'est pas évident les garçons, parce que pour l'instant moi j'avoue j'ai pas encore de demande par, de demande en ce sens-là.* » (M8) Enfin, ils ne connaîtraient pas assez le profil des patients pour avoir l'occasion de leur proposer une méthode. « *Spontanément, euh, le médecin ne, moi aucun médecin ne m'a dit "ah, au fait", parce qu'ils ne savent peut-être pas ma vie, ils ne savent peut-être pas que j'ai 3 enfants, que je suis séparé, ils savent pas mon état d'esprit, peut-être.* » (P3) « *C'est pas sur un premier rendez-vous, je connais pas le patient, il me parle de ça, je vais lui mettre ça.* » (M2) Enfin, les médecins se disent limités par le fait qu'ils ne reçoivent pas les 2 membres du couple en même temps. « *[...] et euh, en couple, on les voit rarement à deux, les patients.* » (M3)

Certains patients et médecins pensent qu'il existe une limite financière à l'acquisition d'une méthode. « *Par contre ça me ferait suer de donner 5 000 euros pour ça ! Je*

trouverais ça dégoûtant, parce que quelque part, c'est une intervention, mais... » (P3)

« Donc est-ce que les hommes sont prêts à payer pour leur contraception ? » (M4)

Les patients et les médecins expriment comme difficulté actuelle pour le médecin la crainte d'une judiciarisation, notamment si un patient venait à regretter d'avoir effectué un acte chirurgical irréversible. *« [...] je sais pas, est-ce qu'ils ont peur de problèmes juridiques par la suite, parce que ça peut créer des problèmes. [...] Donc mon fils, ça peut être un peu délicat, parce qu'il n'a pas encore d'enfants. Il est marié. Et donc là, ça peut être un peu compliqué ! Et par la suite euh, il va pas porter plainte ? » (P3) « Surtout à 21 ans on peut changer d'avis hein. A 30 ans on peut avoir, vouloir un enfant, à 40 ans on peut avoir un enfant... » (M9) Les médecins craignent également d'être tenus responsables de potentiels effets indésirables. « Puis t'façon, y'a des craintes, et y'aura forcément, euh... "Chuis fa...". Y'aura la fatigue ça c'est sûr, "j'suis fatigué", ou "j'ai moins d'érection qu'avant", "donc c'est le truc que vous m'avez donné", ça c'est évident ! » (M5)*

Les patients et les médecins redoutent que les médecins soient gênés, et qu'ils mettent eux-mêmes mal à l'aise les patients. Cette gêne serait accrue chez les jeunes patients. *« Dans tous les cas j'aurais été gêné, surtout à 16 ans. » (P6) « [...] chez les ados, qui sont souvent gênés. » (M1) Mais aussi en présence des parents. « Et puis d'autant plus qu'en général le médecin généraliste, euh, il voit toute la famille [...] » (P8) « Accompagné des parents, c'est un petit peu plus compliqué. » (M3) Mais aussi face à un sujet qui ne se sentirait pas concerné, comme un sujet très jeune ou à l'inverse un sujet âgé. « Encore une fois, vu ma situation, bah, pas particulièrement. Puisque j'ai déjà, je dirai, résolu le problème. Donc euh, voilà. Enfin, j'écouterais tout ce qu'il a à me dire hein, mais sans plus que ça. » (P7) « Faire accepter à un homme de 50 ans de prendre une pilule... Ça risque d'être un peu plus compliqué ! » (M9) Ils ajoutent*

que cet embarras serait majoré pour une femme médecin. « *Ben honnêtement oui, je pense ! Surtout que mon médecin est une femme. Et je sais que c'est peut-être un peu, je sais pas, rétrograde, tout ça. Mais en tout cas je suis plus à l'aise avec un homme, dès qu'on a, dès qu'on parle de sexualité.* » (P6) « *Et voilà, on n'en parle pas plus que ça, parce que souvent, le patient, est un peu gêné par la situation et la demande, d'autant plus que je suis une femme.* » (M3) Mais aussi pour un médecin âgé. « *Après la vie, donc le médecin euh, en plus mon médecin il avait un certain âge, alors je ne sais pas s'il était au fait, mais je sais qu'il y avait des sujets qui étaient un peu délicats à aborder.* » (P3) « *Alors je vais te dire même déjà, fin nous c'est peut-être parce que moi je vais avoir 60 ans hein [...]* » (M8)

Certains patients n'osent pas exprimer de demande par peur que cette dernière soit refusée par le médecin, en particulier une demande de vasectomie chez un sujet jeune et sans enfant. « *[...] et peut-être que j'aurai un gros frein dans quelques mois hein. Je, je sais pas, je, peut-être que là j'aurai un peu plus de mal à l'encaisser là. Si demain on me dit non [...]* » (P4)

Quant aux médecins, certains craignent la réaction du patient. D'une part, des médecins doutent de la réceptivité du patient et redoutent son rejet. « *Ensuite, c'est vrai qu'il doit y avoir encore inconsciemment encore une part un peu, comment dire, de... Qu'en fait ce serait rejeté, que ça ne serait pas dans les habitudes des patients, et que finalement, ils...* » (M1) D'autre part, des médecins femmes sont inquiètes d'avoir à faire face à des réactions inadaptées de patients. « *Parce que nous, femmes, je sais pas, vous serez médecin généraliste femme, hein. Quand on est là, on a un homme devant, en pleine puissance, vous abordez ce, il va dire « mais c'est... », « elle me parle de ça, donc euh, elle a peut-être envie que je me rapproche... ». Voilà, c'est forcément mal intentionné !* » (M5)

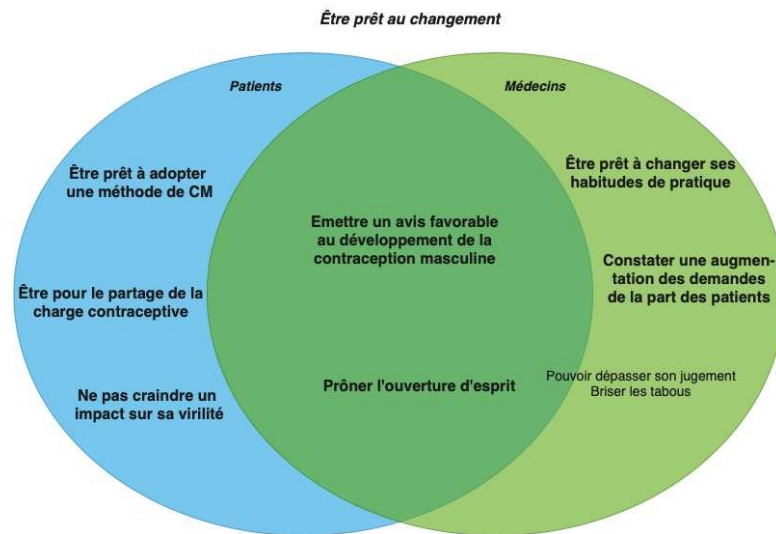
Les médecins excluent certaines méthodes de leurs propositions. Ils émettent des réserves tant sur la fiabilité que sur la tolérance de certaines méthodes. « *Le retrait ? Non ! Ça je n'en parle pas du tout. Parce que le retrait, la méthode, elle est pas fiable quand même.* » (M2) « *Le slip chauffant, j'avoue que j'en parle très rarement. Ça m'est peut-être arrivé une fois ou deux, mais de façon un peu anecdotique, en disant « en fait, y'a ça qui existe... »* » (M7) Et ils regrettent de ne pas pouvoir se baser sur une AMM. « *[...] tant que ça n'a pas été bien évalué, bien vérifié, euh, c'est pas quelque chose que je proposerai à mes patients.* » (M3)

Certains médecins expliquent qu'ils ne voient pas la place que la contraception masculine pourrait tenir dans leurs consultations. « *Je pense que si l'homme vient sur un sujet, pourquoi je lui parlerais de la contraception masculine sur le moment quoi ? Alors qu'il vient pour, je ne sais pas moi, une rhinopharyngite, ou...* » (M2) Plusieurs médecins ne se sentent pas légitimes pour parler de contraception masculine. « *J'ai pas l'impression d'avoir une intervention médicale là-dedans.* » (M3) Et l'essentiel des médecins doutent de l'intérêt que le patient y accorderait. « *[...] et j'ai pas l'impression qu'il y ait un besoin [...]* » (M6)

Enfin, certains médecins se sentent limités par le manque de confiance des patients envers leur médecin généraliste. « *Maintenant, fin il y a aussi plus de gens qui font moins confiance à leur médecin.* » (M9)

V. Leviers

A. Être prêt au changement



Patients comme médecins émettent un avis favorable au développement de la contraception masculine. « *Je pense que ça pourrait toujours être un plus [...] c'est toujours bien d'avoir euh, une contraception pour les hommes aussi.* » (P1) « *C'est intéressant de pouvoir avoir plein d'autres possibilités et pas que la contraception féminine.* » (M2)

Ils s'accordent pour prôner l'ouverture d'esprit. « *[...] bah aujourd'hui la société elle tend quand même à... A être de plus en plus féministe, et en tout cas on essaye de, fin, fin je veux dire aujourd'hui ça évolue [...]* » (P4) « *Oui, c'est les mœurs qui évoluent.* » (M5) Les médecins disent qu'ils sont capables de dépasser leur jugement. « *Mais bon après j'ai pas le droit de juger, hein, je, je constate !* » (M8) Ils émettent l'importance de briser les tabous. « *Et on en parlera de plus en plus, parce que comme je vous ai dit, ça se démocratise, quoi !* » (M5)

De leur côté, les patients se disent prêt à adopter une méthode de contraception masculine. « *Je pense que ça serait intéressant d'essayer. Euh... J'aurais besoin du, d'une, de chiffres, euh de chiffres disponibles, et très, et très rassurants, parce que*

sinon je pense que je, je serais peut-être intéressé pour essayer mais je doublerais les méthodes. [...] Mais euh, oui, avec des bons chiffres, ouais ! » (P9)

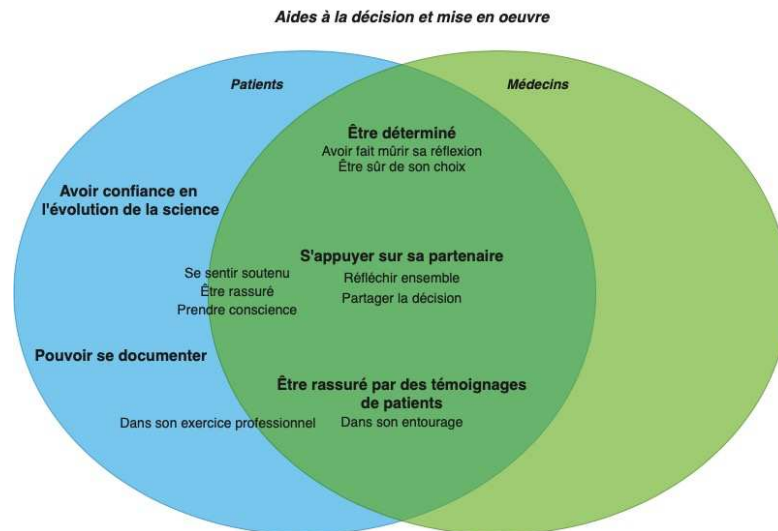
Les patients sont pour le partage de la charge contraceptive et l'inversement des rôles dans le couple. *« Non non moi je, j'estime que dans un couple on est 2, et y'a pas que la femme qui doit donner de sa personne, ou se protéger. » (P5)*

Enfin, les patients ne redoutent pas que la contraception masculine ait un impact sur leur virilité. *« Mais moi ça va pas m'empêcher de devenir mascu, de garder ma masculinité. » (P3)*

Quant aux médecins, ils sont résilients. En effet, ils se disent prêts à changer leurs habitudes de pratique. *« Mais si, si c'était de façon quasi-systématique, essayer de l'aborder avec certains patients, fin dans certaines situations, je pense que oui, ça pourrait, ça pourrait s'inclure dans des consultations. » (M3)*

Ils constatent dans certains cabinets une augmentation des demandes de la part des patients. *« Alors manifestement oui, puisque, on n'avait aucune demande il y a quelques années, et que là j'en ai quand même quelques-uns dans ma patientèle. » (M4)*

B. Aides à la décision et mise en œuvre



Les patients et les médecins s'accordent à dire que les patients se tournant vers une méthode de contraception masculine sont déterminés. Leur réflexion est mûre. « *Par contre, étant donné que pour nous c'est un projet qui est défini, acté, sur lequel on a beaucoup parlé, euh...* » (P4) « *C'est mûrement réfléchi dans leur couple [...]* » (M3) Ce qui les amène à être sûrs de leur choix. « *Ah bah moi c'est acquis hein, je suis pas dans la phase de tâtonnement hein !* » (P3) « *Je, en général, ils viennent avec leur décision déjà, déjà plus ou moins établie.* » (M3)

Pour prendre leur décision, selon les patients ainsi que les médecins, les patients peuvent s'appuyer sur leur partenaire. Ils peuvent réfléchir ensemble. « *[...] c'est à discuter avec ma compagne [...]* » (P8) « *[...] c'était « voilà, j'ai réfléchi avec ma femme, je voudrais avec une vasectomie ».* » (M7) Ils peuvent également partager la décision finale. « *Euh, nous on est bien, on en a re-discuté après, et du coup on s'est dit "bon bah voilà, on lance le pas".* » (P4) « *Là, c'était vraiment une demande du couple.* » (M2) Les patients se sentent soutenus par leur partenaire. Ils se sentent également rassurés par cette dernière. « *Après ça dépend, si je suis avec ma compagne là à ce moment-là, ouais je pourrais peut-être lui en parler aussi [...]* Peut-être aussi pour me

mettre en confiance. » (P1) Chez certains couples, c'est la partenaire du patient qui a permis d'éveiller la conscience de celui-ci. « Bah en fait, c'est au fil de discussions, moi euh, moi je me suis jamais posé la question en fait, de l'impact, des hormones, etcetera. Et c'est ma femme qui m'a amené tout doucement vers une réflexion, à me dire bah... » (P4)

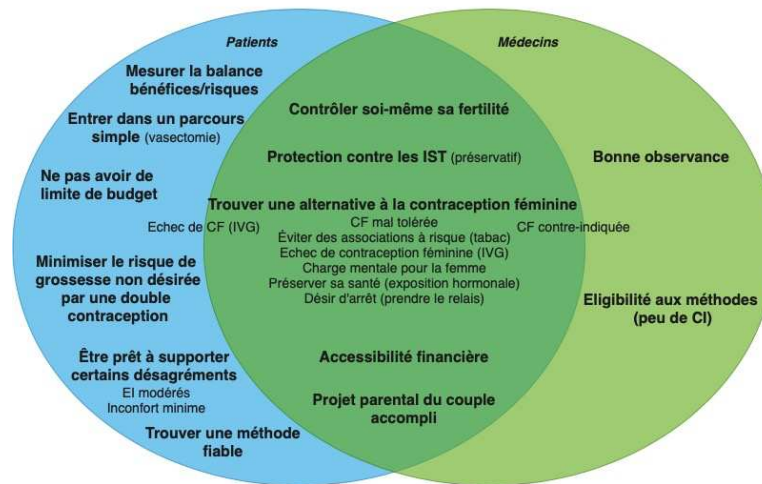
Les patients et les médecins pensent que les patients peuvent être rassurés par des témoignages de patients. Provenant, soit de leur entourage. *« Et d'ailleurs, il y a un copain, j'ai appris il y a environ 5 ans, (prénom et nom de l'ami du patient), qui a fait une vasectomie, y'a, entre 5 ans et, pff, 10 ans. Bon, ça passe vite ! Et il nous a, il est infirmier, donc il nous avait briefés là-dessus. » (P3) « Y'a, souvent, les gens demandent à des gens qui l'ont déjà fait etcetera, y'a des connaissances qui sont acquises comme ça. » (M7) Soit, comme le rapportent certains patients, de leur exercice professionnel. « Parce que moi qui, avec le boulot, comme j'ai fait de la chir ambulatoire, euh, j'en ai fait pendant un an. Je trouve qu'on en faisait de plus en plus. » (P2)*

Les patients expriment avoir confiance en l'évolution de la science. *« Non, y'a pas de raison, fin je pense que la chimie et la biologie évoluent bien, et y'a pas de raison que ce soit mal fait, donc pourquoi pas ! » (P9)*

Enfin, les patients peuvent s'appuyer sur la possibilité de se documenter. *« Moi c'est plutôt ça, il faudrait que je me renseigne là-dessus ! » (P3)*

C. Motivations des patients à l'acquisition d'une contraception masculine

Motivations des patients à l'acquisition d'une contraception masculine



Selon les patients et les médecins, les hommes trouveraient dans la contraception masculine le moyen de prendre le contrôle des naissances, d'éviter de subir les conséquences d'une grossesse non désirée par l'homme. « *Si j'avais une vie dissolue, peut-être que pour éviter de me faire avoir un bébé dans le dos, peut-être que je le ferais quand même !* » (P3) « *Et comme disaient les urologues, on a cette demande, effectivement, d'avoir une certitude, de pas faire des enfants à droite et à gauche.* » (M5)

Les patients et les médecins voient aussi dans la contraception masculine l'intérêt de se protéger contre les IST pour ce qui est du préservatif. « *Un peu en mode, bon le préservatif c'est parce qu'on est pas sûr, parce qu'il y a peut-être des MST, tout ça.* » (P6) « *La meilleure préservation des MST, fin prévention des MST pardon, c'est le préservatif.* » (M4)

Les patients et les médecins considèrent la contraception masculine comme une alternative à la contraception féminine dans certaines situations. Lorsque la contraception féminine est mal tolérée. « *C'était des migraines sur migraines. C'est pas une vie ! C'est, une semaine – dix jours la tête dans le noir, à claquer sa tête dans*

le mur. C'est pas une vie ! Donc non, il fallait qu'on, il fallait qu'on mène des actions, il fallait qu'on fasse quelque chose. » (P5) « Ou qui est intolérante ! Voilà c'est ça, moi je suis sûre que celle qui m'en a parlé elle est intolérante à tous les moyens de contraception. » (M8) Pour éviter des associations à risque avec la contraception féminine. « Alors après, les gens qui, qui, les femmes qui boivent, qui fument, et qui prennent la pilule, le cocktail mortel quoi. » (P2) « Non ! Ah, alors elle fume. » (M4) Pour éviter à la femme une charge mentale. « [...] comme ça on peut laisser les femmes un peu souffler toujours que ça soit sur elles, donc prendre un peu plus les hommes tout simplement. » (P1) « Il veut, aussi, alléger sa compagne, pour que, elle a pris une contraception pendant toutes ces années. » (M3) Pour préserver la santé du couple en leur évitant une exposition hormonale. « Et c'est surtout ce côté, euh, non hormonal ! » (P4) « Pour ne pas prendre d'hormone. » (M2) Lorsque la femme désire arrêter sa contraception. « Alors euh, ma compagne n'utilise pas de, ne veut, ne prend pas la pilule. » (P7) « [...] parce que leur épouse elle parlait d'arrêter la pilule, euh... » (M9) Certains hommes expliquent également avoir pris leur décision après avoir subi un échec de contraception féminine, et après avoir été confronté à une interruption médicale de grossesse. « On en a eu 2 d'accidents hein euh, y'a eu une perte et puis après on a fait une euh, une... » (P5) Les médecins peuvent également proposer une contraception masculine lorsque la contraception féminine est contre-indiquée. « Et également peut-être les contre-indications aux méthodes, aussi, féminines. Je pense que c'est une bonne alternative pour les femmes qui ne peuvent pas utiliser de contraception orale pour des raisons cardiovasculaires notamment ou des choses comme ça, je pense que c'est une bonne alternative. » (M1)

Les patients et les médecins trouvent comme avantage à la contraception masculine son accessibilité financière. « Bon les préservatifs, c'est, c'est typiquement inférieur à

1 euro, euh, pièce hein, donc euh, bon voilà, c'est pas, c'est pas bien méchant. » (P7)

« Bah de toute façon c'est remboursé ! » (M5)

Enfin, ils s'accordent à trouver l'intérêt, pour un couple ayant accompli son désir d'enfants ou ne désirant pas avoir d'enfant, de l'irréversibilité que propose la vasectomie. *« Et du coup là je me dis si mon choix c'est de plus avoir d'enfant, pourquoi j'aurais pas le droit de dire stop, et ma femme pourquoi elle devrait prendre une pilule jusqu'à ses, fin, la préménopause, ou la quarantaine. » (P4) « Bah c'est des hommes qui ne voulaient plus du tout avoir d'enfant par la suite. » (M9)*

Les patients penchent pour la contraception masculine lorsqu'ils en mesurent la balance bénéfices/risques qui leur semble favorable. *« [...] voilà pour avoir l'idée de ce qui est plus avantageux pour l'un, pour l'autre. Et en fait, faut tout mettre dans la balance, pour moi, sur la contraception. » (P4)*

Les patients sont également motivés par le fait d'entrer dans un parcours leur paraissant simple, dans le cadre de la vasectomie. *« [...] pour moi ça relève de quelque chose de très simple en fait. Un acte simple, ouais. » (P4)*

Les patients n'ont pas de limite de budget pour acquérir une méthode de contraception masculine. *« Non, honnêtement, je ne pense pas que l'aspect financier me rebute spécifiquement. » (P6)*

Les patients trouvent un bénéfice à adopter une contraception masculine en plus d'une contraception féminine pour minimiser le risque de grossesse non désirée. *« Bah c'est ça oui, après on peut dire que oui c'est bien mais on peut toujours avoir un accident même si c'est quand même assez rare. Donc c'est vrai que quand on a 2 protections c'est quand même euh, toujours un plus. » (P1)*

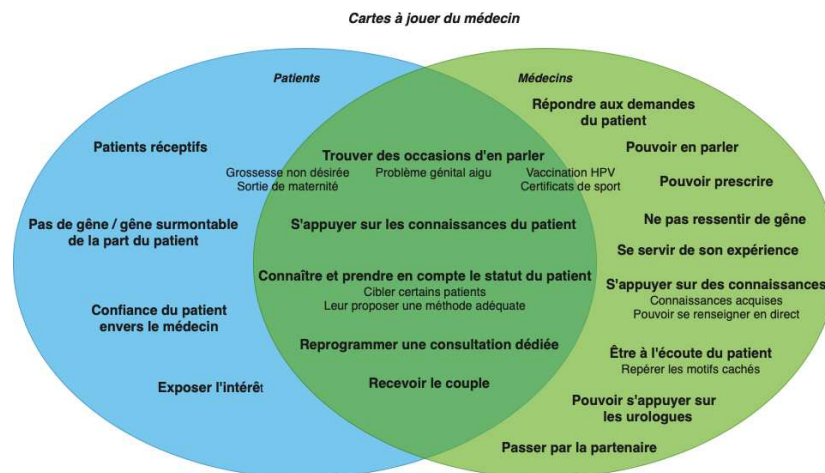
Les patients se disent prêts à supporter certains désagréments de la contraception masculine, notamment des effets secondaires dans la limite du raisonnable. « *Bah si, si c'est, si c'est hormonal, je me poserais quand même des questions sur le lien avec l'état de forme général, et via le sport, euh... [...] Après je pense qu'on peut s'en accommoder, on n'est pas sportifs de haut niveau !* » (P9) Ils sont aussi prêts à tolérer un certain inconfort. « *[...] mais si par exemple c'est un anneau pendant le rapport, je vois pas quel est le, fin pour moi c'est pas un problème.* » (P4)

Enfin, les patients recherchent dans certaines méthodes de contraception masculine la certitude d'une fiabilité. « *Donc y'a un moment on s'est dit on va arrêter un petit peu les, les bêtises, et puis on va essayer de trouver vraiment une autre solution qui est beaucoup plus radicale et sans risque !* » (P5)

De leur côté, les médecins croient en l'observance des patients si ces derniers ont choisi librement d'adopter une méthode de contraception masculine, même si les avis sont partagés. « *Ben, ça dépend comment l'homme est impliqué. Parce que s'il ne veut plus d'enfant, il peut s'impliquer énormément, hein !* » (M5)

Pour finir, les médecins voient dans la contraception masculine, et en particulier la vasectomie, l'avantage que les patients y sont pour la plupart éligibles. « *Après, vasectomie, bah, contre-indication chirurgicale, essentiellement. Pareil, il ne doit pas y en avoir cinquante non plus.* » (M2)

D. Cartes à jouer du médecin



Les patients et les médecins pensent que les médecins devraient trouver des occasions d'en parler, notamment lorsque les patients s'adressent à eux pour un problème génital aigu. « *Mais je pense que s'il y avait eu un moment où le médecin aurait pu faire, c'était vraiment au moment de la rupture de frein. J'avais 16 ans, je découvrais, je suis allé le premier moi tout ça...* » (P6) « *La consultation IST, je pense que ça peut en être une bonne. Parce que si le patient l'évoque, c'est qu'il s'est exposé à un risque, et euh, qui dit risque d'IST, dit souvent risque de grossesse également.* » (M1) Les patients ajoutent que les médecins pourraient en parler en cas grossesse non désirée. « *Je sais qu'elle m'en a parlé une ou deux fois mais sans que l'on vienne dans le même sujet directement. [...] Bah c'est justement quand je lui ai annoncé que mon ex-compagne était enceinte, parce qu'elle savait que j'en avais déjà deux donc on va dire un peu à la rigolade. Et après quand je lui ai ramené, bah, euh, le troisième, là elle en a parlé juste quelques secondes mais sans rentrer dans le détail.* » (P1) Mais aussi à la sortie de la maternité. « *Même juste la présentation de l'enfant au médecin ou des prises sans rendez-vous ou des choses comme ça !* » (P1) Les médecins proposent d'en parler lors de la réalisation du vaccin contre le HPV. « *Alors, euh, peut-être un rappel de Gardasil je pense, quelque chose comme ça. Je ne sais pas. Finalement, ouais, moi je verrai plus ça. Profiter d'une autre occasion.* » (M1) Mais

aussi lors de la réalisation de certificats de non contre-indication à la pratique sportive.

« *Ou les certificats de sport.* » (M6)

Les patients et les médecins invitent le médecin à s'appuyer sur les connaissances du patient. « *Et bah, à la limite, les méthodes que le patient connaît, ou que je connais, euh...* » (P2) « *Ils se sont renseignés un peu partout, mieux que nous j'ai l'impression.* » (M3)

Les patients et les médecins proposent que le médecin cible certains patients. « *Et puis après en fonction des pratiques sexuelles hein, également. Et des changements réguliers de partenaire, ou au contraire une certaine stabilité.* » (P7) « *A l'heure actuelle, je pense que là où on peut un peu renverser la tendance, c'est quand on a des couples qui sont depuis longtemps ensemble, qui n'envisagent plus de grossesse, et que, en fait, ben, la femme a une contraception depuis longtemps, euh.* » (M7) Afin de leur proposer une méthode de contraception adéquate. « *Auquel cas bah, s'il y a des changements quand même fréquents, réguliers, voilà, l'aspect conseil, au moins juste informer des problèmes que ça pourrait potentiellement engendrer. Et des solutions justement de contraception, quoi.* » (P7) « *En fait c'est vraiment, j'essaye de partir de la demande des patients et des patientes. Si euh, si y'a une relation, ils veulent une contraception sur du long terme, y'a pas de projet de grossesse, ils savent qu'ils veulent plus d'enfant... Bah très vite on va discuter vasectomie. Si c'est une relation qui est jeune entre guillemets, et euh, et que ben, y'a des projets de grossesse par la suite et tout ça, alors on peut parler de contraception masculine, mais à ce moment-là on parlera plutôt de préservatif.* » (M7).

Ils proposent tous deux de reprogrammer avec le patient une consultation dédiée. « *Et puis à la limite après, qu'il me revoie en consultation pour éclaircir les questions [...]* » (P2) « *[...] si j'y pensais et que je pouvais reprogrammer une consultation* » (M1)

Enfin, ils notent l'intérêt de recevoir le couple en consultation. « *[...] et même s'il veut venir après en couple [...]* » (P8) « *Les faire venir à 2. Voilà.* » (M8)

Les patients pensent qu'ils seraient réceptifs à une intervention du médecin sur la contraception masculine. « *Bah je serais réceptif, oui !* » (P8)

Ils ne sentiraient pas gênés, ou ressentiraient une gêne qu'ils sauraient surmonter. « *Mais bon clairement, chez le médecin il faut en parler librement.* » (P5)

Ils portent toute leur confiance au médecin. « *[...] mais après, je, je voue tout à mon médecin traitant.* » (P4)

Enfin, ils pensent que le médecin devrait leur exposer l'intérêt d'une contraception masculine. « *[...] mais c'est de leur rôle propre de me le proposer [...]* » (P4)

Quant aux médecins, ils pensent qu'ils devraient tout d'abord répondre aux demandes des patients. « *Après, voilà, si après un patient me le demande, il n'y a aucun problème. Et euh, voilà, je l'aiderais, je l'accompagnerais.* » (M1)

Les médecins se disent prêts à parler de contraception masculine. « *Et on en parlera de plus en plus [...]* » (M5)

Ils peuvent également utiliser la possibilité de prescription dont ils jouissent. « *Et quand ils me le demandent je prescris [...]* » (M6)

Tout comme les patients, ils ne ressentiraient pas de gêne à en parler, mais uniquement si la demande émane du patient. « *Aucune gêne ! Ah non non non. Il n'y*

a aucune gêne au cabinet. Fin aucune réticence, aucune, fin... Voilà. On doit parler de tout dans un cabinet médical. » (M4)

Pour cela, ils peuvent se servir de leur expérience. *« Moi j'ai un patient qui est passé par là, il m'avait un peu initiée. J'ai dit "bah maintenant je sais ce que c'est, je pourrai un petit peu plus épauler..." » (M5)*

Ils peuvent également s'appuyer sur les connaissances qu'ils ont acquises par leur passé. *« Oui, aujourd'hui, on va dire oui. Parce que je suis allée au séminaire de vasectomie. Ça c'est vrai que ça m'a rassurée d'y aller ! » (M5)* Ils peuvent aussi se renseigner rapidement lorsqu'ils sont face à un patient. *« Mais bon, c'est vrai que si j'avais le tour d'un patient qui me posait la question, je me renseignerais en live en fait, hein. » (M1)*

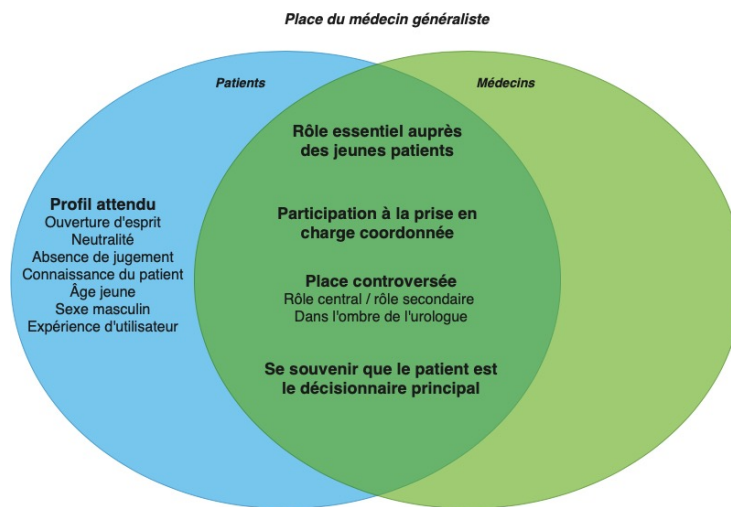
Ils voient la nécessité d'être à l'écoute du patient lors d'une consultation, afin de repérer des motifs cachés. *« Et la question se pose parfois, quand, fin ils me tendent plus ou moins une perche en parlant d'autre chose, et c'est l'occasion de parler de leur sexualité, de leur contraception aussi. » (M3)*

Ils sont rassurés par l'appui qu'ils trouvent auprès des urologues, qui sont facilement disponibles. *« Si je sais que c'est un urologue qui pratique, avec qui j'ai jamais de problèmes, non, ça ne me gêne, c'est pas frein, non ! » (M8)*

Enfin, ils voient dans la partenaire du patient la possibilité de toucher ce dernier. *« Je peux en parler aussi directement avec une dame, qu'elle le propose aussi avec son mari, et que j'en discute par la suite avec lui. » (M2)*

VI. Rôle du médecin généraliste

A. Place du médecin généraliste



Selon les patients et les médecins, le médecin généraliste joue un rôle essentiel auprès des jeunes patients. « *Qu'il explique aussi toutes les méthodes de contraception qu'il pourrait y avoir aussi. Parce que je pense qu'arrivé à un certain âge, on va dire, juste à l'âge adulte ou vraiment à la majorité quoi, on va dire on est bête, on peut dire ça comme ça quoi. Et on ne connaît pas tout non plus les contraceptions qu'il peut y avoir à ce moment-là.* » (P1) « *J'ai l'impression que c'est une demande chez la population plus jeune. Et je pense que les, les très très jeunes, se posent.* » (M3)

Ils s'accordent à dire que le médecin généraliste a un rôle de référent médical. Il participe à la prise en charge coordonnée du patient. « *Fin je veux dire, même si demain c'était un problème de sexualité, c'est important que j'en parle à mon médecin généraliste avant. En fait, je vois pas le, je, malgré mon, malgré mon boulot, pour moi ça reste lui qui reste gérant de mon dossier, en fait.* » (P4) « *Après, je fais partie de leur parcours de soins, donc euh, m'informer aussi.* » (M3)

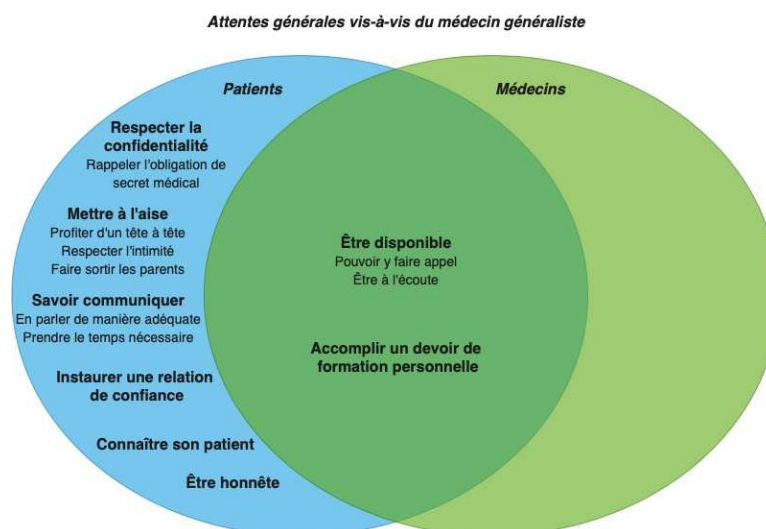
Cependant, patients comme médecins sont ambivalents sur la place que tient le médecin généraliste. Certains s'accordent à dire qu'il est en première ligne dans la consultation de contraception masculine. « *Je prendrai pas de décision, j'aurais pas pris de décision dans son dos, ou... Quoi que ce soit. Fin c'est mon médecin traitant qui reste le prescripteur de ma famille. Donc à partir de ce moment-là je l'écoute. Donc si mon médecin tr...* » (P4) « *Et donc je pense que c'est au généraliste d'aborder le sujet [...]* » (M1) D'autres voient le médecin généraliste en seconde ligne, relayé derrière l'urologue. « *Parce que en fait de base j'ai voulu contacter un urologue, sur Doctolib. Et donc j'avais pris un rendez-vous, tout ça. Puis arrivé au jour du rendez-vous, il me dit que, j'ai, il a absolument besoin d'un papier du médecin généraliste, qui me dirige vers lui. On peut pas prendre rendez-vous directement avec lui.* » (P6) « *Très franchement, dans ce cas-là, je pense qu'ils attendent juste un courrier, pour voir le, pour voir le spécialiste.* » (M3)

Enfin, les patients et les médecins insistent sur le fait que le patient reste le décisionnaire principal. « *[...] après le patient reste, reste maître de ce qu'il veut faire. Donc le médecin il peut pas l'obliger, si il veut faire telle opération, que le médecin ne veuille pas, et puis...* » (P2) « *Je dirais déjà les choix personnels, je pense au choix des couples [...]* » (M1)

Les patients attendent du médecin qu'il présente un certain profil. Ils notent l'importance de l'ouverture d'esprit du médecin. « *[...] mais moi je suis plus, je serais plus à l'aise avec, ouais un médecin, euh, pas forcément sorti, mais euh, avec un état d'esprit dans le coup !* » (P3) **De sa neutralité.** « *Ou pour des convictions. Comme lui, des convictions... Ses convictions, ça viendrait interférer sur mes convictions. Moi je veux un, une réponse objective !* » (P3) **Ainsi que de son absence de jugement.** « *[...] mais je pense que c'est hyper important pour les jeunes de mettre en confiance, de*

bien aussi rappeler que c'est vraiment [...] que y'a pas de jugement [...] » (P8) Les patients préfèrent connaître le médecin à qui ils s'adressent. « Alors clairement, c'est parce que je connais Madame (nom du médecin traitant) depuis plus de 20 ans ! [...] Mais j'avoue que ça aurait été une femme, une nouvelle doctoresse depuis 1 an ou 2, j'aurais été plus réservé. » (P5) La plupart des patients expriment une préférence pour un jeune médecin. « Donc là, moi, mon médecin c'est, elle est sympa, c'est une petite jeune, donc je pense qu'elle est là-dedans, y'a des sujets que j'aborderais plus facilement avec elle qu'avec un médecin en fin de carrière. » (P3) Certains patients préfèrent avoir affaire à un médecin de sexe masculin, bien que cet avis soit controversé. « Ben honnêtement oui, je pense ! Surtout que mon médecin est une femme. Et je sais que c'est peut-être un peu, je sais pas, rétrograde, tout ça. Mais en tout cas je suis plus à l'aise avec un homme, dès qu'on a, dès qu'on parle de sexualité. » (P6) Enfin, quelques patients apprécieraient le fait que le médecin en parle en tant qu'utilisateur. « Peut-être qu'il soit utilisateur, ça met en confiance ! [...] Mais c'est toujours gage de confiance d'avoir quelqu'un du corps médical qui est utilisateur de la solution. » (P9)

B. Attentes générales vis-à-vis du médecin généraliste



Les patients et les médecins expriment comme condition pré-requise à la consultation de contraception la disponibilité du médecin. Ils notent l'importance de pouvoir faire appel au médecin. « *Franchement, un super médecin généraliste, disponible, à l'écoute.* » (P4) « *Qu'on est, qu'on est le premier, normalement, la première personne. Qu'il faut pas hésiter, même pour la sexualité, à parler à son médecin traitant.* » (M3) Et que ce dernier soit à l'écoute. « *Non mais, il aurait une écoute.* » (P3) « *Euh, et puis, euh, ensuite, euh, l'écoute du patient.* » (M4)

Selon les patients et les médecins, le médecin a un devoir de formation personnelle à accomplir. « *Donc je pense que comme il prend pas mal d'informations et qu'il les prend régulièrement, moi ça serait peut-être toujours le plus qui me ferait prendre la décision.* » (P1) « *Bah, s'il y a des nouvelles, nouveaux systèmes, c'est de nous être formés pour après donner l'information au patient.* » (M9)

Les patients attendent du médecin qu'il respecte la confidentialité. Ils aimeraient que le médecin rappelle au patient l'obligation de secret médical à laquelle il est soumise. « *[...] bon y'a le secret médical [...]* » (P7)

Les patients soumettent l'importance que le médecin les mette à l'aise. Ils proposent que le médecin profite d'un tête-à-tête avec le patient pour évoquer le sujet. « *Alors qu'avec le médecin, y'a un côté tête à tête, dans la chaleur d'un cabinet, tout ça, fin.* » (P6) Ils attendent du médecin qu'il respecte l'intimité du patient. « *Pour qu'ils se retrouvent vraiment seul avec le médecin, donc, donc créer une intimité.* » (P8) Ils invitent le médecin à faire sortir les parents lors d'une consultation avec l'adolescent. « *Et s'ils sont accompagnés, déjà demander euh, aux parents de sortir.* » (P8)

Les patients attendent du médecin qu'il sache communiquer. D'abord, qu'il en parle de manière adéquate. « *Et après, faire ave, faire plus attention, en employant des mots*

peut-être vraiment doux. Et après faut s'adapter au public. » (P8) Ensuite, qu'il accorde aux patients le temps nécessaire. « Donc euh, enfin lui dire que c'est normal, que, fin lui, fin prendre du temps pour vraiment lui expliquer. » (P8)

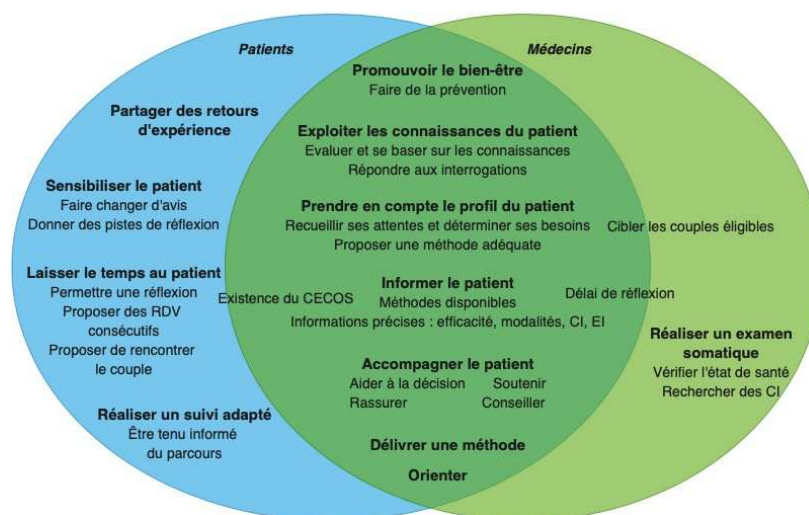
Les patients souhaitent que le médecin instaure une relation de confiance entre eux. « Une confiance qui doit s'installer entre le patient et le médecin. » (P1)

Les patients attendent du médecin qu'il connaisse son patient. « Bah peut-être pas toute la vie privée mais en tout cas bien le connaître oui, s'il a des enfants, au niveau de sa compagne ou des choses comme ça. C'est toujours un plus, c'est toujours un plus pour le médecin. » (P1)

Enfin, les patients désirent que le médecin soit honnête. « Je pense qu'il faut être honnête avec le public. » (P4)

C. Missions du médecin généraliste en termes de contraception masculine

Missions du médecin généraliste en termes de contraception masculine



Les patients et les médecins pensent que le médecin généraliste devrait promouvoir le bien-être, notamment en faisant de la prévention. « Auquel cas bah, s'il y a des changements quand même fréquents, réguliers, voilà, l'aspect conseil, au moins juste

informer des problèmes que ça pourrait potentiellement engendrer. » (P7) « Bah, le rôle, c'est la prévention. Des grossesses non désirées, la première. Hein, donc c'est quand même la première. Euh, la deuxième, c'est le bien-être féminin. Euh, mais, le bien-être du couple aussi, puisque de toute façon, voilà, ça va de pair. » (M4)

Les patients et les médecins s'accordent à dire que le médecin devrait exploiter les connaissances du patient. En commençant par évaluer les connaissances du patient et se baser sur celles-ci. *« Et bah, à la limite, les méthodes que le patient connaît, ou que je connais, euh... » (P2) « C'est ce que j'essaye de faire de manière générale, c'est de demander aux gens « bah qu'est-ce que vous avez, qu'est-ce que vous savez de la technique ? », « qu'est-ce que vous en connaissez ? », et puis euh, ben il reste souvent des petits trous à combler, mais généralement ils sont bien renseignés, hein. » (M7) Puis en répondant aux interrogations du patient. « [...] qu'il me revoie en consultation pour éclaircir les questions » (P2) « [...] de répondre à leurs questions [...] » (M8)*

Les deux parties attendent du médecin qu'il prenne en compte le profil du patient. Le médecin devrait recueillir ses attentes et déterminer ses besoins. *« Ben en posant des questions, beaucoup de questions, sur est-ce qu'ils ont des enfants, combien de temps ça fait avec leur compagne, est-ce qu'ils veulent à nouveau des enfants, comment ça se passe, enfin un peu comme vous me dites dans votre entretien. Poser des questions pour vraiment essayer de déterminer les envies et les besoins, surtout de, du patient. » (P8) « J'essaye d'explorer la relation dans laquelle il est actuellement : est-ce que c'est une relation longue, est-ce qu'il y a un désir de grossesse, euh, quel est le projet du couple... » (M7) Ensuite, le médecin devrait proposer au patient une méthode adéquate. « Et des solutions justement de contraception, quoi. » (P7) « [...] écouter le patient, essayer de l'orienter au mieux en fonction de ce qu'il nous dit. »*

(M4) Selon les médecins, le médecin devrait cibler les couples éligibles aux méthodes de contraception masculine, notamment à la vasectomie. *« A l'heure actuelle, je pense que là où on peut un peu renverser la tendance, c'est quand on a des couples qui sont depuis longtemps ensemble, qui n'envisagent plus de grossesse, et que, en fait, ben, la femme a une contraception depuis longtemps, euh. Ou bien y'a une ligature tubaire qui a été envisagée, mais y'a même pas de vasectomie qui a été envisagée, ça n'a même pas été envisagé en couple, ou c'était même pas connu. »* (M7)

Les patients et les médecins considèrent que le médecin doit informer le patient. Il doit leur présenter les méthodes de contraception masculine existantes. *« [...] et le tenir informé de tout ce qui peut exister. »* (P8) *« Donc, et quand on parle de contraception, bah ils attendent qu'on les éclaire sur les différentes méthodes [...] »* (M4) Il doit leur délivrer des informations précises sur leur efficacité, leurs modalités, leurs contre-indications, leurs effets indésirables. *« Euh, sinon, comment est-ce que, quelles informations j'aurais aimées... Un détail, je pense, sur les différentes méthodes qui existent, leurs contraintes et leurs avantages aussi. »* (P6) *« Donc, et quand on parle de contraception, bah ils attendent qu'on les éclaire sur les différentes méthodes, et les différents inconvénients et bénéfices de cette méthode. »* (M4) Les patients pensent que le médecin devrait les informer de l'existence du CECOS. *« Et puis euh, bah pas, faut pas hésiter d'envoyer un petit mail bien explicatif avec un document, au patient, comment ça marche, la grille des tarifs, les ceci, les cela, les durées de fiabilité. [...] Euh, les températures de conservation tout ça, c'est quand même un, c'est quand même un truc assez précis. »* (P5) Les médecins considèrent qu'ils doivent informer le patient du délai de réflexion. *« Après je leur dis « y'a un délai de réflexion de 4 mois ».* » (M9)

Les 2 parties notent dans les rôles du médecin l'accompagnement du patient. Le médecin doit aider le patient à prendre sa décision. « *Ça sera toujours un plus pour savoir si on a la bonne décision à prendre je dirai !* » (P1) « *Après, pour la dé, souvent, c'est pour les aider à prendre la décision.* » (M7) Le médecin doit soutenir le patient, l'épauler. « *[...] et, et euh, je pense que ça peut être vraiment un moteur, d'un point de vue, euh, sécurisant.* » (P8) « *Je l'ai encouragé.* » (M5) Le médecin doit rassurer le patient, dédramatiser. « *Vraiment, rassurer le patient [...]* » (P8) « *Les rassurer.* » (M9) Il tient également un rôle de conseil auprès du patient, il peut lui donner son avis. « *Bah je pense après juste nous indiquer ou nous conseiller aussi.* » (P1) « *[...] je pense qu'on est là en tant que conseil [...]* » (M3)

Les patients et les médecins pensent qu'un des rôles du médecin généraliste est de délivrer une méthode contraceptive au patient. « *Et donc il faisait une prescription, et puis euh, et puis on pouvait aller chercher des boîtes à la pharmacie gratuitement.* » (P8) « *C'est intéressant, ouais ! Plus nous qui puissions prescrire.* » (M2)

Enfin, ils pensent tous deux qu'adresser le patient à un confrère est l'un des rôles du médecin généraliste. « *Donc c'est toujours lui qui m'orientera [...]* » (P4) « *Moi je les adresse aux urologues [...]* » (M4)

Les médecins ajoutent à leur rôle à jouer la réalisation d'un examen somatique. Cet examen consisterait à vérifier l'état de santé du patient et repérer d'éventuelles contre-indications à la mise en place d'une méthode contraceptive. « *Bah déjà, comme d'habitude : le profil, les antécédents... Savoir s'il n'y a pas d'autres contre-indications pour la suite...* » (M2)

Les patients attendent du médecin qu'il partage des retours d'expérience de sa patientèle. « *Maintenant, c'est sympa d'entendre que, elle a eu des cas, et que y'a eu, y'a pas eu de complication.* » (P3)

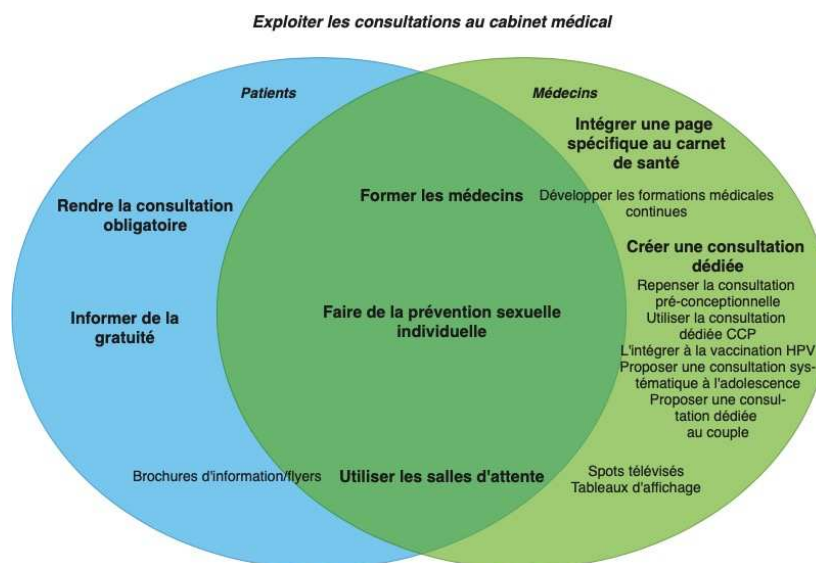
Les patients pensent que sensibiliser le patient fait partie des rôles du médecin. Ils pensent que le médecin a comme rôle de faire changer d'avis le patient. « *Ouais, je vais pas rester enfermé sur les idées que j'ai, donc je serai toujours bien de rester ouvert d'esprit et savoir comment ça va se passer etcetera.* » (P1) Tout comme lui livrer des pistes de réflexion. « *Je pense que le médecin traitant aurait pu apporter un peu d'ouverture et de diversité sur les méthodes qui existent, ou qui sont en voie d'exister, pour pas simplement se cantonner au préservatif masculin qui est la solution peut-être de la facilité.* » (P9)

Les patients souhaitent que le médecin leur laisse le temps, dans le but qu'ils puissent mener une réflexion. « *Euh, lui, ouais alors, fin lui expliquer je pense que c'est bien, puis ensuite le laisser, lui laisser le temps de réfléchir euh, et lui proposer une autre consultation, pour euh, fin pour lui laisser le temps aussi de digérer, bien réfléchir à tout ce qu'il vient d'entendre.* » (P8) Ils attendent du médecin qu'il propose au patient des rendez-vous consécutifs. « *Et puis à la limite après, qu'il me revoie en consultation pour éclaircir les questions, et si je suis intéressé pourquoi pas franchir le pas quoi.* » (P2) Mais également qu'il propose de recevoir le couple en consultation. « *[...] et même s'il veut venir après en couple [...]* » (P8)

Enfin, les patients attendent du médecin qu'il réalise le suivi adéquat. Pour eux, il est essentiel que le médecin se tienne informé du parcours du patient. « *Un peu de tout je dirais, vraiment que ça soit bien suivi par le médecin [...]* » (P1)

VII. Perspectives

A. Exploiter les consultations au cabinet médical



Les médecins et les patients s'accordent sur l'importance de promouvoir la formation du médecin à la contraception masculine. « Plus le, parce qu'elle connaît bien aussi les, ces méthodes-là aussi ! Donc je pense que comme il prend pas mal d'informations et qu'il les prend régulièrement, moi ça serait peut-être toujours le plus qui me ferait prendre la décision. » (P1) « Ben, je, je pense que nous, on devrait être un petit peu mieux formés là-dessus. » (M3) Les médecins insistent sur la place de la formation médicale continue. « Ah ouais ! Un labo qui organiserait ou une formation continue, mmh mmh... » (M2)

Les médecins comme les patients notent l'importance de réaliser des actions de prévention sexuelle au cabinet. « Oui oui je pense, et puis même au niveau préventif, je pense que ça serait même bien de faire euh, plus intervenir, fin de, en France en général, de faire plus de prévention sur, sur les moyens de contraception, sur les risques, sur euh, sur les maladies aussi, je pense que c'est hyper important [...] » (P8) « Bah, le rôle, c'est la prévention. » (M4)

Ils proposent tous deux d'utiliser les salles d'attente. *Via des brochures d'information ou flyers pour les patients. « Alors après il y a les prospectus, fin les petits flyers à la limite, histoire de, histoire que je me renseigne, que je sois renseigné. » (P2) Via des spots télévisés ou par le biais de tableaux d'affichage à destination des garçons, les informant de la possibilité d'une rencontre. « Mais au moins tout il y a un visuel, et puis après ils m'en parlent hein déjà, ils disent "tiens on a vu ça sur la télé Docteur!". Je dis oui, des informations dans la salle d'attente, ça c'est bien. » (M5) « Donc, ouais c'est bien, et ouais à la fois pour garçon et fille, mais vraiment faire un topo exprès pour les garçons, parce que si on met les 2, ça va zapper ! » (M8)*

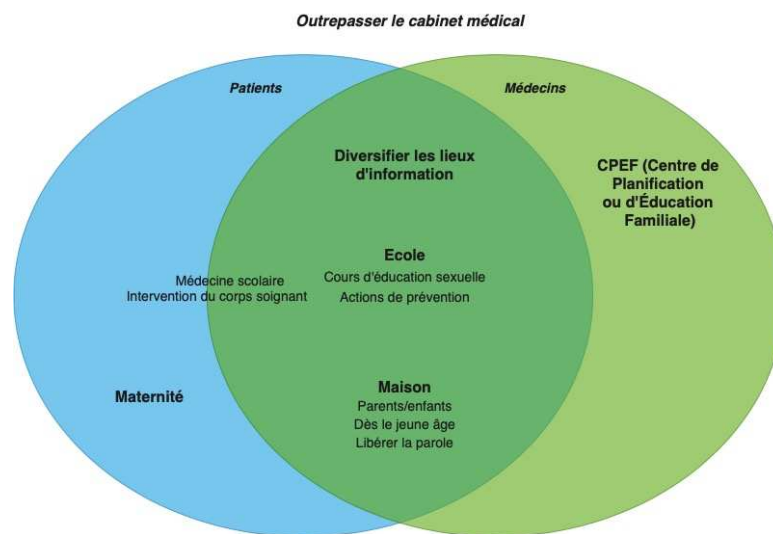
Les patients notent l'importance d'informer l'ensemble des patients de la gratuité du préservatif. *« Parce que, bah c'est pareil, les préservatifs, ça peut coûter, et quand on est jeune, on n'a pas forcément les moyens, ou alors euh, on peut prendre des risques inutilement, alors que si on savait que ça existait, on irait plus facilement chez le médecin pour avoir, euh, des préservatifs gratuits. » (P8)*

Enfin, ils proposent de rendre la consultation de contraception obligatoire. *« Et dire bah, "venez", fin que ce soit quelque chose entre guillemets de, de, d'obligatoire. On en parle aux filles et on leur, presque oblige, à 18 ans, fin voilà, on leur dit "prends tes hormones, prends tatati, prends tatata", bah pourquoi on le fait pas pour les garçons ! Sous le même euh, sous le même juge, en fait. » (P4)*

De leur côté, les médecins proposent d'intégrer au carnet de santé une page spécifique concernant la contraception. *« Et euh, peut-être chez l'adolescent euh, en parler plus systématiquement. Je sais pas si dans le carnet de santé il y a une petite case qui dit qu'on en a parlé, je suis pas sûre. » (M6)*

En outre, les médecins proposent de créer une consultation spécifique. Il est selon eux possible de repenser la consultation pré-conceptionnelle. « [...] surtout, faire une consultation de couple parce que du coup ça existe plus, fin il y avait la consultation avant pré-conceptionnelle qui permet de voir les 2 ! » (M6) D'utiliser la consultation dédiée par la CCP. « C'est vrai que, on nous a sorti une consultation, euh, du jeune ! Enfin, surtout, enfin nous on la faisait, premier, première consultation contraception chez la jeune fille, euh, on a une consultation spécifique ! Et ils nous l'ont sortie pour les garçons. » (M8) D'intégrer une consultation de contraception à la vaccination contre le HPV. « La vaccination pour le papillomavirus ! Ça peut être une bonne occasion ! Comme maintenant on vaccine aussi les garçons. Donc c'est l'occasion d'en parler, là il y aura aussi les parents qui seront là, donc ça peut être une bonne occasion. » (M9) Ou de proposer une consultation systématique à l'adolescence. « Alors, idéalement, euh, normalement, la Sécu nous conseille de faire un, un... Un bilan avec les, les ados, autour de quinze-seize ans. » (M3) Enfin, ils proposent d'inviter le couple à se rendre à une consultation dédiée. « [...] quand la femme pose une question sur la contraception, proposer de les recevoir à 2 pour discuter des différentes possibilités peut-être » (M6)

B. Outrepasser le cabinet médical



Les médecins et les patients s'accordent sur l'importance de diversifier les lieux d'information. « *Mais non, je pense que la, c'est au-delà des médecins, c'est la société !* » (P3) « *Je pense que l'éducation à la santé sexuelle, elle dépasse les cabinets de médecine, et elle doit sortir des cabinets de médecine.* » (M7)

Ils proposent tous deux d'exploiter la scolarité des enfants, en leur dispensant des cours d'éducation sexuelle et en menant des actions de prévention à l'école. « *Et après, euh... Ouais, peut-être en parler au niveau, je sais pas, des, oui, des informations dans les collèges et tout ça, fin dès le début.* » (P9) « *Et je dis, faut éduquer aussi à l'école, oui, faut...* » (M5) De plus, les patients proposent de faire intervenir la médecine scolaire ainsi que des membres du corps soignant dans les écoles. « *[...] mais j'avais eu une grosse conversation là-dessus, sur la contraception en général, via la médecine, la médecine scolaire. J'avais eu un rendez-vous plus ou moins obligatoire sur Lille à, au moment où j'étais en BAC+3. Et là la conversation était mi-axée sur l'alcool mi-axée sur la contraception. Donc c'est un moment où il y avait eu une grosse piqûre de rappel.* » (P9) « *Non, je pense que c'est bien de les avoir, euh, assez jeune. Mais il faudrait que, fin qu'il y ait des, des, fin des rappels tous les ans, et, vraiment insister, et, expliquer, et peut-être que, que ça soit fait par... Par euh,*

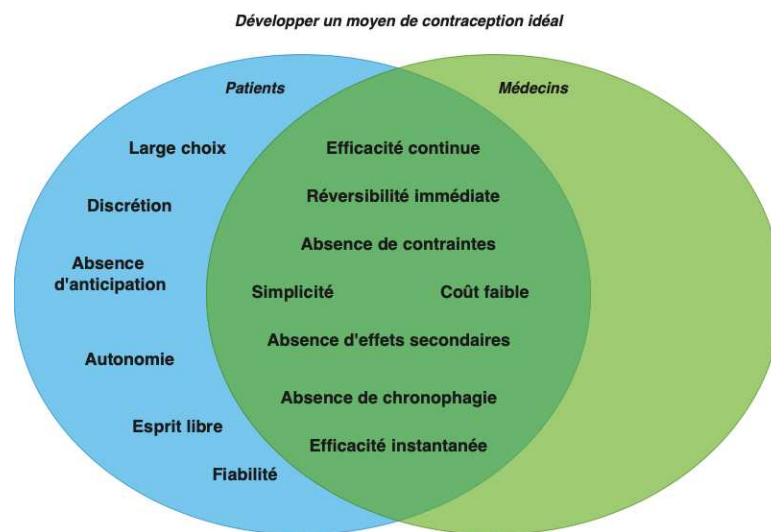
d'autres personnes. Comme des infirmières, ou, fin, des gens qui... Ouais, alors plusieurs membres du corps soignant ! Fin médecins, infirmières, tout ça... » (P8)

Les médecins et les patients réalisent aussi l'importance d'introduire la contraception masculine à la maison, en passant par des discussions entre parents et enfants. « *C'est-à-dire que bah, à 16 ans peut-être en parler, avec la maman, donc peut-être bah pour un garçon avec le papa. » (P4) « [...] et puis les mamans qui disent ben, et les papas qui disent "ben la contraception n'est pas que chez la femme, elle doit être chez l'homme aussi". » (M5) Cela dès le jeune âge. « Donc euh, on a toujours été dans, dans le dialogue avec des enfants depuis le temps qu'ils sont petits hein. Donc bah ça aide aussi. » (P5) « Ah, les hommes, il faut les, dès la naissance, il faut les éduquer. Faut éduquer ! » (M5) Ils retiennent la nécessité de libérer la parole. « C'est très important ! Très important. Euh... Moi euh, mes enfants, tout le monde le sait euh, mes parents le savent euh, ma famille le sait... » (P5) « Bah au moins, ça permet peut-être aux parents d'en parler après à la maison. Euh, peut-être les enfants osent pas parler de ça devant leurs parents, si on en a parlé devant leurs parents, ils seront peut-être plus à l'aise après à en parler ! » (M9)*

De leur côté, les patients proposent également de dispenser une information sur la contraception masculine à la maternité. « *Alors je vous dirais soit à la maternité, une fois que... [...] Mais souvent les papas sont là avec la maman, donc c'est là où tu peux les, leur parler, les interpeller. » (P2)*

Et pour les médecins, il serait profitable d'exploiter les Centres de Planification ou d'Éducation Familiale. « *Et euh, ben, par exemple, les conseillères conjugales qui sont dans un centre de planification, qui font les interventions pendant la scolarité, bah elles ont un rôle médical qui est immense, quoi. » (M7)*

C. Développer un moyen de contraception idéal



Les médecins et les patients imaginent un moyen de contraception idéal.

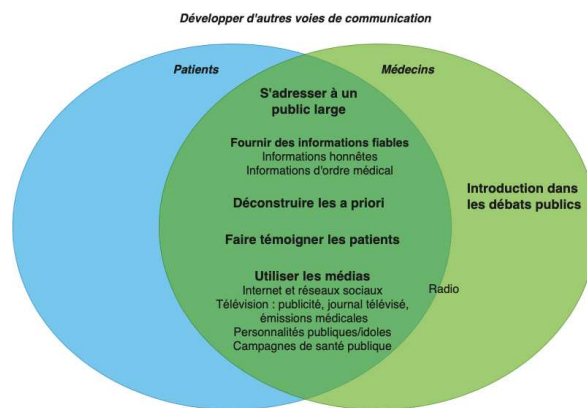
Ils aimeraient que soit promue une méthode de contraception avec une efficacité continue. « *Donc euh, un peu comme un stérilet pour homme, fin à long terme, qui, fin auquel on touche plus. Euh, ça serait, ouais, ça serait quelque chose de durable euh [...] » (P8) « L'implant j'trouve c'est pas mal, il y a pas de prise quotidienne [...] » (M6)*

Ils souhaiteraient que cette contraception soit réversible immédiatement. « *[...] réversible euh, à ma guise » (P8) « Mais, pour les nouvelles méthodes, de façon générale, il faut qu'elles soient réversibles, même assez rapidement. » (M1) Ils apprécieraient une absence de contraintes. « Peu contraignante. » (P8) « Je pense qu'ils ne feront pas un médicament contraignant pour ce genre de chose. Surtout pour l'homme. » (M2) Ce moyen devrait être simple. « *[...] la facilité [...] » (P7) « Voilà, un truc, un truc simple quoi ! » (M9) Il aurait un faible coût. « Et ça serait quelque chose de peu coûteux... Mais bon, ça encore une fois c'est un détail, mais à choisir l'idéal de la contraception, je préfère que ça me coûte rien ! » (P8) « Pas cher ! » (M6) Il ne présenterait pas ou que très peu d'effets secondaires. « Une contraception qui me change pas trop. Qui modifie pas, euh, mes envies, qui modifie pas, euh, euh, euh, fin qui ne joue pas sur mon poids, sur mon humeur, sur euh, sur tous ces fac, fin sur**

plusieurs facteurs. » (P8) « Ben moins d'effets secondaires [...] » (M6) Le moyen de contraception idéal ne serait pas chronophage. « L'injection moins que la pilule ! Vous voyez, parce que je me dis que l'injection, je sais pas, c'est peut-être une fois par jour, ou, ou à l'inverse c'est peut-être une fois par semaine [...] » (P4) « [...] pas trop chronophage et euh... Et euh, peut-être pas une prise quotidienne. » (M6) Son efficacité serait instantanée. « Bah encore une fois, vous, vous l'utilisez juste un petit peu avant, euh, le rapport sexuel, voilà. Donc en termes de timing, c'est un petit peu instantané, quoi. » (P7) « Parce que voilà c'est, les jeunes, ben ils ont des rapports, ils ont pas d'enfant, ils veulent un enfant ils arrêtent, ils ne veulent pas d'enfant ils reprennent. » (M9)

De leur côté, les patients aimeraient que le choix soit large, laissant un maximum de possibilités aux patients. « Après, c'est sûr que si, si y'a une diversité euh, de solutions qui arrivaient sur le marché, un peu comme pour les femmes, fin sur les différentes voies, sur les implants, sur différentes durées entre des ré-applications, ça pourrait être intéressant pour s'adapter, s'adapter à chacun et aux habitudes [...] » (P9) Les patients ajoutent à cela qu'ils aimeraient que ce moyen soit discret. « C'est vrai qu'un anneau visuellement par exemple ça se voit, le slip chauffant bah pareil ça se voit [...] » (P4) Ils souhaiteraient ne pas avoir à anticiper. « Y'a pas à anticiper, par exemple, "qu'est-ce qu'on va faire ce soir", ou ce genre de choses. » (P7) Ils aimeraient être autonomes, autrement dit pouvoir auto-gérer leur contraception. « Mais à partir du moment où c'est une injection, je me dis que déjà je peux la faire moi-même. » (P4) Et surtout, avoir l'esprit libre. « En fait euh, pour moi, idéale, c'est de pas y penser. C'est, c'est de pas s'en soucier, en fait. » (P4) Enfin, ce moyen aurait une fiabilité inégalable. « Euh, ça serait une contraception, euh, très fiable. Fin... Hyper fiable ! » (P8)

D. Développer d'autres voies de communication



Les médecins et les patients proposent de développer de nouvelles voies de communication dans le but de cibler un public large. « *Un peu plus euh, ce serait bien quand même un peu plus de prévention, qu'on en parle un petit peu plus, fin, voilà...* » (P4) « *Et je pense que chez les hommes, si on en parle davantage, si on dit "bah y'a pas que la pilule pour les femmes, y'a pas que le préservatif, il peut y avoir autre chose", euh, voilà. Mais il faut, il faut en parler.* » (M4)

Ils s'accordent pour noter l'importance de la fiabilité des informations. Il faut délivrer à l'ensemble de la population des informations honnêtes et d'ordre médical. « *[...] fin je pense qu'il vaut mieux croire un médecin ça c'est sûr, que des vidéos sur Internet.* » (P8) « *Euh, mais moi, je suis pas sur tous ces réseaux-là, donc j'explique. Je recadre toujours avec un discours scientifique, en disant "moi je me base sur des références scientifiques, et si votre boucher vous dit d'aller vous jeter dans la rivière, vous n'allez pas y aller".* » (M4)

Ils pensent qu'il est important de déconstruire les *a priori*. « *Et je pense qu'il faut un peu casser les codes ! Euh... Pour moi, c'est un problème d'image, en fait.* » (P4) « *Bah déjà dans un premier temps d'arrêter de considérer que c'est un état de fait, que ce soit la femme qui porte la contraception... Et puis euh, donc arrêter de considérer que la contraception doit forcément être portée par les femmes.* » (M7)

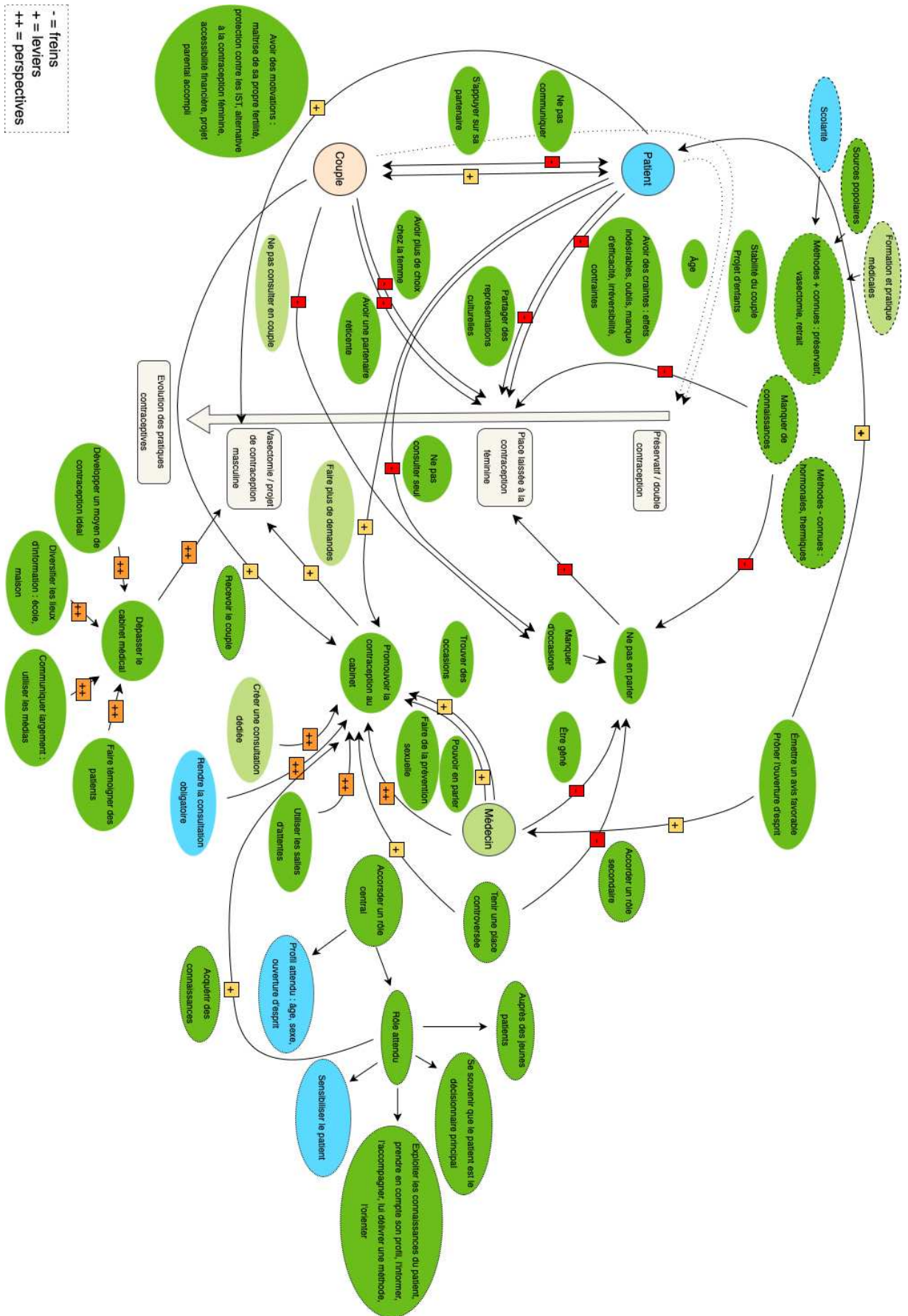
Ils évoquent la possibilité de faire témoigner des patients. « [...] après bouche-à-oreille je pense hein. Moi après je suis sûr que, si je le fais et que ça se passe bien, moi on en parle des fois avec des amis, on est plusieurs, franchement, à, à se, à le faire. » (P2) « Les autres leviers à mon avis ce sont les témoignages des gens qui ont... » (M4)

Ils suggèrent surtout l'idée d'utiliser les médias. D'abord Internet et les réseaux sociaux, avec une méfiance vis-à-vis de ces derniers à préserver. « C'est plus ça je pense qui a un impact sur les gens. C'est parce que les gens passent énormément de temps sur les réseaux sociaux, à regarder des vidéos courtes, concises, et je pense que, ils, ils se tournent plus vers les technologies pour se renseigner là-dessus. » (P8) « Je pense que pour ça, les réseaux sociaux peuvent avoir un, au moins dire « voilà c'est ça qui existe, vous pouvez consulter votre médecin », ça peut être un bon apport ! » (M9) Ensuite la télévision par le biais de la publicité, du journal télévisé et des émissions médicales. « Donc il faut le faire intelligemment euh, un petit peu d'émissions à droite à gauche, ne serait-ce que 10 minutes au 13 heures hein quelques fois hein. Euh, c'est comme ça qu'on arrive à toucher du monde. » (P5) « Des spots télé, des, euh... Je sais pas, des émissions qui en parlent. » (M7) Pour toucher la sensibilité des patients, ils proposent de faire apparaître dans les médias des personnalités publiques ou idoles. « Du coup si je sais pas moi les anneaux thermiques euh, je dis n'importe quoi hein, mais si jamais c'est vendu avec des trucs Dragon Ball Z, j'en sais rien moi, des trucs qui sont unanimement associés à la masculinité, ça pourrait, mine de rien, avoir un effet, surtout sur les ados... C'est à cet âge-là qu'on est plus influençable, et tout. » (P6) « [...] et puis euh la télévision qui est un grand support ! Et fait par des gens, aujourd'hui, c'est un super support, parce qu'on a des gens, des médecins qui sont reconnus hein, qui sont, euh... Médiatisés ! [...] Après il

y a Michel Cymes qui a fait des belles émissions là sur euh, c'est très intéressant, il y a beaucoup de gens qui regardent ça. Donc ces gens-là, oui, ils peuvent diffuser des choses très intéressantes ! » (M5) Ils proposent également de diffuser dans les médias des campagnes de santé publique. « Des campagnes de santé publique ! Comme on peut en faire pour le COVID, comme on peut en faire à certains moments pour le tabac, pour l'alcool. » (M7) Les médecins sont les seuls à émettre la radio comme possibilité de moyen de communication. « Il y a France Bleu qui fait une émission, Fréquence Nord ou France bleue, euh, je l'écoute assez souvent, euh... [...] Et je trouve que c'est bien fait, parce qu'on a toujours des bonnes questions, et puis c'est bien expliqué. » (M5)

Pour finir, les médecins émettent l'idée d'introduire le sujet de la contraception masculine dans les débats publics. « Les, des médecins qui parlent à la télé. Des informations fiables, et puis des débats d'urologues, etcetera. » (M5)

VIII. Modèle intégratif



DISCUSSION

I. Résultats principaux

Les patients et les médecins notent que les pratiques contraceptives évoluent au cours de la vie. Ils repèrent comme cheminement fréquent l'usage du préservatif à un âge jeune et en début de relation, puis le passage à une méthode de contraception féminine, et enfin un projet de vasectomie chez plusieurs patients. Les décisions en matière de contraception se jouent au sein du couple. Enfin, les patients comme les médecins notent que les médecins abordent peu la contraception masculine de manière spontanée alors qu'ils ont une habitude de pratique en matière de contraception féminine, mais qu'ils sont en revanche prêts à répondre aux demandes des patients.

Les patients ainsi que les médecins s'accordent pour dire que leurs connaissances en matière de contraception féminine sont plus développées que celles concernant la contraception masculine, qu'ils jugent pour beaucoup insuffisantes. Les deux parties tireraient ces connaissances majoritairement de sources populaires, mais aussi de la scolarité pour ce qui est des patients, et de la formation et de la pratique médicale pour ce qui est des médecins. Ils évoquent en premier lieu le préservatif, la vasectomie ainsi que le retrait, pour lesquels les connaissances des patients et des médecins tendent à se rejoindre. Les méthodes de contraception masculine en cours d'étude dont font partie la contraception hormonale et les méthodes thermiques sont moins connues du binôme.

Les patients comme les médecins relèvent parmi les freins à la mise en place de la contraception masculine une méconnaissance de celle-ci ainsi que des

représentations culturelles limitantes. Ils relèvent des craintes que pourraient ressentir le patient sur le plan des effets indésirables, des oublis ou du manque d'efficacité pourvoyeurs de grossesses non désirées, de l'irréversibilité, et des contraintes de la méthode essentiellement. L'extension de la contraception masculine serait selon eux également influencée par l'avis de la partenaire, ainsi que par le fait qu'il existe une plus grande diversité de méthodes de contraception féminines. Enfin, ils s'accordent à dire qu'il s'agirait d'une consultation difficile, les médecins ayant tout d'abord peu d'occasion d'aborder le sujet, et parce qu'il serait délicat d'évoquer cette question.

En revanche, la plupart des patients et des médecins émettent un avis favorable au développement de la contraception masculine et prônent l'ouverture d'esprit, certains médecins constatant une augmentation des demandes émises par les patients. Parmi les leviers ils notent tous deux la détermination du patient et l'appui qu'il peut recevoir de la part sa partenaire ou d'autres patients livrant leurs témoignages. Parmi les motivations propres des patients à l'acquisition d'une contraception masculine, les deux parties retrouvent la maîtrise de sa propre fertilité, la protection contre les IST, l'alternative à la contraception féminine, l'accessibilité financière, et le désir d'une irréversibilité liée à un projet parental accompli. Enfin, en ce qui concerne les cartes à jouer du médecin, le binôme pense que le médecin pourrait trouver diverses occasions d'en parler, et qu'il pourrait s'appuyer sur les connaissances du patient, prendre en compte son statut et lui proposer une méthode adéquate, ainsi que reprogrammer une consultation dédiée et proposer de recevoir le couple. Les médecins se disent prêt à en parler et pourraient pour cela se servir de leur expérience ou acquérir des connaissances en direct.

Les patients et les médecins sont controversés sur la place que devrait tenir le médecin généraliste dans la contraception masculine. Alors que certains lui octroient une place

centrale, d'autres le relayant au second plan, derrière l'urologue. En tout cas, ils s'accordent à dire que le médecin tient un rôle essentiel auprès des jeunes patients. Les patients attendent souvent du médecin un profil particulier quant à son âge, son sexe et son ouverture d'esprit. Les patients et les médecins relèvent l'importance que le médecin se souvienne que le patient reste le décisionnaire principal. Ils accordent au médecin différentes missions : exploiter les connaissances du patient, prendre en compte son profil, l'informer, l'accompagner, lui délivrer une méthode et l'orienter. Les patients ajoutent à ce rôle médical la sensibilisation du patient.

Enfin, en ce qui concerne les perspectives, les patients et les médecins s'accordent sur l'idée d'exploiter les consultations au cabinet médical, notamment via les actions de prévention sexuelle individuelle et l'utilisation des salles d'attentes. Les médecins envisagent de créer une consultation dédiée à la contraception à proposer aux patients, alors que les patients envisagent de la rendre obligatoire. Mais les 2 parties insistent sur l'importance de dépasser le cabinet médical afin de toucher plus de patients. L'école et la maison devraient ainsi devenir des lieux d'information. Ils pensent également que développer un moyen de contraception idéal permettrait de toucher de nombreux patients. Enfin, ils émettent la proposition de s'adresser à un public large *via* les médias (Internet et réseaux sociaux, télévision) et de s'appuyer sur des témoignages de patients.

II. Forces et limites

A. Forces de l'étude

Pour cette étude a été fait le choix d'une analyse qualitative. Cette méthode était la plus adaptée à l'étude d'un phénomène difficilement quantifiable et subjectif. La démarche interprétative a permis de générer une conceptualisation.

Des entretiens semi-dirigés individuels avec choix laissé au lieu d'entretien ont été réalisés afin de laisser libre la parole aux participants. Cela dans le but de leur permettre de livrer des données intimes sans crainte de jugement.

Le recrutement a été réalisé par volontariat et effet boule de neige. Il s'agissait d'un échantillonnage raisonné à variation maximale. Le but était de faire varier les points de vue en diversifiant le recrutement selon différents critères : âge, statut parental, profession et moyen contraceptif pour ce qui est des patients ; sexe, âge, mode d'exercice, secteur d'exercice, possession d'un diplôme en contraception ou non pour ce qui est des médecins. L'aléa du recrutement était cependant la temporalité : à des dates différentes, les participants auraient été différents, et les théories auraient varié.

La validité interne de cette étude a été respectée. Pour respecter les règles de la recherche qualitative, la version française de la grille méthodologique COREQ a été suivie.

Plusieurs versions du guide d'entretien ont été suivies afin de se rapprocher de l'objectif de l'étude.

La suffisance des données a été atteinte au sixième entretien pour les patients et au septième entretien pour les médecins puis des entretiens supplémentaires ont été réalisés. Ces entretiens de consolidation ont permis d'infirmer la possibilité d'émergence de nouvelles données.

Il a été réalisé une triangulation des données avec une étudiante en 3^{ème} cycle formée préparant également un travail de thèse, une triangulation des premiers entretiens avec la directrice de thèse, des relectures et un codage itératif, ainsi qu'une discussion entre chercheurs pour améliorer la comparabilité des résultats et éviter les oublis de données.

B. Limites de l'étude

L'absence d'expérience du chercheur a pu retentir sur la capacité à dialoguer et relancer les participants, le sens des questions pouvant alors être mal interprété et les reformulations pouvant influencer les participants. Cela a été compensé par l'entraînement et l'entretien test pour évaluer le guide l'entretien – qui a été intégré à l'analyse pour enrichir les résultats, la tentative de neutralité de l'investigateur, et l'utilisation de 2 guides d'entretien.

Une des faiblesses de l'étude est la connaissance du thème de la recherche par les participants, ayant pu induire le recrutement de participants sensibilisés ou intéressés par le sujet. Ce biais a été limité par la délivrance d'un minimum d'informations aux participants avant les entretiens et par les modalités de recrutement. De plus, il existe un potentiel biais de désirabilité.

Ensuite, l'enregistrement au dictaphone a pu diminuer le caractère spontané et naturel des déclarations. Ce biais a été contré par l'annonce d'une anonymisation des entretiens et le rappel de la confidentialité par oral et sous format papier. Mais aussi par l'observation des attitudes non verbales et interprétation de la gestuelle des participants.

Il n'y a pas eu de retour des retranscriptions, les participants n'en ayant pas réalisé la demande.

Il s'agissait des projections plus que de vécus, les questions sur les méthodes de contraception masculine non disponibles sur le marché laissant place à l'interprétation des participants.

Enfin, un biais de mémorisation a pu engendrer une diminution de la richesse des informations, la recherche faisant appel à la mémoire des patients pour ce qui était de leur expérience en matière de pratiques contraceptives, et en ce qui concernait les habitudes de pratique des médecins, pouvant engendrer une omission d'informations.

III. Comparaison à la littérature

L'évolution des pratiques contraceptives au cours de la vie rapportée dans notre travail par les patients et les médecins est décrite dans la littérature : recours au préservatif en début de vie sexuelle (26), utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise (27), et recours à la vasectomie chez l'homme plus âgé. Une expérience monocentrique française réalisée par Docteur Hourié et al. mettait ainsi en évidence un âge moyen de réalisation de vasectomie à 41,3 ans sur les patients interrogés. (28) Quant à une étude réalisée par Docteur Heinemann et al., elle montrait qu'alors que plus de 80% des couples interrogés avaient peu d'empressement à subir une vasectomie, 47% pourraient néanmoins réfléchir à utiliser une nouvelle méthode de contraception masculine. (29) Cette implication croissante des hommes dans la contraception du couple, avec une réflexion partagée sur l'usage d'une contraception masculine, était rapportée par plusieurs participants de notre travail. Entre 2010 et 2018, le nombre d'hommes ayant eu recours à la vasectomie a été multiplié par cinq en France. (9) Dans notre travail, les participants décrivaient la contraception comme une affaire de couple. Nous retrouvons qu'en 2012, plus des 90% des français considéraient que la contraception était autant l'affaire de l'homme que de la femme. (8) Et plusieurs recherches montrent que le dialogue entre les deux membres du couple en ce qui concerne la contraception est très important. (30,31) En ce qui concerne les pratiques médicales en matière de contraception, l'article du Docteur Ventola a montré que les praticiens français étaient répartis en deux groupes : l'un

considérant qu'une responsabilité contraceptive masculine était impossible, l'autre affirmant qu'un changement sociétal d'envergure serait nécessaire à une modification de cette division des tâches. Ces représentations étaient associées à une posture en retrait de ces praticiens, disant vouloir favoriser le choix des personnes en limitant leur influence. (32) Les résultats de notre travail en matière de pratiques médicales étaient plus nuancées, la plupart des médecins se disant prêts à aborder ce sujet, bien que sous certaines conditions.

Dans notre travail, les moyens de contraception déclarés comme les mieux connus étaient les moyens de contraception féminins et le préservatif, suivis du retrait et de la vasectomie. Ces résultats sont comparables à ceux du rapport de l'INPES indiquant que la pilule et le préservatif masculin étaient connus par plus de 97% des français, au-devant des autres moyens contraceptifs. (33) Quant à une étude de 2018 réalisée par Docteur Amouroux et al., elle rapportait sur une population non médicalisée 48% de connaissances de la vasectomie, derrière 63% de connaissance pour le retrait, et 98% pour le préservatif. En repli de ces méthodes, les contraceptions masculines hormonale et thermique étaient connues respectivement par 11% et 3% de la population non médicalisée. Ces données se rapprochent de celles de notre travail. En termes de niveau de connaissances, dans l'étude réalisée par Docteur Amouroux et al., celles des patients et des médecins étaient homogènes pour ce qui est du préservatif et du retrait. En revanche, concernant la vasectomie, les médecins semblaient être mieux informés que les patients (86% contre 48% respectivement). (34) Cela concorde avec les résultats de notre travail, les médecins déclarant ne pas avoir de meilleures connaissances que les patients sur le préservatif et le retrait, mais étant capables de délivrer pour plusieurs des informations sur la vasectomie. Enfin, un rapport de la HAS appuyait les résultats de notre travail en rappelant que la formation

initiale et continue des professionnels de santé ne prévoyait pas d'information et de sensibilisation à la prise en compte des représentations socio-culturelles en matière de contraception dans leurs pratiques ni sur l'abord des questions de sexualité, pouvant constituer une difficulté pour certains médecins. (35)

Nos résultats ont mis en évidence l'influence de représentations culturelles limitantes sur la mise en place de la contraception masculine. Le rapport de la HAS met en évidence le fait que l'attention des professionnels de santé dans l'identification des besoins contraceptifs de leurs patients peut être plus faible en raison de certaines représentations socio-culturelles. (35) De manière plus générale, de nombreuses études évoquent le cadre culturel des rôles sociaux traditionnels genrés, mis en avant par la quasi-totalité des participants de notre travail. (36–39) Quant à l'étude du Docteur Amouroux et al. interrogeant les hommes sur la mise en place de la contraception masculine, elle relève comme frein le fait que la contraception appartiendrait aux femmes. (34) Dans notre travail, les participants évoquaient comme principales craintes les effets indésirables, les oublis, le potentiel manque d'efficacité, l'irréversibilité et les contraintes des méthodes. Plusieurs études retrouvent également parmi les principaux freins des usagers les effets indésirables et les inconvénients. (34,40) Dans les études évaluant l'acceptabilité théorique de la contraception masculine sur un versant quantitatif, beaucoup d'hommes interrogés expriment des préoccupations au sujet des effets secondaires. (41,42) L'impact sur la virilité, redouté par certains participants de notre travail, non craint par d'autres, est également retrouvé parmi les freins de l'étude du Docteur Amouroux et al. (34) Dans notre travail, les participants notaient parmi les freins l'influence de l'avis de leur partenaire. Dans l'étude du Docteur Amouroux et al. ayant interrogé les femmes des participants, certaines évoquaient en effet un manque de confiance vis-à-vis de leur partenaire. En

revanche, elles ne craignaient que très peu une atteinte de la virilité, comme avaient pu le supposer certains participants de l'étude. (34) En outre, la moindre diversité des méthodes de contraception masculine sur le marché, évoquée par l'ensemble des participants de notre travail comme un des freins à leur emploi, est également retrouvée dans la littérature. (37,43,44) Enfin, une étude réalisée par Docteur Roux et al. a montré que les médecins ayant peu de connaissances ou une mauvaise opinion de la contraception masculine ne la recommandaient que très rarement. (45)

Comme décrit ci-dessus, la plupart des patients de notre travail émettaient un avis favorable au développement de la contraception masculine, fait retrouvé dans l'article du Docteur Reynolds-Wright et al. (46) Quant aux médecins, bien que le sujet de la contraception masculine ne fasse pas partie de leurs pratiques, ils se disaient prêts à modifier leurs habitudes. Les articles sur cette question sont rares dans la littérature. Une thèse d'exercice réalisée par Madame Pierron retrouvait que la contraception masculine restait encore assez marginale dans la pratique des médecins généralistes. (47) En revanche, dans la littérature, il est difficile de retrouver des données sur l'intérêt porté à la contraception masculine par les médecins généralistes. Parmi les motivations des patients à l'acquisition d'une contraception masculine, l'étude du Docteur Amouroux et al. relevait le partage de responsabilité, la mesure de précaution pour éviter une grossesse non désirée, l'éviction du risque d'avoir un enfant inconnu ou d'une autre partenaire, l'éviction des effets secondaires d'une contraception féminine. (34) Ces motivations propres aux patients étaient citées par l'ensemble des participants de notre travail. Une étude réalisée par Docteur Aka et al. retrouvait également l'intérêt du préservatif dans la protection contre les IST, mais soulignait que les enquêtés étaient relativement jeunes, et que le préservatif pouvait être responsable d'insatisfaction sexuelle, données concordantes avec celles de notre travail. (48) Alors

que certains participants de notre travail citaient comme motivation à l'acquisition d'une contraception masculine son accessibilité financière, une étude de l'INSERM exprimait que se procurer les moyens de contraception représentait une charge financière et organisationnelle pour les patients. (49) Il est à noter que depuis le 1^{er} janvier 2023, les préservatifs inscrits sur la LPPR sont pris en charge par l'Assurance Maladie sans prescription médicale pour toute personne de moins de 26 ans, homme et femme, sans minimum d'âge. (50) La thèse de Madame Pierron a relevé parmi les leviers à mettre en place du côté du médecin généraliste l'utilisation des connaissances préalables du patient, la recherche de consultations pouvant amener à aborder le sujet et la formation du médecin généraliste (47), éléments que nous retrouvons dans notre travail. Enfin, une étude réalisée par Docteur Aribi et al. a mis en évidence que la quasi-totalité des médecins généralistes pensait que la formation médicale continue était nécessaire, attendant un contenu spécifique à leurs besoins. (51) Dans notre travail, les participants étaient favorables au développement de cette formation médicale continue.

Alors que les participants de notre travail étaient controversés sur la place que devrait tenir le médecin généraliste sur la contraception masculine, une étude réalisée par Docteur Ventola a fait apparaître le rôle des prescripteurs comme primordial dans la définition du champ des possibles et du souhaitable en matière contraceptive. (32) Un groupe de travail du Collège de médecine générale travaille actuellement sur ce sujet dans le but de promouvoir les médecins généralistes comme acteurs de premier plan de l'offre et du développement de la contraception masculine en France. (52) Cependant, peu d'études se sont intéressées à envisager quelles fonctions pourrait tenir le médecin généraliste. Le travail de thèse de Madame Pierron s'étant intéressé aux représentations et comportements des médecins généralistes sur la contraception

masculine dans l'Aude et l'Hérault a laissé supposer que le médecin généraliste sera dans les prochaines décennies un acteur central pour informer, expliquer et prescrire ces nouvelles méthodes. Selon cette étude, le médecin généraliste pourrait tenir un rôle d'orientation vers le spécialiste, tout comme un rôle d'informateur et d'accompagnant, rôles mis également en avant dans notre travail. (47) En parallèle, le travail de recherche de Madame Bouissou ayant évalué les attentes des hommes en matière d'information sur la contraception a mis en avant que le médecin généraliste pouvait jouer un rôle clé d'informateur mais qu'il pouvait également être le déclencheur d'un changement des mentalités. Cet écrit a également mis en avant le fait que les hommes avaient besoin d'une relation de confiance avec le médecin pour apprendre de ce dernier, prérequis que nous avons retrouvé en interrogeant les participants de notre travail. (53)

Les participants de notre travail ont fait la proposition d'exploiter les consultations au cabinet médical afin de promouvoir la contraception masculine. Cela fait écho à la Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 dont une des actions est de saisir la HAS afin de réaliser un état des lieux des connaissances et d'établir des recommandations sur l'ensemble des méthodes de contraception masculine, et, le cas échéant, de promouvoir les méthodes de contraception masculine validées scientifiquement et disponibles. Cette Feuille de route présente également parmi ses actions le fait d'étendre les compétences des professionnels de santé en matière de santé sexuelle et reproductive. (54) Les participants de notre travail proposaient également d'utiliser les salles d'attente afin de promouvoir l'information et la sensibilisation. La thèse d'exercice de Madame Dupuis et de Madame Mouterde-Lefebvre a montré que la campagne éducative en salle d'attente était bénéfique pour les patients en améliorant leurs connaissances quels que soient les vecteurs utilisés –

vidéo, affiches et brochures – et que les patients et les médecins étaient satisfaits de cette démarche éducative. (55) Quant à la HAS, elle a proposé des recommandations pour l'élaboration d'une brochure d'information pour les patients ou les usagers, précisant que cette brochure complétait l'information délivrée oralement par le professionnel de santé, et qu'elle pouvait aider le patient ou l'utilisateur à participer aux décisions concernant leur santé. (56) Il existe actuellement la consultation contraception prévention (CCP), qui peut maintenant être réalisée, chez les hommes comme les femmes, pour la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles, jusqu'à 25 ans révolus. (57) Les participants de notre travail, ne connaissant pas tous l'existence ni les modalités de cette consultation, envisageaient de créer une consultation dédiée à la contraception pour l'ensemble des patients, voire de la rendre obligatoire. Mais la perspective principalement mise en avant par les participants de notre travail était la promotion de la contraception masculine au-delà du cabinet médical. En analogie, dans la feuille de route du Ministère de la santé, nous pouvons lire parmi les objectifs la promotion de la prévention combinée avec la conception et la diffusion des outils de promotion accessibles à divers publics, le renforcement des connaissances en santé sexuelle des jeunes dans le cadre du Service National Universel, le renforcement de l'éducation à la sexualité à l'École pour toutes et tous, la formation des étudiants relais santé sur les questions de santé sexuelle dans l'enseignement supérieur, la formation et la sensibilisation de l'ensemble des professionnels intervenant dans le camp social, médico-social, santé et justice à la santé sexuelle et reproductive. (54) Alors que, selon les participants de notre travail, la maison devrait devenir un lieu d'information, peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. En revanche, depuis plusieurs années, le Ministère de la santé fait en sorte de développer la communication sur le sujet de la contraception, ciblant principalement les jeunes. (58) Comme l'évoquent les

participants de notre travail, il pourrait être salubre de continuer à développer ces moyens de communication, en les axant sur la contraception masculine, et en ciblant un plus large public. Alors que plusieurs participants de notre travail imaginent qu'il serait opportun de s'appuyer sur des témoignages de patients ayant bénéficié d'une méthode de contraception masculine pour pouvoir rassurer les hommes, nombreux sont les témoignages en ligne de patients ayant eu recours à la vasectomie. Cependant, l'impact que pourraient avoir ces témoignages n'a encore jamais été étudié. Enfin, le « Manifesto » de Paris écrit par Docteur Serfaty et al. et dont l'objectif était d'amener sur le marché au moins une méthode de contraception masculine en 2026 notait que cette dernière devrait être à la fois fiable, réversible et abordable. (59) Il s'agissait des principaux critères retenus par les participants de notre travail, à côté de l'absence d'effets secondaires.

IV. Perspectives

Les résultats de l'étude suggérant que les participants regrettaient leur manque de connaissances sur le sujet de la contraception masculine, nous pourrions envisager de développer l'information sur ce sujet. Pour ce qui est des médecins, nous pourrions imaginer le développement de la formation continue sur la contraception masculine, les médecins se disant prêts à se former. Pour ce qui est des patients, nous pourrions concevoir une brochure d'informations à leur intention, listant l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles et précisant leurs principales caractéristiques. Ces brochures d'information pourraient être distribuées dans les cabinets médicaux comme dans les écoles, les participants évoquant ces deux lieux comme vecteurs d'information.

Les résultats de l'étude suggéraient également que certains participants auraient été favorables à l'intégration de la contraception masculine dans la consultation de médecine générale, mais qu'ils ne savaient pas comment initier cette discussion. Nous pourrions imaginer, comme suggéré par certains médecins, créer un spot télévisé ou une affiche à exposer dans les salles d'attente, afin de rappeler aux patients la disponibilité du médecin généraliste pour aborder ce sujet.

Il pourrait être intéressant de réaliser une étude quantitative inspirée de ce travail de recherche en interrogeant un échantillon plus conséquent de participants afin d'observer s'il est possible de confirmer les résultats obtenus à grande échelle.

Enfin, les résultats de l'étude suggérant que la contraception serait une affaire de couple, il pourrait être intéressant de questionner les femmes sur leur avis concernant la place que devraient y tenir les hommes. En outre, l'étude suggérant que l'observance des hommes serait une des craintes des participants, il pourrait être opportun de connaître l'opinion des femmes sur cette question.

CONCLUSION

Le paysage contraceptif français évoluerait au cours de la vie du couple - recours au préservatif au début de la vie sexuelle, passage à la CF, puis projet de vasectomie pour certains – laissant une place prépondérante à la CF.

Cette minorité d'utilisation de la CM s'expliquerait tout d'abord par une méconnaissance de cette dernière ainsi que par des représentations culturelles limitantes. Sont également relevés parmi les freins à l'utilisation de la CM les craintes d'effets indésirables, d'oublis et de manque d'efficacité pourvoyeurs de grossesses non désirées, l'irréversibilité et les contraintes de certaines méthodes. Ce choix serait aussi limité par l'influence de la femme dans le couple, et par l'existence d'une plus grande diversité de méthodes de CF sur le marché. Enfin, il serait difficile d'introduire ce sujet au cours d'une consultation de médecine générale.

Les participants émettent cependant un avis favorable au développement de la CM, prônant une évolution des mentalités et des choix en termes de contraception. Ils relèvent parmi les motivations à l'acquisition d'une CM la maîtrise de sa propre fertilité, l'alternative à la CF, la protection contre les IST, l'accessibilité financière, et la recherche d'une irréversibilité en cas de projet parental accompli. Ils émettent des propositions sur le rôle à jouer du médecin en soins primaires, telles que la recherche d'occasions pour initier le sujet, l'appui sur les connaissances du patient, la programmation d'une consultation dédiée, la rencontre du couple, ainsi que la formation médicale.

Ils vont plus loin en proposant de dépasser le cabinet médical et de diversifier les lieux d'information, notamment *via* les médias et les témoignages de patients, et en imaginant un moyen de contraception idéal.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization. Contraception. [En ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1. Consulté le 6 janvier 2023.
2. Santé Publique France. Baromètre santé 2016 Contraception. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>. Consulté le 6 janvier 2023.
3. Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Sociétés*. 2017 ; 549(10):1-4.
4. République française. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique. *Journal officiel* du 22 juin 2000.
5. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité & société*. 2014, 12(12).
6. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panio H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et sociétés*. 2014 ; 511(5):1-4.
7. Plu-Bureau G, Raccach-Tebeka B. The history of contraception is still being written. *Med Sci MS*. 2020 ; 36(8-9):687-8.
8. Statista. Avis des Français sur la responsabilité de la contraception dans le couple 2012. [En ligne]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/508854/opinion-francais-responsabilite-contraception-couple/>. Consulté le 6 janvier 2023.
9. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir JC, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? *Prog En Urol - FMC*. 2020 ; 30(4):F105-11.
10. Glasier A. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception*. 2010 ; 82(5):453-6.
11. Moreau A. Quels sont les freins au développement de la contraception masculine ? Une revue de la littérature en sciences médicales et en sciences sociales. Thèse de médecine. Université de Lille ; 2021, 184 p.
12. Amory JK. Development of Novel Male Contraceptives. *Clin Transl Sci*. 2020 ; 13(2):228-37.
13. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757909/fr/contraception-chez-l-homme. Consulté le 6 janvier 2023.

14. United nations - Department of Economic and Social Affairs. Contraceptive Use by Method 2019 - Data Booklet. [En ligne]. Disponible sur : <https://digitallibrary.un.org/record/3849735>. Consulté le 6 janvier 2023.
15. Robin G, Marcelli F, Rigot JM. Contraception masculine. Presse Medicale Paris Fr 1983. 2014 ; 43(2):205-11.
16. République française - Service-Public.fr. Contraception. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16208>. Consulté le 8 mars 2023.
17. Stormont G, Deibert CM. Vasectomy. StatPearls - Treasure Island. 2022. [En ligne]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549904/>. Consulté le 8 mars 2023.
18. Marcelli F, Duflot T. Vasectomie en 2022 : matériel, technique et résultats. Prog En Urol - FMC. 2022 ; 32(1):F1-4.
19. Haute Autorité de Santé. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme. Consulté le 11 mars 2023.
20. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2018 ; 46(12):873-82.
21. Anneau masculin Andro-switch à visée contraceptive : retiré du marché français. Revue Prescrire. 2022 ; 42 (464):425-426.
22. Piotrowska K, Wang C, Swerdloff RS, Liu PY. Male hormonal contraception: hope and promise. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017 ; 5(3):214-23.
23. Thirumalai A, Page ST. Male Hormonal Contraception. Annu Rev Med. 2020 ; 71:17-31.
24. Statista. Men ready to take a male contraceptive by type in France 2021. [En ligne]. Disponible sur : <https://www-statista-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/statistics/766719/disposition-men-pill-male-according-to-age-la-france/>. Consulté le 6 janvier 2023.
25. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris : Global média santé CNGE productions ; 2021, 192 p.
26. Dumont A, Letombe B, Collier F, Robin G. La contraception des adolescentes : aspects pratiques. Médecine Reprod. 2013 ; 15(4):342-57.
27. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, L'Équipe De L'Enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?. Popul Sociétés. 2012 ; 492(8):1-4.
28. Hourié A, Baron M, Rebibo JD, Giwerc A, Rives N, Sibert L. Évaluation des pratiques et des coûts de la vasectomie. Expérience monocentrique française. Prog

En Urol. 2017 ; 27(10):543-50.

29. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, White S, Heinemann L. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Hum Reprod.* 2005 ; 20(2):549-56.

30. Viel H. L'implication des hommes dans la contraception. Mémoire de Sage-femme. Université de Caen. 2016. 85 p.

31. Sigoigne L. Place du couple dans le choix de la contraception. Thèse de médecine. Université de Rennes ; 2021, 41 p.

32. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. *Cah Genre.* 2016 ; 60(1):101-22.

33. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports - Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Dossier de presse - La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit [En ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/LA_MEILLEURE_CONTRACEPTION_C_EST_CELLE_QUE_L_ON_CHOISIT.pdf. Consulté le 18 janvier 2024.

34. 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.* 2018 ; 13(5):e0195824.

35. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee. Consulté 20 janvier 2024.

36. Wilson AD, Fylan F, Gough B. Marginalisation of men in family planning texts: An analysis of training manuals. *Health Educ J.* 2018 ; 77(4):387-97.

37. Oudshoorn N, Akrich M, Le Doaré H. Contraception masculine et querelles de genre. *Cah Genre.* 1999 ; 25(1):139-66.

38. Oudshoorn N. "Astronauts in the Sperm World": The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives. *Men Masculinities.* 2004 ; 6(4):349-67.

39. Schmidhauser V, Schweizer A. La contraception masculine: ça fait mâle? *REISO - Revue d'information sociale.* 2021 ; 4p.

40. Kalampalikis N, Buschini F. La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. *Nouvelle revue de psychosociologie.* 2007 ; 4(2):89-104.

41. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, Heinemann LAJ. Expectations Toward a Novel Male Fertility Control Method and Potential User Types: Results of a Multinational Survey. *Journal of andrology.* 2005 ; 26(2):155-62.

42. Martin CW, Anderson RA, Cheng L, Ho PC, Van derSpuy Z, Smith KB, et al.

Potential impact of hormonal male contraception : cross-cultural implications for development of novel preparations. *Hum Reprod.* 2000 ; 15(3):637-45.

43. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. *Cahiers du genre.* 2021 ; 70(1), p.157-184.

44. Desjeux C. Histoire de la contraception masculine : L'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979-1986) : Fécondité et politiques publiques. *Rev Polit Soc Fam.* 2010 ; 100(1):110-4.

45. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. *Sci Soc Santé.* 2017 ; 35(3):41-70.

46. 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.* 2021 ; 58(7):838-49.

47. Pierron E. La contraception masculine en médecine générale : représentations et comportements des médecins généralistes de l'Aude et l'Hérault. Thèse de médecine. Université de Montpellier. 2022, 96 p.

48. Aka B, Bamba V, Diabate A, Oussou M, Kouakou-Abou BA, Ecra EJ, et al. P 21 : Connaissances, attitudes et pratiques de l'utilisation du préservatif. *Ann Dermatol Vénéréologie.* 2016 ; 143(4):S43-S43.

49. République Française - Inserm. Contraception - À chacun et chacune sa méthode. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>. Consulté le 21 janvier 2024.

50. VIDAL. Gratuité des préservatifs et de la contraception d'urgence : pour qui et comment ? [En ligne]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/30009-gratuite-des-preservatifs-et-de-la-contraception-d-urgence-pour-qui-et-comment.html>. Consulté le 21 janvier 2024.

51. Aribi L, Chouwayekh S, Charfeddine F, Bouattour W, Marrekchi C, Amami O. Attitudes et attentes des médecins généralistes à l'égard de la formation médicale continue. Réflexions à partir d'une enquête transversale auprès de 73 médecins de la région de Sfax (Tunisie). *Ann Méd-Psychol.* 2018 ; 176(9):875-80.

52. Collège de la médecine générale. Groupe de travail du collège de médecine générale : Contraception masculine. [En ligne] Disponible sur : <https://www.cmg.fr/contraception-masculine/>. Consulté le 24 janvier 2024.

53. Bouissou E. Information sur la contraception : attentes des hommes. Thèse de médecine. Université de Tours ; 2022, 68 p.

54. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle. [En ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf. Consulté le 25 janvier 2024.

55. Dupuis AC, Mouterde-Lefebvre H. Création et évaluation d'une nouvelle modalité éducative en soins primaires : la campagne éducative monothématique multivectorielle en salle d'attente (association affiche/ brochures/ diaporama vidéo). Comment les médecins de soins primaires peuvent-ils mettre en place une telle campagne éducative (bases théoriques et aspects pratiques)? Quelle est l'efficacité de cette nouvelle modalité éducative en fonction des vecteurs de communication utilisés? Thèse de médecine. Université de Rouen ; 2010.
56. Haute Autorité de Santé. Élaborer une brochure d'information pour les patients et les usagers. Recommandations. Paris : HAS ; 2008.
57. MG France. CCP consultation complexe. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/nomenclature/3118-ccp-consultation-complexe>. Consulté le 28 janvier 2024.
58. République française - INPES. Favoriser le dialogue sur la contraception. [En ligne]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_favoriser_le_dialogue_sur_la_contraception.pdf. Consulté le 29 janvier 2024.
59. Serfaty D, Sitruk-Ware R, Wang C, Nieschlag E. « Manifesto » de Paris : le temps est venu de disposer de nouvelles méthodes contraceptives masculines. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2016 ; 45(8):990-1.

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de la CNIL



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Étude qualitative sur l'acceptabilité des hommes à assumer le contrôle des naissances au sein du couple et l'implication du médecin généraliste dans la contraception masculine en soins primaires.

Référence Registre DPO : 2022-286

Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX
Interlocuteur (s) : Mme. Océane DUFOUR

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 19 Octobre 2022

Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexions		
Caractéristiques personnelles		
1	<i>Enquêteur/animateur</i>	Océane Dufour
2	<i>Titres académiques</i>	Diplôme de second cycle des études médicales
3	<i>Activité</i>	Étudiant en troisième cycle en Médecine Générale
4	<i>Genre</i>	Femme
5	<i>Expérience et formation</i>	Formation médicale : interne en Médecine Générale Recherche qualitative : - Cours à la faculté de Lille par Docteur Cauet - Livre : <i>Initiation à la Recherche Qualitative en Santé</i> par J.P Le Beau
Relations avec les participants		
6	<i>Relation antérieure</i>	Connaissance des premiers participants puis recrutement selon les premières analyses
7	<i>Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur</i>	Étude portant sur la contraception masculine par entretiens anonymes semi-dirigés, se rendre disponible environ 1 heure
8	<i>Caractéristiques de l'enquêteur</i>	Étudiant en médecine effectuant une étude pour sa thèse
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9	<i>Orientation méthodologique et théorique</i>	Entretiens individuels semi-dirigés et analyse par théorisation ancrée
Sélection des participants		
10	<i>Échantillonnage</i>	Échantillonnage dirigé de commodité puis recrutement selon les analyses
11	<i>Prise de contact</i>	En face-à-face, par téléphone, par e-mail
12	<i>Taille de l'échantillon</i>	Dix-huit participants
13	<i>Non-participation</i>	Une personne n'a pas donné suite aux e-mails initiaux
Contexte		
14	<i>Cadre de la collecte de données</i>	Au cabinet des médecins généralistes ou au domicile des patients
15	<i>Présence de non-participants</i>	Pas d'autre personne présente
16	<i>Description de l'échantillon</i>	Patients : âge, statut marital, statut parental, situation socio-professionnelle, moyen de contraception utilisé Médecins : sexe, âge, mode d'exercice, secteur d'exercice, possession d'un diplôme spécialisé
Recueil des données		

17	<i>Guide d'entretien</i>	Un guide d'entretien a été établi avant les entretiens, testé avec un premier binôme et adapté au fur et à mesure
18	<i>Entretiens répétés</i>	Une fois
19	<i>Enregistrement audio-visuel</i>	Enregistrement audio
20	<i>Cahier de terrain</i>	Notes de terrain avant et après
21	<i>Durée</i>	En moyenne 39 minutes
22	<i>Seuil de saturation</i>	Discuté avec le directeur de thèse
23	<i>Retour des retranscriptions</i>	Non systématique
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24	<i>Nombre de personnes codant les données</i>	Le chercheur et un autre étudiant en médecine pour le codage ouvert
25	<i>Description de l'arbre de codage</i>	Non
26	<i>Détermination des thèmes</i>	Oui, réunions pour discussion des thèmes
27	<i>Logiciel</i>	Aucun
28	<i>Vérification par les participants</i>	Pas de retour sur les résultats
Rédaction		
29	<i>Citations présentes</i>	Oui
30	<i>Cohérence des données et des résultats</i>	Oui
31	<i>Clarté des thèmes principaux</i>	Oui
32	<i>Clarté des thèmes secondaires</i>	Oui

Annexe 3 : Lettre d'information à destination des patients

Lettre d'information à destination des participants : <i>patients</i>
--

Bonjour, je suis Océane Dufour, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur la **contraception masculine**. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'acceptabilité des hommes à assumer le contrôle des naissances au sein du couple ainsi que l'implication du médecin généraliste dans la contraception masculine en soins primaires. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Pour y répondre, vous devez être un **homme, majeur, en âge de procréer, hétérosexuel et en couple avec une femme**.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-286 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : oceane.dufour.etu@univ-lille.fr.

Annexe 4 : Lettre d'information à destination des praticiens

Lettre d'information à destination des participants : *praticiens*

Bonjour, je suis Océane Dufour, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur la **contraception masculine**. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'acceptabilité des hommes à assumer le contrôle des naissances au sein du couple ainsi que l'implication du médecin généraliste dans la contraception masculine en soins primaires. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Pour y répondre, vous devez être **médecin généraliste**, et avoir dans votre patientèle un **homme, majeur, en âge de procréer, hétérosexuel et en couple avec une femme** acceptant également de participer à cette recherche.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-286 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : oceane.dufour.etu@univ-lille.fr ou par téléphone au ~~03 81 88 71 19~~.

Annexe 5 : Guide d'entretien initial à destination des patients

Guide d'entretien initial patient

« Bonjour. Suite à notre première rencontre concernant ma thèse de médecine générale, vous avez accepté de répondre à quelques questions portant sur la contraception masculine. L'entretien sera enregistré par dictaphone et anonymisé par la suite. »

Informations patient :

- *Vérification des critères d'inclusion : homme, majeur, en âge de procréer, hétérosexuel, en couple avec une femme*
- *Âge*
- *Situation familiale : sans enfant/avec enfant*

Partie 1 : connaissances générales sur les moyens contraceptifs

- *Quelles sont vos connaissances sur les différents moyens de contraception utilisables au sein d'un couple ?*
- *Connaissez-vous les différentes méthodes de contraception masculine ?*
 - o *Sur le marché*
 - o *En cours d'étude (à venir)*
- *Connaissez-vous leurs modalités de prescription et de prise en charge ?*

Partie 2 : implication de l'homme dans la contraception au sein du couple et idées du patient sur la contraception masculine

- *Quelle place tenez-vous au sein de la contraception au sein du couple ? Utilisez-vous un moyen de contraception ?*
- *Si vous utilisez un moyen de contraception masculin,*
 - o *Lequel ?*
 - o *Depuis combien de temps ?*
 - o *Comment l'avez-vous choisi ?*
 - o *Quelles étaient vos motivations ?*
- *Si vous n'en utilisez pas,*
 - o *Pour quelles raisons ?*
 - o *Quels sont pour vous les freins à une contraception masculine ?*
- *Que vous soyez utilisateurs ou non,*
 - o *Avez-vous peur des effets indésirables ?*
 - o *La contraception masculine remet-elle selon vous en cause la virilité ?*

Partie 3 : rôle du médecin généraliste dans la mise en place d'une contraception masculine selon le patient

- *Vous référez vous à votre médecin généraliste en matière de contraception ?*
 - o *Comment votre médecin généraliste peut-il être un appui/un moteur dans ce domaine ?*
 - o *A-t-il déjà abordé ce sujet avec vous ? S'il abordait spontanément ce sujet avez-vous, y seriez-vous réceptif ?*
 - o *Quelles craintes ou hésitations avez-vous pour aborder ce sujet avec votre médecin ?*
 - o *Quel est votre ressenti lorsque vous discutez de contraception avec votre médecin généraliste ?*
- *Pour vous, quel rôle le médecin généraliste devrait-il tenir en termes de contraception masculine ?*

« Merci de votre participation à cette étude, et merci de m'avoir accordé de votre temps. »

Annexe 6 : Guide d'entretien initial à destination des praticiens

Guide d'entretien initial médecin

« Bonjour. Suite à notre première rencontre concernant ma thèse de médecine générale, vous avez accepté de répondre à quelques questions portant sur la contraception masculine. L'entretien sera enregistré par dictaphone et anonymisé par la suite. »

Pour commencer :

- Age du médecin
- Mode d'exercice / secteur d'exercice
- DU en gynéco/sexologie ?

Partie 1 :

- Connaissez-vous les différentes méthodes de contraception masculine ?
 - o *Sur le marché*
 - o *En cours d'étude (à venir)*
- Qu'en savez-vous ?
- Connaissez-vous leurs modalités de prescription ?

Partie 2 :

- Abordez-vous le sujet de la contraception masculine avec votre patientèle ?
 - o *Spontanément*
 - o *A la demande de vos patients*
 - *Dans votre patientèle, les hommes sont-ils demandeurs de la mise en place de ces méthodes ?*
- De quelle manière abordez-vous le sujet de la contraception masculine ?
 - o *Quels sont les sujets abordés ?*
 - o *Parlez-vous de sexualité ?*
- Avec quel type de patientèle abordez-vous le sujet de la contraception masculine ?
- Quelles méthodes de contraception masculine leur proposez-vous ?
 - o *De quelle manière présentez-vous ces méthodes ?*
 - o *Quelles informations sur les méthodes délivrez-vous au patient ?*
- Quelles informations collectez-vous sur le patient dans ce cadre ?
- Connaissez-vous la cotation CCP ? L'utilisez-vous ?
- Si vous n'abordez pas le sujet de la contraception masculine avec vos patients,
 - o *Pourquoi ?*
 - o *A l'inverse, abordez-vous ce sujet avec votre patientèle féminine ?*

Partie 3 :

- Prescrivez-vous actuellement des méthodes de contraception masculine ?
- Si oui,
 - o *Quelles méthodes ?*
 - o *Dans quel contexte ?*
 - o *A quel type de patient ?*
- Si non,
 - o *Pour quelles raisons ?*
 - o *Seriez-vous prêts à envisager cette éventualité à l'avenir ?*
- Quelle est votre opinion sur le développement de nouvelles méthodes de contraception masculine ?
 - o *Acceptabilité du patient*
 - o *Facilité de prescription en médecine de ville*

« Merci de votre participation à cette étude, et merci de m'avoir accordé de votre temps. »

Annexe 7 : Guide d'entretien final à destination des patients

Guide d'entretien final patient

« Bonjour. Suite à notre première rencontre concernant ma thèse de médecine générale, vous avez accepté de répondre à quelques questions portant sur la contraception masculine. L'entretien sera enregistré par dictaphone et anonymisé par la suite. »

Informations patient :

- *Vérification des critères d'inclusion : homme, majeur, en âge de procréer, hétérosexuel, en couple avec une femme*
- *Âge*
- *Situation familiale : sans enfant/avec enfant*

Partie 1 : connaissances générales sur les moyens contraceptifs et avis

- Quelles sont vos connaissances sur les différents moyens de contraception utilisables au sein d'un couple ?
- Connaissez-vous les différentes méthodes de contraception masculine ?
 - o *Sur le marché*
 - o *En cours d'étude (à venir)*
- Connaissez-vous leurs modalités de prescription et de prise en charge ?
- D'où tirez-vous vos connaissances ?
- Quelle est votre opinion sur la contraception masculine ?

Partie 2 : implication de l'homme dans la contraception au sein du couple et idées du patient sur la contraception masculine

- Quelle place tenez-vous au sein de la contraception au sein du couple ? Utilisez-vous un moyen de contraception ?
- Si vous utilisez un moyen de contraception masculin,
 - o *Lequel ?*
 - o *Depuis combien de temps ?*
 - o *Comment l'avez-vous choisi ?*
 - o *Quelles étaient vos motivations ?*
- Si vous n'en utilisez pas,
 - o *Pour quelles raisons ?*
 - o *Quels sont pour vous les freins à une contraception masculine ?*
- Que vous soyez utilisateurs ou non,
 - o *Avez-vous peur des effets indésirables ?*
 - o *La contraception masculine remet-elle selon vous en cause la virilité ?*

Partie 3 : rôle du médecin généraliste dans la mise en place d'une contraception masculine selon le patient

- Vous référez vous à votre médecin généraliste en matière de contraception ?
 - o *Comment votre médecin généraliste peut-il être un appui/un moteur dans ce domaine ?*
 - o *A-t-il déjà abordé ce sujet avec vous ? S'il abordait spontanément ce sujet avez-vous, y seriez-vous réceptif ?*
 - o *Quelles craintes ou hésitations avez-vous pour aborder ce sujet avec votre médecin ?*
 - o *Quel est votre ressenti lorsque vous discutez de contraception avec votre médecin généraliste ?*
- Pour vous, quel rôle le médecin généraliste devrait-il tenir en termes de contraception masculine ?

Partie 4 : perspectives

- Êtes-vous favorable au développement de nouvelles méthodes contraceptives ?
- Pour vous, à quoi ressemblerait une méthode de contraception idéale ?
- Comment pourrait-on faire connaître au grand public la contraception masculine ? Qu'est ce qui pourrait, personnellement, vous toucher ?

« Merci de votre participation à cette étude, et merci de m'avoir accordé de votre temps. »

Annexe 8 : Guide d'entretien final à destination des praticiens

Guide d'entretien final médecin

« Bonjour. Suite à notre première rencontre concernant ma thèse de médecine générale, vous avez accepté de répondre à quelques questions portant sur la contraception masculine. L'entretien sera enregistré par dictaphone et anonymisé par la suite. »

Pour commencer :

- Age du médecin
- Mode d'exercice / secteur d'exercice
- DU en gynéco/sexologie ?

Partie 1 :

- Connaissez-vous les différentes méthodes de contraception masculine ?
 - o *Sur le marché*
 - o *En cours d'étude (à venir)*
- Qu'en savez-vous ?
- Connaissez-vous leurs modalités de prescription ?
- Quel est votre avis sur ces différentes méthodes de contraception masculine ?

Partie 2 : Abordez-vous le sujet de la contraception masculine avec votre patientèle ?

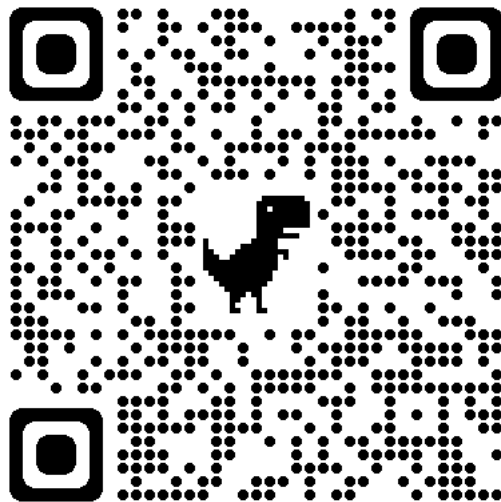
- o *Spontanément*
- o *A la demande de vos patients*
 - *Dans votre patientèle, les hommes sont-ils demandeurs de la mise en place de ces méthodes ?*
- De quelle manière abordez-vous le sujet de la contraception masculine ?
 - o *Quels sont les sujets abordés ?*
 - o *Parlez-vous de sexualité ?*
- Avec quel type de patientèle abordez-vous le sujet de la contraception masculine ?
- Quelles méthodes de contraception masculine leur proposez-vous ?
 - o *De quelle manière présentez-vous ces méthodes ?*
 - o *Quelles informations sur les méthodes délivrez-vous au patient ?*
- Quelles informations collectez-vous sur le patient dans ce cadre ?
- Connaissez-vous la cotation CCP ? L'utilisez-vous ?
- Si vous n'abordez pas le sujet de la contraception masculine avec vos patients,
 - o Pourquoi ?
 - o *A l'inverse, abordez-vous ce sujet avec votre patientèle féminine ?*

Partie 3 :

- Prescrivez-vous actuellement des méthodes de contraception masculine ?
- Si oui,
 - o *Quelles méthodes ?*
 - o *Dans quel contexte ?*
 - o *A quel type de patient ?*
- Si non,
 - o *Pour quelles raisons ? Quels freins relevez-vous à la réalisation d'une consultation tournant autour de la contraception masculine ?*
 - o *Seriez-vous prêts à envisager cette éventualité à l'avenir ?*
 - o *Que pourrait-on mettre en place pour faciliter cette consultation/prescription ?*
- Quelle est votre opinion sur le développement de nouvelles méthodes de contraception masculine ?
 - o *Acceptabilité du patient*
 - o *Facilité de prescription en médecine de ville*
 - o *A quoi ressemblerait selon vous la méthode de contraception masculine idéale ?*
- Que pourrait-on mettre en place pour développer et faire connaître ces méthodes de contraception masculine ?

« Merci de votre participation à cette étude, et merci de m'avoir accordé de votre temps. »

Annexe 9 : Ensemble des entretiens et verbatims sélectionnés et triés



AUTEURE : Nom : DUFOUR

Prénom : Océane

Date de soutenance : 10 avril 2024

Titre de la thèse : Acceptabilité des hommes à assumer le contrôle des naissances au sein du couple et la contraception masculine en soins primaires et points de vue des médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES : Médecine générale

Mots-clés : contraception masculine, acceptabilité, soins de santé primaires

Introduction : La contraception au sein d'un couple permet de se protéger vis-à-vis de la survenue d'une grossesse non désirée et parfois d'IST. De nos jours, en France, dans la majorité des couples, le rôle de la contraception est assumé par la femme. Les méthodes de contraception masculine les plus utilisées actuellement sont le préservatif masculin et la vasectomie. De nombreuses autres stratégies contraceptives (notamment la contraception hormonale masculine ou les sous-vêtements chauffants) sont actuellement à l'étude. Pour le moment, leur fiabilité au long cours, leur faisabilité et leur acceptabilité ont encore été insuffisamment étudiées. L'objectif de cette étude est d'évaluer si les hommes sont prêts à s'impliquer dans le contrôle des naissances, ainsi qu'explorer l'implication du médecin généraliste dans la contraception masculine en soins primaires.

Matériel et méthodes : Étude qualitative en miroir, par entretiens individuels semi-dirigés de 9 binômes patient-médecin, jusque suffisance des données. Une analyse selon une approche par théorisation ancrée a été menée.

Résultats : Les patients et les médecins notent que les pratiques contraceptives évoluent au cours de la vie, avec une place prépondérante laissée à la contraception féminine. Ils relèvent plusieurs freins à la mise en place de cette contraception, avec en premier lieu sa méconnaissance, des idées préconçues, diverses craintes y étant liées, un plus large choix de méthodes de contraception féminine, et l'influence de la partenaire dans la décision. Mais ils seraient favorables à son développement et expriment divers leviers, accordant notamment un rôle au médecin généraliste. Parmi ces leviers sont retrouvés la maîtrise de sa propre fertilité, la solution à une problématique de contraception féminine, la protection contre les IST, l'accessibilité financière. Enfin, plusieurs perspectives au développement de la contraception masculine sont levées : développement d'un moyen de contraception idéal, diversification des lieux d'information, amélioration de la communication sur le sujet.

Conclusion : La contraception masculine est actuellement au second plan dans le paysage contraceptif français, cela s'expliquant par divers obstacles. Mais les médecins généralistes ainsi que les patients prônent son développement et imaginent divers leviers et perspectives qui pourraient être mis en place, octroyant au médecin de soins primaires un rôle clé dans la mise en place des moyens de contraception masculine.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Arnaud VILLERS

Assesseurs : Monsieur le Docteur François MARCELLI

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nathalie DHALENNE