Université de Lille
Ecole de sages-femmes CHRU de Lille.

Contraception : connaissances, intérêt et implication des hommes.

Mémoire rédigé et soutenu par Sophie Cuvelier
Sous la direction de Marie-Stéphanie Frappé.

Promotion 2015/2020

Remerciements

Tout d'abord, je tenais à remercier tous les hommes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et qui ont rendu mon enquête possible.

Merci à Mme Marie-Stéphanie Frappé (conseillère conjugale et familiale), ma directrice de mémoire, pour son accompagnement et ses conseils constructifs dans la réalisation de ce mémoire.

Merci à Mme Lehembre, pour sa disponibilité et le temps qu'elle m'a accordé en tant que guidante de mémoire. Je remercie également Mme Dubos et Mme Cybalski, sages-femmes enseignantes, pour leurs précieux conseils lors des séances d'émergence de thème.

Merci à Mr Maeva Kyheng, spécialiste de l'unité de Biostatistiques du CHU de Lille pour sa réactivité, son aide au traitement des données et ses conseils d'interprétation.

Merci à Dimitri Delebecq et Camille Waterlot pour leurs conseils et leurs connaissances informatiques.

Merci à ma maman d'avoir relu et corrigé ce mémoire.

Pour finir un grand merci à ma famille et mes amis pour leur écoute et leurs encouragements.

Table des matières

Liste des abréviations 5

Introduction 6

PREMIERE PARTIE : THEORIE ET CONCEPTS 7

I) Etat des lieux actuel de la contraception en France 7

1) Etat des lieux 7
2) Emergence de nouveaux contraceptifs masculins 10
3) Recherches et espoirs. 11

II) La contraception et les hommes à travers les siècles 12

1) L'Antiquité. 12
2) Le Moyen âge. 13
3) Les temps modernes 13

III) Evolution : vers une nouvelle norme contraceptive ? 14

1) Nouvelles problématiques en contraception. 14
2) Crise de la pilule. 15
3) Mise en place de lois et recommandations. 16
4) Le développement des mouvements et slogans. 17

IV) Connaissance et implication 18

1) Qu'est ce que la connaissance ? 18
2) La distinction entre « être concerné » et « être impliqué » 19

DEUXIEME PARTIE : RECHERCHE ET RESULTATS 21

I) Présentation de l'étude. 21

1) Objectifs de l'étude et les hypothèses. 21
2) Problématique. 21

II) Méthodologie de l'étude 21

III) Présentation des résultats. 24

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION 38

I) Points forts / Points faibles 38

II) Analyse et discussion. 39

1) Les hommes se sentent concernés par la contraception. 39
2) Des connaissances en contraception ciblées. 40
3) Des connaissances qui varient selon le profil, le vécu et selon les sources de connaissances. 42
4) Les hommes de notre étude pensent que leurs connaissances sont à développer et approfondir. 46
5) Les connaissances ont des effets positifs sur l'implication des hommes en contraception. 46

6) Les hommes ont des connaissances en contraception mais pourtant leur implication est restreinte. 48
7) Il y a d'autres facteurs qui influencent l'implication des hommes dans la contraception. 50
8) Une évolution des mentalités à travers les générations ? 54

III) Propositions 55

Conclusion **56**

Bibliographie **57**

Annexes **I**

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des méthodes de contraception réalisé par le site www.choisirsacontracetion.fr **II**
Annexe 2 : Questionnaire **IV**
Annexe 3 : Accord de la CNIL **VII**
Annexe 4 : Accord de distribution du questionnaire au sein du centre de planification familiale et centre IVG du CH de Tourcoing. **VIII**
Annexe 5 : Illustration de la campagne de sensibilisation à l'utilisation de la contraception d'urgence **IX**

Liste des abréviations

ARDECOM **:** Association pour la Recherche et de Développement de la Contraction Masculine

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CU : Contraception d'Urgence

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EVAS : Education à la vie affective et sexuelle

HAS : Haute Autorité de Santé

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

En 2017, nous avons fêté le 50ème anniversaire de la légalisation de la contraception en France. Au fil des années nous avons vu se développer de nombreux contraceptifs permettant aux femmes de choisir celui qui était le plus adapté à leur mode de vie et à leur sexualité. Le domaine de la contraception s'est principalement centré sur les femmes.

Plus récemment, des événements comme « la crise de la pilule » en 2013, ont amené les femmes à exprimer leur non adéquation avec ces méthodes de contraception médicalisées et une volonté de revenir à des méthodes plus naturelles.

En parallèle, dans les journaux populaires, des articles ont été publiés évoquant la contraception masculine, les recherches pour le développement d'une pilule masculine et des témoignages d'hommes ayant passés le cap de la vasectomie…

La contraception est-elle une affaire de femme ou affaire de couple ?
De nombreuses études explorent le point de vue des femmes à propos de la contraception, leur vécu, leur rôle…. Plus rares sont les études qui questionnent les hommes.
De plus, je me suis rendue compte dans mes différents stages, que très peu d'hommes étaient présents lorsqu'on parlait contraception.

En partant de ces constats, nous nous sommes demandés si les hommes avaient des connaissances en contraception ? S'ils s'impliquaient d'une façon ou d'une autre dans la contraception de leur couple ? Et s'il y avait des facteurs qui influençaient leurs connaissances et leur implication ?

Nous avons donc décidé de questionner directement les hommes afin de recueillir et d'explorer leur point de vue. Par le biais d'un questionnaire distribué sur les réseaux sociaux et lors de divers événements locaux, nous avons questionné 282 hommes majeurs à propos de leurs connaissances et leur implication en matière de contraception.

Dans une première partie, nous allons dresser un état des lieux actuels de la contraception en France et essayerons de l'expliquer grâce à des événements historiques. Puis nous allons explorer les nouveautés et évolutions qui laissent entrevoir la possibilité d'une responsabilité contraceptive partagée au sein du couple.
Dans un second temps, nous exposerons notre enquête ainsi que ses résultats. Enfin, nous finirons par une analyse et une discussion autour des grands résultats.

Première partie : théorie et concepts

I) Etat des lieux actuel de la contraception en France

1) Etat des lieux

L'état des lieux actuel de la contraception en France présenté ci-dessous se base principalement sur les résultats du « Baromètre santé 2016 ». Il s'agit d'une enquête réalisée par téléphone auprès d'un échantillon de 15216 femmes représentatif de la population, âgées de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. [1]

En 2016, 71,9% des femmes sont concernées par la contraception en France.
Parmi elles, 92% des femmes utilisent un moyen de contraception. Seul 8% des femmes déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse, contre 13,6% en 2010. On remarque une augmentation de la couverture contraceptive au fil des années.
En France, plus de 7 femmes sur 10 utilisent une méthode contraceptive médicalisée [1] c'est à dire pilule, dispositif intra-utérin (DIU), implant, patch, anneau, stérilisation.

La pilule contraceptive hormonale est le moyen de contraception le plus utilisé soit 33,2% des femmes françaises. Une grande diversité de pilules est actuellement disponible : oestroprogestative, progestative seule, continue, discontinue… Elle est la contraception la plus prescrite chez les jeunes : 60,4% des 15-19 ans et 59,5% des 20-24 ans utilisent la pilule comme moyen de contraception. Le pourcentage diminue avec l'âge : 29,8% chez les 35-39 ans et moins de 20% chez les 45-49 ans.

Le préservatif masculin est un moyen de contraception très répandu chez les jeunes et lors des débuts de relation du fait de sa double fonction. Il a un rôle contraceptif en recueillant le sperme et un rôle de protection contre les maladies sexuellement transmissibles en évitant les contacts entre les muqueuses des partenaires.
En France, 58 % des lycéens et 43 % des étudiants utilisent systématiquement un préservatif lors de leurs rapports intimes. [2]
Depuis décembre 2018, les préservatifs masculins font l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale. Il est maintenant possible de se procurer des préservatifs de deux marques, « EDEN » et « Sortez Couverts » par le biais d'une ordonnance renouvelable 1 an autant que nécessaire.

Contrairement au préservatif masculin, aucune étude n'a permis de comptabiliser le nombre d'utilisatrices du préservatif féminin actuellement en France. Sa pose nécessite un peu d'entrainement et de bien connaître son anatomie. Son utilisation est peu répandue en France.

Le préservatif est ensuite vite délaissé au profit d'un type de contraception médical féminin. Cependant, tout de même 15,5% des femmes tous âges confondus déclarent utiliser le préservatif comme moyen de contraception. Le préservatif masculin est la méthode de contraception masculine la plus connue du grand public. L'indice de Pearl [2] du préservatif masculin est de 2 mais le taux d'échec en condition d'utilisation réelle de 15. Un véritable marché s'est construit autour des

[1] Pour plus d'information sur les méthodes contraceptives féminines, un tableau récapitulatif se trouve en Annexe I.
[2] L'efficacité théorique d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl, indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation optimale de la méthode. Un écart important entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique est généralement dû à une utilisation complexe ou contraignante du moyen contraceptif.

préservatifs offrant une palette de matière, couleur, forme… En 2015, environ 27 milliards de préservatifs sont fabriqués par an pour un chiffre d'affaires estimé à 4,6 milliards d'euros.

Avec l'âge, le DIU a tendance à remplacer la pilule. Le DIU est le moyen contraceptif le plus utilisé à partir de 35 ans (34,6% chez les 34-39 ans). Depuis quelques années on observe une augmentation progressive du taux de DIU chez les femmes plus jeunes. Le taux de DIU chez les 25-29 ans est passé de 6,9% en 2010 à 19% en 2016. Cela est en adéquation aux nouvelles recommandations de prescription publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en mars 2013. De plus, avec la crise de la pilule dans les années 2013, un certain nombre de femmes a délaissé la pilule hormonale se sont tournant vers l'utilisation du DIU au cuivre.

Actuellement, 25,6 % des femmes françaises assurent leur contraception par un DIU. [3]

En effet, depuis la découverte des méthodes de contraception médicalisées, il s'est installé un « schéma contraceptif type » chez les femmes. Cette norme contraceptive se traduit par l'utilisation du préservatif au début de la vie sexuelle et au début d'une relation à double visée de protection (infection + contraception). Puis lorsque la relation se stabilise, on observe une utilisation massive de la pilule. Enfin, une fois le nombre d'enfants souhaité et jusqu'à la ménopause, les femmes se tournent vers le DIU. [4]

D'autres méthodes de contraception féminines sont disponibles sur le marché.
4,3% des femmes utilisent l'implant, le petit bâtonnet contenant une hormone progestative placé au niveau du bras pour une durée de 3 ans. Cette méthode de contraception est principalement utilisée par les femmes de 20-24 ans (9,6%). Il ne représente plus que 3,6% des femmes de 30 à 34 ans.

Le patch, est un timbre adhésif qui se colle en cutané et qui diffuse des hormones dans le sang à travers la peau.
L'anneau est un dispositif circulaire flexible en plastique qui délivre quotidiennement des hormones. Il se place au fond du vagin pour une durée de 3 semaines consécutives puis retiré 7 jours. Le patch et l'anneau sont utilisés par seulement 1,1% des femmes.
La faible utilisation de ces méthodes peut en partie s'expliquer par le fait qu'elles ne sont actuellement pas remboursées par la sécurité sociale. Il faut compter environ 15€ pour une boite de 3 patchs et 16€ pour un anneau. De plus, l'anneau a fait face récemment à plusieurs difficultés de distribution suite à une rupture de stock en 2019 et un rappel de nombreux lots en mars 2020 suite à des défauts de qualité.
Le coût de cette contraception influence-il les professionnels à ne pas les proposer systématiquement ?
A travers mon stage au centre de planification de Tourcoing, je me suis rendue compte que certaines méthodes de contraception accessibles en France étaient moins présentées que d'autres et que de nombreuse femmes découvraient l'existence de certaines méthodes de contraception alors que cela faisait des années qu'elles utilisaient une contraception. L'ensemble du panel contraceptif est il connu par l'ensemble des utilisatrices de contraception ?

Le diaphragme et la cape sont deux méthodes de contraception non hormonales qui se placent au fond du vagin et qui ont pour but de recouvrir le col de l'utérus. Ils forment un dôme et se placent dans le fond du vagin avant le rapport sexuel. Ils sont généralement associés aux spermicides pour une meilleure efficacité. Il est nécessaire d'avoir une ordonnance pour se procurer un diaphragme ou une cape en pharmacie. Le diaphragme cout entre 30 et 50€ et il est remboursé sur la base de 3, 14€. La cape coûte environ 60€ et elle n'est pas remboursée.

Les méthodes naturelles regroupent l'ensemble des techniques suivantes : le calcul du cycle, l'abstinence périodique ou la «méthode Ogino», la méthode de la température, l'observance de la glaire cervicale, la symptothermie, le retrait …
L'indice de Pearl est difficile à évaluer mais l'efficacité pratique est comprise entre 20 et 25.
La cape, le diaphragme ainsi que les méthodes naturelles concernent 4,6% des femmes en France.

Depo-provera ® est une contraception sous forme injection tous les 3 mois. C'est une méthode de contraception peu utilisée et méconnue en France. Seul 1% des françaises y ont recours et principalement lors de pathologie psychiatriques.

La contraception définitive féminine et masculine est peut représentée en France. Un délai de réflexion de 4 mois est obligatoire avant l'opération et il faut compter 3 mois pour qu'elle soit réellement efficace.
La ligature des trompes est une opération chirurgicale réalisée sous anesthésie généralement par coelioscopie. Elle nécessite une hospitalisation de 1 à 3 jours. Elle concerne 4,8% des femmes de 18 à 49 ans. Elle est utilisée principalement chez les femmes de 40 ans et plus (8,7% des 40-44 ans et 11% des 45-49 ans). Le pourcentage de ligature de trompe en France est très bas comparé à d'autre pays, 24% des mexicaines et 13,5% des américaines ont eu recours à la ligature des trompes.
L'équivalent masculin, la vasectomie, est une opération chirurgicale mineure, réalisable sous anesthésie locale, en ambulatoire et qui consiste en une ligature et une section des canaux déférents. L'objectif est d'obtenir un éjaculat sans spermatozoïde rendant ainsi l'individu infertile.
Il est nécessaire d'utiliser un moyen de contraception pendant les trois mois suivant l'opération ainsi que de réaliser un spermogramme pour s'assurer de l'absence totale de spermatozoïde dans le sperme.
La vasectomie est encore marginale en France puisque qu'elle ne concerne que 0,8% des hommes alors que dans le monde, c'est un moyen de contraception très répandu. Un canadien sur cinq choisit la vasectomie lorsque le couple ne souhaite plus d'enfant. [5]

Aujourd'hui en France, les femmes sont 6 fois plus nombreuses que les hommes à avoir passer le cap de la contraception définitive.

L'histoire de la stérilisation définitive en France est complexe. Auparavant, la stérilisation était considérée comme une « mutilation corporelle ». Elle est autorisée à visée contraceptive seulement depuis 2001. Cette loi autorise toute personne majeure et bien informée à bénéficier de cette intervention. Il n'y a aucune condition d'âge et de nombre d'enfants inscrit dans la loi. Cependant à travers mes stages, je me suis rendue compte qu'il est difficile de trouver un chirurgien qui accepte d'opérer si les critères « 35ans et 3 enfants » n'étaient pas remplis. Un grand nombre de femmes et d'hommes qui souhaiterait bénéficier de la contraception définitive se heurt à un refus de la part des professionnels de santé. Faut-il que les mentalités changent ? Pourquoi cette exception française ?

Actuellement en France, la contraception est majoritairement assurée par les femmes. La pilule et le DIU sont les méthodes les plus répandues. Alors que les femmes ont un largue panel de contraceptions efficaces pour contrôler leur fertilité, les hommes semblent n'avoir comme alternative que le préservatif en début de relation et la vasectomie bien plus tard. Le choix restreint et le fait que ce type de contraception ne soit pas forcement adapté à la vie et aux projets des couples a incité la poursuite des recherches afin d'élaborer de nouvelles formes de contraception destinées aux hommes.

2) Emergence de nouveaux contraceptifs masculins

a) La Contraception thermique

Le principe de la contraception thermique se base sur la physiologie de la reproduction. Les testicules se trouvant dans les bourses sont à une température légèrement inférieure à la température corporelle (environ 34-35°C). Cette température est idéale pour la production de spermatozoïdes. La contraception thermique a donc pour but de maintenir les testicules à une température supérieure à la température optimale pour diminuer la fertilité masculine.
A Toulouse, le Dr Mieusset et son équipe ont élaboré un sous vêtement qui permet de remonter les testicules grâce à des bandes élastiques cousues sur le caleçon, provoquant ainsi le réchauffement des testicules. Pour le moment, le « Slip chauffant », « boulocho » ou « Remonte couilles Toulousain » est difficile d'accessibilité. L'un des seuls moyens de se le procurer est d'être suivi par le Dr Mieusset. [5] Certaines associations commencent à en fabriquer et à le commercialiser sur des sites internet. L'esthétique et le confort ont été améliorés. Il est également possible de le fabriquer soit même en suivant des vidéos explicatives.
En France, environ 150 hommes utilisent la contraception thermique actuellement.
Les difficultés pour se la procurer et l'accès limité à des professionnels de santé pour le suivi peut en partie expliquer la faible utilisation pour le moment. De plus, il est indispensable d'être rigoureux dans le port du slip, d'avoir un suivi par un professionnel de santé et de réaliser un spermogramme pour vérifier son efficacité contraceptive.

Sur le même principe que les sous vêtements thermiques, se développe « l'Andro-switch », un anneau en silicone qui s'enfile sur la verge et dont le but est de maintenir les testicules à l'entrée du canal inguinal.
Nous avons encore peu de recul sur son efficacité mais ce dispositif semble remplir sa fonction contraceptive et être bien toléré en pratique quotidienne. [5]

b) Les Injections hormonales masculines

La contraception hormonale masculine est un véritable défi pour les chercheurs. En effet, les testicules produisent de la testostérone. Or cette hormone a une double fonction : produire des spermatozoïdes ainsi que développer et maintenir les caractéristiques sexuelles secondaires caractéristiques de l'apparence physique des hommes (poils, masse musculaire et graisseuse, volume testiculaire …). Les recherches en contraception masculines doivent donc agir sur la testostérone qui agit sur la production de spermatozoïdes sans altérer l'apparence physique des hommes.

Encore peu médiatisée pour le moment, la contraception hormonale masculine par injection consiste en des injections hebdomadaires d'hormone masculine, la testostérone. L'effet contraceptif est plutôt lent à se mettre en place, il faut attendre jusqu'à trois mois après le début du traitement pour arriver à l'arrêt de la production des spermatozoïdes. De plus, il est nécessaire de réaliser des spermogrammes pour s'assurer de son bon fonctionnement. Le cycle masculin est plus long à contrôler que le cycle féminin. A cela s'ajoute une question de coût, « dix euros par semaine en pharmacie », précise Pierre Colin, urologue Lillois.
Seuls une poignée de spécialistes la prescrive en France actuellement.
Il s'agit d'une contraception réversible mais, il est nécessaire d'attendre plusieurs mois pour pouvoir de nouveau procréer.
L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un usage limité à dix-huit mois, et réservé aux « hommes de 25 à 45 ans n'ayant pas certains antécédents (cardiovasculaires, hépatiques, de cancers, d'obésité, psychiatriques, etc.) ou ne consommant pas de tabac ».

En France, des témoignages d'hommes utilisant la contraception hormonale par injection ont vu le jour. Cependant, nous n'avons actuellement pas le chiffre exact d'hommes utilisant cette méthode.

3) Recherches et espoirs.

a) La pilule hormonale contraceptive masculine.

L'idée d'avoir un équivalent masculin à la pilule contraceptive féminine n'est pas nouvelle. Des chercheurs se penchent sur la question depuis plusieurs années. Leur défi est de diminuer significativement la production de spermatozoïdes en jouant avec les concentrations de testostérone et de limiter les effets indésirables, tels que la baisse de libido, inflammation du foie, dysfonction érectile, acné, maux de tête …
Un essai clinique a rassemblé 100 hommes américains, âgés de 18 à 53 ans qui ont pris tous les jours pendant 1 mois la « pilule masculine », appellée DMAU (diméthandrolone undécanoate) qui combine une hormone androgène comme la testostérone et un progestatif. Les résultats montrent des réponses hormonales compatibles avec une contraception efficace et des effets secondaires « mineurs ». « Ces résultats prometteurs sont sans précédent dans le développement d'un prototype de pilule masculine », s'est réjoui Stéphanie Page, professeure de médecine à l'Université de Washington à Seattle, et co-auteure de cet essai clinique. [6]
Cette étude a été présentée lors du 100ème congrès de la Société américaine d'endocrinologie en 2018 à Chicago.
Pour l'instant, la pilule contraceptive masculine est encore en phase de recherche et sa commercialisation n'est pas envisagée avant une dizaine d'années. [7]

b) « Vasalgel ® », l'alternative à la vasectomie.

VASALGEL® est un gel contraceptif à injecter sous anesthésie dans le canal déférent, qui permet aux spermatozoïdes de sortir des testicules pour rejoindre la prostate. Ce gel est capable de former un bouchon pour bloquer les spermatozoïdes mais pas les fluides. En effet, il agit comme une « barrière physique semi perméable », les spermatozoïdes ayant un trop gros calibre pour passer à travers. Allan Pacey, professeur d'andrologie à l'Université de Sheffield explique : « L'étude a montré que, au moins chez les singes mâles adultes, le gel est une contraception efficace». VASALGEL® permet ainsi un effet contraceptif à long terme mais, contrairement à la vasectomie, l'effet contraceptif est censé être réversible suite à une deuxième injection d'un produit capable de dissoudre le « bouchon». L'effet réversible du gel n'est pas encore totalement au point car seul sept lapins sur onze ont retrouvé leur capacité de procréer suite aux essais américains. Les études en cours sont prometteuses mais il n'y a pas pour le moment d'autorisation de mise sur le marché. [8]

c) L'immuno-contraception masculine.

Le but de l'immuno-contraception est d'induire une immunisation réversible de l'organisme masculin contre des antigènes impliqués dans les étapes de reproduction humaine. L'élaboration de cette méthode est encore en cours et fait face à des interrogations : comment être à la fois efficace et réversible ? Comment évaluer la variabilité de la réponse vaccinale en fonction des individus ? Quel schéma vaccinal ? Encore beaucoup de questions sans réponses à ce jour …
Les études en cours et futures nous éclaireront sûrement sur cette méthode prometteuse.

d) La contraception moléculaire.

Les avancées des connaissances scientifiques amènent les chercheurs à penser que en théorie, il serait possible d'élaborer des molécules capables de bloquer certaines fonctions reproductrices. Il serait par exemple possible de trouver des molécules inhibitrices de la spermatogénèse, des molécules capables de rendre immobile des flagelles des spermatozoïdes…
Pour l'instant, ces méthodes de contraception reste hypothétiques et théoriques. [9]

Aujourd'hui, ces nouveaux types de contraception restent très peu accessibles. Certaines de ces méthodes révolutionnaires sont encore en phase de recherche et non commercialisées. Leur fiabilité

contraceptive et leur innocuité sont encore à prouver. Ces méthodes restent contraignantes et la plupart des professionnels de santé s'accordent sur la nécessité de mettre au point une contraception orale ou par implant, sur le même modèle que les contraceptifs féminins. L'une des principales difficultés pour l'élaboration des contraceptifs masculins est que contrairement aux femmes, les hommes produisent des gamètes en permanence.

L'état des lieux des pratiques contraceptives en France montre une répartition inégale de la charge contraceptive. Ces inégalités peuvent en partie s'expliquer par l'histoire et la législation de la contraception à travers les siècles.

II) La contraception et les hommes à travers les siècles

L'OMS définit la contraception comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». Ce terme rassemble l'ensemble des méthodes utilisées pour éviter une grossesse lors d'un rapport sexuel. [10]

Aujourd'hui, dans notre société moderne, la contraception est principalement associée aux femmes, mais il n'en a pas toujours été ainsi. Autrefois, les hommes s'en sont largement souciés. Les évènements historiques permettent de mieux comprendre la place qu'occupent aujourd'hui les femmes et les hommes dans la contraception.

1) L'Antiquité.

Tout d'abord, le contrôle des naissances n'est pas une préoccupation nouvelle des sociétés modernes. Depuis l'Antiquité, le contrôle de la fécondation est au cœur des discussions des couples. En effet, l'Homme a rapidement intégré le fait que des relations sexuelles, entre un homme et une femme pouvaient, dans certains cas entrainer la grossesse et la naissance d'un enfant.

L'Homme a fait preuve d'une grande créativité pour éviter la conception. Des techniques visant à empêcher la semence masculine d'entrer ou de se rependre chez la femme voient le jour.
L'un des premiers moyens de contraception utilisé était le « coït interrompu » plus couramment appelé retrait. Il était également conseillé d'éternuer, de sautiller, de marcher énergiquement après l'acte pour évacuer la substance masculine.
Puis se développent les 1ères formes de préservatifs masculins fabriqués pour les Romains et les Grecs avec des boyaux ou vessies d'animaux en tout genre et chez les Chinois et Japonais avec du papier de soie huilé ou des écailles de tortue. Ces préservatifs pouvaient être utilisés plusieurs fois.
Les femmes aussi développent des stratégies pour contrôler les grossesses telles que les tisanes, les plantes, les tampons et éponges imbibés de substances spermicides, les pessaires, des massages vigoureux du ventre …
Pour freiner la fertilité, les couples avaient également certaines superstitions et pouvaient porter des amulettes ou autres pendentifs « protecteurs ». [11]
Ces méthodes aux résultats aléatoires n'étaient pas dénuées de risque pour leur santé.

A cette époque, le manque de connaissances médicales sur l'anatomie et la physiologie de la reproduction est responsable d'un taux d'échec élevé. Soranos d'Ephèse raconte dans « Le traité des maladies des femmes » au Ier siècle après J-C, que « Le meilleur [moment] pour la conception est celui de la cessation de l'écoulement menstruel ». Il s'imaginait, à tort que la femme n'était plus féconde au milieu et à la fin de son cycle. [12]

Aux prémices de la contraception, les hommes avaient une responsabilité importante puisque les moyens de contraception principalement utilisés étaient masculins (retrait et préservatif).

2) Le Moyen âge.

Nous avons peu d'informations sur la contraception au Moyen Age. Les méthodes locales et naturelles découvertes à l'antiquité perdurent sans grand progrès. La classe populaire représentait une grande majorité de la société. Elle n'avait pas forcement accès aux moyens de contraception. La moyenne d'enfant par femme était de 7. De plus, l'Eglise rejetait la contraception et conseillait des périodes d'abstinence entre les grossesses.

3) Les temps modernes.

Au XVIIème, toutes les techniques de contraception et d'interruption de grossesse sont associées au crime.
Cependant, les grossesses très fréquentes commencent à lasser les couples. Au XVIIIème, les méthodes de contraception se répandent illégalement et le nombre d'enfants par femme diminue. Emerge l'idée qui vaut mieux élever et nourrir une petite famille que de laisser mourir une grande. Le préservatif se généralise dans les années 1700. Le retrait a toujours la côte au sein des couples.

Le XIXème siècle marque le début de grands progrès en matière de contraception. Les connaissances scientifiques en matière de fécondation se développent et permettent de mettre au point de nouvelles méthodes de contraception.

Apparait en 1880, le diaphragme, objet en caoutchouc qui a pour but de venir couvrir le col de l'utérus pour éviter la montée des spermatozoïdes et leur rencontre avec l'ovule de la femme.

A partir de 1918, la France se reconstruit doucement à la suite de la saignée démographique causée par la première guerre mondiale. En 1920, l'assemblée Nationale interdit toute forme de propagande et de vente de contraceptif, il interdit l'avortement et vante une politique nataliste.

En 1929, le premier stérilet aujourd'hui appelé dispositif intra-utérin voit le jour. Il est composé de fils de soie et par la suite amélioré avec du cuivre. Le stérilet a du mal à se faire une place comme moyen de contraception au sein de la population, réticente à ses débuts.

En 1939, peu avant la seconde guerre mondiale, le gouvernement publie le « Code de la famille » ensemble de lois dont le but est de favoriser le repeuplement du pays. Le pays, touché par la guerre renforce sa politique. Le gouvernement de Vichy se base sur les valeurs « Travail, Famille, Patrie ». Marie-Louise Girard, la « faiseuse d'ange » est condamnée à mort pour avoir aider des femmes à pratiquer l'avortement.
La politique nataliste du pays se poursuit à la fin de la guerre, on assiste à une vague de naissances couramment appelé « Baby Boom » entre 1945 et 1955. Le gouvernement met en place plusieurs aides et primes valorisant la famille.

Au milieu des années 1950, le monde scientifique découvre les hormones et leur fonctionnement. Deux américains Dr.Pincus et Dr. Sanger, mettent en place la pilule contraceptive hormonale féminine qui a pour but de bloquer l'ovulation. Les premiers essais se révèlent très efficaces et elle sera commercialisée aux Etats unis et en Allemagne quelques années plus tard.

Jusque dans les années 1960, la contraception est toujours interdite en France. Cependant, des débats publics à propos de la douleur des grossesses non désirées, de l'horreur des l'avortements clandestins et du manque d'accès à la contraception animent le pays. Après des débats mouvementés, l'assemblée nationale vote en 1967 la loi Neuwirth qui autorise la vente de produits contraceptifs. Cette loi ne sera effective qu'en 1972 à cause des nombreux réfractaires à cette annonce. En 1974, la sécurité sociale rembourse la pilule. En 1975, la loi Simone Veil dépénalise l'avortement.

L'autorisation de la pilule marque un bouleversement, une révolution dans les pratiques contraceptives**.** Le petit comprimé devient l'élément capital pour les femmes et leur libération. C'est un grand pas dans l'émancipation des femmes. L'arrivée de la contraception hormonale féminine et les mouvements féministes ont conduit à faire de la contraception une pratique sous contrôle de la femme. [13] Les hommes se retrouvent ainsi dessaisis d'une forme de responsabilité qui leur incombait en grande partie.

Depuis la découverte de la pilule, l'industrie médicale et pharmaceutique a développé des méthodes de contraception féminine diverses. Plus de 10 nouveaux contraceptifs féminins ont été mis sur le marché depuis la seconde guerre mondiale. Quant à elle, la contraception masculine est restée en retrait et s'est limitée à l'amélioration de la qualité et du confort du préservatif.

L'histoire et les progrès scientifiques ont fait que la contraception s'est orientée vers les femmes. Les hommes se sont progressivement effacés dans le domaine de la contraception. Nous sommes passés d'une contraception traditionnelle gérée par le couple à une contraception médicalisée et féminine. Une enquête sur les pratiques contraceptives des hommes en France de 2015 montre que 71,7% des hommes interrogés utilisaient uniquement une méthode de contraception féminine. [14]

III) Evolution : vers une nouvelle norme contraceptive ?

1) Nouvelles problématiques en contraception.

Depuis plusieurs années, et dans un climat souhaitant une égalité homme-femme, la place de l'homme dans la contraception a tendance à évoluer.

En effet, les temps et les mœurs évoluent et la norme contraceptive a tendance à être bouleversée. Aujourd'hui, il y a une volonté des couples de planifier les naissances. La grossesse est vue comme un projet de couple à accomplir en temps voulu.

Tout d'abord, de plus en plus de femmes accèdent aux études supérieures et à des postes à responsabilités. Les femmes représentent 55% des étudiants dans les études supérieures en 2016. [15] Cela traduit une évolution de la place de la femme dans la société. De plus, depuis ces dernières décennies, la participation des hommes aux tâches quotidiennes et à l'éducation des enfants ne cesse de progresser ce qui permet de libérer du temps aux femmes et de pouvoir s'impliquer d'avantage dans le monde du travail.

L'augmentation des diplômes chez les femmes entraine une augmentation de l'âge moyen des femmes lors du 1er enfant. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2015, les femmes françaises donnent naissance à leur premier enfant en moyenne à 28,5 ans, soit quatre ans et demi plus tard qu'en 1974. Ce chiffre ne fait qu'augmenter, en 2018 l'âge de la première grossesse est de 30,6 ans. [16]

On peut aussi mettre en évidence le fait que les femmes et les couples ont moins d'enfants. Depuis les dernières décennies, le nombre d'enfants par femme ne cesse de diminuer. Selon l'INSEE nous sommes passé de 2,85 enfants/femme en 1960, à 2,03 enfants/femme en 2010 puis à 1,87 enfants/femme en 2018. Ce chiffre « n'a jamais été aussi bas depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale », soulignent les experts de l'INSEE. [17]

La situation économique actuelle explique en partie ces phénomènes démographiques. Les couples sont soucieux d'avoir un emploi stable, d'être propriétaire d'un bien immobilier, d'avoir des réserves économiques avant de décider de mettre en route une grossesse.

Cela entraine de nouvelles problématiques en contraception. En effet, ces nouveaux phénomènes impliquent un plus grand laps de temps où il faut une contraception efficace et adaptée au mode de vie et au désir du couple. [18]

Nous remarquons également que le changement de contraception se pose aussi une fois que le couple est établi et stable depuis plusieurs années. Il y a une volonté de passer sur un mode de contraception de plus longue durée. C'est une demande fréquente des femmes lors des consultations. Nous venons à nous poser la question : Et le partenaire, où en est il dans sa relation avec la contraception ? Qu'en pense-t-il ? Partage-t-il ce choix ?

Malgré une couverture contraceptive entendue en France, deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception au moment de la survenue de la grossesse. Trois interruptions volontaires de grossesse (IVG) sur quatre concernent des femmes sous contraception. On se pose donc la question suivante : est ce que la contraception prescrite correspond au mode de vie de la personne ? [19]

A travers mes stages, je me suis rendue compte que différents évènements dans la vie d'une femme étaient particulièrement propice au changement de contraception. En effet, une seconde grossesse, une grossesse non prévue, des grossesses rapprochées, une interruption volontaire de grossesse sont des situations qui amènent la femme à repenser ou questionner sa contraception. Il s'agit de situation où la contraception va être rediscutée avec des professionnels de santé afin de trouver la contraception la plus adaptée aux modes de vie et désirs de la femme. Or, j'ai pu remarquer qu'on ne voyait pas forcement tous les conjoints lors des consultations associées à ces situations. On peut se poser les questions suivantes : Est ce que les hommes pensent avoir leur place dans ces moments ? Que pensent–ils de la situation ? Est ce que leur avis est écouté et pris en compte?

Ces modifications sont l'occasion de promouvoir des alternatives aux contraceptifs féminins et une ouverture vers la responsabilité contraceptive partagée au sein du couple. La communauté scientifique s'est lancée dans la recherche et l'élaboration de nouvelles méthodes de contraception masculines afin que la question de la reproduction ne soit plus seulement qu'une « affaire de femmes ». Cela pourrait être un tremplin vers une évolution de la place de l'homme dans la contraception.

2) Crise de la pilule.

La « crise de la pilule » dans les années 2012-2013, a participé à une reconfiguration du paysage contraceptif. De plus en plus de femmes ne se sentent plus à l'aise ni en adéquation avec une contraception hormonale. Les modifications corporelles, psychologiques et les effets indésirables de la pilule interpellent les femmes. Près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode de contraception après cette crise. [20]

Certaines femmes se tournent alors vers d'autres méthodes de contraception médicalisées comme les DIU, implants … Et d'autres se retournent vers des méthodes historiques et plus naturelles telles que le préservatif, le retrait ou le calcul du cycle.
A travers cette crise, c'est l'image sociale de la pilule contraceptive qui est mise à mal. [20]

Cette envie de changement de la part de certaines femmes n'est-elle pas une porte ouverte afin que les hommes s'investissent dans ce domaine jusqu'à l'heure très féminin ?

3) Mise en place de lois et recommandations.

a) A l'international.

Sur la scène internationale, un nouveau vent souffle, celui du partage plus égalitaire de la responsabilité contraceptive. Nous voyons émerger la notion de partage des responsabilités contraceptives et la nécessité de l'implication des hommes à travers plusieurs grands rassemblements. Cela marque une évolution vers une prise de conscience de l'importance de l'implication de l'homme dans la régulation des naissances.

En 2004, l'assemblée parlementaire du conseil de l'Europe « encourage la responsabilité des hommes et particulièrement des jeunes hommes en matière de santé génésique ». Les questions de santé génésique ne doivent plus être considérées comme « l'affaire des femmes ». Les hommes doivent être encouragés à s'intéresser davantage à la planification familiale et à se préoccuper de leur hygiène sexuelle et de leur santé génésique. [21]
L'assemblée s'engage ainsi à mettre en place des programmes de sensibilisation pour « encourager les hommes à assumer la responsabilité de leurs comportements sexuels, à comprendre et à soutenir les femmes dans leurs choix contraceptifs et à améliorer la communication entre les partenaires »
Elle met également en évidence l'importance de favoriser les connaissances des hommes dans la reproduction et la contraception par le biais de programmes d'éducation sexuelle pour leur permettre une plus grande et meilleure participation. [21]

B) En France

La France s'inspire des volontés de changement et d'évolution de la place de l'homme dans la régulation des naissances. Pour se sentir concerné et impliqué par le sujet de la contraception, il est important d'avoir des informations théoriques, un socle de connaissances pour pouvoir être acteur et avoir un rôle actif dans la contraception.

Le 4 juillet 2001, le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse a instauré l'éducation à la sexualité en milieu scolaire qui a pour but l'apprentissage d'un comportement responsable et d'inciter le dialogue sur le sujet de la sexualité. Dans les écoles primaires, des temps consacrés à l'éducation à la vie affective et sexuelle doivent être intégrés aux enseignements. Dans les collèges et les lycées, trois séances annuelles d'éducation à la sexualité sont mises en place.
Différents thèmes sont abordés en fonction des âges. Cela permet aux jeunes de réfléchir et de débattre sur des sujets souvent peu abordés voir « tabous » pour certains. [22]

Depuis la rentrée 2018, pour renforcer l'éducation à la sexualité, les ministres de l'éducation et de la santé ont instauré le service sanitaire pour les étudiants en santé. Il s'agit de 6 semaines de service de prévention et promotion de la santé réalisées par les étudiants en santé auprès des établissements scolaires, des lieux de vie et d'accueil… L'un des thèmes abordés est l'apport d'informations sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles. [23]

Depuis le 1er janvier 2017, le Planning familial propose, à Paris, des journées de consultation groupées adressées aux hommes. Celles-ci ont du mal à attirer des hommes pour le moment. « Les premiers mois, il y avait une personne par consultation, ces derniers temps, on est entre trois et quatre », estime Caroline Rémy, coprésidente du Planning familial.

4) Le développement des mouvements et slogans.

a) ARDECOM : Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine

Dans les années 1970, en miroir à la création des groupes féministes, des groupes de paroles d'hommes fleurissent en France. [24] Les échanges autour de la contraception, du partage des rôles, des responsabilités et des risques dans la sexualité sont des thèmes fréquemment évoqués lors de leurs réunions. Leurs discussions ne sont pas uniquement théoriques mais ils se livrent sur leur vie quotidienne, intime et sexuelle. De ces réunions débouchent sur des changements concrets dans les pratiques du quotidien.
La question de la contraception masculine devient vite l'une de leur préoccupation majeure. Un groupe d'hommes décida de passer à la pratique avec l'aide de Jean-Claude Soufir, médecin endocrinologue (et militant). Ils mirent en place une expérimentation dans laquelle ils tenaient à être acteurs de contraception hormonale masculine
Afin de partager cette expérience avec d'autres hommes, ils créèrent l'Association ARDECOM en 1980.

Le but de cette association est de rassembler des hommes à la recherche d'autonomie dans le domaine de la sexualité, la paternité et le désir ou non d'enfant. [5]
Ces hommes ont la volonté de ne plus dépendre de leur partenaire ou de venir en relais à leur partenaire dans le domaine de la contraception.
Ces hommes ont été des annonciateurs symboliques des transformations des rapports sociaux de sexe et de genre que l'on a connu les décennies suivantes.

b) Slogans et campagnes.

Depuis ces vingt dernières années, nous avons vu se développer des écrits d'auteurs qui se penchent sur la question de la place de l'homme en contraception. Les auteurs ont pour but d'impliquer ou de susciter le retour de l'implication des hommes dans la contraception.
En 2005, Maryse Jaspard dans son livre « Sociologie des comportement sexuels » écrit : « Les femmes ne doivent pas assumer seules les conséquences de leur vie sexuelle, il apparait primordial d'encourager les hommes à s'intéresser davantage à la planification familiale ». [25]
En 2009, C.Desjeux écrit qu'« il faut faire évoluer les mentalités. Il faut expliquer aux garçons, dès leur plus jeune âge, la responsabilité partagée qu'ils ont dans la planification des grossesses » [26]

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) participe très largement à faire émerger dans les consciences l'importance de l'homme dans la contraception avec des campagnes de publicités. En 2009, deux spots publicitaires diffusés à la télévision, à la radio et dans les cinémas, intitulés « Hommes enceintes » et « Si les hommes accouchaient » se terminent avec le slogan provocateur : « Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? ». Ces publicités montrent des hommes vivant des situations auxquelles seules les femmes peuvent être confrontées : retard des règles, utilisation d'un test de grossesse, grossesse non désirée… Le but étant d'encourager chacun à prendre ses responsabilités.
A travers ces vidéos, l'INPES fait passer un message fort par le biais d'un concept original qui a pour but de toucher un large public. [27]

Additionner à cela, il y a la mise en place sur les sites dédiés à la contraception des rubriques destinées à mettre en avant la place des hommes dans la contraception.
Le site « choisir sa contraception » a mis en place dans sa rubrique « En parler c'est mieux », une section « En couple » qui met en avant l'importance de la communication au sein du couple pour le choix d'un moyen de contraception. [28]
De même, le site destiné aux jeunes « OnSex'prime », conçu en association avec santé publique France lance une rubrique « La contraception, ça ne concerne pas que les filles !» pour inciter les garçons à prendre leurs responsabilités et à favoriser le dialogue dans les couples. [29]

Les médias participent également à la prise de conscience générale et à l'effacement des stéréotypes associant la contraception à une responsabilité féminine. Ils permettent aussi d'informer sur les nouvelles alternatives aux contraceptions classiques. De nombreux articles aux titres marquant sont publiés dans des revues populaires. Voici quelques exemples de titres d'articles :

- Huffpost : » La contraception et les hommes, un autre combat pour l'égalité dans le couple »
- Libération : « Contraception : le pendant masculin à la traîne »
- Le Parisien : « Contraception : les hommes commencent à s'investir »
- Le quotidien : « Une nouvelle « pilule pour homme » passe les premiers tests de sécurité »
- L'express : «Contraception : enfin une pilule masculine ?»
- Le Figaro : « Pilule, gel, slip chauffant... Où en est la recherche sur la contraception masculine? »

Des initiatives locales voient le jour. Par exemple, en région PACA, un concours d'affiches sur le thème « Contraception : filles, garçons, on est tous concernés » a été réalisé pour inciter les jeunes à échanger sur la contraception et à devenir acteur de leur sexualité.
Les créations sélectionnées par le jury ont été diffusées en 14 000 exemplaires dans les lycées, centres de formation, les missions locales et les universités de la région PACA. [30]

De nombreuses actions sont mises en place pour favoriser la sensibilisation des femmes et des hommes à l'importance de la contraception. Les hommes sont davantage pris en compte ces dernières années.
Qu'en pensent les hommes ? Ont-ils été la cible de ces actions de sensibilisation et d'information à la contraception ? Qu'en ont ils retenu ? Pourquoi y a-t-il encore des échecs ou manque de contraception ?

IV) Connaissance et implication

1) Qu'est ce que la connaissance ?

Dans le langage courant, nous utilisons indistinctement les termes « information » et «connaissance ». Ces deux mots ont des points communs mais également des différences qui ont un impact sur le comportement.

Selon le dictionnaire Larousse, une information est « une indication, un renseignement, une précision que l'on donne ou que l'on obtient sur quelqu'un ou quelque chose ». [31]

Pour qu'une information devienne une connaissance, elle doit être intégrée par la personne avec ses connaissances et ses compétences personnelles puis être réutilisée.
Une fois que l'information est transmise, l'individu doit en déduire un sens et l'associer à ses connaissances préexistantes déjà mémorisées, les transférant ainsi en schémas mentaux qui en font une connaissance.

Cette appropriation de l'information peut être différente en fonction du moyen de diffusion de l'information, de l'expérience personnelle de l'individu, du contexte de réutilisation et de la motivation à intégrer l'information.
Toutes les personnes ayant reçu une même information n'acquièrent pas la même connaissance finale.

Comme dirait Albert Einstein, "*La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information*."
De multiples informations en matière de contraception sont disponibles et accessibles à travers la scolarité, la famille, les publicités, les articles, les conférences, les sites internet… mais chaque individu intègre cette information en fonction de son vécu, de ses connaissances et de son intérêt et sa motivation envers le sujet.

2) La distinction entre « Etre concerné » et « être impliqué »

La différence entre être concerné et être impliqué n'est pas toujours facile à mettre en évidence.
Pour bien comprendre la distinction entre les deux notions, prenons un exemple fréquent dans le domaine de la contraception. Une femme en couple stable qui prend une pilule et qui a tendance à l'oublier. Son compagnon lui dit qu'il serait peut être nécessaire d'envisager un autre moyen de contraception. En évoquant la situation, on sent bien que le compagnon est concerné par le sujet, il s'intéresse à la contraception de son couple. Mme décide de prendre rendez vous chez une sage-femme pour en discuter et propose à Mr de venir. Cependant Mr ne l'accompagne pas et la laisse y aller seule. Mme opte pour la pose d'un implant. Dans cet exemple, les deux personnages n'interviennent pas de la même manière. Mr est concerné par la contraception mais Mme elle, est concernée et impliquée par la contraception du couple.

Selon la définition du CNRTL, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, le terme « être concerné » fait référence à : « être, se sentir, se trouver intéressé par un sujet ».
Etre concerné peut se traduire par un engagement intellectuel, moral, mental, psychologique mais il a y que très peu d'action. Il y a un intérêt porté au sujet.

Selon la définition du CNRTL, le terme implication fait référence « à l'état de quelqu'un qui a un rôle certain dans une affaire ». C'est un terme très souvent utilisé dans le domaine de la justice.
L'implication c'est « avoir un rôle » dans une situation particulière.
Dans l'expression « implication dans la contraception », le terme implication signifie le rôle à jouer dans la contraception. L'implication est un engagement avec une ou des action(s).
L'implication des hommes dans la contraception ne se résume pas à ce que l'homme assure la contraception de son couple par le biais d'une méthode de contraception masculine. A travers le terme implication, on entend l'ensemble des actions que l'homme a dans le domaine de la contraception.
Un homme peut se sentir concerné par la contraception mais ne pas s'impliquer concrètement.

Chaque homme peut s'impliquer à sa manière dans la contraception du couple. Pour certains, l'implication peut se traduire par la discussion, l'accompagnement au rendez vous de contraception. Pour d'autres, l'implication sera plus dans la participation financière ou une aide au rappel de la prise de contraception tandis que d'autres s'impliqueront par le biais de la prise d'une contraception masculine.

Les temps et les moeurs évoluent au fil des générations. La contraception n'est pas épargnée par ses changements. Une nouvelle aire, avec des idées de répartition plus équitable de la charge

contraceptive, où la femme se serait plus l'unique interlocutrice à propos de la contraception voit le jour.

Les nouvelles problématiques en matière de contraception sont l'occasion de promouvoir des alternatives au schéma classique de contraception. Des initiatives de la part des politiques, des professionnels de santé, des femmes et des hommes fleurissent.
Des campagnes publicitaires sont destinées aux hommes afin de les interpeller et leur permettent de se remettre en question sur leur intérêt envers la contraception.
La communauté scientifique s'est lancée dans la recherche et l'élaboration de nouvelles méthodes de contraception masculines afin de mieux intégrer l'homme dans la régulation des naissances

Nous venons donc à nous poser la question suivante : Quelles sont les connaissances des hommes en matière de contraception de nos jours ? Est ce qu'ils s'impliquent dans ce domaine souvent dédié aux femmes ? Leurs connaissances ont-elles un impact dans la contraception ?

Deuxième partie : recherche et résultats

I) Présentation de l'étude.

1) Objectifs de l'étude et les hypothèses.

Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux des connaissances et de l'implication des hommes en contraception.
Les objectifs de l'étude sont :

- De décrire les connaissances des hommes dans le domaine de la contraception
- D'évaluer leur degré d'implication en contraception.
- De déterminer les sources de leurs connaissances à propos de la contraception
- De savoir comment les hommes jugent leurs propres connaissances

Pour répondre à ces interrogations, nous avons posé plusieurs hypothèses :

- Il y a un manque de connaissances des hommes en matière de contraception.
- Les connaissances des hommes en contraception évolueraient en fonction de leur âge, de leur situation personnelle et professionnelle.
- Les hommes se sentent concernés par la contraception mais leur implication est limitée.
- Il y a une évolution vers la responsabilité partagée de la contraception au sein des couples

2) Problématique.

Afin de répondre au mieux à ces objectifs, mon étude se base sur la problématique suivante :
« Quels sont les facteurs qui influencent les connaissances et l'implication des hommes dans la contraception ?»

II) Méthodologie de l'étude

1) Matériels et méthodes.

L'étude réalisée est une enquête quantitative descriptive basée sur les résultats d'un questionnaire anonyme. La méthode du questionnaire a été choisie afin de récolter un grand nombre de réponses.
En effet, l'enquête par questionnaire vise à obtenir des données statistiques quantifiables et comparables sur une population précise. [32] L'anonymat était important pour ce sujet qui touche à l'intimité et la vie personnelle. Le questionnaire a principalement été diffusé via internet et les réseaux sociaux (Facebook et Instagram). Cette méthode de diffusion via internet a permis de recueillir des réponses d'hommes de catégories sociales, d'origines géographiques et de situations personnelles diverses permettant de se rapprocher de la population générale.
Les données sont récoltées à partir du questionnaire Google Forms.

Suite à des difficultés pour recueillir des réponses d'hommes âgés de plus de 35 ans, le questionnaire à également été distribué en version papier lors de rassemblements divers (marché de Noël, loto, assemblée générale …). Le questionnaire papier a également été diffusé dans l'un de mes lieux de stage, le centre de planification familiale et centre IVG du CHR Dron de Tourcoing, en lien avec la conseillère conjugale, Marie-Stéphanie Frappé, directrice de l'étude.
Une boite de recueil était disponible afin d'assurer l'anonymat.

2) Population.

Les hommes interrogés sont pris dans la population générale. Tous les hommes de plus de 18 ans ont pu répondre au questionnaire. Les hommes ayant répondu au questionnaire étaient tous volontaires pour participer à l'étude.

Les mineurs et les non francophones ont été exclus.

3) Questionnaire en plusieurs étapes.

10 « questionnaires tests » distribués à des hommes de mon entourage m'ont permis de modifier certaines formulations et d'ajouter quelques questions. Le pré-test est une phase fondamentale, souvent négligée, qui consiste à mettre à l'épreuve le questionnaire par rapport à quelques individus, autrement dit à le tester. Il est donc centré sur l'évaluation du questionnaire lui même. L'approche est ici plus qualitative que quantitative. [33]

L'art de la rédaction du questionnaire doit avant tout s'inspirer de la célèbre maxime de Boileau : « Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent aisément ». Il s'agit essentiellement de pouvoir décliner les thèmes de la problématique propres à l'enquête en questions pertinentes, c'est-à-dire permettant à la fois d'obtenir un résultat interprétable répondant aux objectifs de l'enquête, et aussi compréhensible pour les publics concernés. [34]

Mon questionnaire est construit en plusieurs parties.
La première partie est une description du profil de la population ayant répondu à l'enquête.
La seconde partie est tournée vers les connaissances des hommes à propos des moyens de contraception et de l'origine de ces connaissances.
La troisième partie est consacrée à l'implication des hommes dans la contraception.
La quatrième partie permet de mettre en évidence comment les hommes jugent leurs connaissances en matière de contraception.
Le questionnaire se remplit facilement. Il est composé de 24 questions fermées et 8 questions ouvertes. Il faut environ 7-8 minutes pour répondre à l'ensemble du questionnaire.

4) La collecte des données.

Pour diffuser mon questionnaire via internet, j'ai effectué une demande d'autorisation après de la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) via la plateforme du CHRU de Lille.
Pour diffuser mon questionnaire dans la salle d'attente du centre de planification du centre hospitalier de Tourcoing, j'ai fait une demande d'autorisation auprès de la responsable du centre, le Dr C.Bulot. Une fois les demandes d'autorisation de diffusion du questionnaire validées, la distribution du questionnaire à débuter. [3]

La diffusion du questionnaire a commencé le 25 septembre et elle s'est achevée le 30 décembre 2019. Sur cette période, 295 questionnaires ont été récoltés.

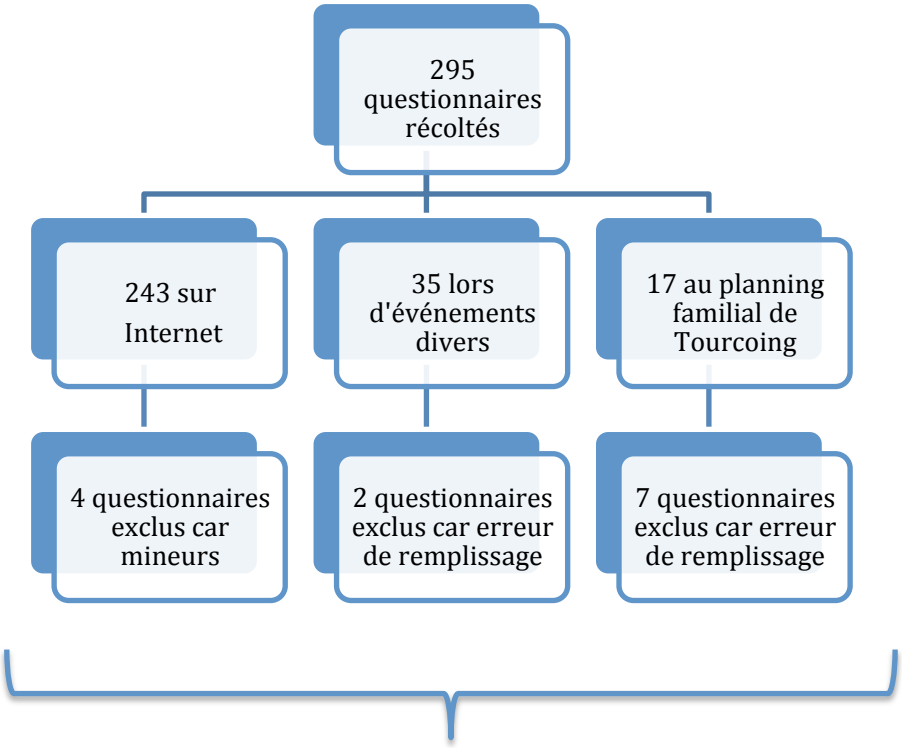
Sur les 295 questionnaires, 243 questionnaires proviennent des réseaux sociaux, 35 questionnaires ont été récoltés lors d'évènements divers et 17 questionnaires proviennent du centre de planification familiale de Tourcoing.

L'étude a été réalisée à partir de 282 questionnaires.
En effet :

- 4 questionnaires ont été exclus car ils étaient remplis par des mineurs (< à 18 ans)
- 9 questionnaires papier ont été exclus car il manquait des informations indispensables au traitement des réponses (oubli d'un verso complet, arrêt du remplissage en cours de questionnaire …)

[3] Autorisations en annexe 3 et 4.

Schéma du recueil des questionnaires :



282 questionnaires utilisés pour l'enquête

5) Traitement des données.

Les résultats des questionnaires papier ont été retranscrits manuellement sur le questionnaire en ligne. Les résultats recueillis à partir de la plateforme Google Forms ont été codés selon les consignes de l'unité de Biostatistiques par le biais de Microsoft Ecxel. Suite à un rendez vous au Centre de Biostatistiques du CHU de Lille, les données ont pu être traitées efficacement afin de réaliser les tests et comparaisons nécessaires à mon analyse.

Les paramètres qualitatifs ont été décrits en termes de fréquence et de pourcentage. Les paramètres numériques gaussiens ont été décrits en termes de moyenne et de déviation standard et les paramètres numériques non gaussiens en termes de médiane et d'intervalles interquartiles. La normalité des paramètres numériques a été vérifiée graphiquement et testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les données quantitatives ont été comparées entre 2 groupes à l'aide d'un test U de Mann-Whitney et entre plus de 2 groupes à l'aide d'un test de Kruskall-Wallis. Les paramètres qualitatifs ont été comparés entre 2 ou 3 groupes à l'aide d'un test du Chi-deux.

Les statistiques ont été réalisées par l'unité de méthodologie biostatistique et data management du CHRU de Lille. Le niveau de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

III) Présentation des résultats.

1) Profil de l'échantillon

Q1 : Quel est votre âge ?

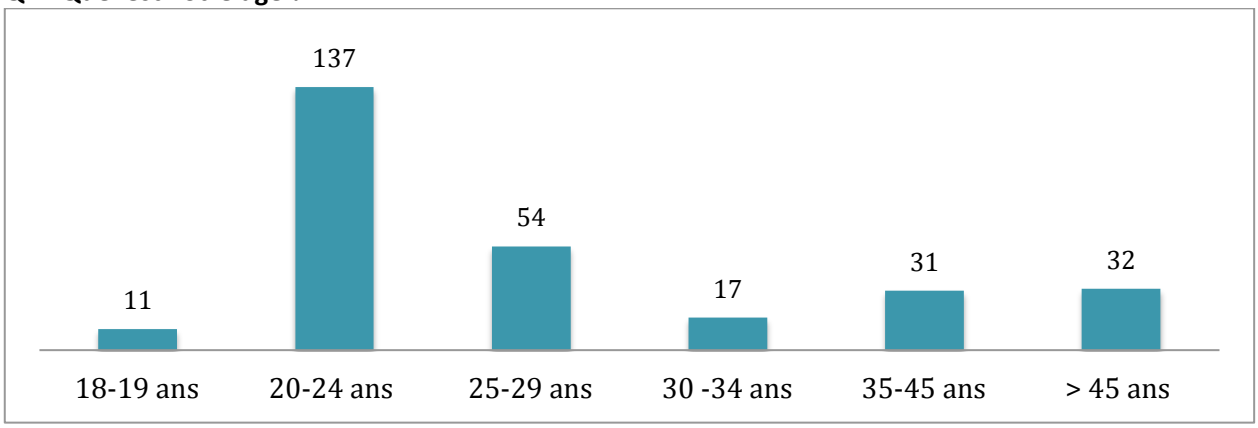


FIGURE 1 : Répartition des hommes en fonction des classes d'âge. (N=282)

L'âge minimal est de 18 ans et l'âge maximal est de 72 ans. La médiane de l'âge est de 24 ans.

Q2 : Le niveau d'étude.

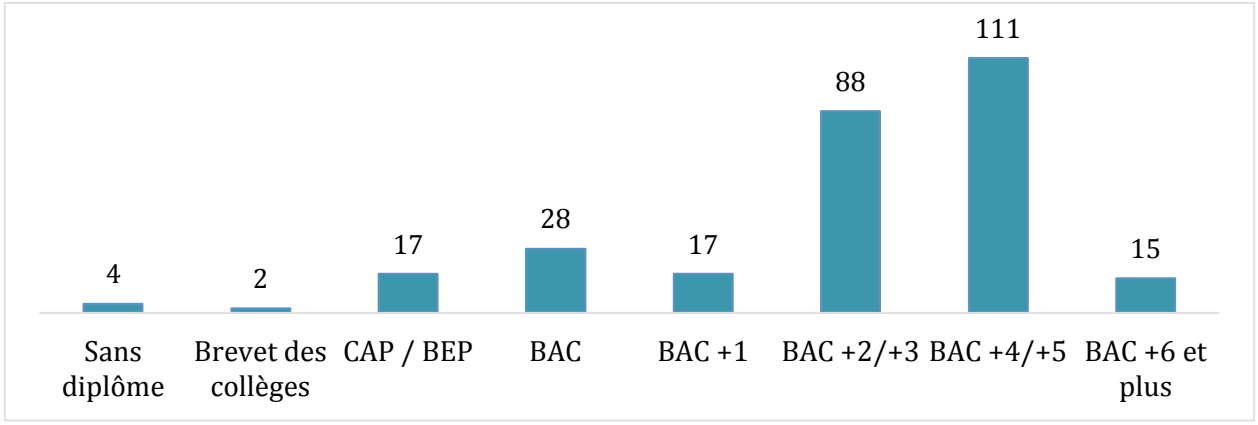


FIGURE 2 : Répartition des hommes selon leur situation professionnelle. (N=282)

Dans notre échantillon, 91,8%, soit 259 hommes ont le BAC et plus.

Q3 : Situation professionnelle.

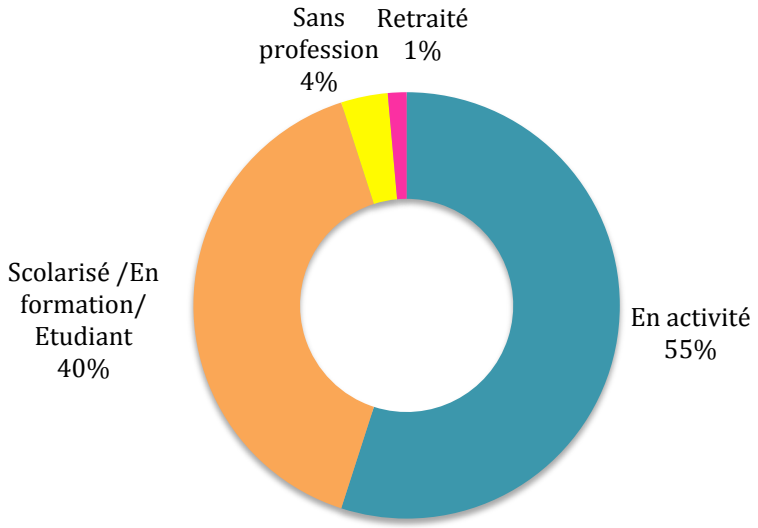


FIGURE 3 : Répartition des hommes selon leur situation professionnelle.
(N= 282)

55% des hommes sont en activité et 40,1% sont scolarisés, en formation ou étudiants.

Q4 : Situation personnelle.

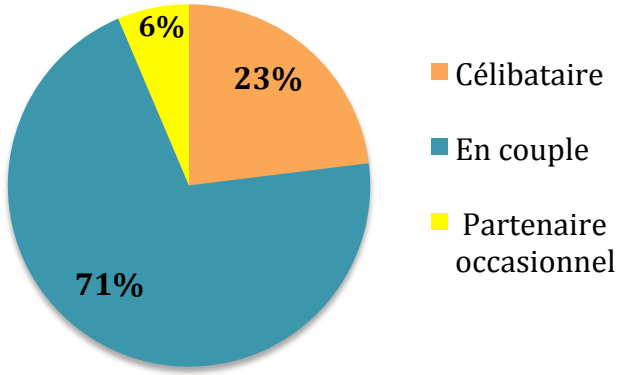


FIGURE 4 : Répartition des hommes selon leur situation personnelle. (N= 282)

199 hommes, soit 71% de l'échantillon sont en couple.

Q5 : Avez vous des enfants ?

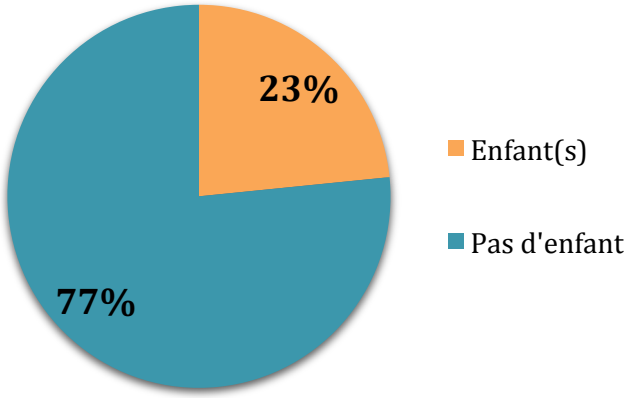


FIGURE 5 : Répartition des hommes en fonction du statut enfant ou pas d'enfant. (N= 282)

Dans notre échantillon, 77% (216) des hommes n'ont pas d'enfant. La médiane du nombre d'enfants est de 2. (Q1= 1 et Q3= 2)

2) Connaissances en matière de contraception.

Q6 : Citez les différentes contraceptions masculines que vous connaissez

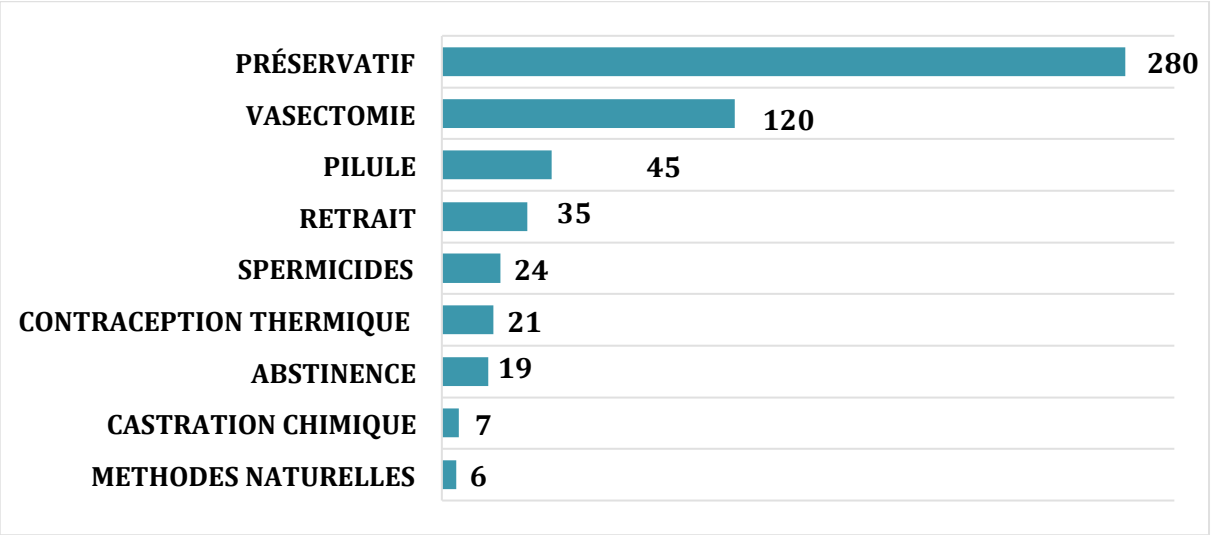


FIGURE 6 : Méthodes de contraception masculines citées. (N= 282)

Le préservatif masculin (99,2%) et la vasectomie (42,6%) sont les deux méthodes de contraception masculine les plus citées.

Q7 : Citez les différentes contraceptions féminines que vous connaissez

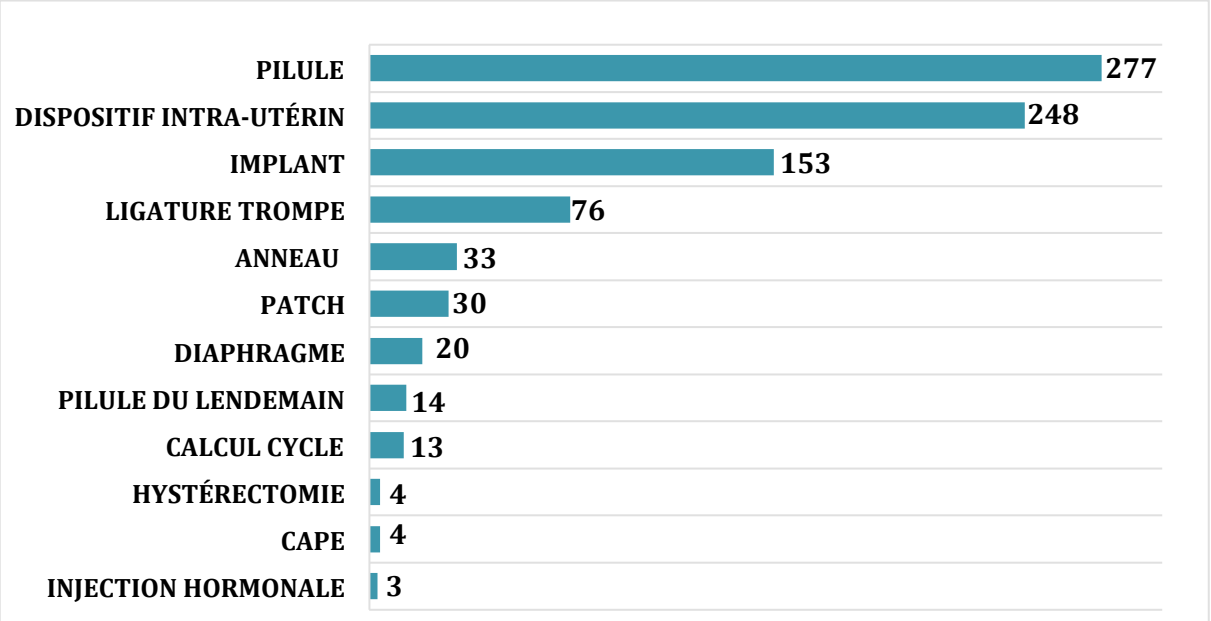


FIGURE 7 : Méthodes de contraception féminines citées. (N= 282)

La pilule (98,3%), le dispositif intra-utérin (87,9%) sont les méthodes de contraception féminines les plus citées.

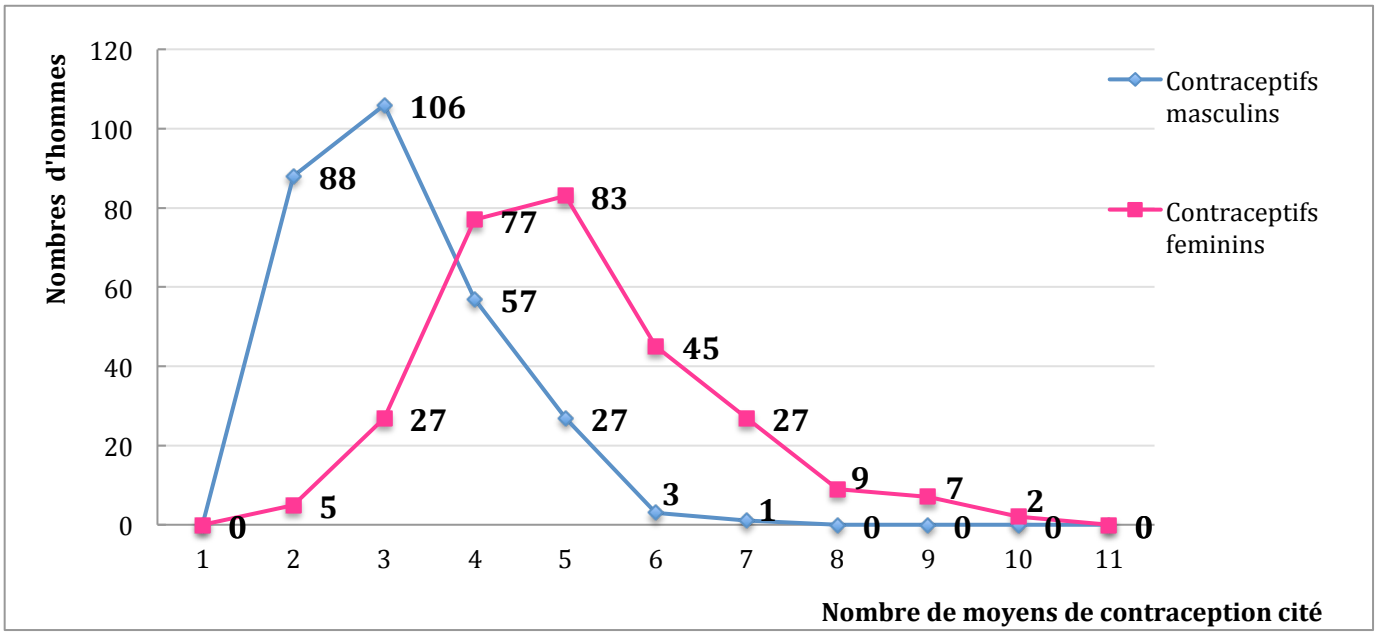


FIGURE 8 : Nombre de moyens de contraception masculins et féminins cités. (N=282)

Le nombre de moyens de contraception féminins cité est supérieur au nombre de moyens de contraception masculins. (Médiane féminine = 4 / Médiane masculine = 2). Les hommes ont en moyenne cité 6 moyens de contraception différents.

3) Provenance des connaissances

Q8 : D'ou viennent vos connaissances ?

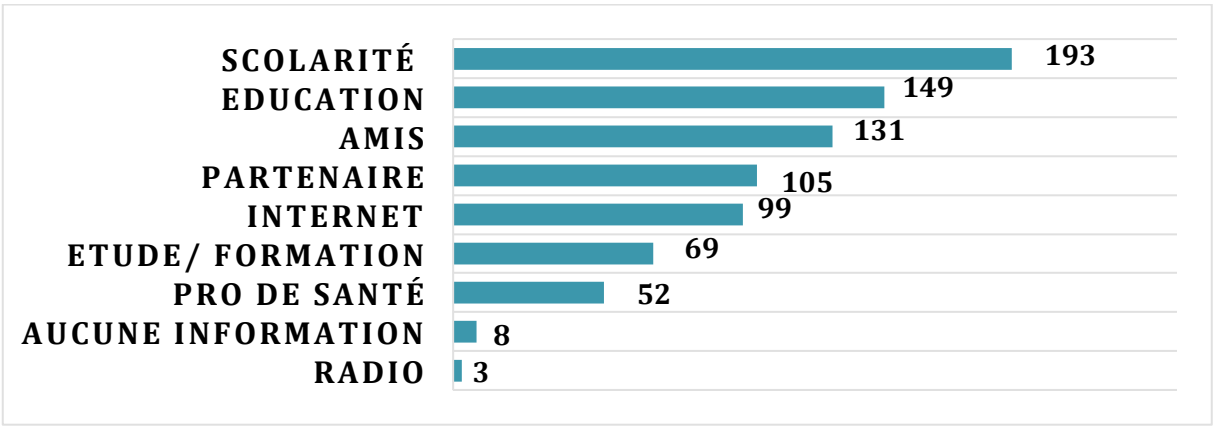


FIGURE 9 : Provenance des connaissances en matière de contraception des hommes. (N=282)
La source la plus citée est la scolarité (animations écoles, collèges, lycées).

4) Pratique contraceptive

Q9 : Qu'est ce que vous utilisez ou avez déjà utilisé comme contraception masculine ?

FIGURE 10 : Type de contraception masculine utilisé. (N=282)

95% des hommes ont déjà utilisé le préservatif. 5% des hommes n'ont jamais utilisé de méthode contraceptive masculine.

Q10 : Etes vous satisfait des méthodes de contraception masculines que vous avez déjà utilisées ?

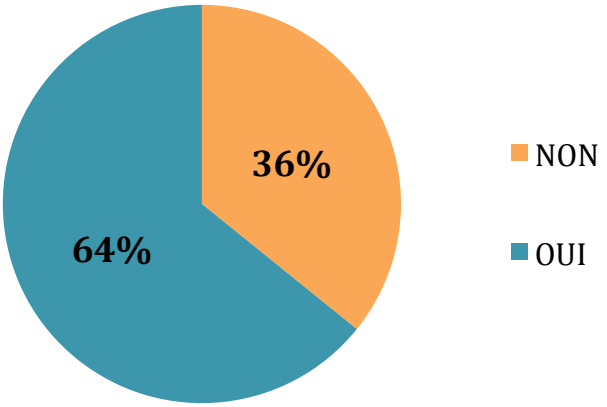


FIGURE 11 : Satisfaction des méthodes de contraception masculine utilisées. (N=282)

64%, soit 181 hommes sont satisfaits des méthodes de contraception masculine utilisées (préservatif et retrait).

Q10 bis : Pour quelles raisons êtes vous satisfait ou pas ?

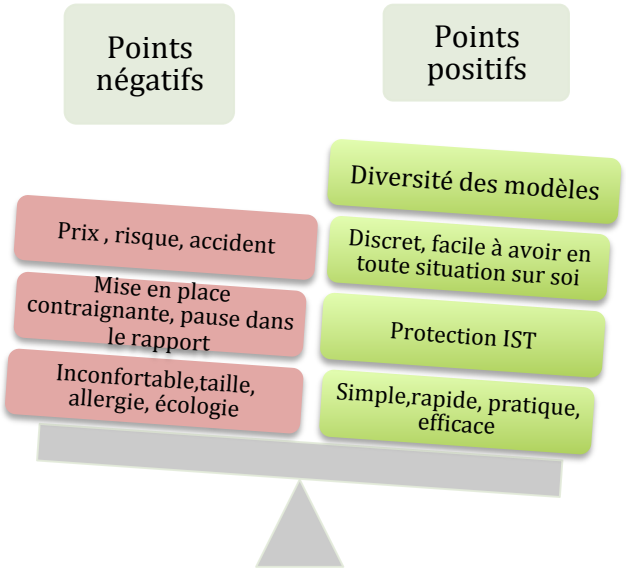


FIGURE 12 : Raisons de la satisfaction ou de la non satisfaction envers les méthodes de contraception masculines déjà utilisées.

Q11 : Seriez vous intéressé par de nouvelles méthodes de contraception masculines ?

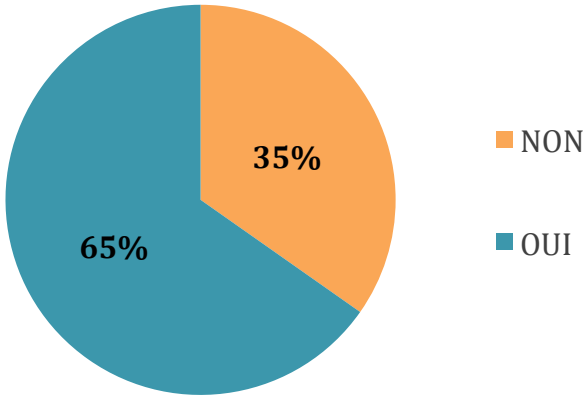


FIGURE 13 : Pourcentage d'hommes intéressés par les nouvelles méthodes de contraception masculines. (N=282)

184 hommes (soit 65%) sont intéressés par de nouvelles méthodes de contraception masculines.

Q12 : Lors d'un début de relation, demandez-vous systématiquement à votre partenaire si elle utilise un moyen de contraception ?

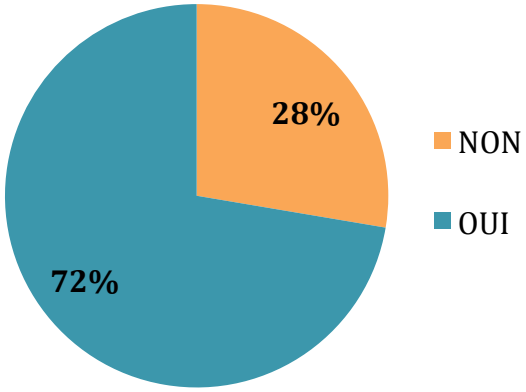


FIGURE 14 : Fréquence des hommes demandant systématiquement à leur partenaire si elle utilise un moyen de contraception. (N=282)

204 hommes (soit 72%) s'assurent systématiquement de la présence d'un moyen de contraception.

Q12 bis : Non je ne demande pas systématiquement : Pourquoi ?

	Nombre de réponses	Pourcentage
Ma contraception masculine me suffit	36	46,2 %
Je n'ose pas en parler, sujet tabou	10	12,8 %
Je fais confiance à ma/mes partenaire(s)	25	32,0 %
J'étais sous l'emprise de l'alcool	4	5,1 %
Je n'ai jamais eu de relation sexuelle	3	3,7 %

FIGURE 15 : Raisons du non questionnement en début de relation sur la présence d'un moyen de contraception. (N=78)

36 hommes pensent que leur contraception masculine leur suffit et 25 hommes font confiance à leur partenaire pour la contraception.

Q13a : Avez vous déjà eu des conduites à risque de grossesse ?

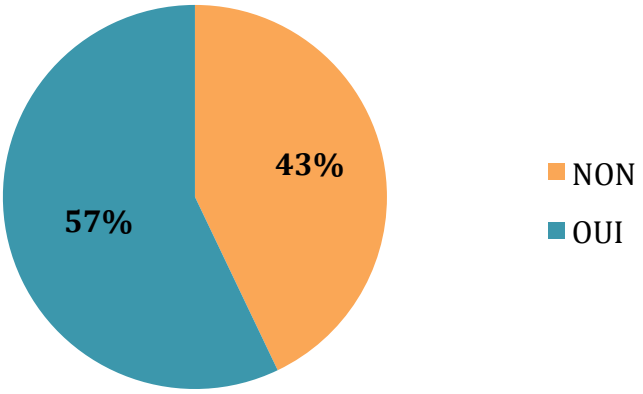


FIGURE 16 : Fréquence des hommes ayant déjà eu des conduites à risque de grossesse. (N=282)

161 hommes, soit plus d'un homme sur deux dans notre échantillon, affirment avoir déjà eu au moins une fois une conduite à risque de grossesse.

Q13b : OUI comment avez vous géré la situation ? Qu'avez vous fait ?

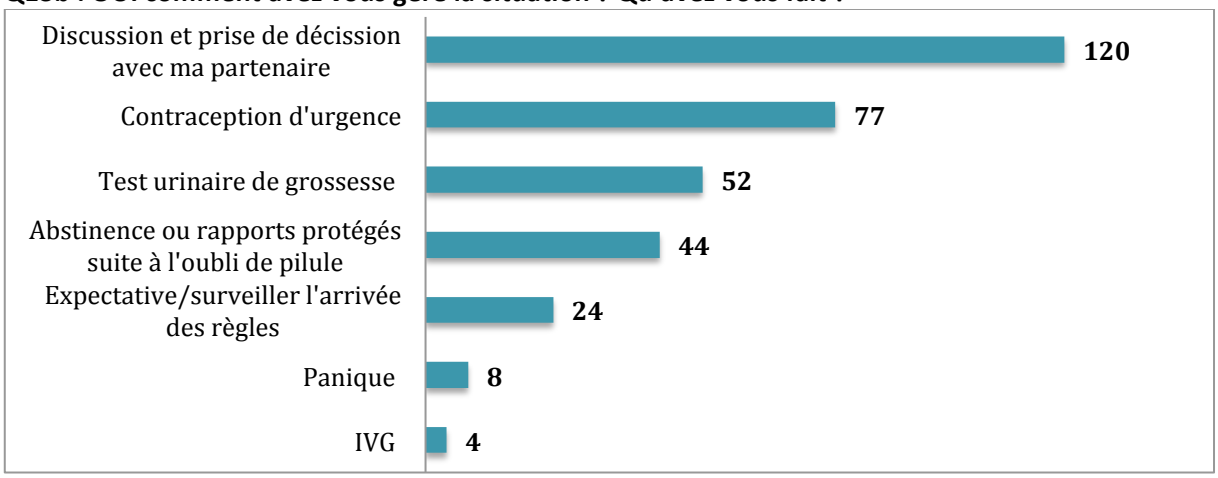


FIGURE 17 : Gestion de la situation à risque de grossesse selon les hommes. (N= 161)

74,5% des hommes ont discuté avec leur partenaire afin de prendre une décision de couple. Dans près d'une situation à risque de grossesse sur deux, la contraception d'urgence a été utilisée.

Q13c : NON. Et si un jour, vous êtes confronté à un risque de grossesse :

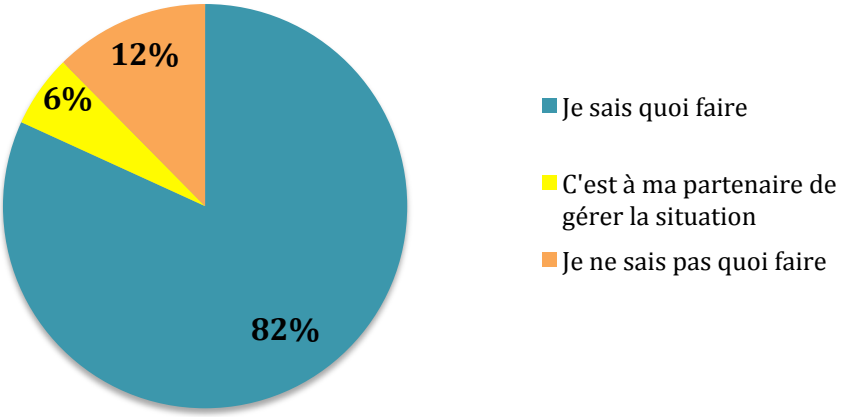


FIGURE 18 : Répartition des hommes en fonction de leur réaction face à un risque de grossesse. (N=121)

99 hommes connaissent la conduite à tenir en cas de risque de grossesse non désirée. 7 hommes pensent que c'est à leur partenaire de gérer seule la situation.

5) Contraception d'urgence

Q14 : Faut-il une ordonnance pour se procurer une contraception d'urgence ?

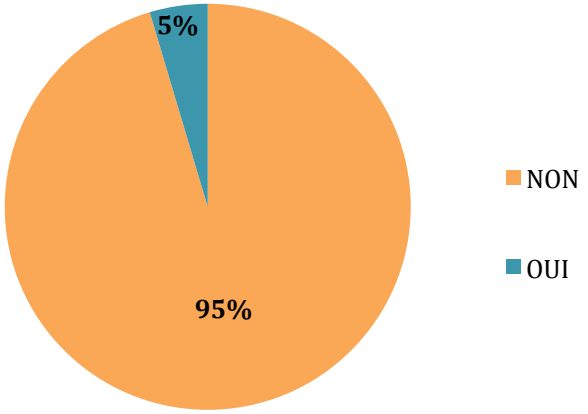


FIGURE 19 : Connaissances des hommes sur l'accès à la contraception d'urgence. (N=282)

Seuls 13 hommes pensent à tort qu'il est nécessaire d'avoir une ordonnance pour se procurer une contraception d'urgence.

Q15 : Quel est le délai Maximum pour prendre une contraception d'urgence après une situation à risque ?

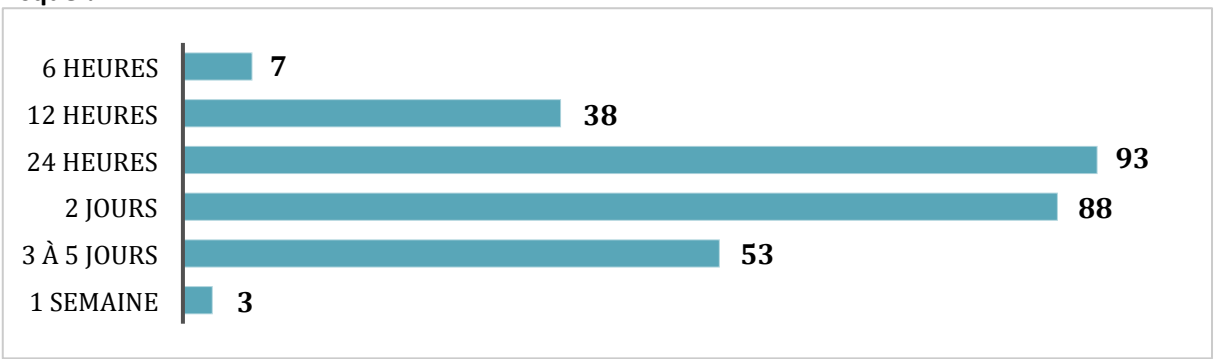


FIGURE 20 : Réponses au délai maximal pour utiliser une contraception d'urgence. (N=282)

Seuls 18,8% des hommes connaissent le délai maximal de prise de la CU. 80% des hommes estiment le délai maximal plus court.

6) Votre avis

Q16 : Est ce que vous vous sentez concerné en tant qu'homme par la contraception ?

	Nombre de réponse	Pourcentage
OUI par ma contraception masculine ET la contraception féminine de ma/mes partenaire(s)	210	74,5 %
OUI par la contraception féminine de ma/mes partenaire(s)	43	15,2 %
OUI par ma contraception masculine	22	7,8 %
NON car la contraception est une affaire de femme	4	1,4 %
NON car ce n'est pas moi qui porte le risque de grossesse	3	1,1 %

FIGURE 21 : Avis des hommes vis à vis de leur intérêt à la contraception. (N=282)

Q17 : Votre implication dans la contraception se traduit par :

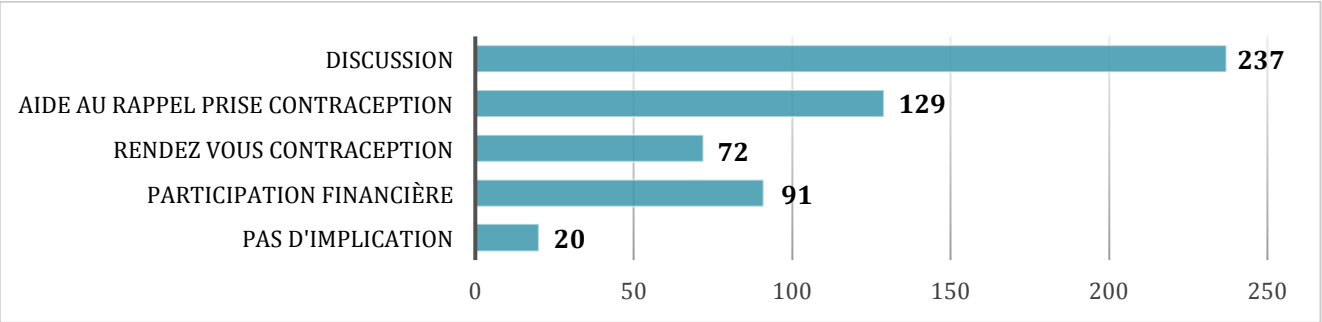


FIGURE 22 : Différentes formes d'implication des hommes dans la contraception. (N=282)

L'implication des hommes dans la contraception se traduit majoritairement par la discussion. L'aide au rappel de prise, l'accompagnement au rendez vous de contraception et la participation financière sont plus discrète. 7% des hommes n'ont aucune forme de participation.

Q18 : Vous êtes vous déjà rendu chez un professionnel de santé pour avoir des informations sur la contraception ou pour obtenir une contraception ?

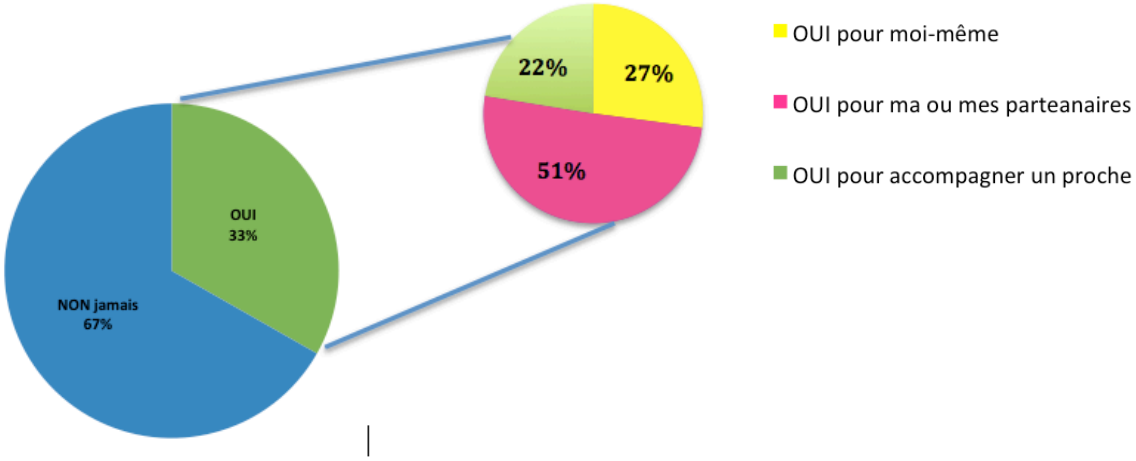


FIGURE 23 : Les hommes et les consultations chez des professionnels de santé. (N=282)

Plus d'un homme sur deux ne s'est jamais rendu chez un professionnel de santé pour parler contraception. Parmi ceux qui y sont déjà allés, ils ont accompagné leur partenaire.

Q19 : Etes vous d'accord avec les propositions suivantes ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout a fait d'accord
« La contraception est une affaire de femme »	**64,2 %**	29,4 %	5,7 %	0,7 %
« La contraception est un sujet de discussion avec ma/mes partenaire(s) »	1,8 %	6,7 %	**50 ,0 %**	41,5 %
« En tant qu'homme, j'ai un rôle important dans la contraception »	1,4 %	5,3 %	**52,8 %**	40,4 %
« En tant qu'homme, je m'implique dans la contraception de mon couple »	2,5 %	6 %	**52,8 %**	38,7 %
« En tant qu'homme, je suis prêt à assurer totalement la contraception dans mon couple »	12,1 %	30,1 %	**39 %**	18,8 %

FIGURE 24: Réponses des hommes aux affirmations proposées. (N=282)

7) L'auto-évaluation des hommes.

Q20 : En répondant au questionnaire, trouvez vous que vos connaissances en contraception sont :

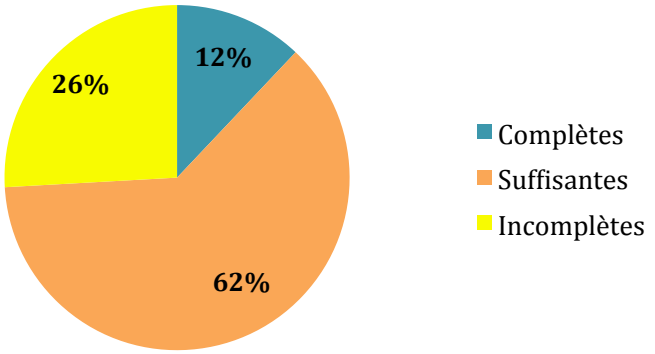


FIGURE 25 : Autoévaluation des hommes à propos de leurs connaissances en contraception. (N=282)
Seuls 12% soit 34 hommes trouvent avoir des connaissances complètes à propos de la contraception.

Q21 : Aimeriez-vous mettre à jour ou approfondir vos connaissances en matière de contraception ?

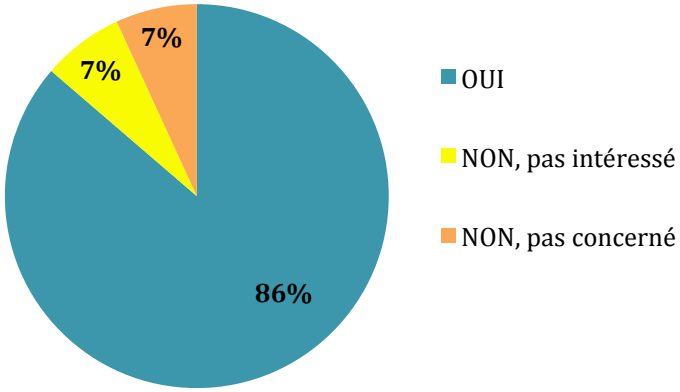


FIGURE 26 : Souhait des hommes de mettre à jour leurs connaissances. (N=282)

Plus de 80% des hommes souhaiteraient développer leurs connaissances en matière de contraception.

Q22 : Savez vous où aller chercher des informations en matière de contraception ?

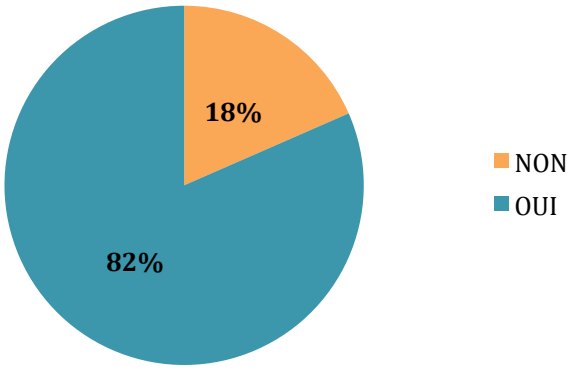


FIGURE 27 : Connaissance de lieux sources afin de mettre à jour ses connaissances. (N=282)

Plus de 80% des hommes connaissent des lieux ressources pour mettre à jour ou approfondir leur connaissances en contraception.

Q22 bis : Citez en quelques uns :

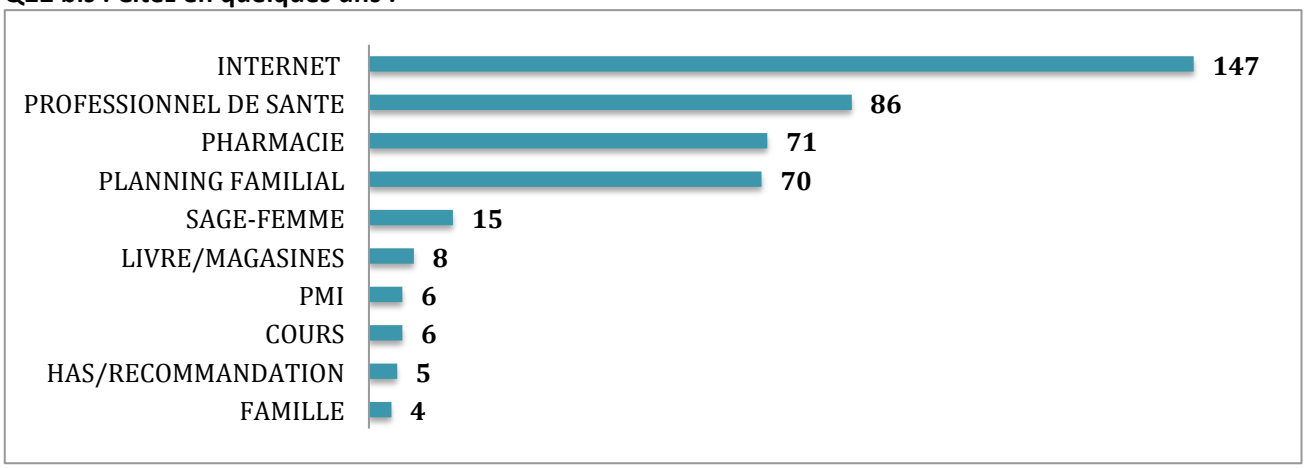


FIGURE 28 : Lieux ressources pour mettre à jour ses connaissances en contraception. (N=282)

Internet est le lieu ressource le plus cité pour mettre à jour ses connaissances, suivi par les professionnels de santé, la pharmacie, et le centre de planification familiale.

8) Tableaux récapitulatifs des analyses croisées. [4]

Nombre total de contraceptifs cités	Moyenne/ Ecart type	Médiane (Q1 ; Q3)	Test
AGE			
< 20 ans (N=11)	7,6 +/_ 3,3	7,0 (5,0 ; 11,0)	Descriptif
20-24 ans (N= 137)	6,3 +/_ 2,0	6,0 (5,0 ; 8,0)	
25-29 ans (N= 54)	6,3+/_ 2,3	6,0 (5,0 ; 8,0)	
30-34 ans (N= 17)	6,0 +/_ 2,1	6,0 (6,0 ; 8,0)	
35-45 ans (N= 31)	5.1+/_ 1,8	5,0 (4,0 ; 6,0)	
> 45 ans (N= 32)	5,3 +/_ 2,2	5,0 (4,0 ; 7,0)	
SITUATION PERSONNELLE			**KRUSKAL-WALLIS**
En couple (N= 199)	6,4+/_2,2	6,0 (5,0 ; 8,0)	P= 0,044
Célibataire (N= 65)	5,6 +/_ 2,2	5,0 (4,0 ; 7,0)	
Partenaires occasionnels (N=18)	5,8 +/_1,9	6,0 (5,0 ; 7,0)	
ETUDES			
Sans diplôme (N=4)	5,2 +/_ 1,3	5,0 (4,5 ; 6,0)	Descriptif
Brevet des collèges (N= 2)	4,0 +/_ 0,0	4,0 (4,0 ; 4,0)	
CAP/BEP (N= 17)	4,9 +/_ 2,3	5,0 (4,0 ; 7,0)	
BAC (N= 28)	5,1 +/_ 1,7	5,0 (4,0 ; 6,0)	
BAC +1 (N= 17)	5,6 +/_ 2,9	5,0 (4,0 ; 7,0)	
BAC +2/+3 (N= 88)	6,0 +/_ 2,1	6,0 (5,0 ; 7,0)	
BAC +4/+5 (N= 111)	6,7 +/_ 2,1	6,0 (5,0 ; 8,0)	
BAC +6 et + (N= 15)	7,2 +/_ 2,0	7,0 (5,0 ; 9,0)	
PATERNITE			**WILCOXON**
Non (N= 216)	6,3 +/_ 2,2	6,0 (5,0 ; 8,0)	P= 0,045
Oui (N= 66)	5,8 +/_ 2,2	5,0 (4,0 ; 7,0)	
Bonne réponse délai CU			KRUSKAL-WALLIS
Oui (N= 53)	6,98 +/_2,52	7,0 (5,0 ; 9,0)	P= 0,0155
Non (N= 228)	6,00 +/_2,00	6,0 (5,0 ; 7,0)	
SITUATION RISQUE DE GROSSESSE			**KRUSKAL-WALLIS**
Oui (N= 161)	6,20 +/_2,13	5,0 (5,0 ; 8,0)	P = 0,159
Non (N=121)	5,84 +/_2,18	5,0 (5,0 ; 7,0)	
« LA CONTRACEPTION EST UN SUJET DE DISCUSSION AVEC MA/MES PARTENAIRE(S) »			
Pas du tout d'accord (N= 5)	6,12 +/_ 2,95	6,0 (5,0 ; 6,0)	Descriptif
Pas d'accord (N= 19)	5,37 +/_ 2,01	5,0 (4,0 ; 6,0)	
D'accord (N= 141)	5,94 +/_ 2,12	5,0 (5,0 ; 7,0)	
Tout à fait d'accord (N= 117)	6,62+/_ 2,16	6,0 (5,0 ; 8,0)	
« EN TANT QU'HOMME JE M'IMPLIQUE DANS LA CONTRACEPTION DE MON COUPLE »			
Pas du tout d'accord (N= 7)	5,29 +/_ 2,69	4,0 (4,0 ; 6,0)	**KRUSKAL-WALLIS** P = 0,079
Pas d'accord (N= 17)	6,53 +/_ 2,50	6,0 (6,0 ; 9,0)	
D'accord (N= 149)	5,86 +/_ 2,09	5,0 (5,0 ; 7,0)	
Tout à fait d'accord (N= 109)	6,50+/_ 2,09	6,0 (5,0 ; 8,0)	
« EN TANT QU'HOMME, JE SUIS PRET A ASSURER TOTALEMENT LA CONTRACEPTION DE MON COUPLE »			
Pas du tout d'accord (N= 34)	6,88 +/_ 2,52	6,0 (5,0 ; 9,0)	Descriptif
Pas d'accord (N= 85)	6,12 +/_ 1,99	6,0 (5,0 ; 7,0)	
D'accord (N= 110)	5,75 +/_ 2,09	5,0 (5,0 ; 6,0)	
Tout à fait d'accord (N= 53)	6,77 +/_ 2,20	7,0 (5,0 ; 8,0)	

Figure 29 : Analyses croisées en fonction du nombre de contraceptifs cités.

[4] Afin de faciliter la lecture des résultats, les résultats statistiquement significatifs sont surlignés en jaunes et les résultats intéressants pour l'analyse sont surlignés en bleu.

	VARIABLE : CLASSES AGE					
	< 20 ans (N=11)	**20-24 ans** (N= 137)	**25-29 ans** (N= 54)	**30-34 ans** (N= 17)	**35-45 ans** (N= 31)	**> 45 ans** (N= 32)
Bonne réponse Délai Maximum de la prise CU						
Oui (N=53)	3 (27,3%)	28 (20,4%)	11 (20,4%)	2 (11,8%)	5 (16,1%)	4 (12,5%)
Non (N=229)	8 (72,7%)	109 (79,6%)	43 (79,6%)	15 (88,2%)	26 (83,8%)	28 (87,5%)
Source : Scolarité						
Oui (N= 193)	9 (81,8%)	110 (80,3%)	37 (68,5%)	9 (52,9%)	15 (48,4%)	13 (40,6%)
Non (N=89)	2 (18,2%)	27 (19,7%)	17 (31,5%)	8 (47,1%)	16 (51,6%)	19 (59,4%)
Source : Internet						
Oui (N=99)	6 (54,5%)	51 (37,2%)	24 (44,4%)	7 (41,2%)	9 (29,0%)	2 (6,2%)
Non (N=183)	5 (45,5%)	86 (62,8%)	30 (55,6%)	10 (58,8%)	22 (71,0%)	30 (93,8%)
Source : Education familiale						
Oui (N=149)	5 (45,4%)	71 (51,8%)	28 (51,8%)	10 (58,8%)	18 (58,0%)	17 (53,0%)
Non (N=133)	6 (54,6%)	66 (49,2%)	26 (49,2%)	7 (41,2%)	13 (42,0%)	15 (47,0%)
Source : Professionnels de santé						
Oui (N=52)	4 (36,3%)	26 (18,9%)	8 (14,8%)	4 (23,5%)	5 (16,1%)	5 (15,6%)
Non (N=230)	7 (63,7%)	111 (81,1%)	46 (85,2%)	13 (76,5%)	26 (83,9%)	27 (84,4%)
Source : Aucune information						
Oui (N=8)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (3,7%)	0 (0,0%)	1 (3,2%)	5 (15,6%),
Non (N=274)	11 (100,0%)	137 (100,0%)	52 (96,3%)	17 (100%)	30 (96,8%)	27 (84,4%)
« La contraception est une affaire de femme »						
Pas du tout d'accord / Pas d'accord (N= 265)	11 (100%)	132 (96,4%)	51 (94,4%)	16 (94,1%)	28 (90,3%)	27 (84,4%)
D'accord / Tout à fait d'accord (N= 17)	0 (0%)	5 (3,6%)	3 (5,6%)	1 (5,9%)	3 (9,7%)	5 (15,6%)

FIGURE 30 : Analyses croisées en fonction de l'âge.

Intérêt nouvelles méthodes masculines	Oui (N= 184)	Non (N= 98)	TESTS STATISTIQUES
AGE			
< 20 ans (N=11)	10(90,9%)	1 (9,1%)	DESCRIPTIF
20-24 ans (N= 137)	100 (73,0%)	37 (27,0%)	
25-29 ans (N= 54)	42 (77,8%)	12 (22,2%)	
30-34 ans (N= 17)	9 (52,9%)	8 (47,1%)	
35-45 ans (N= 31)	15 (48,4%)	16 (51,6%)	
> 45 ans (N= 32)	8 (25,0%)	24 (75,0%)	
SITUATION PERSONNELLE			**KHI-DEUX**
En couple (N= 199)	123 (61,8%)	76 (38,2%)	P = 0,052
Célibataire (N= 65)	45 (69,2%)	20 (30,8%)	
Partenaires occasionnels (N=18)	16 (88,9%)	2 (11,1%)	
ETUDES			
Sans diplôme (N=4)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	DESCRIPTIF
Brevet des collèges (N= 2)	0 (0,0%)	2 (100,0%)	
CAP/BEP (N= 17)	7 (41,2%)	10 (58,8%)	
BAC (N= 28)	19 (67,9%)	9 (32,1%)	
BAC +1 (N= 17)	12 (70,6%)	5 (29,4%)	
BAC +2/+3 (N= 88)	57 (64,8%)	31 (35,2%)	
BAC +4/+5 (N= 111)	77 (69,4%)	34 (30,6%)	
BAC +6 et + (N= 15)	10 (66,7%)	5 (33,3%)	
PATERNITE			**KHI-DEUX**
Non (N= 216)	158 (73,1%)	58 (26,9%)	**P<0,001**
Oui (N= 66)	26 (39,4%)	40 (60,6%)	
SATISFACTION			**KHI-DEUX**
Non (N= 101)	81 (80,2%)	20 (19,8%)	**P< 0,001**
Oui (N= 181)	103 (56,9%)	78 (43,1%)	
RISQUE DE GROSSESSE			**KHI-DEUX**
Non (N= 121)	73 (60,3%)	48 (39,7%)	P= 0,062
Oui (N= 161)	107 (66,5%)	54 (33,5%)	

FIGURE 31: Analyses croisées en fonction de l'intérêt pour les nouvelles méthodes de contraception masculines.

Troisième partie : analyse et discussion

I) Points forts / Points faibles

1) Points forts

Le point fort de notre étude est la population cible : les hommes. La plupart des enquêtes portant sur la contraception interrogent les femmes. Peu d'études récentes se sont intéressées au point de vue, aux connaissances et à l'implication des hommes en matière de contraception.

La diffusion du questionnaire par internet permet de toucher un ensemble d'hommes indépendamment de leur profession, de leur situation géographique, de leur contexte social, de leur situation personnelle etc. Cependant, la diffusion du questionnaire par le biais des réseaux sociaux atteint une population plutôt jeune (moins de 35 ans).

C'est pourquoi nous avons décidé de diversifier la distribution du questionnaire. Des questionnaires papiers ont été distribués dans divers lieux et évènements de proximité (marché de Noêl, association des parents-d' élèves) tout en incluant un lieu de stage, le centre de planification et d'IVG de Tourcoing.

Ceci a permis de récolter 282 questionnaires assurant une diversité de l'échantillon et nous a permis de recueillir des résultats représentatifs de la population générale.

Le sujet de la sexualité et de la contraception est toujours un sujet délicat à aborder. Afin de rassurer les hommes et de ne pas les décourager de participer à l'enquête, l'anonymat était précisé dès l'introduction du questionnaire. De plus, les hommes étaient informés que les données recueillies ne seraient utilisées qu'à des fins statistiques et conservées pour une durée limitée à l'étude puis détruites. Ainsi, la personne interrogée se sentait libre de répondre aux différentes questions sans avoir la peur d'être jugée.

L'utilisation de Google Form ® pour la création et le traitement de l'enquête internet permet une synthèse rapide et claire des réponses.

2) Limites, difficultés et biais.

Le remplissage du questionnaire était basé sur la participation volontaire des hommes. Nous pouvons pas exclure le fait que les hommes ayant répondu aux questionnaires sont ceux qui se sont sentis le plus concernés par la contraception. Il existe donc un biais de sélection dans notre échantillon.

Nous ne pouvons pas être sûr qu'il n'y ait pas eu l'influence d'une tierce personne, comme la compagne, lors du remplissage du formulaire. L'objectif scientifique de l'enquête expliqué dans l'introduction du questionnaire incitait les hommes à répondre avec leurs connaissances et expériences sans se faire aider. Ainsi, la population interrogée a compris l'importance de la sincérité de leur participation afin d'assurer au maximum la qualité des réponses.

En ce qui concerne les questionnaires distribués sous forme papier lors de divers évènements, nous avons eu quelques réactions de surprise et de gène d'hommes lorsqu'ils apprenaient le sujet du questionnaire. Quatre hommes ont refusé de le remplir.

Pour les 10 questionnaires récoltés au sein du centre de planification de Tourcoing, il faut prendre en compte le fait que certains hommes venaient d'avoir un rendez-vous avec le médecin ou la conseillère conjugale, qui pouvait être source d'information à propos de la contraception.

De plus, le faible nombre de questionnaires recueillis s'explique en partie par le fait qu'il était délicat de demander l'avis d'hommes à propos de la contraception alors qu'un certain nombre venait consulter pour échec ou manque de contraception…

Toutes les analyses et conclusions qui sont détaillées ci-dessous doivent être envisagées en prenant en compte l'ensemble des biais et limites de l'étude.

II) Analyse et discussion.

1) Les hommes se sentent concernés par la contraception.

Selon la définition de l'OMS, la contraception rassemble l'ensemble des méthodes utilisées pour éviter une grossesse lors d'un rapport sexuel partagé entre un homme et une femme [10]. Le risque d'une grossesse non prévue se prend à deux. Il paraît alors normal que la protection et les conséquences soient également l'affaire des deux partenaires.
Qu'en pensent les hommes ?

Plus de 90% des hommes se sentent concernés par la contraception

Comme nous l'avons vu, la contraception s'est au fil des temps, principalement tournée vers la femme. Elle est aujourd'hui assurée en grande majorité par celle-ci. Quel est le point de vue des hommes de notre enquête ?
93,6 % des hommes ne sont pas d'accord avec l'affirmation : « la contraception est une affaire de femme». Ils affirment être concernés par la contraception de leur couple.
Seulement 6,4% des hommes affirment que la contraception est une affaire de femme et 1,4% des hommes ont répondu ne pas être concernés par la contraception car ils ne portaient pas le risque de grossesse.

La contraception fait partie des sujets de discussion au sein du couple. Plus de 90% des hommes échangent avec leur partenaire à propos de la contraception du couple.

Les hommes s'assurent de la présence d'une contraception.

Dans leurs pratiques, une grande majorité d'hommes s'assurent de la présence d'une contraception avant un rapport. 72,3% des hommes demandent systématiquement à leur partenaire en début de relation si elles utilisent un moyen de contraception. Les hommes sont soucieux de savoir si les relations sexuelles peuvent se dérouler en toute sécurité ou s'ils doivent utiliser, par exemple un préservatif. Cela traduit une forme de maturité et de responsabilité des hommes. Ils se placent en acteurs dans la planification des grossesses.
D'ailleurs, ils sont 268 à avoir déjà utilisé au moins une fois le préservatif comme moyen de contraception pour se prévenir du risque de grossesse.

Le choix de mettre en route une grossesse et d'avoir un enfant est un choix de couple qui se fait à deux. Mary Plard plaide dans son ouvrage « Paternité imposée : un sujet tabou » pour l'égalité des femmes et des hommes dans le fait de concevoir ou non un enfant. [35]
Hortense Veil dans son étude, compare ce résultat aux déclarations des hommes de l'association d'ARDECOM qui se questionnent sur leur autonomie dans le domaine de la paternité. Ces hommes prennent une contraception masculine en partie pour se prémunir d'une paternité qui ne serait pas décidée et d'éviter une situation redoutée de paternité subie. [36]

Les hommes s'assurent de la présence d'une contraception aussi bien féminine que masculine. 74,5% des hommes se sentent concernés aussi bien par la contraception masculine que féminine. Seuls 7,8% des hommes se disent concernés uniquement par leur contraception masculine.

Un Intérêt massif des hommes pour les nouvelles méthodes de contraception masculines

65,2% des hommes seraient intéressés par de nouvelles méthodes de contraception masculines. En effet, actuellement le préservatif, le retrait et la vasectomie semblent être les seules méthodes que l'homme peut utiliser pour assurer la contraception dans son couple. Ce ne sont pas forcement des méthodes réellement adaptées au mode de vie actuelle des hommes.

Y-aurait-t–il un profil type d'homme plus intéressé par de nouvelles méthodes masculines ?
A travers notre enquête, nous avons mis en évidence que les hommes les plus jeunes, les hommes sans enfant et les hommes ayant une ou des partenaire(s) occasionnel(s) sont ceux qui sont le plus intéressés par les nouvelles méthodes de contraception.
De plus, nous avons observé que les hommes qui ne sont pas satisfaits par les moyens de contraception masculins actuels tel que le préservatif sont davantage intéressés par de nouvelles méthodes de contraception masculines. Dans notre enquête, 36% soit plus d'1/3 des hommes affirment ne pas être satisfaits par le préservatif. Ils ont décrit le préservatif comme étant inconfortable, cher, diminuant les sensations et associé à des « accidents fréquents ».
Enfin, les hommes ayant déjà eu des conduites à risque de grossesse se montrent plus intéressés par les nouvelles méthodes de contraception masculines.

Cela exprime une volonté de changement pour mieux vivre leur sexualité et gérer le risque de grossesse. Le manque de satisfaction est source d'intérêt, d'innovation et de recherche.
1/3 ne sont pas satisfaits par le préservatif qui est le moyen de contraception masculin le plus répandu en France. Ne serait-ce pas l'occasion de développer et de faire la promotion de nouvelles méthodes de contraception masculines ?

L'intérêt massif pour ces nouvelles méthodes n'est il pas un signe que les hommes se sentent concernés par la contraception ?

Ainsi, nous avons mis en évidence que la majorité des hommes de notre enquête se sentent concernés par la contraception. Cela rejoint le constat de Cyril Desjeux : « Des hommes se sentent concernés par la maîtrise de la fécondité et une partie d'entre eux a la volonté de partager les responsabilités contraceptives » [26].

La contraception est un domaine qui intéresse les hommes. Nous venons donc à nous poser la question de savoir s'ils ont des connaissances sur ce sujet

2) Des connaissances en contraception ciblées.

Des connaissances ciblées sur le préservatif, la pilule et le DIU.

En moyenne, les hommes ont cité 6 moyens de contraception différents.
Les méthodes les plus connues par notre échantillon correspondent aux méthodes de contraception les plus utilisées en France c'est à dire le préservatif, la pilule, et le dispositif intra utérin. [1] Ces 3 méthodes représentent le « schéma type de prescription » de contraception actuel. Le préservatif à double visée de protection en début de relation, puis le passage à la pilule lorsque le couple se stabilise et jusqu'à l'arrivée des enfants, et enfin le DIU lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint.

De plus, nous avons mis en évidence que les hommes connaissent davantage les méthodes de contraception qu'ils ont utilisées au cours de leur propre expérience. L'expérience est une source de connaissance. 95% des hommes de notre étude affirment avoir utilisé le préservatif au moins une fois. C'est le moyen de contraception qui a été le plus cité : 99% des hommes l'ont cité.

Bonne connaissance des modalités d'accès à la contraception d'urgence mais méconnaissance de son délai maximal d'utilisation

Pour évaluer davantage les connaissances des hommes en contraception, nous leur avons posé deux questions sur la contraception d'urgence. 95,4% des hommes ont répondu à juste titre qu'il ne nécessitait pas d'ordonnance pour se procurer une contraception d'urgence comme la pilule du lendemain. Cette information sur la délivrance de la CU semble être bien maitrisée par les hommes.

Quant au délai maximum de la prise de la contraception d'urgence, seul 18,8% des hommes ont choisi la bonne réponse. 98% des hommes de notre enquête pensent que le délai est plus court. L'étude du « Baromètre santé publique France 2016 » a mis en évidence que seul 1 % des personnes interrogées connaissait le délai maximal de prise de la CU. [37]

Selon le Baromètre santé publique France 2016, les femmes de moins de 30 ans sont les principales utilisatrices de la contraception d'urgence. En 2016, 11,5 % des femmes âgées de 15 à 29 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la contraception d'urgence. [37]
Or seul 27,3% des moins de 20 ans et 20,4 % des 20-29 ans ont bien répondu au délai maximal de prise de la contraception d'urgence. Le renforcement des connaissances auprès des hommes sur la contraception d'urgence est un point à améliorer afin de maximiser son utilisation dans de bonnes conditions.

Une campagne de sensibilisation menée conjointement par le Ministère des Solidarités et de la Santé et Santé publique France à été diffusée sur le web et sur les réseaux sociaux (Facebook, Snapchat et Instagram) en juillet 2019 afin de rappeler les délais d'efficacité de la CU. [38] L'ensemble des éléments de la campagne est disponible sur le site : « Onsexprime.fr **».** Toutes les réponses aux questions que l'on peut se poser sur la contraception d'urgence sont regroupées sur ce site : comment ça marche ? Où et comment se la procurer ? A qui s'adresser ?

Un manque général de connaissances des autres méthodes contraceptives aussi bien féminines que masculines

Les moyens de contraception féminins et masculins comme l'anneau vaginal, le patch, les spermicides, le diaphragme, la contraception thermique, Valsagel ® sont très peu cités. Par exemple, seuls 10,6% des hommes connaissent le patch.
Le faible recours à ces méthodes dans le paysage contraceptif explique en partie le manque de connaissances de ces méthodes.

De plus, les hommes ont cité deux fois plus de méthodes de contraception féminines que masculines. Actuellement sur le marché de la contraception, il y a plus de méthodes féminines que masculines en vente. Le résultat de notre enquête est donc logique. Les méthodes de contraception féminines sont plus répandue et donc connues du grand public.

Cependant, depuis plusieurs décennies, des hommes se sont lancés dans la recherche et le développement de méthodes de contraception masculines afin de pallier à ces inégalités. Nous remarquons que les hommes de notre enquête ont très largement cité 2 méthodes masculines : le préservatif à 99,2% et la vasectomie à 42,5%. Ces deux méthodes sont accessibles en France depuis de nombreuses années. Très peu d'hommes connaissent les nouvelles méthodes de contraception masculines en développement ou sur le marché. Seul 7,4% des hommes connaissaient l'existence de la contraception thermique. Les nouvelles méthodes développées comme la contraception thermique et les injections hormonales sont très peu connues alors qu'actuellement certains hommes les utilisent comme moyen de contraception en France.

3) Des connaissances qui varient selon le profil, le vécu et selon les sources de connaissances.

Les moins de 30 ans ont plus de connaissances en contraception

A travers notre étude, nous avons mis en évidence que l'âge influence les connaissances des hommes en matière de contraception. En effet, les hommes les plus jeunes semblent avoir de meilleures connaissances.
Les moins de 20 ans ont cité en moyenne 8,1 moyens de contraception soit une médiane de 7,5 alors que les 35-45 ans n'en ont cité en moyenne que 5 soit une médiane de 5.
Les jeunes sont depuis plusieurs années, la cible privilégiée des campagnes d'informations et de préventions dans le domaine de la contraception ce qui explique en partie cette tendance.

Tout d'abord, depuis 2001, les interventions d'éducation à la vie affective et sexualité (EVAS) ont fait leur entrée dans les écoles, collèges et lycées. [22] Si la mise en place a été laborieuse au début, elle semble aujourd'hui bien installée. En effet, 81,8%% des moins de 20 ans et 80,3% des 20-24 ans ont cité la scolarité (animations école, collège, lycée) comme source d'information en matière de contraception. On peut voir une nette amélioration de la transmission d'information à propos de la contraception par le biais de la scolarité, puisque seuls 40,6 % des plus de 45 ans ont cité la scolarité comme source d'information.

Notre résultat fait écho à celui de l'étude d'Hortense VEIL, où les trois plus jeunes interviewés étaient ceux qui connaissaient le mieux les différentes méthodes de contraception et ils précisaient avoir bénéficier de cours d'éducation à la sexualité au cours de leur scolarité. [36]

A cela s'ajoute le développement du « Service Sanitaire » depuis la rentrée 2018, chez tous les étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, masseur kinésithérapeute et soins infirmiers), afin de sensibiliser davantage les jeunes à l'égalité homme-femme, la prévention des IST et les méthodes de prévention des grossesses non désirées. [23] C'est une occasion pour les futurs professionnels de santé de se former à l'animation de groupe et aux interventions d'information et prévention.

Il est également important de souligner que dans le contexte économique actuel en France, le financement accordé pour les interventions EVAS a tendance à diminuer. Les régions et les départements repartissent les budgets en fonction de leur organisation. Une inégalité d'accès à ces interventions pourrait se dessiner sur les différents territoires. [39] Les interventions du service sanitaire sont une occasion d'être plus acteurs afin de couvrir un plus large territoire et de multiplier les interventions. Cependant, les interventions du service sanitaire ne doivent pas remplacer les interventions EVAS… Un travail couplé entre les intervenants EVAS et les étudiants du service sanitaire n'est il pas à développer et à encourager ?

Ces actions de sensibilisation collectives et mixtes sont essentielles pour l'amélioration des connaissances en contraception en particulier chez les hommes. En effet, ce sont les femmes qui sont le plus souvent la cible des informations de contraception. Par exemple, nous remarquons un net écart hommes/femmes à l'accès à l'information de contraception par le biais des professionnels de santé. Dans notre étude, seuls 18,5% des hommes ont cité les professionnels de santé comme source d'information en contraception. 67% des hommes ne se sont jamais rendus chez un professionnel de santé pour parler de contraception et seuls 17% des hommes déclarent avoir déjà accompagné leur compagne lors d'un RDV contraception.
Allison Solinhac dans son étude, a posé la même question à 260 femmes. 60,7% des femmes ont cité les professionnels de santé comme source d'information à la contraception. [40]

Globalement, les hommes viennent peu aux consultations de suivi de la contraception avec leur partenaire.
Qu'est ce qui explique cette faible présence des hommes en consultation de contraception ?
Tout d'abord, lors de la médicalisation de la contraception, le monde médical s'est focalisé sur les femmes. La gynécologie s'est fortement développée alors que son équivalent masculin, l'andrologie, est restée une sous spécialité exercée par un nombre restreint d'urologues. La contraception se trouve au cœur du domaine de la gynécologie. L'interlocuteur privilégié en matière de contraception est donc devenu la femme et les hommes ont été écartés. [41]
La gynécologie étant la spécialité médicale qui a pour objet l'étude de l'appareil génital de la femme, les hommes ne trouve donc pas forcement leur place dans ces consultations. Or les hommes sont concernés par les rendez-vous de contraception et leur présence permettrait une meilleure distribution de l'information délivrée par les professionnels de santé.

Selon Mireille Le Guen, démographe de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), "Aujourd'hui, la prescription de la contraception se fait majoritairement chez le gynécologue. Les hommes n'y ont pas accès, il faudrait qu'ils aient accès à d'autres médecins qui puissent prescrire la contraception masculine ».[5]
Ces inégalités d'accès à l'information garçons/filles s'expliquent dès l'arrivée de la puberté et l'âge des premiers rapports sexuels. La majorité des jeunes femmes passe par le cap de la première consultation avec un professionnel de santé (gynécologue, sage-femme, médecin traitant) pour évoquer les questions des menstruations, de la fertilité et de la contraception. Puis elles auront un suivi plus au moins régulier (annuel selon les recommandations) ce qui permettra de faire un rappel sur les différents types de contraception. De plus, depuis le 1 novembre 2016, il y a eu la mise en place de la consultation de contraception et de prévention (CCP) pour les jeunes filles âgées de 15 à 18 ans qui est prise en charge à 100% par l'assurance maladie et est valorisée pour les professionnels de santé (cotation à 46€). [42] Ces consultations sont réservées aux jeunes femmes et il n'y a pas d'équivalence pour les hommes.

Céline Delaunay dans son enquête met en évidence que le médecin n'est pas cité de manière spontanée comme source d'information dans ses entretiens mais que la plupart des hommes estiment qu'il a un rôle à jouer dans leur information sur la contraception. [43]
Delphine Cadiergues dans la thèse montre que le médecin est davantage cité. Il apparaît en troisième position des sources d'information, cependant 69 % des hommes déclarent ne jamais avoir parlé de contraception avec leur médecin. [44] Cela met en évidence que le médecin est identifié comme source d'information à la contraception, mais que le sujet est rarement abordé avec les hommes lors des consultations. En effet, est ce que beaucoup de médecins généralistes évoque la contraception avec les hommes qui viennent en consultation ? Est ce qu'ils pensent à proposer une ordonnance pour des préservatifs ? Quelle place les différents professionnels de santé ont-ils dans la diffusion d'informations à propos de la contraception ? Les gynécologues, les médecins généralistes, les sages-femmes ne sont-ils pas complémentaires dans l'apport d'informations tout au long de la vie d'un homme ?

Nous pouvons tout de même remarquer que les moins de 20 ans sont les plus nombreux à avoir cité les professionnels de santé comme source d'information. Comment expliquer ce phénomène ? Depuis 2018, les préservatifs de deux marques sont remboursés. Pour se les procurer, il faut une prescription médicale. Les moins de 20 ans font partie des plus grands consommateurs de préservatifs. N'est ce pas l'occasion de consulter un professionnel de santé et d'engager la discussion à propos de la contraception avec ces hommes ?

[5] L'ensemble des propos de Mme Mireille Le Guen est à retrouver dans l'article « Bientôt, la contraception masculine ? » publié dans La Tribune, Auvergne-Rhônes-Alpes du 30/11/18.

Une autre source est à prendre en compte chez les jeunes. Les moins de 24 ans sont les plus nombreux à avoir cité internet comme source d'information en matière de contraception. En effet, nous avons observé le développement de nombreux sites dédiés à la contraception tel que « www.choisirsacontraception.fr », « www.onsexprime.fr » et « www.moncorpsmacontraception.fr ». Or plus de 62% des 18-24 ans passent plus de 21 heures par semaine sur internet. Internet est ainsi devenu un allier de l'information en matière de contraception chez les jeunes. Attention cependant à se renseigner sur des sites fiables pour ne pas obtenir des informations biaisées qui pourraient avoir de lourdes conséquences. [45] ….

Nous remarquons une multiplication et une diversification des sources d'information accessibles chez les jeunes. Très peu d'hommes ont affirmé n'avoir reçu aucune information en matière de contraception. De plus, parmi ces hommes n'ayant eu aucune information, 5 ont plus de 45 ans.

Les hommes ayant fait des études supérieures montrent de meilleures connaissances en contraception.

L'observation descriptive des résultats montre que le nombre de contraceptifs cités augmente en fonction du niveau d'étude. En effet, les hommes ayant le BAC ou plus ont cité plus de méthodes contraceptives que les hommes sans diplôme, ayant le brevet des collèges ou un CAP. De plus, on observe un pourcentage croissant de bonnes réponses au délai maximal de prise de la contraception d'urgence entre BAC et BAC +6. L'observation des résultats montre que les études pourraient être une source d'information à propos de la contraception.
En effet, l 'augmentation du nombre d'années d'études est l'occasion de multiplier les interventions et informations sur la contraception. Par exemple, à Lille, les étudiantes sages-femmes se sont rendues à plusieurs reprises dans les universités et écoles supérieures voisines afin tenir un stand et faire une information sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissible. De même, en Belgique, face à l'augmentation du nombre d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées chez les jeunes, l'association « O'YES Safe Sex & Fun » a été crée .Elle intervient dans les grandes écoles et les universités afin de mettre en place des animations de sensibilisation à propos des IST et de la contraception. [46]

En France, l'éducation à la sexualité se limite à des interventions dans les écoles, collèges et lycées. N'y a-t-il pas une place pour ces interventions dans les études supérieures ?

Cependant l'observation statistique ne nous permet pas de tirer de conclusions significatives. Nous ne pouvons pas généraliser ce résultat à la population à cause du manque d'effectif dans les catégories sans diplôme, brevet des collège et CAP/BEP. Il serait intéressant de faire une étude en demandant plus précisément le domaine d'étude et de profession afin d'avoir plus d'informations. N'y aurait il pas une corrélation entre le domaine d'étude (par exemple, des étudiants en santé) et le niveau de connaissances ?

Le statut personnel n'influe pas les connaissances en matière de contraception.

En effet, l'analyse statistique comparant le statut personnel aux connaissances n'est pas significative. Que les hommes soient en couple, célibataires ou ayant des partenaire(s) occasionnel(s) leurs connaissances en matière de contraception sont similaires. Ne serait-ce pas plutôt l'expérience personnelle et le vécu de chacun qui entre en jeu ?

Cependant, l'observation descriptive montre tout de même que la médiane du nombre de contraceptifs cité pour les hommes en couple ou ayant des partenaire(s) occasionnel(s) est légèrement supérieure à la médiane des hommes célibataires.

La partenaire aurait-elle un rôle à jouer dans les connaissances des hommes en matière de contraception ? Cyril Desjeux dans sa thèse « Quand la contraception se décline au masculin » met en évidence « l'importance des femmes, et plus particulièrement de la partenaire, pour construire une sensibilité contraceptive » auprès des hommes. [47] La discussion à propos de la contraception du couple est source d'information pour l'homme. Il peut découvrir de nouvelles méthodes par le biais de sa partenaire.

D'ailleurs, les hommes ayant répondu tout à fait d'accord à l'affirmation « la contraception est un sujet de discussion avec ma partenaire » ont montré des connaissances plus développées en matière de contraception que les autres hommes.

Cependant il faut tout de même noter que si la majorité des hommes affirment discuter de contraception avec leur partenaire, seuls 37,2% ont cité la partenaire comme source d'information. Le rôle des femmes dans la transmission d'informations en matière de contraception semble peu perçu chez les hommes.

Les hommes sans enfant ont de meilleures connaissances

Le nombre de contraceptifs féminins et masculins cité chez les hommes sans enfant est plus élevé que chez les hommes avec enfant. Cela peut s'expliquer par un plus grand intérêt des hommes envers la contraception dans le souhait de ne pas avoir d'enfant dans l'immédiat. Ils sont alors plus sensibles au sujet.

De plus, dans la norme contraceptive actuelle, après le nombre d'enfants souhaité, les femmes se tournent majoritairement vers des méthodes de contraception de longue durée comme le DIU. Cela peut expliquer le fait qu'il y ait moins d'occasion de discuter contraception au sein de couple.

L'éducation familiale et les amis sont des sources constantes quelque soit le profil

L'apport d'informations à propos de la contraception par le biais de l'éducation famille (parents, fratrie, tante ..) est plutôt constant au cours des générations. Le contrôle des naissances a toujours été un sujet de discussion au sein des familles. On note que la classe d'âge des 45 ans et plus a légèrement moins cité la famille (42,1 %) comme source d'information que les moins de 45 ans (51,8 % pour les 18-35 ans et 64,9 % pour les 36-50 ans). Cela peut s'expliquer par la popularisation de la contraception, l'arrivée de nouvelles méthodes et l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. La contraception est devenue un sujet moins « tabou » au sein des familles. On note aussi l'évolution du schéma familial et une diminution des croyances religieuses au sein des familles, où la contraception pouvait être associée au péché. [48]

Le partage d'expériences entre amis a une place importante dans la transmission d'informations. En effet, près d'un homme sur deux a cité les amis comme source d'information.
Dans son enquête Priscilla Brolon a montré que tous les hommes qu'elle avait interrogé sous forme d'entretiens ont parlé de contraception avec leurs amis. Les sujets abordés sont : les types de contraception, la tolérance, les effets indésirables, les avantages et inconvénients des différentes méthodes, les « accidents ou oublis». Les hommes ont précisé en avoir parlé avec des amis proches uniquement. [49]

4) Les hommes de notre étude pensent que leurs connaissances sont à développer et à approfondir.

Une Autoévaluation réaliste de leurs connaissances en contraception.

L'autoévaluation permet aux individus de prendre du recul sur leurs connaissances afin d'avoir un aspect critique. L'autoévaluation est un processus qui s'apprend et qui n'est pas facile pour tout le monde. Elle permet de mettre en évidence les points forts et les points à améliorer. L'autoévaluation des connaissances en contraception permet aux hommes de réagir afin de modifier leur comportement dans l'objectif d'atteindre un rôle plus actif.

Nous avons demandé aux hommes d'auto-évaluer leurs connaissances en contraception.
Seuls 12,1% des hommes jugent avoir des connaissances complètes en matière de contraception. 62,1% des hommes jugent leurs connaissances suffisantes et 25,9% des hommes jugent leurs connaissances incomplètes. Aucun homme n'a affirmé ne pas avoir du tout de connaissances à propos de la contraception.

L'autoévaluation est difficile et l'homme a souvent tendance à surestimer ses compétences. Cependant dans notre enquête, les hommes ont bien jugé leurs connaissances. En effet, les hommes qui ont cité le plus de moyens de contraception ont évalué leurs connaissances complètes ou suffisantes.

Une volonté des hommes de mettre à jour leurs connaissances en matière de contraception

86,3% des hommes aimeraient mettre à jour ou développer leurs connaissances en matière de contraception. Nous avons vu que les hommes ont des connaissances de base en contraception mais que certaines méthodes sont encore peu connues.
La majorité des hommes ont cité plusieurs lieux de sources d'information fiables comme : le centre de planification familial, la protection maternelle et infantile (PMI), les sites internet spécifiques à la contraception tels que « choisirsacontraception.com », les recommandations des instituts de santé (HAS, CNGOF …) , les professionnels de santé. Ces lieux ressources sont facilement accessibles et consultables.
Cette volonté de mettre à jour leurs connaissances traduirait-elle aussi un intérêt grandissant des hommes envers ce sujet ?

5) Les connaissances ont des effets positifs sur l'implication des hommes en contraception.

Etude « Young unmarried men's » [50]

Nous nous sommes demandés si les connaissances des hommes en matière de contraception influençaient leur l'implication dans le domaine.
Dans notre étude, nous ne pouvons pas statistiquement conclure à ce que de meilleures connaissances en contraception conduisent à une meilleure implication des hommes dans le domaine de la contraception.
En effet, les hommes n'étant pas du tout d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation « je m'implique dans la contraception » ont montré des connaissances similaires aux hommes étant d'accord ou tout à fait d'accord.

Cependant, une étude Américaine « Young unmarried men's understanding of female hormomal contraception » a mis en évidence que « de nombreux hommes ont démontré des connaissances limitées sur les contraceptifs et ont identifié l'amélioration de ces connaissances comme une étape essentielle pour faciliter leur participation en matière de contraception ». Selon cette enquête, des connaissances plus développées entrainent une meilleure participation et implication dans le

domaine de la contraception, alors qu'un manque de connaissances tend plutôt vers un comportement passif.
La méconnaissance du sujet est probablement une des raisons de ce partage de responsabilités plutôt inéquitable en terme de contraception. Nous avons vu que les hommes ont moins de situations propices à l'approfondissement de leurs connaissances que les femmes. Dans l'avenir, il est nécessaire de faciliter l'accès des hommes à des informations sur la contraception permettant ainsi d'améliorer leur implication dans la contraception.

La connaissance de l'ensemble du panel contraceptif permet aux hommes de participer au « choix » du type de contraceptif le plus adapté au couple.

Il a été prouvé que si le choix contraceptif est fait en couple, après un échange entre les deux partenaires, il y a une meilleure observance de la contraception et donc une diminution de son risque d'échec. [51]
Or comment participer au choix de la méthode si on ne connaît pas l'ensemble du panel contraceptif possible ?
Comment vouloir utiliser des méthodes que l'on ne connaît pas ? Si on connaît uniquement l'existence de la pilule et des préservatifs, le choix est rapidement fait et pas forcement adapté au mode de vie du couple.
En 2012, une étude menée auprès de femmes de plusieurs pays européens a montré que des connaissances adéquates en matière de contraception sont essentielles pour prendre des décisions éclairées, et que les professionnels de santé doivent être encouragés à informer les femmes de l'ensemble des mécanismes d'action possibles en matière de contraception. [52]

La connaissance des différentes solutions possibles permet à l'homme de s'impliquer dans le choix de la contraception du couple.

La majorité des couples utilise une contraception féminine. Afin de choisir la contraception la plus adaptée au couple, la partenaire a un rôle important.
Chaque femme peut participer à son niveau, par le biais de la discussion, à la sensibilisation des hommes à la contraception. En effet, la communication homme/femme à propos de la contraception est fondamentale pour laisser une place à l'homme. En discutant, les femmes vont sensibiliser les hommes à la contraception.
Par exemple, la crise de la pilule contraceptive a été l'occasion pour certaines femmes d'évoquer leur non adéquation et satisfaction avec leur moyen de contraception et d'ouvrir une porte pour solliciter la participation de leur conjoint. En sensibilisant les hommes à la contraception, les femmes incitent les hommes à repenser, adapter et modifier leur comportement. Si les hommes connaissent d'autres types de contraception, c'est l'occasion d'en discuter au sein du couple afin de choisir une nouvelle méthode. La connaissance des autres méthodes de contraception permet d'éviter un choix par défaut et de pouvoir opter pour une contraception plus adaptée au couple.

Connaître les modalités d'utilisation de la contraception d'urgence favorise sa prise.

Nous avons vu que seuls 18,8% des hommes connaissent le délai maximal de la prise de la contraception d'urgence.
32,6% des hommes interrogés dans notre enquête ont répondu 24h au délai maximal. Cette fausse croyance est due à l'utilisation mal appropriée du terme « pilule du lendemain » dans la population générale. Cette fausse représentation peut entrainer la non utilisation de la CU par le couple alors qu'elle aurait pu être efficace. L'homme, dans la mesure où il connaît les conditions d'utilisation de la CU peut être un agent facilitateur à sa prise. [37]

Santé publique France dans son rapport : « L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminant » a mis en évidence qu'une mauvaise estimation de la fenêtre d'efficacité de la CU impacte directement son usage et que les femmes qui sous-estiment

ce délai y avaient moins recours. [37]

De plus, la contraception d'urgence n'a été citée spontanément comme méthode de contraception que par 5% des hommes de notre enquête. Or elle fait partie des méthodes de contraception disponibles actuellement. On se pose donc les questions suivantes : Est-elle systématiquement évoquée dans les informations contraception ? Les professionnels de santé la prescrivent-t-elle ? Expliquent-ils son fonctionnement et ses modalités de prise lors de la prescription ?

La crise sanitaire provoquée par l'épidémie de COVID 19 a entrainé la publication par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CONGOF) d'un texte spécial concernant les consultations pour contraception durant l'épidémie de COVID. L'une des recommandations est : « Il est conseillé d'associer une prescription systématique de contraception d'urgence hormonale ». Ne serait-ce pas l'occasion d'ancrer cette prescription systématique dans les pratiques de l'ensemble des professionnels de santé ? [53]

Les hommes s'impliquent dans la gestion des situations à risque de grossesse.

La majorité des hommes de notre enquête connaissent la conduite à tenir lors d'une situation à risque de grossesse. Le fait de connaître les risques et les solutions possibles à mettre en place leur permet de s'impliquer et de prendre part dans la gestion de la situation à risque.
Parmi les hommes ayant déjà vécu une situation à risque de grossesse, 120 ont affirmé avoir discuter et gérer la situation avec leur partenaire
Dans les situations à risque, du fait d'une absence totale de contraception ou suite à un accident de préservatif, la contraception d'urgence a été massivement citée comme solution pour limiter le risque. Nous n'avions pas demandé de préciser qui des deux partenaires, l'homme ou la femme, avait été chercher la contraception d'urgence à la pharmacie. Mais spontanément, plus de 25 hommes ont répondu à la question ouverte : « Je suis allé à la pharmacie chercher une contraception d'urgence pour ma partenaire».
De même, lorsqu'il y avait eu un oubli de pilule, plusieurs hommes ont affirmé n'avoir pas eu de rapport ou s'être protégé par un moyen local (préservatif) dans les jours suivants afin de limiter le risque.

Parmi ceux qui n'avaient jamais eu de conduite à risque de grossesse, 12% ne savaient pas quoi faire si cette situation leur arrivait un jour. Le fait de ne pas savoir n'aide pas l'homme à participer à la gestion de la situation.

Nous voyons que la majorité des hommes connaissent les grandes lignes de la conduite à tenir en cas de situation à risque de grossesse. Ils ont pris leur part de responsabilité dans cet échec de contraception. Ils ont discuté de la situation et ont pris des décisions en couple. La participation concrète lors des situations à risque de grossesse est une preuve de l'implication des hommes dans la contraception.

6) Les hommes ont des connaissances en contraception mais pourtant leur implication est restreinte.

Une implication présente mais restreinte.

Bien que les méthodes de contraception actuellement sur le marché soient majoritairement féminines, les hommes disposent de divers moyens de s'impliquer concrètement dans la contraception. En effet, l'implication des hommes dans la contraception ne se limite pas uniquement à la prise de la contraception par l'homme.

L'implication des hommes dans la contraception du couple se traduit majoritairement par la discussion. 84% des hommes disent s'impliquer dans la contraception par la discussion. Nous nous sommes tout de même poser la question suivante : La discussion signifie-t-elle être concerné ou être impliqué par le sujet ?
La discussion semble en premier abord être un signe d'intérêt à propos de la contraception du couple. Cependant, nous pouvons remarquer que la discussion peut engendrer une implication. Sans discussion il est difficile de s'impliquer dans la contraception du couple. La discussion est un levier à l'implication. Comme nous l'avons vu, elle permet de participer au choix contraceptif, d'initier un changement de contraception…

129 hommes affirment aider leur partenaire en lui rappelant le moment de la prise du contraceptif. Cependant, Priscilla Brolon montre dans son étude qu'il s'agit plutôt d'un rappel de manière ponctuelle que systématique. [49]
Aider au rappel de la prise est une action facile et accessible à tous. Le fait de penser à deux à la contraception permet de limiter les oublis et les échecs de contraception. Cela permet également de partager les responsabilités et de diminuer la charge mentale contraceptive qui repose encore principalement sur les femmes.

Seuls 45,7% des hommes déclarent avoir déjà participer aux frais financiers de la contraception. Les hommes interrogés dans l'enquête de Priscilla Brolon ont déclaré : « Je n'y ai jamais pensé », « Ca ne m'est jamais venu à l'idée ». Cependant, si leurs partenaires leur demandent de participer financièrement à la contraception, ils trouveraient cela normal. [49] Il faut tout de même noter qu'un certain nombre de contraceptifs sont actuellement remboursés par la sécurité sociale ne nécessitant ainsi aucune dépense pour le couple.

L'accompagnement au rendez vous de contraception n'est pas très répandu. Seul 1 homme sur 4 accompagne sa partenaire lors des rendez vous évoquant la contraception.

Notons que 20 hommes n'ont aucune forme d'implication.

La contraception un domaine particulier

En effet, le domaine de la sexualité et de la contraception est particulier. Le fait d'avoir entendu des centaines de fois des messages de prévention dans des publicités et d'avoir de bonnes connaissances ne suffit pas…
Paradoxalement si plus de 70% des hommes demandent systématiquement à leur partenaire si elle possède un moyen de contraception pour éviter une grossesse non désirée, plus d'un homme sur deux a déjà eu des conduites à risque de grossesse.
Dans notre enquête, les connaissances en contraception sont similaires entre les hommes ayant eu ou n'ayant pas eu des rapports à risque. Nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle. Nous ne pouvons pas conclure que de meilleures connaissances en contraception conduisent à moins de conduites à risque de grossesse.

Ce n'est pas toujours si simple de mettre en pratique dans la réalité les conseils et connaissances. Par exemple, un grand nombre de conduites à risque de grossesse arrivent lorsque le couple utilise le préservatif. Réticence à son utilisation, peur d'en discuter et d'interrompe son partenaire, le fait de ne pas en avoir sur soi, excitation extrême … de nombreuses raisons mènent la vie dure au préservatif et expliquent qu'il ne suffit pas de le connaître et de connaître son mode d'emploi pour l'utiliser systématiquement.

Assurer totalement la contraception du couple : Un cap que tous les français ne sont pas encore prêt à passer …

93,2% des hommes ont répondu avoir un rôle important à jouer dans la contraception, 91,5% des hommes ont répondu s'impliquer dans la contraception mais seuls 57,8% des hommes ont répondu être prêts à assurer totalement la contraception dans leur couple. On met ainsi en évidence une petite discordance entre discours et la mise en pratique.
Emilie Tôn, journaliste a publié un article dans L'express en février 2017 qui met en avant cette discordance : « La contraception masculine : Oui sur le principe mais non dans la pratique ! ».

7) Il y a d'autres facteurs qui influencent l'implication des hommes dans la contraception.

Les femmes peuvent être un frein à l'implication des hommes en contraception.

Les femmes sont elles prêtes à accepter que l'homme assure la contraception du couple ?
L'implication des hommes en contraception est plutôt une revendication venant des femmes pour un partage de la charge mentale de la maitrise de la fécondité. Cependant, ce n'est pas un désir partagé par l'ensemble des femmes. Un certain nombre de femmes se montrent réticentes au partage de ce « droit » qu'elles ont durement acquis. Comme soulève Nelly Oudshoorn, sociologue à l'université de Twente aux Pays-Bas : *« Ne faut-il pas laisser aux femmes cette liberté durement acquise ? »*.[54]

Pour ouvrir une place à l'homme dans le domaine de la contraception, il est important pour la femme d'avoir confiance en son partenaire. En effet, c'est la femme qui va subir très directement la conséquence d'un échec de contraception en portant dans son corps la grossesse. Cela met en évidence une asymétrie de responsabilités et conséquences.

La contraception féminine représente à la fois une liberté fondamentale, mais aussi une contrainte pour le corps et le rôle social de la femme. [55]

Cyril Desjeux met en évidence l'ambivalence qui interpelle le monde des féministes : certains voient la contraception masculine médicalisée comme une réactualisation de la domination masculine par le contrôle de la fertilité, tandis que d'autres perçoivent la possibilité de construire un nouveau modèle de masculinité plus responsable dans ce domaine. [47]

Le poids des représentations culturelles

La contraception masculine se heurte à un frein culturel. Beaucoup de représentations et d'influences négatives véhiculent l'image d'hommes incompétents en contraception, incapables de prendre une contraception quotidienne jugée trop contraignante.
Aux yeux de Marianne Niosi,[6] présidente du planning familiale d'Ile de France, "l'idée que l'on se fait des hommes comme étant incapables de gérer leur contraception est infantilisante. Il s'agit d'une vision stéréotypée qui n'arrange finalement pas beaucoup les femmes".

A cela s'ajoute une crainte des hommes que la contraception atteigne leur virilité.
L'un des obstacles à la participation des hommes à la contraception est la confusion de certains hommes entre fertilité et virilité. « Les hommes refuseraient de prendre une contraception parce qu'ils se sentiraient potentiellement diminués par une surpression, temporaire ou non, de leur fertilité ». [56]

[6] Retrouver les propos de Marianne Niosi dans l'article « En attendant la pilule pour homme » publié dans la revue « WE DEMAIN » le 9 mars 2017.

« Un homme peut il être un véritable homme s'il ne possède pas sa capacité de reproduire ? »
Suspendre la capacité reproductive des hommes fait peur car cela déposséderait l'homme de sa position sociale de domination qui est encore ancrée dans les sociétés.

Jean-Luc Jorion, urologue explique que "Notre culture est une culture latine et donc les notions de fertilité et de puissance sexuelle sont mêlées. Les gens pensent alors que s'ils sont infertiles, ils seront impuissants. Mais cela n'a rien à voir! L'homme éjacule toujours et a toujours des érections !" [7]

Nikos Kalampalikis et Fabrice Buschini ont mené une enquête auprès de 46 hommes sur les représentations sociales qui entourent la contraception masculine. Les nombreuses craintes des hommes à propos des moyens de contraception masculins sont surtout dues à leurs méconnaissances. A cela s'ajoute des enjeux symboliques tels que l'atteinte à la masculinité, à la virilité, à la puissance, à la libido due à une « castration temporaire ». Certains hommes pensent que prendre une contraception pourrait les féminiser**.** [57]

Selon Pierre Colin[8], chirurgien urologue lillois, le plus grand obstacle à la contraception masculine sont les hommes eux-mêmes : "Certains hommes sont capables de s'injecter de la testostérone pour avoir de beaux muscles mais des injections d'hormones contraceptives seraient trop contraignantes… Ils doivent prendre leurs responsabilités".

Ces stéréotypes expliquent une forme de résistance symbolique à la contraception masculine. Il faudra progressivement lever les idées reçues pour que les hommes acceptent d'utiliser les contraceptifs masculins.

Les expériences personnelles influencent l'implication des hommes

Les propos des hommes de l'association « ARDECOM » nous orientent sur certains facteurs expliquant leur volonté de s'impliquer dans la contraception du couple par le biais d'une contraception masculine. Pour certains, le souhait de s'impliquer davantage à émerger des diverses expériences qu'il ont vécues.

Erwan[9], utilisateur du slip chauffant depuis plusieurs années se confie :
"À 23 ans, j'ai dû accompagner mon amie de l'époque à l'hôpital pour faire une IVG. Par la suite j'ai dû aller chercher des pilules du lendemain avec d'autres partenaires. Je n'ai jamais trouvé ça anodin. »

Gionni [10] témoigne sur les raisons qui l'on poussait à passer le cap de la vasectomie : "Après sa dernière grossesse, ma femme ne supportait plus la pilule. Lors de nos rapports, on a d'abord fait attention, mais en sachant qu'on n'était pas à l'abri. On a ensuite tenté d'explorer d'autres moyens de contraception mais sans être satisfaits. Il y a le problème des hormones et les saignements provoqués par certains. A partir de là, on a pensé à la vasectomie."

---

[7] Retrouver les propos de Jean-Luc Jorion dans l'article « Contraception : les hommes prennent la chose en main » publié sur la RTBF.be le 26 mars 2019.
[8] Retrouver les propos de Pierre Colin dans l'article « En attendant la pilule pour homme » publié dans la revue « WE DEMAIN » le 9 mars 2017.
[9] Retrouver le témoignage d'Erwan sur https://www.lci.fr/bien-etre/sexe-relations-sexuelles-hommes-contraception-masculine-erwan-38-ans-apotre-du-slip-chauffant-2065842.html
[10] Retrouver le témoignage de Gionni sur https://france3-regions.francetvinfo.fr/grand-est/bas-rhin/strasbourg-0/temoignage-pourquoi-il-choisi-vasectomie-1650298.html

On voit une volonté de certains hommes de vouloir soulager leur compagne de la contraception quand elle ne la tolère pas bien.

Lorsque qu'un couple vit une situation d'échec contraceptif, de grossesse non prévue, de recours à l'IVG , c'est l'occasion pour l'homme de prendre conscience de la manière dont sa partenaire vit avec sa contraception et donc celle du couple. Dans ces situations, l'homme est sollicité et prend conscience que lui aussi a un rôle dans la contraception du couple. Les hommes peuvent être pris d'un « sentiment de culpabilité » de laisser la femme gérer seule la contraception du couple. Ils sont amenés à s'interroger sur leur responsabilité. Cette situation peut être un levier dans le partage des responsabilités contraceptives au sein du couple.

Lors de mes différents stages, je me suis rendue compte que peu d'hommes étaient présents lors des consultations de contraception sauf à un moment précis. En effet, lors de mon stage au centre de planification et centre IVG de Tourcoing, j'ai pu observer que la majorité des hommes était présents lors d'une consultation pour une demande d'IVG.

Le manque de promotion et les difficultés d'accès à certains types de contraceptifs n'incitent pas à leur utilisation.

En ce qui concerne la contraception féminine :
La pilule et le DIU sont les contraceptifs féminins les plus utilisés en France. Ils sont actuellement remboursés par la sécurité sociale. Ce n'est pas forcement des types de contraception qui conviennent à l'ensemble des femmes. Prenons l'exemple du patch et de l'anneau qui pourraient être des contraceptions plus adaptés à certains modes de vie mais qui ne sont pas remboursés.
Des mesures politiques et financières ne sont-elles pas à envisager afin de rembourser l'ensemble des méthodes de contraceptions afin que le coût ne soit plus un frein à l'utilisation de la méthode la plus adaptée au couple ?

En ce qui concerne la contraception masculine :
Tout d'abord, il y a peu d'enquêtes pour savoir si les hommes utiliseraient des méthodes de contraception se rapprochant de celles des femmes.
Contrairement aux femmes, qui dans les années 1960 ont massivement revendiqué leur droit et leur souhait d'accéder à une contraception féminine médicalisée, les hommes se font plutôt discrets dans la revendication de l'accès à une contraception masculine.

L'absence de perspectives de ventes et de profits explique en partie le manque d'enthousiasme des firmes pharmaceutiques et laboratoires à investir des millions d'euros sans être sûr que par la suite, les hommes seront demandeurs de ce type de contraception et que les professionnels de santé les prescriront autant que les contraceptifs féminins.
Le développement de la contraception masculine est au coeur d'une interrogation financière et économique de rentabilité. [58]
Même si des méthodes ont montré leur efficacité et sont actuellement disponibles, la promotion et la popularisation des méthodes masculines restent encore marginales en France. [59] Très peu d'hommes connaissent leur existence. Or comment vouloir utiliser une méthode si on ne se connaît même pas son existence ?

De plus le développement des méthodes masculines est ralenti par la mise en évidence de certains effets indésirables qu'elles pourraient entrainer (prise de poids, atteinte de la libido …).
Dans l'étude d'Hortense Veil, les avis des hommes portant sur une éventuelle pilule masculine divergent. La majorité des hommes confie qu'ils seraient prêts à l'utiliser, à condition qu'il n'y ait pas d'effets indésirables, que ce soit fiable à 100% et sans risque.
Les méthodes féminines sont-elles dénuées d'effets indésirables ? Est ce que quelqu'un se préoccupe

des effets indésirables chez les femmes ? Les femmes doivent-elle être les seules à subir les effets secondaires de la contraception ?
Le manque d'alternatives à la contraception féminine n'aide pas les hommes à se projeter dans une possible contraception masculine.

Les pratiques des professionnels de santé

Est-ce que, nous, futurs professionnels et professionnels de santé, nous n'influençons pas aussi la place de l'homme dans la contraception ?

Le choix contraceptif est décrit par de nombreux praticiens comme un choix féminin, qui résulte de l'échange entre le professionnel de santé et la patiente, et non comme un choix de couple. L'homme n'est pas souvent sollicité dans ce choix. La prescription d'une contraception ne doit pas exclusivement découler d'un diagnostic médial. Elle doit résulter, après avoir eu les informations suffisantes, du choix du demandeur en fonction des ses souhaits et de son mode de vie.

L'HAS met en évidence dans « L' État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » que « le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives constitue un frein essentiel au choix d'une contraception adaptée par les femmes et les hommes ». [51]
Le corps médical se doit de donner une information claire sur l'ensemble du panel contraceptif qui comprend aussi les méthodes définitives et les méthodes masculines. La transmission complète des informations n'est pas toujours assurée, souvent du à une méconnaissance de la part des professionnels.

Est-ce que tous les moyens de contraception féminins, masculins et définitifs sont systématiquement présentés lors d'une consultation de contraception ?

Certains professionnels de santé suivent également « la norme contraceptive » et les « injonctions contraceptives », comme prescrire systématiquement une pilule chez la jeune fille, pas de DIU chez la nullipare, un implant après une IVG …. Toutes ces « habitudes » de prescription ne prennent pas forcement en compte les contraceptions définitives et masculines.

De même, prenons l'exemple de la vasectomie. Cécile Ventola a montré que : « Les praticiens les plus jeunes ont tendance à accueillir les demandes si elles se présentent mais n'évoquent jamais la stérilisation spontanément. Les professionnels les plus âgés ne l'évoquent jamais et peuvent même aller jusqu'à décourager les rares demandes spontanées». [41] On voit donc une réticence de la part de certains professionnels de santé à informer ou à proposer la contraception définitive.

Est ce que nous nous tenons informé des nouveautés en matière de contraception masculines ?
Actuellement, les hommes qui souhaiteraient avoir des informations ou se faire prescrire un contraceptif masculin font face à un manque de professionnels de santé prêts à les accompagner vers une contraception masculine. "L'enseignement de l'andrologie médicale mérite d'être mieux organisé qu'il ne l'est actuellement", déplore le Dr Soufir ancien responsable de l'unité d'andrologie de l'hôpital Bicêtre et membre de l'association ARDECOM.[11]

En tant que future sage femme, nous avons un rôle important à jouer. En effet, nous serons l'un des interlocuteurs privilégié pour la diffusion d'information et la prescription de contraception.

[11] Retrouver les propos du Docteur Soufir dans l'article « Bientôt, la contraception masculine ? » publié dans La Tribune, Auvergne-Rhône-Alpes du 30/11/18.

Prenons l'exemple du moment des conseils de sortie de la maternité. C'est une occasion de discuter contraception, souhait personnel, vécu et de présenter de nouvelles méthodes possibles. Est ce que en temps que sage femme, on s'assurera de la présence du papa lors de ce moment ? Est ce qu'il est pratique courante de l'attendre s'il est parti chercher des affaires à la maison ?

Dans le contexte actuel où le nombre de gynécologues de ville ne cesse de diminuer, les sages-femmes et les médecins généralistes seront en première ligne pour la prescription de contraception. Les étudiants en maïeutiques et les étudiants en médecine ont-ils un nombre suffisant d'heures de formation théorique et pratique pour exposer l'ensemble du panel contraceptif, les avantages et inconvénients de chaque méthode afin de choisir avec le couple la méthode qui leur convient le mieux ?

Il est important d'intégrer l'homme dans nos pratiques contraceptives. Motiver nos patientes à venir avec leur partenaire lors des rendez vous, prendre en compte l'avis de l'homme au choix contraceptif du couple sont des pistes à mettre en place pour impliquer les hommes dans nos pratiques. Il est également nécessaire de tenir à jour nos connaissances en contraception masculine car il s'agit d'un domaine en pleine évolution.

Des actions sont mises en place pour améliorer et mettre à jour les pratiques de prescription de contraception. Par exemple, la Société d'andrologie de langue française a organisé une formation aux méthodes de contraception masculines pour sensibiliser les médecins généralistes.
En janvier 2019, les docteurs Soufir et Mieusset, pionners de la contraception masculine ont animé une formation auprès de 26 médecins pour les initier à la contraception masculine.
Le thème « les hommes et la contraception » a été abordé dans plusieurs ateliers animés par le docteur Véronique Lamy lors des journées de l'Association Nationale des Centres de l'IVG et de la contraception (ANCIC) en novembre 2019 à Troyes afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé travaillant dans le domaine de la contraception (médecin traitant, gynécologue, sage-femme, conseillère conjugale…). [60]

8) Une évolution des mentalités à travers les générations ?

On note une évolution des pensées en fonction des générations. En effet, le pourcentage d'hommes associant la contraception aux femmes augmente progressivement en fonction de l'âge. 15,6% des plus de 45 ans sont d'accord ou tout à fait d'accord sur le fait que la contraception est une affaire de femme contre seulement 5,6% des 25-29 ans, 3,6% des 20-24ans et 0% des moins de 20 ans.

On remarque une évolution du point de vue sur la contraception des hommes interrogés en 2019 par rapport aux hommes de 2008. En effet en 2008 est paru le « Dictionnaire du corps » dirigé par Bernard Andrieu et Gilles Boëtsch, et on pouvait y lire : « contraception : les hommes n'ont d'ailleurs jamais formulé le souhait ou le besoin de prendre ou de partager la responsabilité du contrôle de la reproduction » [61]

Cette évolution des mentalités chez les plus jeunes est à souligner. Les jeunes sont l'avenir, ils sont au début de leur vie sexuelle et seront des utilisateurs de contraception pendant encore de nombreuses années. Se dirige-t-on vers une responsabilité partagée de la contraception au sein du couple ?

Pendant 5 ans, Cécile Ventola s'est penché sur le sujet. En 2011, au début de ses recherches, elle a fait un constat unanime : il règne un scepticisme au partage de la responsabilité contraceptive entre l'homme et la femme ainsi qu'au développement et à l'utilisation de la contraception masculine. Au

fur et à mesure de ces cinq années, elle a vu des évolutions, une ouverture au débat, une multiplication des interrogations à propos du sujet. Un vent nouveau souffle avec des initiatives qui tendent à évoluer vers une responsabilité partagée de la gestion de la contraception au sein du couple. [56]

III) Propositions

Suite à cette étude et ces nombreuses recherches, il nous semble important de poursuivre, favoriser et multiplier les occasions d'apporter des informations à propos de la contraception ainsi que de questionner les stéréotypes de genre et d'égalité homme-femme.
Dans le contexte économique actuel où les financements accordés aux interventions d'éducation à la vie affective et sexuelle ont tendance à diminuer, il est important de mettre en avant l'importance de ces interventions.
L'arrivée du service sanitaire est une alternative mais il ne doit pas se substituer aux interventions EVAS. Le but est de multiplier les occasions de transmettre des informations sur la contraception et d'être plus nombreux afin de couvrir un territoire encore plus large.
Ne serait il pas intéressant de cordonner le travail des conseillères conjugales réalisant les interventions EVAS et des étudiants en santé du service sanitaire ?

De même, il semble important de poursuivre les slogans et les publicités impliquant les hommes dans les situations concernant la contraception. Il est nécessaire d'innover dans les méthodes de promotion de la contraception afin de les rendre plus parlantes et attractives. En effet, de meilleures connaissances permettent de s'impliquer davantage dans la gestion de la contraception du couple.

Dans notre enquête, nous avons demandé aux hommes de citer les méthodes de contraception qu'ils connaissaient mais il serait intéressant de réaliser une enquête pour évaluer les bonnes pratiques d'utilisation de ces méthodes (localisation, durée d'action, présence ou non d'hormones…)

Nous avons vu que les connaissances n'étaient pas les seules conditions à l'implication des hommes dans la contraception et que de nombreux facteurs extérieurs étaient à prendre en compte.

Chez les professionnels de santé, il est important de continuer à valoriser la formation médicale continue sur le vaste sujet de la contraception. De plus, la contraception est un sujet en constante évolution avec l'arrivée fréquente de nouvelles méthodes disponibles sur le marché. Le fait de tenir à jour ses connaissances permet aux professionnels de santé de donner une information complète aux femmes, aux hommes et aux couples.

En tant que future professionnelle de santé, il me semble important de se questionner sur nos pratiques afin d'intégrer davantage les hommes dans les rendez vous de contraception. Il serait intéressant de recueillir par le biais d'entretiens auprès de professionnels de santé, leurs pratiques lors des consultations de contraception, leurs points de vue sur le rôle des hommes et leurs connaissances en matière de contraception masculine.

La promotion de l'ensemble des méthodes de contraception féminines, masculines et définitives est un point à favoriser dans les années à venir pour les faire connaître du grand public et les rendre plus attractives.

Enfin, il serait intéressant de questionner les femmes sur la place qu'elles seraient prêtes à laisser à leur compagnon dans la gestion de la contraception du couple.

Conclusion

Ce travail m'a permis de mettre en évidence que les hommes se sentaient majoritairement concernés par la contraception et que pour eux, ce n'était pas uniquement une affaire de femme. Les connaissances des hommes en matière de contraception sont ciblées sur les méthodes les plus répandues en France. Les autres contraceptifs aussi bien féminins que masculins sont peu connus. L'implication des hommes dans la contraception du couple est présente mais reste restreinte. Nous avons mis en évidence que les connaissances avaient un effet positif sur l'implication des hommes en contraception mais que nombreux autres facteurs étaient à prendre en compte tels que les femmes elles même, les professionnels de santé, l'expérience, la société …

L'ensemble de mes recherches sur le sujet ainsi que l'enquête auprès des hommes m'a permis de me remettre en question sur la place qu'en tant que futur professionnel de santé je laisserai aux hommes. Je me suis rendue compte de l'importance du rôle d'information et de prévention de la sage-femme auprès des femmes, des hommes et du couple. Si j'ai l'occasion, je n'hésiterai pas à participer à des interventions de sensibilisation et de prévention en matière de contraception. Dans ma future pratique, j'essaierai d'être vigilante à la place que je donne aux conjoints lors des rendez vous de contraception et j'essaierai de leur consacrer du temps afin de leur donner les informations nécessaires pour qu'ils s'impliquent dans la contraception du couple.

Ce travail m'a également permis de découvrir et d'approfondir mes connaissances concernant les méthodes de contraception masculines que je connaissais finalement peu.

L'implication des hommes dans la contraception du couple ne se résume pas uniquement à l'utilisation d'une méthode de contraception masculine par monsieur. L'homme peut s'impliquer de diverses manières (accompagnement aux rendez-vous, participation au choix de la méthode, participation financière…). Il a été parfois difficile pour moi de ne pas réduire l'implication des hommes à la prise d'une contraception masculine.

L'évolution des mentalités et des comportements vers une responsabilité partagée de la contraception au sein de couple dépendra des politiques d'information et de prévention, des politiques économiques et financières, des professionnels de santé, de la remise en question des stéréotypes et des points de vue de chacun.
A notre niveau, nous avons tous un rôle à jouer.

Depuis quelques années, nous avons vu émerger des initiatives d'hommes et de femmes bouleversants les normes classiques associées à la contraception.

Dans quelques années, il serait intéressant de refaire cette étude pour mettre en évidence ou non l'évolution des mentalités et des comportements de chacun dans le domaine de la contraception.

Bibliographie

1. Santé publique France. Les Françaises et la contraception : données du Baromètre santé 2016 [Internet]. [Consulté le 17 septembre 2019]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016

2. Prévenir pour l'avenir : utilisation du préservatif. [Internet]. [Consulté le 15 aout 2019]. Disponible sur: https://www.prevenirpourlavenir.fr/Se-proteger/Les-dernieres-actus/2017-10-43-des-etudiants-utilisent-un-preservatif-chaque-rapport

3. HAS (Haute autorité de santé). Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles, mars 2013 [Consulté le 7 février 2020]

4. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 décembre 2018 ;46(12):777‑85.

5. ARDECOM : Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine. [Consulté le 5 septembre 2019] Disponible sur : http://www.contraceptionmasculine.fr/ [Internet].

6. Sciences et Avenir : Pilule contraceptive pour hommes , un essai clinique prometteur [Internet]. [Consulté le 17 septembre 2019]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/sexualite/pilule-contraceptive-pour-hommes-un-essai-clinique-prometteur_122274

7. Handelsman DJ. Male Contraception. Endotext : The best clinical endocrinology source [Internet] [consulté le 17 septembre 2019].Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279094/

8. Colagross-Schouten A, Lemoy M-J, Keesler RI, Lissner E, VandeVoort CA. The contraceptive efficacy of intravas injection of Vasalgel™ for adult male rhesus monkeys. Basic Clin Androl. 2017;27:4. [consulté le 17 septembre 2019]. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28191316

9. G.Robin, F.Marcelli, J-M.Rigot : Fonction gonadique et reproduction masculine ; Dossier thématique ; Contraception Masculine ; La presse médicale, tome 43, n°2, février 2014

10. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Contraception [En ligne]. [Consulté le 15 octobre 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/contraception/fr/

11. E. Van de Walle. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? Population et société, N° 418, Décembre 2005.

12. G.ANDROUTSOS : Contraception et planning familial dans la Grèce antique. Andrologie. Mars 2002 ; 12(1) :105-9

13. Leridon H. Oustry P. Bajos N . Equipe Cocon. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et Sociétés Juillet-Aout 2002 ; N°381 :1-4

14. Le Guen M, Ventola C, Bohet A, Moreau C, Bajos N; FECOND groupe. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning - PubMed NCBI , 26 mars 2015 [Internet]. [Consulté le 3 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(15)00129-8/abstract

15. Filles et garçons dans l'enseignement supérieur : des parcours différenciés [Internet]. [Consulté le 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/Filles-et-garcons-dans-l-enseignement-superieur-des-parcours-differencies?id_theme=22

16. INSEE : Âge moyen de la mère à l'accouchement, données annuelles de 1994 à 2009, MAJ le 14/01/2019 [En ligne]. [Consulté le 15 décembre 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390

17. INSEE : Bilan démographique 2019. MAJ le 14/01/2019 [En ligne]. [Consulté le 15 décembre 2020]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926

18. Recommandations pour la pratique clinique élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) Décembre 2018 ; Volume 46, Issue 12, Pages 755-1088 [Consulté le 12 décembre 2020] Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/journal/gynecologie-obstetrique-fertilite-and-senologie/vol/46/issue/12

19. Annick Vilain : « Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge » Revue française des affaires sociales janvier 2011 ; pages 116 à 147

20. Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo,, Aline Bohet, Caroline Moreau et l'équipe *Fécond :* « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? » Population et Sociétés, N° 511, mai 2014.

21. Assemblée parlementaire, Conseil de l'Europe, 2004, résolution 1394 : «La responsabilité des hommes, et particulièrement des jeunes hommes, en matière de santé génésique ».

22. Ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse ; Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. [En ligne] [Consulté le 20 décembre 2019] Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000027677984&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id

23. Ministre de l'éducation nationale, « Etudes de santé : le service sanitaire » Publié le 27 février 2019. [Consulté le 20 décembre 2019] Disponible sur : https://www.etudiant.gouv.fr/pid33634-cid127096/etudes-de-sante-le-service-sanitaire.html

24. PICARAT Marine, Rapport de stage : la contraception masculine. Master 2 « Genre, Egalité et Politiques Sociales ». Université de Toulouse Le Mirail, 2013-2014, page 7

25. Jaspard. M. Sociologie des comportements sexuels. Edition La découverte, Paris, 2005.

26. Cyril Desjeux, Histoire et actualité des représentations et des pratiques de contraception masculine. Publié dans Autrepart 2009, n°52, pages 49 à 63. [Consulté le 15 octobre 2019]

27. INPES, Spots publicitaires hommes et contraception, 2009. [Consulté le 15 octobre 2019] Disponible sur : http://www.culturepub.fr/videos/inpes-contraception-enceinte/

28. Choisir sa contraception, En parler c'est mieux. [Internet] [Consulté le 15 octobre 2019] Disponible sur : https://www.choisirsacontraception.fr

29. On Sex prime, les jeunes et la sexualité. [Internet] [Consulté le 15 octobre 2019] Disponible sur : https://www.onsexprime.fr

30. Collectif Santé Jeunes Aubagne. La contraception, filles, garçons, on est tous concerné : concours d'affiches du 17 septembre au 27 octobre 2012. [Internet] [Consulté le 15 octobre 2019] Disponible sur : https://www.esjaubagne.org/collectif/La-contraception-filles-garcons-on

31. Dictionnaire Larousse poche 2018, Edition anniversaire bicentenaire Pierre Larousse, Paris, 1vol.1067pages.

32. Singly (de) F., Le questionnaire, « Série l'enquête et ses méthodes », coll. 128, éd Armand Colin, 2ème édition, 2011.

33. Jean-Christophe Vilatte ; Formation « Evaluation », 1er -2 février 2007 à Grisolles « Méthodologie de l'enquête par questionnaire »

34. Christophe Evans, dir., *Mener l'enquête. Guide des études de publics en bibliothèque* Villeurbanne, Presses de l'Enssib, coll. Boîte à outils, 2011, 159 pages

35. Plard Mary. Paternités imposées, préface de Renaud Van Ruymbeke. Edition Les liens qui libèrent ; 3 janvier 2013.

36. VIEL Hortense. L'implication des hommes dans la contraception. Mémoire sage-femme. Université de Caen. 2016

37. Santé publique France, Saint-Maurice France. Delphine Rahib, Nathalie Lydié et le groupe Baromètre santé 2016. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. Présenté le 06/05/2018.

38. Santé publique France. Campagne de sensibilisation 2019 à la contraception d'urgence. [Consulté le 22février 2020] Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/contraception-d-urgence-les-delais-meconnus-par-les-jeunes-une-campagne-d-information-pour-y-remedier

39. SENAT, un site au service du citoyen. Nouveau financement des EICCF, 15ème législature, publié dans le Journal Officiel du 17/01/19, p 220.

40. Solinhac Allison. La contraception des jeunes adultes : information, utilisation et satisfaction : à partir d'une étude menée auprès de jeunes femmes de 18 à 25 ans. Mémoire de sage-femme. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. 2014

41. Ventola Cécile. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. Article publié dans Genre, sexualité et société ; n°12, Automne 2014.

42. AMELI : Consultation de contraception et de prévention (CCP) Circulaire du 1 novembre 2016 [Consulté le 29 juin 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/presciption-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception

43. Delaunay Céline. Les hommes et la contraception : leurs connaissances, leurs rôles et leur attentes. Enquête qualitative auprès d'hommes de 18 à 55 ans. Thèse d'exercice de médecin généraliste. Université de Rennes 1. 2010

44. Cadiergues Delphine. La connaissances des hommes sur la contraception : Etude quantitative auprès d'hommes de 15 à 55 ans. Thèse de Docteur en médecine. Université Paris Diderot -Paris 7, 2015

45. Moyou.E, Statista ; Comparaison par âge du nombre d'heures passées sur Internet par semaine en France en 2018. Publié le 4 décembre 2018. [Consulté le 3 février 2020] ; [Internet]. Disponible sur : https://fr.statista.com/statistiques/472593/temps-passe-en-ligne-par-semaine-age-france/

46. O'YES Safe Sex & Fun. Intervention de sensibilisation des les universités de Belgique [Internet] , [Consulté le 23 mars 2020], Disponible sur : https://www.o-yes.be/universites/

47. DESJEUX Cyril. Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte. Basic and clinical andrology 22, 180-191(2012)

48. Bodet A. Histoire de la contraception : de la grossesse subie à la grossesse désirée. Thèse de docteur en pharmacie. Université d'Angers, 2014

49. BROLON Priscilla. Implication des conjoints dans la contraception du couple : étude qualitative réalisée en Finistère du 23/04/2016 au 25/07/2016 auprès de 11 hommes hétérosexuels en couple de 23 à 49 ans. Mémoire de sage-femme. 2017

50. Merkh RD. Whittaker PG, Baker K, Hock-Long L, Armstrong K. Young unmarried men's understanding of female hormonal contraception. Contraception, 2009 ; 79(3):228-35

51. HAS, Document de synthèse, Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, Avril 2013.

52. Lopez-del Burgo C. et al. Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women. Contraception, 2012;85:69-77.

53. CNGOF. Consultation pour contraception durant l'épidémie de COVID 19. Texte mis à jour sur l'activité de contraception en période épidémique, 22 mars 2020, 2ème version.

54. OUDSHOORN Nelly. « Contraception masculine et querelles de genre » publié dans les Cahiers du genre : De la contraception à l'enfantement. 1999. Cahier du genre, n°25, pages 139-166.

55. Welzer-Lang D. La contraception masculine, ARDECOM et les groupes d'hommes, prémisses de l'évolution des rapports sociaux de genre. Janvier 2013. [Consulté le 15 février 2020]. Disponible sur : http://daniel.welzer-lang.over-blog.fr/article-la-contraception-masculine-ardecom-et-les-groupes-d-hommes-premisses-de-l-evolution-des-rapports-soc-114776425.html,

56. VENTOLA Cécile. Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des système de santé en France et en Angleterre au prisme des contraception masculine. Thèse de doctorat en Santé publique. Université Paris-Sacaly.2017

57. Kalampalikis, N., & Buschini, F. La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. Nouvelle Revue de Psychosociologie, 4, 89-104, (2007).

58. Frederick Weber du groupe Schering ; Courrier international, n°338 Section Genre politique et société, 1997.

59. OUDSHOORN N. The Male Pill : A Biography of a Technology in the Making. Edition broché , 2003 ;

60. Association nationale des centres d'IVG et de contraception. [Internet] Disponible sur : http://www.avortementancic.net/spip.php?article999

61. Andrieu B. Boëtsch, G. Dictionnaire du corps ; Edition Guyard ; 2008 ; p.79

Annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des méthodes de contraception réalisé par le site www.choisirsacontracetion.fr

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX[1]	COMMENT L'OBTENIR ?
DIU (Dispositif Intra-Utérin) Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.	DIU au cuivre : 30,50 €. DIU hormonal : entre 101,13 et 111,87 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie[2] et sans condition d'âge dans les CPEF[3] ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF[3].	Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
PILULE CONTRACEPTIVE Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.	De 1,28 à 1,60 €/mois pour les pilules remboursées à 65 % (c'est-à-dire les pilules de 1re et 2e générations). Les autres sont à tarification libre. Gratuites : • pour les mineures : en pharmacie[2] et sans condition d'âge dans les CPEF[3] ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF[3].	Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Délivrée sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.
PATCH CONTRACEPTIF Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4e semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.	Environ 13 €/mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
IMPLANT CONTRACEPTIF Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.	105,32 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie[2] et sans condition d'âge dans les CPEF[3] ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF[3].	Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
ANNEAU VAGINAL Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4e semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.	Environ 16 €/mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.	Environ 61 €. Diaphragme remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale non remboursée.	Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF[2]. Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.
PRÉSERVATIF MASCULIN En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).	À partir de 54 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF[2] et les CeGIDD[3].	Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur internet.
PRÉSERVATIF FÉMININ Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).	Environ 8,30 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF[2] et les CeGIDD[3].	Sans ordonnance en pharmacie et sur internet.

	LA MÉTHODE	PRIX[1]	COMMENT L'OBTENIR ?
	SPERMICIDES Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.	Environ 5 à 20 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.	Sans ordonnance en pharmacie.
	PROGESTATIFS INJECTABLES Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.	Chaque dose coûte 3,4 €. Remboursés à 65 %.	Sur ordonnance en pharmacie.
	LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site www.choisirsacontraception.fr ou www.sante.gouv.fr rubrique « Contraception » (voir le livret d'information *Stérilisation à visée contraceptive*).	Remboursées à 80 %.	L'intervention ne peut être réalisée : • qu'après une première consultation médicale d'information ; • à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ; • et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

[1] Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.

Certaines méthodes peuvent présenter des contre-indications médicales qui seront évoquées par le professionnel de santé consulté.

Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billings et méthode des températures). Contraignantes, ces méthodes sont peu fiables.

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des autres IST. Il peut également être associé à un autre mode de contraception : c'est ce qu'on appelle la « double protection ».

Annexe 2 : Questionnaire

Bonjour, je m'appelle Sophie Cuvelier, je suis étudiante en 5ème année de sage-femme et dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire sur les connaissances des hommes en matière de contraception. Pour ce faire, j'ai besoin **d'interroger des hommes** par le biais de ce questionnaire qui est anonyme et rapide !Les données recueillies sont confidentielles et sécurisées. Elles ne seront utilisées qu'à des fins statistiques et conservées pour une durée limitée à l'étude puis détruites. Afin d'obtenir une enquête de qualité, veuillez répondre seul au questionnaire.
Merci de votre participation !

➢ Quelques informations vous concernant

Quel est votre âge : ……

Votre niveau d'étude :

- ☐ Sans diplôme
- ☐ Brevet de collège
- ☐ CAP / BEP
- ☐ Bac
- ☐ Bac +1
- ☐ Bac +2 /+3
- ☐ Bac +4/ +5
- ☐ Bac +6 et plus

Votre situation professionnelle actuelle :

- ☐ En activité
- ☐ Sans profession
- ☐ Scolarisé / En formation / Etudiant
- ☐ Retraité
- ☐ Autres : (précisez) ……

Votre situation actuelle :

- ☐ En couple
- ☐ Célibataire
- ☐ Partenaire(s) occasionnel(s)

Avez vous des enfants ?

- ☐ Oui → Combien ? ……
- ☐ Non

➢ Vos connaissances en matière de contraception

1) Citez les différentes contraceptions masculines que vous connaissez

……
……

2) Citez les différentes contraceptions féminines que vous connaissez

……
……

➢ D'ou viennent vos connaissances ?

Cochez 1 ou plusieurs choix

- ☐ Education (parents / famille)
- ☐ Amis
- ☐ Scolarité (animation collège/lycée)
- ☐ Etudes / formation professionnelle
- ☐ Professionnels de santé
- ☐ Partenaires
- ☐ Internet
- ☐ Aucune information reçue
- ☐ Autres : ……

➢ Vous concernant

En tant qu'homme, qu'est ce que vous utilisez ou avez déjà utilisé comme contraception masculine?

……
……

En êtes vous satisfait ?

- ☐ Oui
  Pourquoi ?
  ……..

- ☐ Non
  Pourquoi ?
  ……..

Seriez vous intéressé par de nouvelles méthodes de contraceptions masculines ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Lors d'un début de relation, demandez-vous systématiquement à votre partenaire s'il utilise un moyen de contraception ?

- **Si OUI :**
  Vous intéressez-vous au type de contraception utilisé par votre partenaire ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non

  Et POURQUOI ?
  ……..
  ……..

- **Si NON :**
  Pourquoi ?
  - ☐ Ma contraception masculine me suffit
  - ☐ Je n'ose pas en parler, Sujet tabou
  - ☐ Je fais confiance à ma/mes partenaire(s)
  - ☐ Autres raisons :
    ……

Avez vous déjà eu des conduites à risque de grossesse ? (Pas de contraception, accident de préservatif, oubli de pilule…..)

- ☐ OUI
  Comment avez vous géré la situation ? Qu'avez vous fait ?
  ……..
  ……..

- ☐ NON
  Et si un jour, vous êtes confronté à un risque de grossesse :
  - ☐ Je sais quoi faire
  - ☐ C'est à ma partenaire de gérer la situation
  - ☐ Je ne sais pas quoi faire

- **Contraception d'urgence**

Faut-il une ordonnance pour se procurer une contraception d'urgence ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quel est le délai MAXIMUM pour prendre une contraception d'urgence après une situation à risque ?

- ☐ 6 heures
- ☐ 12 heures
- ☐ 24 heures
- ☐ 2 jours
- ☐ 3 à 5 j
- ☐ 1 semaine

- **Votre avis**

Est-ce que vous vous sentez concerné en tant qu'homme par la contraception ? (1 réponse)

- ☐ OUI par ma contraception masculine.
- ☐ OUI par la contraception féminine de ma/mes partenaire(s).
- ☐ OUI par ma contraception masculine ET la contraception féminine de ma/mes partenaire(s).
- ☐ NON car ce n'est pas moi qui porte le risque de Grossesse.
- ☐ NON car la contraception est une affaire de femme.

Votre implication dans la contraception se traduit par :

- ☐ la discussion
- ☐ une participation financière
- ☐ un accompagnement aux rendez vous de contraception
- ☐ une aide au rappel de prise de contraception
- ☐ autre moyens : .....
- ☐ pas d'implication

Vous êtes vous déjà rendu chez un professionnel de santé pour avoir des informations sur la contraception ou pour obtenir une contraception ?

- ☐ Oui pour moi même
- ☐ Oui avec ma ou mes partenaires
- ☐ Oui pour accompagner un proche
- ☐ Non jamais

Etes vous d'accord avec les propositions suivantes ?
Cochez UNE réponse par proposition

	Pas du tout d'accord	**Pas d'accord**	**D'accord**	**Tout a fait d'accord**
« La contraception est une affaire de femme »				
« La contraception est un sujet de discussion avec ma/mes partenaire(s) »				
« En tant qu'homme, j'ai un rôle important dans la contraception »				
« En tant qu'homme, je m'implique dans la contraception de mon couple »				
« En tant qu'homme, je suis prêt à assurer totalement la contraception dans mon couple »				

En répondant au questionnaire, trouvez vous que vos connaissances en contraception sont :

- ☐ Complètes
- ☐ Suffisantes
- ☐ Incomplètes
- ☐ Pas de connaissance

Aimeriez-vous mettre à jour ou approfondir vos connaissances ?

- ☐ Oui
- ☐ Non, pas intéressé
- ☐ Non, pas concerné

Savez vous où aller chercher des informations en matière de contraception ?

- ☐ Oui
  Citez en quelques uns :
  ……
- ☐ Non

Autres remarques sur le sujet « homme et contraception » :

……

Merci d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire !
Toutes vos réponses me seront très utiles.

Annexe 3 : Accord de la CNIL

Confère mail Mme Brognard, papier à récupérer après la période de confinement .

Annexe 4 : Accord de distribution du questionnaire au sein du centre de planification familiale et centre IVG du CH de Tourcoing.

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

DATE de la demande d'autorisation: le 18/07/19

Identification de l'**ETUDIANT** :

Nom : CUVELIER	Prénom : SOPHIE

Veuillez agrafer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien…)

THEME de la recherche : Etat des lieux des connaissances et de l'implication des hommes en matière de contraception

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :

→ quelles sont les connaissances et l'implication des hommes en contraception ?

→ Objectifs : . décrire les connaissances des hommes en contraception
. évaluer le degrès d'implication

→ Etude quantitative observationnelle descriptive transversale grâce à un questionnaire Anonyme.

→ Analyse des resultats sous forme de Statistique.

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
Marie-Stéphanie Frappé	☒ questionnaire ☐ guide d'entretien ☐ recueil de données	

LIEU(X) de l'enquête : CPEF Tourcoing

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du cadre
CPEF centre IVG	de Septembre 2019 à Janvier 2020	

VISA pour l'enquête :

Nom et qualité	date	signature
Dr Christine Bulot	09/09/19	CENTRE HOSPITALIER DE TOURCOING Planning Familial Docteur C. BULOT RPPS 10005179022

La recherche en école de sages-femmes : le mémoire de fin d'étude
Ecole de Sages-femmes du CHRU Lille

Partie 2 : « la méthodologie »
Version 2018-19

Annexe 5 : Illustration de la campagne de sensibilisation à l'utilisation de la contraception d'urgence.

Résumé

Titre : Contraception : connaissances et implication des hommes.

Problématique : « Quels sont les facteurs qui influencent les connaissances et l'implication des hommes dans la contraception ?»

Objectifs : Les objectifs de l'étude sont :
- De décrire les connaissances des hommes dans le domaine de la contraception
- D'évaluer leur degré d'implication en contraception.
- De déterminer les sources de leurs connaissances à propos de la contraception
- De savoir comment les hommes jugent leurs propres connaissances

Méthode : Etude quantitative par le biais d'un questionnaire distribué sur les réseaux sociaux et dans divers événements locaux. 282 réponses d'hommes majeurs.

Résultats : Les hommes s'intéressent au domaine de la contraception. Ils ont des connaissances ciblées sur les méthodes les plus répandues en France. Les connaissances ont des effets positifs sur leur implication. Plus d'un homme sur deux serait intéressé par le développement de nouvelles méthodes de contraception masculines. Cependant, aujourd'hui, leur implication est restreinte et elle se traduit majoritairement par la discussion. Il y a d'autres facteurs que les connaissances qui influencent et interviennent dans l'implication des hommes dans la contraception du couple comme la société, les femmes, l'expérience personnelle, les professionnels de santé …

Mots clés : Contraception, Homme, Connaissances, Implication.

ABSTRACT

Title : Contraception: knowledge and involvement of men.

Issue : "What factors influence men's knowledge and involvement in contraception?"

Objective : The objectives of the study are :
- Describe men's knowledge of contraception.
- To assess their level of involvement in contraception.
- Determine the sources of their knowledge about contraception.
- To know how men judge their own knowledge.

Method : Quantitative studie through a questionnaire distributed on social networks and in various local events. 282 responses from adult men.

Résults : Men are interested in the field of contraception. They have targeted knowledge about the most widespread methods in France. The knowledge has positive effects on their involvement. More than one man in two would be interested in the development of new male contraceptive methods. However, today, their involvement is limited and it is mostly through discussion. There are other factors other than knowledge that influence and intervene in men's involvement in contraception, such as society, women, personal experience, health professionals, etc.

Key-words : Contraception, Man, Knowledge, Involvement.

Mémoire rédigé et soutenu par Mme Sophie Cuvelier.
Diplôme d'état de sage-femme année 2015-2020