Année 2022/2023 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Ivan SERTIN

Né le 29 septembre 1994 à Clamart (92)

Représentations des patients sur la contraception masculine en Indre-et-Loire

Présentée et soutenue publiquement le 09/11/2023 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Dr Cécile RENOUX, Médecine générale, MCU, Faculté de médecine – Tours

Dr Guillaume TROPHEME, Médecine générale - Sorigny

Dr Mélanie BOISSINOT, Médecine générale, PH, CHU – Tours

Résumé :

Introduction : Aujourd'hui, la contraception fait partie des sujets abordés quotidiennement lors des consultations de médecine générale. Seulement, lorsqu'on parle de contraception, c'est surtout la contraception féminine qui est mise en avant. Pourtant la contraception masculine est aussi à l'étude depuis plusieurs dizaines d'années, mais peu abordée. A côté du préservatif, du retrait et de la vasectomie, ce sont deux méthodes contraceptives qui se sont progressivement développées : la contraception masculine hormonale et la contraception masculine thermique.

Méthode : Cette thèse a pour objectif de déterminer les représentations des patients, hommes et femmes, sur la contraception masculine hormonale et la contraception masculine thermique. Pour y arriver, une étude qualitative a été menée via des entretiens semi-dirigés auprès de 17 patients en Indre-et-Loire.

Résultats et discussion : Même si la plupart des patients sont favorables au développement de la contraception masculine, ce qui a été démontré dans de nombreuses études, il apparaît que peu de patients utilisent une de ces deux méthodes de contraception masculine. Les principaux freins mis en avant par les patients sont : les potentiels effets secondaires, les contraintes d'utilisation, des méthodes inconfortables, le peu d'études sur le sujet, le manque de confiance et d'efficacité de ces méthodes contraceptives.

Conclusion : Pour conclure, les femmes et les hommes ne veulent pas pour la plupart utiliser la contraception masculine hormonale ou thermique. Les arguments avancés sont identiques mais les femmes rajoutent un manque de confiance dans leur compagnon/mari pour gérer la contraception. Même si la contraception masculine se développe, il y a encore beaucoup de travail avant qu'elle ne soit acceptée par les patients.

Mots clés : Contraception masculine, contraception masculine thermique, contraception masculine hormonale, représentations des patients hommes et femmes

Summary

Title : Patient representations on male contraception in Indre-et-Loire

Introduction: Today, contraception is one of the subjects discussed daily during general medicine consultations. However, when we talk about contraception, it is mainly female contraception that is highlighted. However, male contraception has also been studied for several decades, but little discussed. Alongside the condom, withdrawal and vasectomy, two contraceptive methods have gradually developed: hormonal male contraception and thermal male contraception.

Method: This thesis aims to determine the representations of patients, men and women, on hormonal male contraception and thermal male contraception. To achieve this, a qualitative study was conducted via semi-directed interviews with 17 patients in Indre-et-Loire.

Results and discussion: Even if most patients are in favor of the development of male contraception, which has been demonstrated in numerous studies, it appears that few patients would use one of these two methods of male contraception. The main obstacles put forward by patients are: potential side effects, constraints of use, uncomfortable methods, the lack of studies on the subject, the lack of confidence and effectiveness of these contraceptive methods.

Conclusion: To conclude, most women and men do not want to use hormonal or thermal male contraception. The arguments put forward are identical, but the women add a lack of confidence in their partner/husband to manage contraception. Even though male contraception is growing, there is still a lot of work before it is accepted by patients.

Keywords: Male contraception, thermal male contraception, hormonal male contraception, representations of male and female patients

UNIVERSITE DE TOURS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

****

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA
LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

ANDRES Christian ..... Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis ..... Cardiologie
APETOH Lionel ..... Immunologie
AUPART Michel ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique ..... Cardiologie
BACLE Guillaume ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David ..... Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas ..... Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François ..... Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle ..... Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe ..... Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora ..... Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne ..... Cardiologie
BERNARD Louis ..... Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène ..... Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique ..... Physiologie
BOURGUIGNON Thierry ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent ..... Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck ..... Urologie
BUCHLER Matthias ..... Néphrologie
CAILLE Agnès ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles ..... Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent ..... Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe ..... Neurologie
COTTIER Jean-Philippe ..... Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François..... Thérapeutique
DESMIDT Thomas ..... Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe ..... Anatomie
DI GUISTO Caroline ..... Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice ..... Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ..... Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri ..... Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan ..... Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam ..... Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure ..... Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien ..... Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent ..... Cardiologie
FOUGERE Bertrand ..... Gériatrie
FRANCOIS Patrick ..... Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle ..... Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe ..... Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe ..... Rhumatologie
GUERIF Fabrice ..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine ..... Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel ..... Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel ..... Thérapeutique
HANKARD Régis..... Pédiatrie
HERAULT Olivier ..... Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis ..... Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe ..... Biologie cellulaire
IVANES Fabrice ..... Physiologie
LABARTHE François ..... Pédiatrie

LAFFON Marc ..... Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert ..... Chirurgie infantile
LARIBI Saïd ..... Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique ..... Bactériologie-virologie
LAURE Boris ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry ..... Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine..... Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel ..... Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric..... Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude ..... Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent ..... Dermato-vénéréologie
MAILLOT François ..... Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain ..... Pneumologie
MARRET Henri ..... Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel ..... Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent ..... Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine ..... Pédiatrie
MOREL Baptiste ..... Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain ..... Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa ..... Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis ..... Rhumatologie
ODENT Thierry ..... Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi ..... Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna ..... Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric ..... Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck ..... Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean ..... Ophtalmologie
PLANTIER Laurent ..... Physiologie
REMERAND Francis ..... Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe ..... Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline ..... Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem ..... Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab ..... Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria ..... Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte ..... Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre ..... Pédiatrie
TOUTAIN Annick ..... Génétique
VELUT Stéphane ..... Anatomie
VOURC'H Patrick ..... Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé ..... Immunologie
ZEMMOURA Ilyess ..... Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA
Clarisse
LEBEAU
Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine ..... Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES- PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra ..... Médecine interne
BISSON Arnaud ..... Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo ..... Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas .....Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
HOARAU Cyrille ..... Immunologie
KERVARREC Thibault ..... Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie ..... Dermatologie
LEFORT Bruno ..... Pédiatrie
LEJEUNE Julien ..... Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien ..... Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas ..... Médecine d'urgence
PARE Arnaud ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric ..... Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie ..... Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl ..... Bactériologie
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline ..... Hématologie, transfusion VUILLAUME-
WINTER Marie-Laure ..... Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences
NICOGLOU Antonine ..... Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain ..... Médecine Générale
BARBEAU Ludivine ..... Médecine Générale
CHAMANT Christelle ..... Médecine Générale
ETTORI Isabelle ..... Médecine Générale
MOLINA Valérie ..... Médecine Générale
PAUTRAT Maxime ..... Médecine Générale
PHILIPPE Laurence ..... Médecine Générale
RUIZ Christophe ..... Médecine Générale
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM- CNRS- INRAE

BECKER Jérôme ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie ..... Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric ..... Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 LE
MERRER Julie ..... Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille ..... Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud ..... Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale
BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale
LAMANDE Marc ..... Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie
BATAILLE Magalie ..... Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie..... Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde ..... Orthophoniste
EL AKIKI Carole ..... Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid ..... Orthophoniste
IMBERT Mélanie ..... Orthophoniste
SIZARET Eva ..... Orthophoniste

Pour l'orthoptie
BOULNOIS Sandrine ..... Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes de cette Faculté,

de mes chers condisciples

et selon la tradition d'Hippocrate,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira

les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants

l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères et consœurs si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Henri MARRET, président du jury, merci pour votre présence et votre regard sur mon travail

Au Docteur Mélanie BOISSINOT, merci d'avoir dirigé ma thèse et de m'avoir fait confiance.

Aux Docteurs Cécile RENOUX et Guillaume TROPHEME, merci d'avoir pris le temps de lire mon travail et de m'avoir apporté vos remarques constructives.

Au Docteur Sophie LIZE, merci pour ton soutien tout au long de l'internat.

A l'ensemble de mes Maitres de stages, merci pour les connaissances et la médecine que j'ai apprises auprès de vous.

Aux médecins de la MSP de Sorigny, merci pour votre confiance.

A mes parents, merci pour l'éducation que vous m'avez transmise.

A Inès, Aloïs et Samuel, merci pour tout ce que vous me donnez au quotidien.

A Antonio Vivaldi et Niccolo Paganini, merci pour votre accompagnement dans mon travail.

Table des matières

Liste des abréviations 13
I- Introduction 14
1- Définition de la contraception 14
2- Pourquoi une contraception ? 14
3- Pourquoi une contraception masculine ? 15
4- Histoire de la contraception en quelques dates 16
5- Rappels anatomiques et physiologiques 17
6- Les méthodes contraceptives masculines utilisées couramment aujourd'hui 18
7- Les méthodes contraceptives masculines hormonale et thermique 19
II- Matériels et Méthodes 20
1- Question, hypothèse 20
2- Recherche bibliographique 20
3- Choix de la méthode 20
4- Conception de l'enquête 20
5- réalisation des entretiens 21
6- Méthode d'analyse 21
III- Résultats 22
1- Description de la population 22
1.1- Parité 22
1.2- Ages 22
1.3- Statut matrimonial 22
1.4- Enfants 22
1.5- Professions 22
2- Les méthodes contraceptives utilisées 23
2.1- Le préservatif 23
2.2- Une pilule oestroprogestative 23
2.3- Une pilule microprogestative 23
2.4- Un DIU hormonal 24
2.5- Un DIU au cuivre 24
2.6- Un implant contraceptif 24
2.7- Aucune contraception 24
3- Discussion de la contraception dans le couple 25
3.1- Pas de discussion autour de la contraception 25
3.2- discussion autour de la contraception 25
4- Connaissances sur la contraception masculine 26
4.1- Femmes 26
4.2- Hommes 28

5- Points positifs des différentes méthodes contraceptives masculines existantes 29
5.1- Préservatif 29
5.2- Retrait 30
5.3- Vasectomie 30
6- Points négatifs des différentes méthodes contraceptives masculines existantes 31
6.1- Préservatif 31
6.2- Retrait 32
6.3- Vasectomie 32
7- Sources d'informations 33
8- Représentations des patients sur les contraceptions thermiques et hormonales : les freins 34
8.1- Confort et contraintes d'utilisation 34
8.2- Facteurs sociaux culturels / Utilité 37
8.3- Coût de la méthode 40
8.4- Manque d'efficacité / confiance 40
8.5- Effets indésirables 41
9- Les points positifs 42
9.1 - Les patients qui veulent utiliser la contraception masculine thermique ou hormonale 42
9.2- Les patients qui ne veulent pas utiliser la contraception masculine hormonale ou thermique mais qui restent positifs. 43
IV- Discussion 44
1- Forces et limites de l'étude 44
1.1- Forces de l'étude 44
1.2- Biais de l'étude 44
2- Discussion autour de la contraception masculine de manière générale 45
3- Représentation de la CMH et de la CMT, les freins 47
3.1- Contraintes d'utilisation et confort 48
3.2- Influence culturelle et sociétale 51
3.3- Le coût de la méthode 55
3.4- Manque de confiance dans ces méthodes contraceptives avec un doute sur l'efficacité 55
3.5- Effets indésirables 59
4- Quelques visions positives 60
Bibliographie 63
Annexe 1 : Méthodes de contraception masculine thermique 69
Annexe 2 : Caractéristiques de la contraception masculine hormonale et thermique . 70
Annexe 3 : guide d'entretien : Quelles sont les représentations des patients sur la contraception masculine ? 71
Annexe 4 : Exemple d'un entretien 72

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARDECOM : Association pour la Recherche et le DEveloppement de la Contraception Masculine

ATSEM : Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles

CCP : Consultation de Contraception et Prévention

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CM : Contraception Masculine

CMH : Contraception Masculine Hormonale

CMT : Contraception Masculine Thermique

DIU : Dispositif Intra Utérin

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EP : Embolie Pulmonaire

FSH : Hormone de Stimulation Folliculaire

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

IP : Indice de Pearl

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Hormone Lutéinisante

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RISUG : Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soin Primaire en Autonomie Supervisée

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise

I- Introduction

1- Définition de la contraception

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la définition de la contraception est la suivante : Ensemble des moyens visant à éviter une grossesse. (1)

Une méthode contraceptive pour être acceptable doit respecter les critères suivants :

- Elle doit être efficace
- Elle doit être réversible
- Elle doit avoir une rapidité d'action
- Elle doit être facile à utiliser
- Elle ne doit pas être dangereuse.

L'efficacité d'une contraception est définie par l'indice de Pearl (IP) : Nombre de grossesses non désirées pour 100 femmes pendant une année d'utilisation de la méthode contraceptive de façon optimale. (2)

D'après l'OMS une méthode contraceptive est efficace si son indice de Pearl est inférieur ou égal à 1. (1)

2- Pourquoi une contraception ?

Pour commencer, selon l'OMS (3), l'accès à la contraception renforce plusieurs droits humains :

- Le droit à la vie et à la liberté
- La liberté d'opinion et d'expression
- Le droit au travail et à l'éducation

La contraception a un avantage non négligeable concernant la santé des femmes et des enfants à naître, celui d'espacer les grossesses et ainsi de baisser les mortalités infantiles et des femmes lors de l'accouchement. (3)

De plus, il a été démontré que la contraception permet d'augmenter l'éducation des femmes, d'améliorer leur autonomisation et ainsi participer au développement économique de leur pays. (3)

Par ailleurs, la contraception permet de limiter le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées. En France, d'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), on comptait 223 000 IVG en 2021. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) rapporte 738 000 naissances en France la même année. Toujours selon la DREES, 1.49 femmes pour 100 ont eu recours à une IVG en 2021. Concernant le monde, aujourd'hui 21 pays interdisent l'IVG totalement et de nombreux pays l'autorisent seulement dans certaines conditions (danger pour la santé de la mère, viols, …). De ce fait, de nombreuses IVG sont réalisées de manière clandestine dans le monde et/ou avec un danger pour la femme, elles représentaient 1 avortement sur 2 en 2016. En 2014, entre 4.7% à 13.2% des décès des femmes dans le monde étaient attribués à une IVG non sécurisée. (4)

Le Dr Christian Fiala (Stuttgart, Autriche), décrivait pour l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (ARDECOM) en 2018, le paradoxe de la contraception en 4 points (5) :

- D'une part les grossesses non désirées ont diminué avec la contraception, mais d'autre part l'acceptation de la grossesse a aussi diminué, ce qui fait que le nombre d'IVG est resté stable.
- Il décrit une peur des hormones croissante, qui diminue l'utilisation de la pilule mais dont la contraception n'a pas été reportée de manière suffisante sur les autres méthodes.
- Une éducation sexuelle qui n'est pas optimale
- Une mauvaise estimation de la fertilité naturelle des couples qui a pour conséquence une mauvaise conscience du risque de grossesse encouru et donc une mauvaise utilisation de la contraception

3- Pourquoi une contraception masculine ?

La première méthode contraceptive "moderne" mise au point au vingtième siècle a été la pilule féminine. D'après le Dr Jean-Claude Soufir (Andrologue à l'hôpital Cochin à Paris), la contraception a d'abord été mise au point pour répondre à une urgence, celle des grossesses non désirées, et décrit la pilule comme une produit libérateur lors de sa commercialisation. (6)

Malgré l'apparition de nouvelles méthodes contraceptives (DIU, pilules progestatives, implants...) celles-ci ont montré leurs limites, notamment avec leurs différents effets secondaires. Dans ce sens, une partie de la population féminine refuse de prendre des méthodes contraceptives hormonales. (6)

De plus, on observe depuis plusieurs années une augmentation du féminisme et en parallèle une envie de prise de responsabilité des hommes concernant la contraception. Devant le principe d'égalité, les hommes se saisissent de la question sur la contraception dans leur couple. (5)

Enfin, certaines études ont montré un manque de formation des professionnels sur la contraception en général. Les professionnels de santé maîtrisent une méthode contraceptive en particulier et ont tendance à utiliser cette méthode au cours de leurs consultations. Ce qui peut entraîner des prescriptions de contraception non adaptées au patient. (6)

4- Histoire de la contraception en quelques dates

Bref historique de la pilule contraceptive féminine (9) :

- 1967 : Loi Neuwirth, autorisation de la pilule contraceptive en France
- Années 1970 : apparition des pilules de deuxième génération (moins dosées, moins d'effets secondaires)
- Années 1990 : apparition des pilules de troisième génération
- 1995-1996 : trois études successives dans The Lancet démontrent le risque augmenté d'EP avec les pilules de troisième génération
- 2001 : Autorisation des médecins généralistes à prescrire la pilule aux mineures sans le consentement des parents.
- 2012 : "crise des pilules" : Plainte contre le laboratoire Bayer dans les suites d'un AVC attribué à la pilule. Pilules des troisième et quatrième générations accusées d'augmenter les embolies pulmonaires
- 2013 : Rapport ANSM : En France 4.27 Millions de femmes prennent la pilule, et sont en cause dans 2529 accidents thromboemboliques veineux dont 20 décès.

En France en 2013, la contraception est gratuite pour les mineures entre 15 et 18 ans, puis le devient pour les moins de 15 ans en 2020. (10)

Depuis le premier janvier 2022, la contraception pour les femmes de moins de 26 ans est remboursée à 100% sur ordonnance. (10)

Depuis le premier janvier 2023, la pilule d'urgence est gratuite sans ordonnance pour toutes les femmes. De plus, depuis cette date certaines marques de préservatif peuvent être délivrées gratuitement en pharmacie et sans ordonnance aux femmes et aux hommes de moins de 26 ans. (10)

Concernant la contraception masculine, c'est dans les années 1980 que se développent les contraceptions hormonales et thermiques, respectivement par les Dr Soufir et Mieusset. La France est pionnière dans les études de la contraception masculine. (11)

Cette volonté d'une contraception masculine est aussi mise en avant par une association d'hommes désireux de prendre part à la contraception dans leur couple. Ils fondent en 1979 une association qui permet aux hommes d'échanger entre eux sur le sujet : l'ARDECOM (Association pour la Recherche et le DEveloppement de la COntraception Masculine). (12)

5- Rappels anatomiques et physiologiques (7,8)

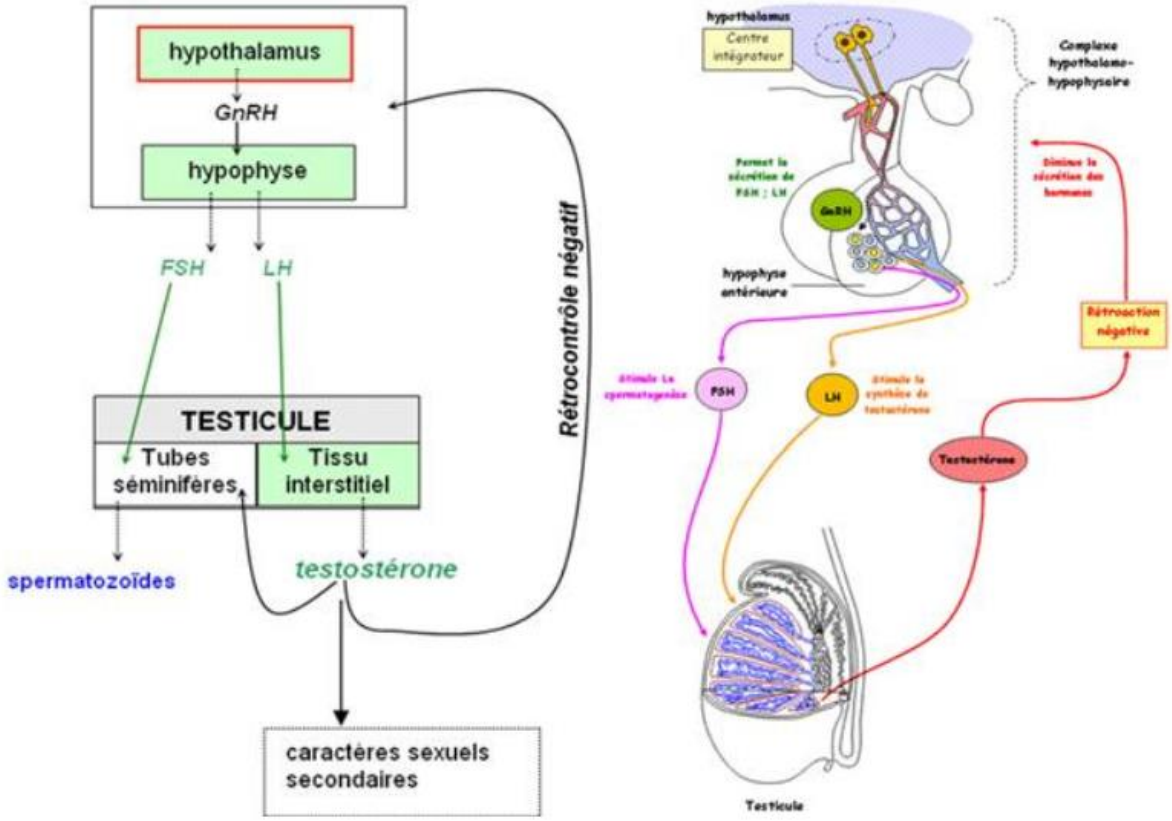
Le testicule possède une double fonction, endocrine et exocrine. Sa fonction exocrine permet la production de spermatozoïdes dans les tubes séminifères. Sa fonction endocrine permet la production de testostérone par les cellules de Leydig.

La testostérone permet le développement des caractères sexuels primaires (pénis, testicules) et secondaires à la puberté (pilosité, développement musculaire, modification de la voix, …) ainsi que de leurs entretiens.

La sécrétion de testostérone est sous le contrôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire. L'hypothalamus sécrète la GnRH qui vient stimuler la production de deux hormones au niveau de l'hypophyse antérieure : la FSH et la LH. La FSH stimule la production de spermatozoïdes dans les tubes séminifères et la LH la sécrétion de testostérone par les cellules de Leydig.
Par la suite, la testostérone induit un rétrocontrôle négatif au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire pour limiter la production de LH et FSH et donc la production de spermatozoïdes.

Concernant la spermatogenèse, elle débute à la puberté et est permanente. Il faut environ 72 jours pour qu'une spermatogonie (cellules souches) devienne un spermatozoïde.

Par la suite les spermatozoïdes sont libérés dans les tubules séminifères puis dans l'épididyme où ils vont terminer leur maturation et être stockés. Lors de l'éjaculation, les spermatozoïdes passent par les canaux déférents puis se mélangent aux sécrétions de la vésicule séminale et de la prostate pour former le sperme qui sera excrété via l'urètre.



6- Les méthodes contraceptives masculines utilisées couramment aujourd'hui (13–15)

Le retrait, plus ancienne méthode de contraception, est utilisé par 5% des couples dans le monde. Il a l'avantage d'être gratuit, simple d'utilisation et sans contre-indication médicale ou morale. Son indice de Pearl théorique est de 4 mais passe jusqu'à 22 en condition réelle d'utilisation. En France, le retrait est utilisé seul ou parfois combiné avec d'autres méthodes contraceptives (Méthode Ogino ou préservatif principalement).

Le préservatif, méthode contraceptive utilisée par 21% des couples dans le monde, son indice de Pearl théorique est de 2 mais passe à 15 en condition réelle d'utilisation. C'est la méthode contraceptive la plus souvent utilisée au début de la vie sexuelle. De plus, c'est la seule méthode contraceptive diminuant le risque de transmission des maladies sexuellement transmissibles.

La vasectomie, légalisée en France en 2001, est la contraception définitive pour les hommes. Elle est simple à réaliser, rapide et peu coûteuse par rapport à la stérilisation féminine. Son indice de Pearl théorique et en condition réelle est de 0.1%. Bien qu'elle soit utilisée par 2% des couples dans le monde, elle reste encore marginale en France avec moins de 1% des hommes qui y ont recours.

Devant ces trois méthodes de contraception masculine aujourd'hui disponibles, les deux principales (retrait et préservatif) sont celles avec un indice de Pearl le plus mauvais en condition réelle (22% pour le retrait et 15% pour le préservatif). De plus, la vasectomie étant une méthode de stérilisation définitive, elle ne peut pas être considérée comme une méthode de contraception masculine.

Cependant, depuis maintenant plusieurs dizaines d'années, deux autres méthodes de contraception masculine sont à l'étude et ont fait leurs preuves : la contraception thermique et hormonale.

7- Les méthodes contraceptives masculines hormonale et thermique

Deux méthodes contraceptives sont développées depuis 40 ans environ :

- La contraception masculine hormonale via l'injection hebdomadaire d'énanthate de testostérone. Elle agit via un rétrocontrôle négatif, inhibant la sécrétion de gonadotrophines nécessaires à la production de spermatozoïdes.
- La contraception masculine thermique via le port d'un slip ou anneau contraceptif quotidiennement pendant 15h. Elle augmente la température des testicules de 2°C environ, inhibant la production de spermatozoïdes (annexe 1).

L'annexe 2, tirée d'un article paru en 2020, résume les principales caractéristiques de ces deux contraceptions. (16)

Il est important de noter qu'à ce jour les dispositifs de contraception thermique sont interdits à la vente. En effet en décembre 2021 (17), l'ANSM a retiré du marché l'Androswitch (anneau contraceptif) car il ne possède par le marquage CE, gage de sécurité et d'efficacité. Depuis cette date, la société Thoreme qui commercialisait l'Androswitch, réunit des fonds pour la réalisation d'essais cliniques et obtenir la certification européenne.

Par conséquent, l'objet de mon étude est d'étudier les représentations des patients (femmes et hommes) sur la contraception masculine et plus précisément sur les contraceptions masculines hormonales et thermiques.

II- Matériels et Méthodes

1- Question, hypothèse

Le but de l'étude est de répondre à la question suivante : Quelles sont les représentations des patients concernant la contraception masculine en Indre-et-Loire ?

À la suite d'une recherche bibliographique, l'hypothèse suivante a été posée : les représentations des patients en Indre-et-Loire sont un frein au développement de la contraception masculine

2- Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée sur les bases de données en ligne PubMed et Google Scholar principalement.

Les mots clés suivants ont été utilisés pour cette recherche : "contraception masculine", "contraception masculine hormonale", "contraception masculine thermique", "représentations des patients sur la contraception masculine".
La recherche d'articles a été bornée arbitrairement de l'année 2000 jusqu'à aujourd'hui.

3- Choix de la méthode

Pour répondre à la question de recherche, une étude qualitative descriptive a été choisie. Le but de cette étude étant d'analyser les représentations des patients, une étude qualitative était la plus adaptée.

Il a été choisi de réaliser des entretiens individuels et non collectifs pour ne pas avoir de biais d'incitation et d'orientation des réponses données en entendant celles des autres patients.

Le nombre d'entretiens n'a pas été fixé à l'avance, mais il a été convenu d'arrêter les entretiens lorsqu'une redondance des réponses serait observée sur 2 à 3 entretiens d'affilés.

4- Conception de l'enquête

Le but des entretiens était d'étudier les représentations des patients concernant la contraception masculine et particulièrement les contraceptions hormonales et thermiques.

Un guide d'entretien a été élaboré pour cette étude (annexe 3), comprenant une première question permettant de récolter les données démographiques du patient, puis cinq questions ouvertes avec des questions sur l'histoire du/des couple(s) du patient, ses connaissances sur la contraception masculine et son avis sur le sujet. Par la suite, une information était donnée permettant d'expliquer le fonctionnement et les principales caractéristiques des contraceptions masculines hormonales et thermiques ainsi qu'une dernière question sur la possibilité ou l'envie d'utiliser la contraception thermique et/ou hormonale après une information de quelques minutes sur ce sujet. Pour donner la même information à tous les patients sur ces deux méthodes

contraceptives, je me suis basé sur le tableau de l'annexe 2, tiré d'un article publié en 2020. (16)

Un premier entretien a été réalisé aboutissant à une modification du guide d'entretien. En effet, l'information donnée aux patients concernant les méthodes de contraception masculine hormonale et thermique a été décalée au cours de l'entretien pour être fournie après leur avis sur la contraception masculine en général (points positifs et négatifs des différentes méthodes qu'ils connaissaient) et non avant cette question.

Les critères d'inclusion pour participer aux entretiens étaient les suivants :

- Consulter un médecin généraliste
- Avoir entre 18 ans et 50 ans
- Avoir accès à un ordinateur pour participer à un entretien en visioconférence
- Habiter en Indre-et-Loire

Les bornes concernant l'âge ont été fixées arbitrairement et représentent l'obtention de la majorité pour la borne inférieure et l'âge moyen de la ménopause concernant la borne supérieure.

Il y a peu d'études sur le sujet et encore moins d'études s'intéressant aux représentations des femmes sur la contraception masculine. C'est pourquoi elles ont été inclues dans cette étude.

Un critère d'exclusion a été rajouté lors des phases de recrutement :

- Ne pas avoir exclusivement des rapports avec des personnes du même sexe

En pratique, le recrutement des patients pour participer aux entretiens a été effectué dans les cabinets où j'ai effectué mes deux derniers stages d'internat (deux SASPAS) puis dans le cabinet dans lequel j'effectue actuellement des remplacements, soit entre Azay-le-Rideau, Joué-Lès-Tours, Loches, Sorigny, Semblançay et Chinon.

5- réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés à distance en visioconférence pour des questions pratiques. Il était plus simple de fixer un rendez-vous pour l'entretien sans que le patient n'ait à se déplacer au cabinet. Les entretiens ont été effectués sur une période d'un an entre le mois de mars 2022 et le mois de mars 2023. Chaque entretien a été enregistré à l'aide du logiciel d'enregistrement installé sur l'ordinateur portable. Les entretiens ont duré entre 11 minutes pour le plus court et 28 minutes pour le plus long. Au total, ce sont 17 entretiens qui ont été réalisés pendant cette période.

6- Méthode d'analyse

Les entretiens ont été retranscrits sur Word Online, ce qui a permis grâce à la fonctionnalité "transcrire" du logiciel d'accélérer légèrement la rédaction des verbatims.

Concernant l'analyse des entretiens, un codage ouvert a d'abord été effectué, c'est-à-dire que les phrases et réponses des patients ont été "étiquetées" au fur et à mesure de la lecture des verbatims. Une fois ce travail effectué, un codage axial a été réalisé, les différentes étiquettes ont été regroupées dans des thèmes plus globaux.

III- Résultats

1- Description de la population

1.1- Parité

La population étudiée est constituée de 9 femmes et 8 hommes.

1.2- Ages

La population est répartie entre 18 et 49 ans.
La population féminine est comprise entre 19 et 47 ans et la population masculine entre 18 et 49 ans.

1.3- Statut matrimonial

Concernant les femmes, 7 sont en couple (dont une mariée, une pacsée, et une vivant séparément de son conjoint), une est célibataire et une est veuve depuis 1 mois au moment de l'entretien.

Concernant les hommes, 7 sont en couple (dont 3 mariés, un pacsé) et un seul est célibataire.

1.4- Enfants

Concernant les femmes, 7 d'entre elles ont 1 ou plusieurs enfants.

Concernant les hommes, 5 d'entre eux ont 1 ou plusieurs enfants. 3 hommes de l'étude n'ont pas d'enfants.

1.5- Professions

Les métiers des participants de l'étude sont les suivants (les métiers apparaissent du participant le plus jeune au plus âgé).

Concernant les femmes :

- Aide à domicile
- Adjointe au rayon épicerie dans la grande distribution
- Employée dans la restauration rapide
- Gendarme à cheval
- ATSEM
- Secrétaire dans un garage
- Mère au foyer
- Assistante maternelle
- Employée libre-service dans un supermarché

Concernant les hommes :

- Apprenti en cuisine
- Ingénieur dans l'industrie automobile
- Responsable d'un bar
- Militaire
- Chef de chantier
- Commerçant / chef d'entreprise
- Installateur de poêles
- Commercial chez Audi

2- Les méthodes contraceptives utilisées

2.1- Le préservatif

Deux hommes de l'étude utilisent le préservatif :

> H1 *: "Parce que la femme avec qui j'étais ne voulait pas utiliser la pilule. Et parce que c'était le plus pratique. "*
>
> H6 *: "On ne connaît pas d'autres moyens que la pilule féminine et on ne veut pas que ma femme continue à prendre la pilule. On n'est pas sûr des retombées dans le temps que ça peut avoir."*

2.2- Une pilule oestroprogestative

Deux femmes de l'étude utilisent une pilule oestroprogestative :

> F2 : *"C'est celle qui me convient, les autres ne s'adaptent pas à mon corps."*
>
> F8 : *"Oui, la pilule Diane 35, je l'avais prise parce que j'avais de l'acné."*

2.3- Une pilule microprogestative

Trois femmes de l'étude utilisent une pilule microprogestative :

> F1 : *"Parce que je fume."*
>
> F5 : *"J'ai essayé beaucoup de pilules, pas forcément convenues et donc voilà, j'ai celle-ci depuis plusieurs années et elle me va."*
>
> F6 : *"Je ne voulais plus de règles. "*

Deux hommes de l'étude ne savent pas quelle pilule contraceptive est utilisée dans leur couple :

> H5 : *"Alors là vous m'en posez beaucoup..."*
>
> H8 : *"Ma femme prend la pilule, je ne sais plus laquelle, je crois qu'elle a changé après la naissance de notre dernier." / "Non elle n'a pas de règles avec sa pilule."*

2.4- Un DIU hormonal

Un homme de l'étude sait que sa partenaire utilise un DIU hormonal :

> H2 : *"Avant elle prenait la pilule mais elle l'oubliait tout le temps... elle a changé il y a 2 ans pour un stérilet."*

2.5- Un DIU au cuivre

Un homme de l'étude sait que sa partenaire utilise un DIU au cuivre :

> H3 : *"Elle avait pris la pilule mais bon, on était jeunes, on consommait pas mal d'alcool et de cigarettes tout ça. Donc elle se disait que le mélange n'était pas bon. Elle a le stérilet depuis 4 ou 5 ans maintenant."*

2.6- Un implant contraceptif

Un homme de l'étude sait que sa partenaire utilise un implant :

> H7 : "Oui, parce que c'est quelque chose dont elle n'a pas à se soucier, comme la prise de la pilule. Et même vis-à-vis de son corps ça lui va bien elle le tolère bien. "

2.7- Aucune contraception

Quatre femmes n'utilisent pas de contraception et un homme sait que sa partenaire n'utilise pas de contraception :

> F3 : *"Au début, je prenais la pilule (...) mais comme je l'oubliais tout le temps on a arrêté et depuis on fait attention, et voilà."*

> F4 : *"Je l'ai arrêtée (la pilule) en 2018, juillet 2018, et j'ai eu énormément de mal à tomber enceinte (...). Donc là il n'est pas question que je reprenne la pilule pour le moment. Parce qu'avant de prendre la pilule j'étais très bien réglée."*

> F7 : *"On a eu des difficultés pour avoir nos deux derniers enfants après l'arrêt de la pilule. C'est pour ça que je ne l'ai pas reprise après mon dernier accouchement."*

> F9 : *"Très jeunes quand on s'est connus, d'abord le préservatif puis la pilule. Mais à partir du jour où on a décidé d'avoir un enfant, environ 10 ans après, j'ai arrêté la pilule et je ne l'ai jamais reprise. Et je n'ai pas du tout l'idée à ça aujourd'hui. Surtout que je risque d'être bientôt ménopausée..."*

> H4 *: "Car nous voulons avoir un quatrième enfant avec ma femme."*

3- Discussion de la contraception dans le couple

3.1- Pas de discussion autour de la contraception

Trois femmes et quatre hommes de l'étude ne parlent pas de la contraception avec leur partenaire. A noter qu'un des hommes de l'étude n'a jamais été en couple. Dans ces couples la contraception est gérée par la femme exclusivement.

F2 : "*Oh non, pas vraiment non."*

F5 : *"Non, du tout"*

F7 : *"On n'en parle pas entre nous, c'est moi qui prends les décisions là-dessus"*

H1 : *"Non"*

H5 : *"Mais après là... en parler … on ne parle pas de contraception puisque c'est celle qu'on utilise, donc bon y' a pas d'autres questions."*

H6 : *"Non pas spécialement, on utilise le préservatif et ça nous va."*

H8 : *"Non, c'est madame qui gère sa contraception, elle fait ce qu'elle veut."*

3.2- discussion autour de la contraception

Six femmes et quatre hommes abordent le sujet de la contraception avec leur partenaire régulièrement ou au moment des changements de contraception.

Certains couples en parlent pour vérifier l'observance de la prise de la méthode contraceptive et notamment de la pilule :

F1 : *"Oui on en parle mais surtout pour savoir si je l'oublie ou pas."*

H2 : *"Oh oui, surtout quand elle prenait la pilule pour vérifier qu'elle ne l'oubliait pas"*

D'autres couples abordent le sujet plus en profondeur avec des discussions autour des différentes méthodes contraceptives existantes :

F3 : Concernant le changement de contraception : "*Oui, à chaque fois oui, on en parle tous les deux."*

F4 : Concernant la contraception masculine *: "Là, on en a parlé parce que j'ai une amie qui m'a parlé de contraception masculine."*

F6 : Concernant la contraception masculine : "*Oui on en discutait."*

F8 : "*Alors oui, évidemment avec tout ce que je viens de vous raconter ça a été un peu au centre du couple. Dans un premier temps avec l'inquiétude que je retombe enceinte trop vite, deux premières grossesses très rapides, donc on faisait quand même attention à ne pas avoir d'enfants trop rapidement. Et puis aujourd'hui, c'est quelque chose dont on a parlé assez vite avec mon conjoint actuel. Il a 5 enfants et moi 3, je vous laisse faire le calcul."*

F9 : *"Oh oui à deux, parce qu'il m'a suivie dans mes consultations. De toute façon il n'avait pas le choix parce qu'il fallait bien qu'il se fasse examiner lui aussi. C'est une question qu'on ne s'est jamais vraiment posée. Pour lui c'était d'office la femme qui prenait la contraception. Ce sont des questions nouvelles que les gens se posent. Disons que si à l'époque, je n'avais pas supporté la pilule ou quoi que ce soit, lui aurait sûrement fait quelque chose. La question ne s'est jamais posée."*

H2 : "*On a parlé ensemble des différentes solutions qu'on pouvait faire à la place de la pilule mais c'est elle qui a choisi au final."*

H3 : *"Oui, oui, oui, on discute de ce qui existe, comme alternative aux hormones, de plus naturel."*
Concernant le changement de contraception : *"C'est elle qui a choisi complètement." / "Et je n'ai rien dit, j'ai dit oui pour ne pas déranger.""*

H4 : *"On en a beaucoup parlé après notre mariage, à l'époque elle avait un implant et il fallait le changer. Comme elle ne voulait pas d'hormones on est allé voir un médecin et il nous a conseillé un stérilet."*

H7 : *"Alors oui, au début c'était le préservatif, après la pilule et enfin l'implant."*

Les réponses recueillies montrent que pour deux hommes sur quatre, ils échangent sur la contraception masculine sans participer au choix final de la contraception.

4- Connaissances sur la contraception masculine

4.1- Femmes

Lorsqu'on demande aux participantes de l'étude ce qu'elles connaissent sur la contraception masculine, six femmes sur neuf citent le préservatif :

F1 : *"Le préservatif... et c'est tout."*

F4 *: "Tout ce qui est préservatif masculin."*

F5 *: "Le préservatif"*

F6 *: "A part la vasectomie et le préservatif…"*

F7 *: "Le préservatif ?"*

F8 *: "Comme ça, j'ai le préservatif qui me vient en tête. "*

Deux autres femmes de l'étude citent la vasectomie :

F4 *: "Après des méthodes contraceptives radicales, oui." / "La vasectomie c'est ça ?" / "Je ne suis pas trop calée sur ce sujet."*

F6 : *"Hormis la vasectomie, je n'ai pas entendu parler d'autre chose…"*

Une femme cite le retrait et les méthodes naturelles :

> F8 *: "Le retrait ne peut pas être considéré comme un moyen de contraception ? Il me semble que ça marche moyennement." / "Oui c'est ce que je voulais dire, ce n'est pas une vraie méthode. C'est pareil pour les femmes qui comptent leurs cycles et qui n'auraient des relations que les 10 premiers jours et pas après."*

Trois femmes de l'étude pensent à une pilule qui serait en développement :

> F4 *: "Et après contraception masculine, je ne sais pas si ça fait appel à tout ce que je vous disais juste avant, avec la pilule masculine, ou si ça englobe tout ce qui est préservatif masculin ou les spermicides ou autre."*

> F5 : *"Peut-être une sorte de pilule pour homme ?"*

> F6 *: "Maintenant j'aimerais bien qu'il existe une pilule contraceptive pour hommes. (...) Après j'aimerais qu'il existe une pilule miracle ou des injections ou une méthode moins contraignante que la contraception féminine..."*

La contraception masculine n'évoque rien pour quatre femmes sur neuf *:*

> F2 *: "Pas du tout."*

> F3 *: "Non, je n'en ai pas entendu parler et on n'en parle pas de ça non plus. Après on sait qu'on doit se protéger et puis voilà quoi."*

> F5 *: "Alors très peu honnêtement, très peu. J'ai, j'ai peut-être entendu un vague sujet là-dessus mais honnêtement pas grand-chose."*

> F9 *: "Quand vous m'avez parlé de la contraception masculine, je me suis dit qu'on ne savait pas ce que c'est, parce que ni l'un ni l'autre on en prenait une. Je n'ai pas de contraception."*

Enfin, une femme sur neuf se dit informée sur la contraception masculine, à travers internet ou les réseaux sociaux, sans pour autant savoir ce qui existe vraiment :

> F8 *: "Alors oui j'ai déjà entendu parler de la contraception masculine, sans doute via internet, probablement de manière un peu floue, soit par des réseaux un peu officiels, comme dans des magazines de santé ou alors sur les réseaux sociaux tout simplement. Pour moi là où j'en suis actuellement, c'est que a priori cette contraception masculine existe, en tout cas c'est quelque chose qu'on sait faire, mais que ce n'est pas encore mis sur le marché. En fait la dernière info que j'ai lue, c'était il y a quelques mois et c'était tourné sous forme d'humour. La contraception masculine existe, en plus elle n'a aucun effet secondaire, pourquoi on n'est pas capable de la faire pour les femmes ? Et pourquoi on n'en parle pas plus, qu'est-ce qui bloque ?"*

4.2- Hommes

Lorsqu'on demande aux hommes de l'études ce qu'ils connaissent sur la contraception masculine, six hommes sur huit parlent du préservatif :

> H1 : *"Ce que je sais dessus … c'est que c'est gratuit pour nous les jeunes. " / "Le préservatif masculin. Et ce que je sais d'autre... ça permet de se protéger, des maladies, comme le Sida, les MST."*
>
> H2 *: "Le préservatif ça en fait partie ?"*
>
> H3 *: "évidemment le préservatif …"*
>
> H4 *: ""Il y a le préservatif ?"*
>
> H5 *: "J'en ai déjà entendu parler, oui j'ai utilisé y a quelques années le préservatif masculin (...) après, qu'est-ce que j'en sais ? Je sais que c'est sûr à 99%. Après ce n'est pas le mode de contraception que j'utilise parce que je n'adhère pas trop personnellement à ça."*
>
> H7 *: "Non... la contraception masculine... bah le préservatif évidemment. "*

Cinq hommes sur neuf citent la vasectomie :

> H2 : "*Je crois qu'il y a une contraception qui rend stérile mais je ne sais plus comment ça s'appelle"*
>
> H3 : *"Alors j'imagine de culture générale, la vasectomie j'en ai entendu parler. Alors par contre je ne sais pas vraiment à 100% comment ça se passe ? Il me semble que c'est un procédé chimique mais je ne suis pas sûr."*
>
> H4 *: "Et la vasectomie, j'en parle parfois à ma femme pour plus tard, mais je ne sais pas si je serai capable de passer le cap."*
>
> H7 *: "Non.... À part la stérilisation. "*
>
> H8 *: "La vasectomie j'ai des copains qui l'ont fait mais moi je n'ai jamais voulu essayer et puis ma femme est bientôt ménopausée..."*

A l'instar des femmes de l'étude, trois hommes sur neuf abordent le sujet d'une éventuelle pilule masculine contraceptive :

> H2 *: "et il y a une pilule pour les hommes ? J'ai vu un article dessus."*
>
> H3 : *"...et sinon bah je crois qu'il y a des traitements aussi mais je ne sais pas si c'est disponible."*
>
> H8 *: "On en a déjà entendu parler, dans un article et parfois à la télé mais je ne sais rien dessus, je crois qu'il va y avoir une pilule ?"*

Un homme dit ne jamais avoir entendu parler de contraception masculine et ne sait rien dessus :

> H6 *: "On en a déjà entendu parler oui, mais je ne sais absolument rien dessus. "*

Enfin, aucun homme de l'étude ne cite le retrait comme méthode de contraception masculine.

5- Points positifs des différentes méthodes contraceptives masculines existantes

5.1- Préservatif

La protection des IST et notamment du SIDA a été citée par quatre femmes et quatre hommes.

F1 : "*Ça peut protéger des IST."*

F2 : *"Après au début d'une relation, je pense que c'est important pour éviter tout ce qui est maladies sexuellement transmissibles, avant d'avoir fait les tests."*

F7 : *"Ça protège des IST."*

F8 : *"Concernant le préservatif, quand j'étais jeune on en entendait un peu plus parler, en tout cas c'est mon ressenti. Après malheureusement les chiffres sont sans doute différents mais quand j'étais plus jeune on entendait plus parler du SIDA et j'avais l'impression quand j'ai commencé ma vie sexuelle, mes partenaires mettaient un préservatif plutôt pour éviter les maladies sexuellement transmissibles, que ce soit le SIDA ou une autre. Et j'ai l'impression que ce n'était pas vraiment utilisé comme une contraception vous voyez ?"*

H1 : *"Euh point positif, ça permet de se protéger et protéger l'autre des MST."*

H2 *: "Comme j'ai dit tout à l'heure, le préservatif ça protège des maladies."*

H3 : *"Point positif, on a évidemment beaucoup moins de risques … et au niveau des maladies pareil."*

H8 : *"Le préservatif c'est quand même très pratique pour se protéger du SIDA."*

Une femme a cité la protection contre les grossesses comme point positif.

F1 : *"Et positifs, ça peut éviter d'avoir des enfants."*

L'efficacité de la contraception a été citée par une femme :

F2 : *"Les points positifs, quand on ne prend pas de pilule, ça ne protège pas à 100% mais il y a quand même une protection qui est faite."*

La simplicité de la méthode a été citée par deux femmes :

F3 : *"Le préservatif c'est plus simple."*

F5 : *"Ça reste un moyen de contraception simple."*

L'accessibilité de la méthode a été citée par un homme :

H4 : *"Les points positifs, le préservatif c'est facilement accessible."*

Trois femmes ont évoqué le rapport à la nature et le fait que ce soit la méthode la plus “naturelle” par rapport aux autres méthodes contraceptives :

> F4 *: “Et après le préservatif, je pense que c’est une des méthodes qui va le moins à l'encontre de la nature” / “Mais c'est ce qu'il y a de plus naturel comme contraception.”*
>
> F5 *: “Après en positif, ça peut éviter à certaines femmes de prendre tout ce qui est pilule, ce qui n'est pas toujours idéal sur le long terme. Ça reste un moyen de contraception (...) naturel, sans effets secondaires et sans hormones."*
>
> F7 : *“Mais c'est le plus naturel.”*

Une femme a cité la réversibilité de la méthode :

> F4 : *“Et ce n'est pas irréversible.”*

Enfin deux hommes ont évoqué le coût de la méthode comme étant peu chère :

> H1 : *“C’est gratuit.”*
>
> H4 : *“Ça ne coute pas cher.”*

5.2- Retrait

Aucun patient de l’étude n’a parlé des points positifs du retrait comme méthode contraceptive.

5.3- Vasectomie

Une femme et un homme ont parlé du côté définitif de la vasectomie comme point positif :

> H7 *: “Pour la vasectomie le principal point positif c'est que c'est définitif.’’*
>
> F4 *: "La vasectomie c’est définitif, quand les personnes sont sûres d’elles... Je connais des personnes qui ont fait cette opération, donc ils ont eu un enfant et ils sont absolument catégoriques à l'idée de ne pas en avoir d'autres. Du coup, ils sont contents de l'avoir fait et que ce soit un homme ou une femme.”*

Un homme a évoqué l'efficacité de la méthode contraceptive :

> H8 *: "La vasectomie je crois que ça marche à 100 %.”*

6- Points négatifs des différentes méthodes contraceptives masculines existantes

6.1- Préservatif

La différence de sensation et le côté contraignant de la méthode ont été cités par cinq femmes et quatre hommes :

F1 : *“Et il y a moins de sensations.”*

F2 : *“Et après les inconvénients, je dirais que les rapports sexuels ne sont pas les mêmes malgré tout."*

F6 : *“Le préservatif, passé quelques années, c’est un peu contraignant…”*

F7 : *‘’Ce n’est pas très agréable, peu pratique.”*

F8 *: “Après il y a le côté désagréable du préservatif, il y a des messieurs qui disent que ça les gêne pour ressentir du plaisir, que c’est souvent trop grand ou trop petit, souvent trop petit d’ailleurs entre nous c’est rigolo. Que ce n’est pas adapté, il y en a qui sont allergiques, et puis pris dans l’acte on n’a pas envie de s’arrêter pour mettre un préservatif.”*

H1 *: “Et les points négatifs, c’est que ce n’est pas pareil que sans…”*

H2 : *“Après.... Bah c'est moins agréable le rapport sexuel quand on en porte un."*

H3 *: “Et sinon en négatif : la sensation je dirai ?"*

H4 *: “Les points négatifs, ça coupe l'instant."*

Un homme cite la contrainte matérielle que représente l’utilisation du préservatif, c’est une méthode “physique” qu’il faut avoir sur soit :

H7 *: “Et le préservatif il peut y avoir une contrainte matérielle, ne pas l’avoir sur place, il faut toujours se préparer."*

Un homme cite la complexité de la méthode comme point négatif :

H1 *: “...et que c’est compliqué à mettre."*

La fiabilité du préservatif a été pointée par 3 femmes de l’étude :

F1 *: "Alors négatif, ça peut craquer.”*

F4 : *“Après bon, je pense qu'il y a aussi des accidents.” / “Avec la pilule, il peut aussi y avoir des accidents. Je connais aussi un couple qui, malgré la pilule, a eu un enfant. Et je pense qu’il y a quand même plus de risques entre guillemets malgré tout, d’avoir un enfant ou un début de grossesse avec un préservatif.”*

F6 : *“...on n’est pas à l’abri que ça se rompt... "*

Une femme de l'étude n'aime tout simplement pas le préservatif, sans donner d'autres explications :

> F5 : *"Alors moi, honnêtement, je ne suis pas pour. Voilà ce n'est pas une méthode de contraception que j'affectionne spécialement."*

Enfin une femme évoque la difficulté d'obtention de la méthode :

> F8 *: "Après, certains hommes ne savaient pas où se fournir pour en trouver. D'ailleurs c'est une discussion que j'ai eue avec une de mes filles parce que les distributeurs qu'on avait nous sont un peu hors service. "*

6.2- Retrait

Aucun patient de l'étude n'a parlé des points négatifs du retrait.

6.3- Vasectomie

Le côté définitif et irréversible de la vasectomie qui a été évoqué comme point positif par certains patients, fait aussi partie des points négatifs de la méthode pour 3 femmes et 4 hommes de l'étude :

> F4 *: "Et après la vasectomie c'est irréversible, donc s'il y a un changement d'avis pour concevoir bah tant pis."*
>
> F6 : *"La vasectomie, malheureusement ça peut être ou ne pas être réversible"*
>
> F9 *: "Mais le deuxième lorsque l'homme le fait, peut-être pour faire plaisir à sa femme, si après il y a une séparation, lui il a 50 ans, il peut toujours en faire des enfants." / "C'est ça, c'est irréversible. Une femme, ligaturer les trompes pourquoi pas, à 50 ans elle est ménopausée. Mais un homme lui il peut toujours en faire des enfants, si il trouve une femme de trente ans... On ne sait pas ce que la vie nous réserve. "*
>
> H3 *: "Alors pour la vasectomie c'est à long terme, enfin c'est à dire que c'est un truc.... Alors je sais que ça peut être, comment dire …. Réversible peut-être, mais il me semble que c'est une décision sur le long terme. Et j'en parlais, les choses chimiques quoi, je ne sais pas trop."*
>
> H4 : *Pour la vasectomie le principal point positif c'est que c'est définitif, ça peut aussi être un point négatif parce qu'il faut être sûr de soi, mais je pense que c'est une décision qu'on ne prend pas à la légère."*
>
> H7 : *"La vasectomie c'est définitif. Donc voilà, pas de retour en arrière possible, donc c'est un peu radical quand même."*
>
> H8 : *"Mais c'est définitif (...) et puis ça nécessite une opération quand même."*

La réalisation de la méthode contraceptive via une opération a été citée par un homme de l'étude :

> H4 *: "Et le principal point négatif pour moi c'est qu'il faut se faire opérer…"*

7- Sources d'informations

La question "Quelle serait votre source d'information si vous deviez vous informer sur la contraception masculine ?" a été posée aux participants de l'étude.

Internet a été cité par quatre femmes et quatre hommes de l'étude :

F2 *: "Pour avoir des infos j'irais sur internet je pense en premier."*

F3 : *"Bon, pourquoi ? Pour l'instant on n'a pas cherché à en savoir plus... mais peut-être sur Internet ou Google..."*

F4 *: "Et je pense que j'irais fouiller aussi un peu sur Internet, sur ce qui est dit."*

F8 *: "Et puis après je taperais sur Google contraception masculine 2022. Vous voyez pour avoir des informations un peu au goût du jour. En essayant de tomber sur un truc un peu officiel et pas un forum."*

H1 *: " Puis les réseaux sociaux. "*

H3 : *"Internet, je taperais sur Google je pense…"*

H5 : *"Et il y a internet aussi"*

H6 *: "Non, après on peut toujours regarder sur Internet mais on trouve de tout donc ce n'est pas forcément très fiable..."*

Mais c'est le médecin généraliste ou le gynécologue qui est revenu le plus souvent dans les réponses, cités par sept femmes et cinq hommes de l'étude. Les hommes pensent à leur médecin traitant tandis que les femmes iraient plutôt voir leur gynécologue. Un homme et une femme se posent la question des connaissances des médecins sur la contraception masculine :

F2 *: "Puis après chez le docteur si j'ai besoin de plus d'informations. "*

F4 *: "Ben déjà, je pense que je l'ai avec mon gynéco, et puis éventuellement mon médecin."*

F5 *: "Je pense vers un gynécologue ? Oui un gynécologue ce serait bien. "*

F6 *: "Je ne sais pas … Un gynécologue mais est-ce qu'un gynécologue s'occupe d'un homme ?"*

F7 *: "Je pense que j'irai voir mon médecin traitant"*

F8 *: "Je pense vers mon médecin traitant, je lui poserais la question."*

F9 *: "Je pense vers ma gynécologue. Après moi je sais que connaissant mon mari je ne sais pas s'il en aurait parlé à son médecin traitant ou même évoqué la question. "*

H2 *: "Si je devais vraiment me renseigner, j'irais voir un médecin je pense.... Mais est-ce que les médecins sont au courant de ça ? Je veux dire est-ce qu'ils se forment sur les nouveautés qui sortent ? Donc je pense que j'irai voir un jeune médecin..."*
H4 *: "Mais que si je voulais vraiment essayer autre chose j'irais voir mon médecin généraliste."*

H6 *: "Vers mon médecin traitant je pense. "*

H7 *: "Au pire un médecin si j'en avais besoin."*

H8 *: "J'irai voir mon docteur traitant je pense"*

Une femme et un homme de l'étude en parleraient à leurs amis pour se renseigner :

F4 *: "Et après j'en parlerais avec des amis proches."*

H4 *: "Je pense que j'en parlerais autour de moi avec mes amis."*

Une femme, la plus jeune, irait se renseigner au planning familial :

F1 *: "Le planning familial aussi je pense."*

Un homme, le plus jeune, a cité l'école comme source d'information :

H1 *: "L'école d'abord."*

Enfin un homme a parlé du pharmacien :

H7 *: "Un médecin ou un pharmacien, je pense."*

8- Représentations des patients sur les contraceptions thermiques et hormonales : les freins

Avant de poser cette question aux patients, ils ont eu une information concernant les méthodes de contraception masculine hormonale et thermique à partir de l'annexe 2. L'utilisation, le suivi, les contre-indications et les effets indésirables leur ont ainsi été expliqués.

8.1- Confort et contraintes d'utilisation

La contrainte rapportée le plus souvent par les patients de l'étude portait sur la réalisation du spermogramme. Notamment sur la fréquence de celui-ci qui était jugée trop importante. Cette contrainte a été rapportée par quatre femmes et quatre hommes de l'étude :

F1 *: Concernant les spermogrammes : "Ah oui c'est un peu contraignant..."*

F2 *: Concernant les spermogrammes : "ah oui ça fait beaucoup..."*
F2 *: "Ah non, je pense pas du tout. Alors là aucune des deux parce que je pense que déjà Monsieur.... Je pense que les examens que c'est, c'est en fait le problème, c'est que c'est beaucoup de choses."*
F2 *: Par opposition à la pilule : "Parce que je pense que c'est infliger des examens à 3 mois avant 3 mois après, tous les 6 mois …. Alors que nous en soit, on n'a quasiment pas d'examen à passer avec une pilule. Donc il n'y a pas vraiment de parité dans la chose. On aurait des examens à passer tous les 3 mois de prise de sang pour voir si ça va …. Ok mais là en soit nous on prend la pilule, on fait contrôler, voir si ça une ou deux fois et c'est tout. "*

F7 : *"Je trouve ça contraignant de faire un examen tous les trois mois, je ne pense pas que les hommes sont prêts à le faire."*

F8 *: Concernant les spermogrammes : "Ça va les agacer."*

H2 *: Concernant les spermogrammes : « Ça en fait beaucoup quand même..."*

H3 *: Concernant les spermogrammes : "Il y a des petites, des petites choses quand même. Oui donc voilà, je trouve qu'il y a encore des contraintes."*

H6 : *"En plus je trouve ça assez contraignant tous ces examens à faire tous les trois mois, ou six mois je ne sais plus."*

H7 *: "Ça fait quand même des traitements assez lourds quoi. La contraception hormonale surtout qui est contraignante. Et puis tous les contrôles à faire, les analyses à faire avant ..."*

Une femme et un homme trouvent la pilule plus simple d'utilisation :

F2 *: Par opposition à la pilule : "Parce que je pense que c'est infliger des examens à 3 mois avant 3 mois après, tous les 6 mois …. Alors que nous en soit, on n'a quasiment pas d'examen à passer avec une pilule. Donc il n'y a pas vraiment de parité dans la chose. On aurait des examens à passer tous les 3 mois de prise de sang pour voir si ça va …. Ok mais là en soit nous on prend la pilule, on fait contrôler, voir si ça une ou deux fois et c'est tout. "*

H6 : *"Donc je ne suis pas très favorable pour ça... après si vous m'aviez dit que c'était quelque chose de simple comme la pilule contraceptive pourquoi pas. Mais là aujourd'hui c'est contraignant."*

Une femme et un homme trouvent le préservatif plus simple d'utilisation :

F3 *: "Et puis le préservatif c'est plus simple."*

H1 : *"Personnellement aujourd'hui je préfère la contraception à l'acte et pas sur le long terme, c'est plus simple."*

De même avec la vasectomie, un homme la compare aux contraceptions thermiques et hormonales, en la trouvant plus simple malgré le fait qu'elle nécessite une opération chirurgicale :

H4 : *"Ce serait comme la vasectomie, quelque chose de simple et sûr je pense que je vous dirais oui... et pourtant il faut se faire opérer dans la vasectomie."*

Toutefois, une femme de l'étude souligne le fait qu'il y a quand même des rendez-vous gynécologiques dans le cadre de la contraception chez la femme et que la réalisation des spermogrammes n'est pas impossible à faire :

F6 : *Concernant les spermogrammes tous les 3 puis 6 mois : "Oui, mais ça va nous on va bien chez le gynécologue tous les ans..."*

Une femme de l'étude rapporte un délai de mise en place de la contraception trop longue :

F9 *: "Ah oui quand même trois mois..."*

Un homme trouve que la contraception thermique est difficile d'accès au niveau géographique :

> H7 : *"Ça fait quand même des traitements assez lourds quoi (...) Même le slip à faire, qui est fait que à Toulouse en plus."*

Concernant la contraception hormonale en particulier, une femme et deux hommes trouvent que la forme injectable est trop contraignante à mettre en place. De plus, la fréquence des injections trop élevées a été rapportée par un homme. Une femme de l'étude trouve que la durée d'utilisation de la méthode est trop courte pour s'investir dedans et une autre rapporte qu'il y a beaucoup de contre-indications à l'utilisation de cette méthode. Cependant, un homme de l'étude modère ses propos en comparant les injections au diabète qui nécessite des injections d'insuline quotidiennes :

> F6 *: "Ce qui est embêtant c'est que ce n'est que pour 18 mois... après ça permet de faire un break à madame. "*
>
> F9 *: Injection de testostérone : "Et ça les hommes ne trouvent pas ça contraignant ?"*
>
> F9 : *Concernant les contre-indications de la contraception hormonale : "Ah oui, il y a beaucoup d'hommes qui ne peuvent pas le faire je pense..."*
>
> H1 *: "Et ensuite on ne sait jamais sur l'inconfort que ça peut avoir…"*
>
> H2 : *"Et l'autre les injections une fois par semaine... non pas pour moi."*
>
> H4 *: "Non là le coup des injections toutes les semaines c'est trop."*
>
> H8 : *"Non les injections ce n'est pas trop contraignant, je vois mon père qui est diabétique il se pique tous les jours et plusieurs fois par jour, ça ne peut pas être pire que ça. Mais c'est sûr que comparé à une pilule c'est un peu moins agréable à faire."*

Concernant la contraception thermique, la durée du port du slip à 15h par jour minimum a été citée comme principale contrainte par trois femmes et trois hommes de l'étude. Une femme a parlé de l'inconfort du slip, et de même, une femme et un homme le fait de devoir porter un deuxième slip. Une femme de l'étude a rapporté successivement comme contrainte le possible oubli du slip lors de voyages, la contrainte de devoir porter un vêtement la nuit et la possible baisse des rapports sexuels à cause du slip.

> F2 *: Concernant les 15h par jour de port du slip : "Ah oui quand même c'est long…."*
> F2 : *Et puis je ne me vois pas dire à mon compagnon, Bon Ben tu vas porter pendant 15 heures par jour un slip en plus ? non, le pauvre. Enfin, je me mets à la place de l'homme un petit peu, je me dis comme si on avait quelque chose pendant 15h qui frottait."*
>
> F5 : *« Est-ce que les hommes sont assez patients pour porter un slip contraceptif 15h par jour ?"*
> F5 *: "Parce que la contraception thermique est-ce que c'est vraiment agréable ? Est-ce que les hommes sont assez patients pour faire cette méthode ?"*
>
> F7 : *"15h par jour c'est long ? Et pour ceux qui dorment tout nu ?"*
> F7 *: "C'est tout bête mais je pense que c'est risqué de l'oublier quand on part en voyage..."*
> F7 : *"En plus ce n'est pas joli, je viens de regarder sur internet, c'est un tue l'amour."*

F8 *: Le fait de devoir porter un caleçon par-dessus le slip : “Ah oui c’est quand même contraignant de porter un deuxième slip.”*

H1 *: "Et concernant la deuxième méthode, il faut porter un anneau ou un slip pendant longtemps, ce n’est pas forcément agréable."*

H2 : *"Et puis c'est quand même contraignant, 15h par jour à porter le slip !”*

H4 *: “Comme le slip aussi, c'est trop contraignant."*

H7 *: "Oui j’imagine qu’il faut mettre l’autre. Sinon c’est bizarre."*

De plus deux femmes trouvent les deux méthodes trop contraignantes, que ce soit la contraception thermique ou hormonale :

F8 *: "Dans ce que vous m’avez donné, que ce soit l’anneau, le slip ou la méthode hormonale avec des injections et des possibles effets secondaires... L’injection surtout !”*
F8 : *"Et en même temps je me trouve très vite bloquée par les contraintes que les deux méthodes posent."*

F9 *: "Déjà parce que je connais monsieur. Et l’histoire de les tenir au chaud, l’histoire de l'injection toutes les semaines. “*

Ensuite, une femme préfère une contraception sous forme de pilule masculine, qui serait plus simple d’utilisation :

F4 *: Concernant une éventuelle pilule masculine : "Après si c'est comme la pilule pour les femmes, je ne vois pas en quoi ça poserait des problèmes pour se protéger quand c'est pris régulièrement."*

Enfin une femme rapporte que la prise d’une contraception est déjà compliquée et ne voit pas pourquoi elle changerait :

F1 : *"Non, j’utilise déjà la mienne, c'est assez chiant comme ça."*

8.2- Facteurs sociaux culturels / Utilité

Quatre femmes de l’étude décrivent un manque de confiance dans leur compagnon/mari pour assumer la contraception de leur couple :

F1 *: Concernant le partage de contraception : "Non, je préfère que ce soit moi, je me fais plus confiance. "*

F2 *: "Ah non, je pense pas du tout. Alors là aucune des deux parce que je pense que déjà Monsieur…”*

F5 *: “Parce que la contraception thermique est-ce que c’est vraiment agréable ? Est-ce que les hommes sont assez patients pour faire cette méthode ?”*

F7 *: "Je trouve ça contraignant de faire un examen tous les trois mois, je ne pense pas que les hommes sont prêts à le faire."*

F7 *: "Je n'ai pas confiance dans mon mari pour prendre un traitement sur aussi longtemps, c'est déjà compliqué quand il faut se soigner sur une semaine..."*
F7 *: "Dans tous les cas c'est moi qui tombe enceinte."*

Dans le même thème, quatre femmes de l'étude évoquent un manque de motivation de leur compagnon/mari pour s'impliquer dans la contraception de leur couple :

F1 *: Concernant son copain : "Oh non, il ne serait pas motivé pour ça."*

F3 *: Début de relation : "Non parce que monsieur il est par trop pour, pour prendre une contraception. Et puis on ne connait pas bien.... Enfin voilà, il préfère le préservatif et nous pour l'instant ça nous va, on verra plus tard... mais en tout cas pour l'instant non, on n'utilisera aucune des deux méthodes que vous m'avez expliquées,"*

F4 : *"Donc j'avoue que je pense que je resterais sur ... enfin après, je pense que mon mari serait plutôt pareil, il n'est pas très impliqué là-dedans… Mais on resterait sur des contraceptions plutôt basiques entre le retrait et le préservatif. Pour le moment, ce serait plutôt envisagé comme ça."*

F9 : *"Déjà parce que je connais monsieur. Et l'histoire de les tenir au chaud, l'histoire de l'injection toutes les semaines. "*

Deux femmes de l'étude parlent de sacrifices que l'homme n'est pas prêt à faire pour se contracepter :

F5 : *Contraception du couple par l'homme : "Je pense que c'est un sujet dont il faut parler. Ce n'est pas quelque chose qui est encore à l'ordre du jour. Ça a toujours été la femme qui devait supporter le moyen de contraception. Donc après il faut vraiment en parler à deux aussi, si le conjoint est prêt aussi à faire des sacrifices. Enfin ce n'est pas le bon mot, mais ce n'est pas la femme, c'est l'homme, on échange un peu les rôles. Il faut vraiment discuter, prendre toutes les choses en compte avant de se lancer."*

F9 *: "Peut-être la nouvelle génération pourrait être convaincue, mais la génération de mon mari, je pense que les hommes sont un peu plus fermés sur ça".*

D'ailleurs deux femmes de l'étude disent que les hommes doivent fournir un effort et s'engager dans la contraception de leur couple :

F6 *: Concernant une potentielle grossesse sous CM : "C'est le risque, c'est comme moi la pilule, c'est à 99%, ça peut arriver, donc non ça ne me fait pas peur, on est deux, il faut prendre ses responsabilités. C'est une discussion à avoir en commun, si monsieur s'engage à prendre la contraception, il doit le faire."*

F8 : *"Et en vous disant ça je suis aussi ennuyée en tant que femme à la recherche d'une contraception, et vous avez vu mon parcours... Et je vais avoir du mal à dire, maintenant c'est aux hommes de galérer !"*

Une femme de l'étude explique cela comme un problème d'éducation des hommes dans notre société :

F8 *: "Je suis forcément induite dans ma réponse parce que je visualise mon homme à côté.... Je suis rattrapée dans ma réponse par un réflexe culturel. Est-ce que les hommes vont accepter de faire des prises de sang, d'aller se masturber dans un tube tous les trois mois.... Pour moi on perd 70% des hommes, ils n'ont pas l'habitude de faire ça, en tout cas beaucoup moins que les femmes de se soumettre à ce genre de pratiques. Ils vont dire qu'ils ne sont pas malades et vont dire pourquoi j'irais voir un médecin ? Faire*

des examens ? Porter un truc contraignant ? Je crains que socialement les hommes de notre époque, et je pense même au petit ami de ma fille, je pense que là vous l'auriez perdu au bout de deux secondes. Donc qu'est ce qui fait ça ? Est-ce que c'est culturel, est-ce que c'est la société qui est comme ça ? Une histoire d'éducation que les petits garçons reçoivent et on les laisse vraiment à part de ça. "

Un homme de l'étude aimerait pouvoir commencer une contraception masculine au nom de la parité et de l'égalité des genres :

H3 *: "C'est un débat, mais ben encore une fois ouais, je crois en l'égalité des genres. Du coup, oui, si je repars avec une autre femme. Si en tout cas il y a une méthode qui n'est pas plus dangereuse que celle pour les femmes, oui je serais prêt à le faire. Maintenant, en ce moment, je n'en ai pas l'utilité, et peut être que je veux avoir des enfants plus tard, je n'en sais rien. Donc pour le moment pas de contraception pour moi."*

Mais une femme et un homme de l'étude évoquent le fait que ça ne rentre pas dans la parité et que c'est un mauvais partage de la contraception :

F2 : *"Certes, peut-être que ça fonctionne, mais c'est quand même beaucoup de choses à faire alors qu'aujourd'hui, ben c'est, c'est peut-être bête ma réponse, mais on a la pilule qui permet de régler tout ça chez la femme, l'homme est plutôt tranquille. (…) Je veux dire, c'est une contraception qui reste simple et.... Non franchement, je ne me vois pas mettre ça en place dans mon couple."*
F2 *: "Bah moi, enfin je là je ne vois pas ça comme du partage. Voyez les deux solutions ... je vois plus ça comme un inconvénient. Franchement il n'y aurait pas la pilule, tout ça je dirais oui. Peut-être qu'effectivement ça peut être des solutions à développer tout ça, mais là.... Je je n'appelle même pas ça du partage en fait."*

H4 : *"Je suis d'accord quand vous me parlez de parité et de partage de la contraception mais ce n'est pas comme ça que je vois les choses, il faudrait que ce soit plus simple, moins contraignant que la pilule oui .... Ou pareil."*

Deux hommes de l'étude ne veulent tout simplement pas partager la contraception et n'en voient pas l'utilité :

H5 : *"Franchement non, ce que je fais là me convient. Donc non pas forcément."*
H5 *: "Ma femme prend la pilule et c'est très bien comme ça."*
H5 *: Question sur le partage de la contraception dans le couple : "Non"*

H7 : *"Bah moi non parce que je n'en ai pas l'utilité..."*

Deux hommes et une femme évoquent leur âge et l'arrivée de la ménopause pour justifier qu'ils ne changeront pas de contraception :

F8 : *"Donc en tout cas au sein de mon couple aujourd'hui il n'en est pas question, et de par mon âge aussi, la ménopause elle va bien finir par arriver."*

H6 : *"Le préservatif fonctionne bien aujourd'hui et la ménopause approche donc on va continuer de faire comme ça."*

H8 *: "Pour moi c'est un peu trop tard j'ai bientôt 50 ans, ma femme aussi, on ne va pas changer de contraception maintenant, surtout que la pilule nous convient".*

Une femme évoque le manque d'intérêt des laboratoires concernant le développement de la contraception masculine :

F6 : *Concernant le peu d'intérêt des labos : "Ils estiment qu'il n'y a pas assez d'hommes qui seraient prêts à passer le cap ?" "Je trouve ça ridicule …"*

Enfin une femme de l'étude aimerait quelque chose de plus naturel que la contraception hormonale :

F3 *: "Je préfère quelque chose de naturel."*

8.3- Coût de la méthode

Un homme demande le coût des méthodes contraceptives :

H1 *: "Et puis on n'a pas parlé du budget non plus ?"*

Une femme et un homme de l'étude se posent la question du remboursement des contraceptions masculines thermiques et hormonales :

H2 *: "Et on ne sait même pas si ce sera remboursé plus tard ?"*

F6 : *"Et c'est pris en charge comme la pilule pour les femmes ?"*

8.4- Manque d'efficacité / confiance

Deux femmes et un homme de l'étude évoquent un manque d'efficacité des contraceptions masculines hormonales et thermiques :

F4 : *"Après les injections et autres, enfin tout ce qui est encore à l'étude je pense que tant que ce n'est pas encore hyper calé…"*

F6 *: "Oui, j'ai plein d'amis masculins, qui sont plutôt pour effectivement... Le jour où ça existe, qu'il y aura une contraception sûre... et efficace, ils seraient partants bien sûr."*

H4 *: "Non parce que les deux que vous m'avez présentées ne me semblent pas très solides…"*

Un homme et une femme doutent de la réversibilité de la méthode :

F4 *: "Et puis après, vu que moi, j'avais eu du mal à concevoir …"*
F4 *: "Je prenais ma température pour connaître la période d'ovulation. Je n'ai pas eu de retour de couches encore parce que j'allaite. Un jour je caresse l'espoir d'être à nouveau plutôt calée, on fera attention aux périodes d'ovulation ou autre, et puis dans ces cas-là, sinon oui, on mettra un préservatif."*

H3 *: Concernant la réversibilité : "En effet, mais j'ai l'impression que c'est encore un petit peu en train de tâtonner."*

Un homme parle de cohortes trop faibles des études pour justifier sa méfiance :

H2 *: "Non car c'est encore très expérimental vos méthodes, il n'y a pas assez de personnes dans les études..."*

Une femme et un homme de l'étude décrivent un manque de recul sur ces méthodes contraceptives :

F5 *: "Il y a moins de recul probablement"*

H6 *: "Donc tout de suite non, ni l'une ni l'autre parce que pour moi il n'y a pas assez de recul."*
H6 : *"C'est contraignant et puis bah on n'a pas le recul sur l'affaire."*

Enfin, une femme parle des échecs de contraception et que c'est un risque qu'il faut connaître et prendre en compte :

F6 *: "C'est le risque, c'est comme moi la pilule, c'est à 99%, ça peut arriver, donc non ça ne me fait pas peur, on est deux, il faut prendre ses responsabilités."*

8.5- Effets indésirables

Au total ce sont trois femmes et trois hommes qui rapportent que les contraceptions masculines hormonales et thermiques ont trop d'effets secondaires :

F8 : *"Dans ce que vous m'avez donné, que ce soit l'anneau, le slip ou la méthode hormonale avec des injections et des possibles effets secondaires... L'injection surtout !"*

H4 : *"Je veux dire.... Je veux dire qu'il n'y a pas eu beaucoup de personnes étudiées et qu'il y a encore des effets indésirables."*

Concernant la contraception masculine hormonale, deux femmes et deux hommes disent qu'il y a trop d'effets secondaires :

F2 *: "Ah oui ce sont des effets indésirables quand même fréquents..."*

F8 : *Étonnée qu'il y ait des effets secondaires concernant la contraception hormonale : "Ah d'accord..."*

H1 *: "Il y a quand même beaucoup d'effets secondaires, même s'ils ont été réduits…"*

Concernant la contraception masculine thermique, une femme parle des effets indésirables dermatologiques. Le risque de trisomie est notamment cité à deux reprises, par cette même femme et un homme de l'étude :

F4 : *"Quand vous parlez de problèmes dermatologiques, je me dis que même si tous les hommes ne réagissent pas ce n'est quand même pas cool d'avoir des petits problèmes de dermato comme ça suite à la contraception donc je ne pense pas utiliser et l'anneau ou les slips."*
F4 *: "Et puis après, en fonction des risques de trisomie ou autre, j'avoue que ça refroidit parce que ce n'est pas du tout mon désir d'avoir un enfant trisomique."*

H8 : *"Surtout qu'il y a beaucoup de risques, surtout celui d'avoir des enfants trisomiques."*

Enfin, une femme de l'étude remarque qu'il y a moins d'effets secondaires dans la contraception thermique que la contraception hormonale :

> F8 : *Remarque qu'il y a moins d'effets secondaires sur la contraception thermique : "C'est quand même plus sympa celle-là, il y a moins d'effets secondaires."*

9- Les points positifs

9.1 - Les patients qui veulent utiliser la contraception masculine thermique ou hormonale

Sur les dix-sept patients interrogés lors de cette étude, seul un homme et deux femmes se disent prêt à utiliser la contraception masculine thermique ou hormonale.

Les deux femmes utiliseraient plutôt une contraception hormonale via les injections de testostérone. Les arguments mis en avant sont le confort et la durée d'utilisation qui est plus longue, comparée à la contraception masculine thermique.

> F5 *: "Alors bonne question.... Je pense que là il faudrait plus poser la question à un homme, parce que nous en tant que femmes … Je dirais hormonale quand même ? Parce que la contraception thermique est-ce que c'est vraiment agréable ? Est-ce que les hommes sont assez patients pour faire cette méthode ? Pour moi la question est plus à poser à l'homme directement. "*

> F6 *: "Oui, oui tout à fait. Alors pas le slip chauffant, plutôt les injections. Ce qui est embêtant c'est que ce n'est que pour 18 mois... après ça permet de faire un break à madame. "*

Elles insistent sur la place de la discussion avec l'homme dans le couple pour la décision d'une contraception masculine :

> F6 : *Concernant une potentielle grossesse sous CM : "C'est le risque, c'est comme moi la pilule, c'est à 99%, ça peut arriver, donc non ça ne me fait pas peur, on est deux, il faut prendre ses responsabilités. C'est une discussion à avoir en commun, si monsieur s'engage à prendre la contraception, il doit le faire."*

> F5 *: Contraception du couple par l'homme : "Je pense que c'est un sujet dont il faut parler. Ce n'est pas quelque chose qui est encore à l'ordre du jour. Ça a toujours été la femme qui devait supporter le moyen de contraception. Donc après il faut vraiment en parler à deux aussi, si le conjoint est prêt aussi à faire des sacrifices ? Enfin ce n'est pas le bon mot, mais ce n'est pas femme, c'est l'homme, on échange un peu les rôles. Il faut vraiment discuter, prendre toutes les choses en compte avant de se lancer."*

L'une d'elles va même à l'encontre des arguments énoncés par plusieurs autres patients de l'étude sur la pénibilité du suivi :

> F6 *: Concernant les spermogrammes tous les 3 puis 6 mois : "Oui, mais ça va nous on va bien chez le gynécologue tous les ans..."*

L'homme qui utiliserait une contraception masculine le ferait en cas de changement de partenaire. De plus, il met en avant certains arguments avancés par d'autres patients comme le doute sur la réversibilité, les potentiels effets secondaires et les contraintes du suivi via les spermogrammes :

H3 *: "C'est un débat, mais ben encore une fois ouais, je crois en l'égalité des genres. Du coup, oui, si je si je repars avec une autre femme. Si en tout cas il y a une méthode qui n'est pas plus dangereuse que celle pour les femmes, oui je serais prêt à le faire. Maintenant, en ce moment, je n'en ai pas l'utilité, et peut-être que je veux avoir des enfants plus tard, je n'en sais rien. Donc pour le moment pas de contraception pour moi."*

H3 *: Concernant la réversibilité : "En effet, mais j'ai l'impression que c'est encore un petit peu en train de tâtonner"*

H3 : *Concernant les spermogrammes : "Il y a des petites, des petites choses quand même. Oui donc voilà, je trouve qu'il y a encore des contraintes mais en tout cas, si ça pouvait, si c'était à 100% sans danger pour l'un ou pour l'autre, je serais prêt à le faire."*

9.2- Les patients qui ne veulent pas utiliser la contraception masculine hormonale ou thermique mais qui restent positifs.

Trois femmes de l'étude, à savoir les trois femmes de plus de 40 ans, trouvent des points positifs au développement de la contraception masculine.

Deux d'entre elles y voient une alternative à la prise d'une contraception féminine, en particulier la pilule :

F8 *: "En tant que femme je trouve ça super, ça existe, c'est rassurant, ça fonctionne, c'est vraiment un truc en plus pour le couple, pour une femme qui ne veut ou ne peut pas prendre la pilule."*

F9 : "Je vous dis, si moi j'avais eu un problème à ne pas supporter un moyen de contraception, par amour il l'aurait fait, mais pas de lui-même. Mais sans obligation c'est sûr que c'était non. "

L'une d'elles voit un avantage aux spermogrammes et pense que ça pourrait augmenter les dons de sperme :

F8 : *"Je vois un avantage, si les hommes avaient l'habitude par ces méthodes contraceptives de faire des spermogrammes, peut-être qu'il y aurait plus de don de sperme. Ils le donneraient plus facilement. "*

Enfin la troisième trouve que c'est quand même une avancée :

F7 *: "En tout cas c'est bien que ça se développe."*

IV- Discussion

1- Forces et limites de l'étude

1.1- Forces de l'étude

La population de l'étude

Cette étude a été réalisée auprès d'hommes et de femmes entre 18 et 50 ans. Le fait de regrouper les hommes et les femmes dans une même étude a permis de comparer leurs réponses.

En effet dans la littérature la plupart des études s'intéressant aux représentations des patients sur la contraception masculine interrogent des hommes. Une plus faible proportion interroge des femmes mais très peu interrogent des hommes et des femmes dans une même étude.

La réalisation de l'étude

Les entretiens semi-dirigés laissent une grande place au patient pour répondre aux questions. Le questionnaire réalisé sert finalement plus de guide pour aider le patient et ne rien oublier.

La réalisation d'entretiens individuels plutôt qu'en groupe permet une plus grande liberté d'expression et diminue la gêne de parler de sujets personnels comme la contraception et la sexualité devant d'autres personnes.

1.2- Biais de l'étude

Biais de sélection

La participation à l'étude se basant sur le volontariat, seuls les patients voulant prendre le temps de répondre aux questions ont répondu présents. De même, le sujet sur la contraception masculine a pu réduire l'intérêt de certains patients.

L'étude s'est déroulée sur une grande période de presque un an. D'autres études sur le sujet sont sorties entre temps dont certaines relayées dans la presse, ce qui a pu induire une différence de connaissances entre les patients qui ont participé au début et ceux à la fin de l'étude.

La population est majoritairement composée de personnes en couple/mariées. Il n'y a finalement que peu de patients célibataires ayant participé à notre étude. Il aurait pu être intéressant de préciser le caractère exclusif ou non de leur couple.

Ils représentent une faible proportion de la population, mais aucun patient de l'étude n'utilise ou n'a utilisé une méthode de contraception masculine thermique ou hormonale.

Enfin, seules les personnes hétérosexuelles ont été introduites dans cette étude. A posteriori, il aurait pu être intéressant d'introduire des personnes avec d'autres orientations sexuelles afin d'avoir leur avis sur le sujet et ainsi avoir une population plus représentative de la société.

Biais d'interprétation

Les entretiens puis le codage ayant été réalisés par une seule personne, ils ont pu être soumis à des biais d'interprétation.

Biais d'information

La contraception et la sexualité de manière plus générale sont des sujets qui peuvent être sensibles à aborder pour certains patients.

Il est possible que des patients aient, volontairement ou non, omis certaines informations.

2- Discussion autour de la contraception masculine de manière générale

Dans notre étude, 12 participants sur 17 ont une contraception dans leur couple. La principale contraception utilisée est la contraception microprogestative, utilisée par 5 de ces 12 couples. Si on rajoute les pilules oestroprogestatives utilisées par 2 participants de l'étude, on remarque que les pilules sont les principales contraceptions utilisées par les participants de l'étude. C'est d'ailleurs représentatif de la population générale française où les pilules sont majoritairement utilisées (70% des contraceptions prescrites en 2019), avec une augmentation progressive de l'utilisation des pilules microprogestatives et une baisse de pilules oestroprogestatives. (18)

Mais l'argument principal des autres participants de notre étude pour justifier la prise d'une autre contraception (préservatif, DIU, implant…) ou l'absence de contraception, est justement que la prise de cette pilule était trop contraignante avec notamment beaucoup d'oublis et d'effets secondaires rapportés. Une étude épidémiologique descriptive transversale avait été menée auprès de 466 étudiantes de l'université de Lorraine en 2021 (19), pour réaliser un état des lieux de leur contraception. Malgré le fait que l'utilisation de la pilule contraceptive était majoritaire (55.4%), 41% des étudiantes déclarent avoir arrêté la pilule à cause des effets secondaires. Toujours dans cette même étude, 76% des étudiantes déclarent subir des effets secondaires liés à leur contraception.

A la question : "Discutez-vous de la contraception dans votre couple ?", 7 participants de l'étude (3 femmes et 4 hommes) ne parlent pas de contraception dans leur couple. Parmi les 10 participants restants, la plupart en parlent au moment des changements de contraception et surtout après une contraception précédente avec des effets indésirables ou après avoir mis du temps à être enceinte. Il semblerait que dans notre étude, seulement 2 hommes sur 8 soient vraiment impliqués dans le choix de la contraception de leur couple.

Un mémoire de fin d'étude d'école de Sage-femme à Lille réalisé en 2020 portait l'intitulé suivant : "Contraception : connaissances, intérêts et implications des hommes" (20). Il s'agit d'une étude quantitative descriptive, via un questionnaire, avec 295 réponses, principalement via les réseaux sociaux. L'auteure de ce mémoire fait la distinction entre "être concerné" et "être impliqué" dans la contraception. Elle relève une discordance dans les réponses, plus de 90% des hommes ayant répondu au questionnaire se sentent concernés et impliqués par la contraception de leur couple mais seulement 57% d'entre eux seraient d'accord pour s'impliquer réellement en allant plus loin que seulement la discussion sur le sujet. Chose intéressante, au cours

de cette étude, 62% des hommes seraient d'accord pour essayer des nouvelles méthodes de contraception masculine, autres que le préservatif, le retrait et la vasectomie.

Justement, en parlant des contraceptions masculines dîtes "classiques" (préservatif, vasectomie, retrait), lorsqu'on interroge les connaissances des participants de l'étude sur la contraception masculine, c'est le préservatif qui est cité en premier et en grande majorité (par 6 femmes et 6 hommes) puis la vasectomie dans un second temps (2 femmes et 5 hommes). Le retrait est cité par une femme de l'étude seulement. Concernant le préservatif, il est à la fois plébiscité pour sa protection contre les IST et sa facilité d'utilisation mais aussi décrié pour son manque de confort et sa contrainte d'utilisation à devoir s'arrêter pour l'utiliser. Il en est de même pour la vasectomie, si le côté efficace à presque 100% de la contraception et son côté définitif sont cités par quelques participants de l'étude, ce sont surtout les points négatifs qui reviennent à plusieurs reprises avec sa contrainte de réalisation via une chirurgie et surtout son côté de stérilisation définitive.

Une thèse d'exercice de médecine générale réalisée à l'université de Lyon Sud en 2018 portant sur les connaissances des hommes sur la contraception masculine à travers une étude descriptive via la réalisation d'un questionnaire avec 145 réponses (21), a conclu que les hommes avaient de bonnes connaissances sur le préservatif masculin principalement et peu sur la vasectomie. Le préservatif est décrit comme la contraception masculine préférable par 80% des hommes malgré ses contraintes d'utilisation. Et 50% des hommes ne jugent pas la vasectomie comme une bonne méthode contraceptive masculine.

Au cours de cette étude de 2018, la question a été posée sur l'utilisation d'une éventuelle pilule hormonale masculine, et seulement 11% des hommes seraient prêts à l'utiliser, principalement les hommes les plus âgés et pour prendre le relais sur la contraception de leur partenaire. Une autre thèse réalisée en 2015 descriptive transversale via un questionnaire avec plus de 3000 réponses (22), portait ce chiffre à 25% d'utilisation s'il y avait une pilule hormonale masculine, et un sondage réalisé par l'institut CSA en 2012 portant sur 988 hommes avait reçu une réponse favorable à 61% (23). Alors pourquoi une baisse de cet intérêt pour la pilule contraceptive masculine aussi forte en moins de 10 ans ?
Une piste de réponse donnée dans cette thèse est notamment la peur des effets indésirables citée par plus de la moitié des participants. N'oublions pas que la crise des pilules est arrivée entre les différents chiffres cités plus haut et pourrait expliquer une méfiance envers des contraceptions via une pilule contraceptive hormonale. Le baromètre de santé réalisé en 2016 auprès de plus de 15 000 personnes (24) démontre une baisse d'utilisation des pilules contraceptives féminines en 4 ans et notamment auprès des populations les plus jeunes (20-29 ans), avec un report sur les DIU et implants pour une partie d'entre elles mais surtout vers le préservatif pour la majorité, et donc d'une contraception sans hormone. Mais pouvons-nous faire une analogie avec une pilule hormonale masculine ?

En approfondissant la question posée sur les connaissances concernant la contraception masculine, si la majorité des personnes de notre étude peuvent citer le préservatif ou la vasectomie comme contraception, ils sont peu nombreux à pouvoir expliquer le fonctionnement de cette dernière (1 femme et 2 hommes de l'étude). De plus, 4 femmes et 1 homme disent ne rien connaître sur la contraception masculine et ne peuvent citer ni le préservatif, ni la vasectomie ou le retrait comme méthode contraceptive masculine. Ceci peut être expliqué par un manque d'investissement ou

un manque de communication sur la contraception masculine, d'après ce mémoire de sage-femme réalisé en 2020 (25) portant sur l'opinion de la contraception masculine réalisé auprès de 10 hommes et femmes. Une autre thèse de médecine de 2019 (26), réalisée à partir de 393 questionnaires, met en cause les professionnels de santé et notamment le manque de connaissances et d'informations donnés aux patients. En effet, dans ces résultats, 57% des sujets estiment ne pas avoir eu toutes les données nécessaires pour choisir librement leur contraception, et 36% estiment même que leur contraception leur a été imposée. C'est pourquoi 31% ont eu besoin de s'informer auprès d'autres soignants a posteriori.

Et pourtant lorsqu'on pose la question sur la source d'information pour obtenir des renseignements sur le sujet aux patients de notre étude, la majorité d'entre eux citent leur généraliste ou gynécologue. Les médecins seraient-ils mal formés en matière de contraception ? Alors comment pourraient-ils informer les patients sur les innovations contraceptives avec la contraception masculine ? C'est la question que se posaient une femme et un homme de l'étude, est-ce que les médecins (généralistes et gynécologues) sont formés sur la contraception masculine ? Pourtant les Docteurs Soufir et Mieusset ont réalisé en 2012 un guide (27) "qui permet à tout médecin confronté à une demande de contraception masculine de répondre aux questions qui peuvent être posées, d'avoir les outils nécessaires à une mise en œuvre de ces méthodes et d'en assurer le suivi." Alors comme ce guide existe, peut être que le problème est un manque d'accès à ce guide ou même d'intérêt pour la contraception masculine des médecins ? Une thèse de médecine générale réalisée en 2022 et portant sur les comportements des médecins généralistes de l'Aude et de l'Hérault face à la contraception masculine (28), dévoile que les médecins généralistes ne parlent pas spontanément de contraception masculine lors des consultations sur la contraception et c'est souvent le patient qui l'évoque. Ils mettent en avant un manque de formation initiale et continue, une société dans laquelle la contraception est majoritairement féminine et où les consultations pour contraception se font avec uniquement la femme la plupart du temps. Mais certains médecins mettent aussi en cause les médias et un manque de diffusion de l'information par ceux-ci qui pourrait les inciter à s'informer et informer plus les patients. Une étude récente publiée en 2022 sur l'évaluation des connaissances et des médecins concernant la contraception masculine a mis en évidence un manque de formation de ces derniers mais aussi une volonté de se former sur le sujet (29).

Pour clôturer ce paragraphe, en effet, finissant moi-même mes études de médecine, je peux confirmer, qu'à aucun moment dans ma formation médicale initiale à la faculté je n'ai entendu parler de contraception masculine autre que le préservatif, le retrait et la vasectomie. D'ailleurs, dans le cours d'urologie sur la contraception masculine (qui est le premier chapitre du livre), seules ces trois méthodes sont abordées. (15)

3- Représentation de la CMH et de la CMT, les freins

Après avoir donné plus d'informations sur les contraceptions masculines hormonales et thermiques, il a été demandé aux patients s'ils utiliseraient ou non l'une de ces contraceptions et de justifier leur réponse.

La plupart des patients de l'étude ne voudraient pas utiliser ces contraceptions et pour plusieurs raisons qui vont être détaillées dans cette partie.

3.1- Contraintes d'utilisation et confort

Le suivi médical via la réalisation des spermogrammes

La principale contrainte citée par les patients de l'étude (8 patients sur 17), serait la réalisation de spermogrammes avant, pendant et après l'utilisation de ces deux méthodes contraceptives. Une revue de la littérature sur les freins au développement de la contraception masculine, réalisée en 2021 et dirigée par le Dr Mieusset (30), révèle que peu d'études ont recherché l'acceptabilité du suivi médical lors de la prise d'une contraception masculine. Les seules études existantes, en Afrique du Sud, Ecosse et Chine, donnent des résultats variables. En effet les hommes d'Afrique du Sud seraient d'accord à 50% pour la réalisation du suivi médical alors que ceux d'Ecosse et de Chine ne seraient souvent pas d'accord pour ce suivi. De plus, dans une analyse qualitative menée auprès de 30 hommes et femmes (31) (intégrée dans cette revue de la littérature), les femmes évoquent aussi le fait que les hommes ne sont pas habitués à un suivi régulier.

Cependant une femme de l'étude compare les spermogrammes avec le suivi gynécologique existant pour la femme et ne trouve pas que ce soit trop contraignant.

Des méthodes compliquées par rapport aux contraceptions existantes

La complexité de réalisation des méthodes contraceptives a été mise en cause par plusieurs patients de l'étude. En effet une femme et un homme auraient préféré une pilule contraceptive masculine, plus simple à prendre selon eux. De même, deux autres patients de l'étude ne voient pas l'intérêt de ces contraceptions alors qu'ils utilisent le préservatif, et un patient de l'étude trouve même la vasectomie plus simple comme contraception malgré qu'elle nécessite une opération chirurgicale.

Il faut distinguer l'acceptabilité réelle et théorique, c'est ce qui a été fait dans la revue de la littérature de 2021 citée plus haut (30). Lorsqu'on regarde l'acceptabilité réelle des injections de testostérone, les ¾ des patients trouvent que c'est facile à s'administrer (32). Et lors des études sur une contraception hormonale sous forme de pilule, presque 30% des patients rapportaient avoir des difficultés à respecter les prises de pilule (33).

Plusieurs études ont été menées à travers le monde pour savoir sous quelle forme les hommes préféreraient prendre une contraception, et la réponse est presque unanime, en faveur de la pilule. Que ce soit dans cette étude multicentrique réalisée en Afrique du Sud, Chine et Ecosse (34), ou ces deux études en Australie (35,36), ou encore cette dernière réalisée sur 4 continents différents auprès de 9000 hommes (37). Une étude menée auprès des hommes et de femmes du Burkina Faso et de l'Ouganda n'allait pas dans ce sens, ceux-ci préférant une contraception par injection ou un gel (33).

Malheureusement, la pilule à base de testostérone n'est pas à l'ordre du jour. En effet la testostérone est mal absorbée par voie orale et donc pas assez efficace.

Contraception hormonale : La fréquence des injections trop rapprochées

Dans notre étude, la forme injectable en intramusculaire de la contraception hormonale ainsi que sa fréquence à une fois par semaine, ont été citées comme des freins à leur utilisation par une femme et deux hommes.

Une fois de plus, la revue de la littérature sur le sujet réalisée en 2021 (30) permet de justifier ce mode d'administration. Les différentes études réalisées n'ont pas permis le développement d'une pilule contraceptive. De plus, la fréquence des injections, entre 1 fois par semaine à 1 fois par mois selon l'ajout de progestérone ou non, ne peut pas être diminuée. Malheureusement les populations qui étaient favorables à l'utilisation d'injections pour la contraception masculine, l'étaient seulement pour des injections trimestriellement ou semestriellement (35,36).

D'autres formes d'administration, via un patch ou un implant n'ont pas fait preuve d'efficacité. (38–40)

Une administration sous forme de gel est à l'étude, et pourrait s'avérer efficace et acceptable. (41).

Notons tout de même qu'un homme de notre étude ne trouvait pas les injections trop rapprochées et les comparait aux injections d'insuline quotidiennes dans le cadre du diabète.

Contraception thermique : la durée du port du slip 15h par jour trop longue et inconfortable

Concernant la contraception thermique, plus de la moitié des patients de notre étude (4 hommes et 5 femmes) trouvent le slip soit inconfortable à utiliser soit trop long à porter chaque jour.

En pratique, un utilisateur du slip contraceptif (qui a participé aux études du Dr Mieusset) a rédigé son retour d'expérience et créé un site internet par la suite (42). Concernant la durée de 15h par jour, jugée trop longue par nos patients, il explique qu'on peut le porter la nuit et baisser cette durée d'utilisation de 2-3h, soit jusqu'à 12h par jour. Je n'ai à ce jour pas trouvé d'études allant dans ce sens. De plus, concernant le confort d'utilisation, il explique qu'il faut une semaine en général pour s'y habituer et que par la suite on peut jouer sur un cordon avec un lacet et le desserrer au besoin, notamment en cas d'érections qui pourraient être douloureuses. Une des patientes de notre étude le décrit aussi comme un possible "tue l'amour", et à cette affirmation on peut retrouver une réponse sur ce site aussi : il suffit de l'enlever.

Dans une étude réalisée en France en 2018 sur l'acceptation de la contraception masculine (43), aucun patient ne s'est plaint d'inconfort. Là aussi il faut le distinguer de l'acceptabilité théorique où plus d'un tiers des patients interrogés jugent la méthode inconfortable.

L'auteur de la revue de la littérature de 2021 (30) explique que cet avis dans la population générale de méthode inconfortable est possiblement véhiculé par les médias qui ne présentent que rarement le fonctionnement de la méthode mais ont souvent tendance à se moquer de cette méthode et donc à freiner la prescription de la contraception thermique.

Un délai d'action trop long

C'est ce que rapporte une femme de l'étude, pour elle le délai de mise en place de la contraception de 3 mois est trop long. A noter que personne dans l'étude n'a trouvé trop long le retour à la fertilité de 3 à 6 mois.

Une fois de plus, distinguons l'acceptabilité théorique et réelle. Si nous reprenons l'étude multicentrique réalisée en Afrique du Sud, Ecosse et Chine (34), 50% des hommes interrogés trouvent la phase inhibitrice de la mise en place de la contraception trop longue.

Mais cette fois-ci l'acceptabilité réelle retrouve des chiffres similaires. En effet, dans un essai clinique évaluant l'acceptabilité des injections de testostérone (44), 40% des hommes trouvent cette phase inhibitrice trop longue.

Difficulté d'accès au niveau géographique : Toulouse pour la contraception thermique

Une femme de l'étude évoque le fait que ce soit compliqué de se procurer un slip contraceptif et qu'il faut aller à Toulouse pour s'en procurer un…. Ce qui n'est plus totalement vrai à l'heure où je rédige ces lignes.

Initialement il fallait prendre rendez-vous avec le docteur Mieusset à Toulouse, il fournissait un slip contraceptif et assurait le suivi.

Aujourd'hui, de plus en plus de CHU mettent en place des consultations de contraception masculine, notamment ici, à Tours. Ces consultations permettent d'écarter les patients présentant des contre-indications à la prescription d'une méthode de contraception masculine, de prescrire les bilans initiaux (sanguins et spermogrammes) puis d'assurer le suivi.

Mais alors, comment se procurer le slip ?
Il faut le coudre. Des ateliers existent dans plusieurs départements pour aider les patients désireux de se lancer dans cette contraception à coudre leur slip. Par exemple à Tours, le collectif les « Remonté.e.s » existe depuis un an et est joignable sur Instagram ou via une adresse mail : lesremonte.es@proton.me. Cette adresse est donnée lors des consultations de contraception masculine aux patients au CHU de Tours.

En parallèle, il existe des tutos, notices, fiches d'informations sur le site de l'ARDECOM pour coudre le slip chez soi (ainsi que de multiples conseils pour son utilisation). (45)

3.2- Influence culturelle et sociétale

Un manque de confiance et/ou de motivation de leurs compagnons/maris

Dans notre étude, ce sont 4 femmes qui décrivent un manque de confiance envers leur mari/compagnon pour assurer la contraception de leur couple. De plus, 3 autres femmes évoquent un manque de motivation de l'homme dans leur couple pour la prise en charge de la contraception. Au total, ce ne sont pas moins de 7 femmes sur 9 dans notre étude qui remettent en cause la capacité de leur mari ou compagnon à assurer leur contraception de couple.

Cette étude qualitative réalisée l'année dernière (2022) à Tours dans le cadre d'une thèse de médecine, questionne les hommes sur leur opinion concernant la contraception masculine thermique. La confiance de leur partenaire apparaît comme un frein majeur aux hommes pour utiliser une contraception masculine. L'auteur cite les grossesses non désirées qui affectent principalement la femme dans le couple, ce qu'une patiente de notre étude a d'ailleurs évoqué également. Cette autre thèse réalisée en 2021 (46) va dans ce sens aussi, les femmes craindraient de perdre le contrôle de leur corps avec la contraception masculine.

Plus qu'un manque de confiance ou de motivation, cet article publié en 2012 (47) évoque le fait que la femme a une grande influence sur l'homme en matière de contraception masculine. En effet l'auteur écrit que selon le vécu du parcours contraceptif de la femme, celle-ci va plus ou moins sensibiliser l'homme à d'autres formes de contraception. Si la femme rencontre des difficultés contraceptives alors elle va plus impliquer l'homme dans la recherche de la contraception.

Une enquête d'opinion réalisée en 2021 (25) et portant sur l'acceptabilité des nouvelles méthodes de contraception masculine, rapporte que la plupart des femmes interrogées ne font pas confiance à leur partenaire pour l'utilisation d'une contraception masculine. En effet, elles décrivent l'homme comme un être incapable de se tenir à une tâche quotidienne ou même prêt à mentir pour rassurer sa compagne/femme. Et pourtant ce sont les mêmes qui se disent enthousiastes à l'idée du développement d'une pilule masculine. Pour nuancer leurs propos, elles rapportent qu'une contraception masculine pourrait se mettre en place mais seulement dans des relations à long terme.

Dans beaucoup d'études sur l'acceptabilité de la contraception masculine, le regard des autres personnes et la peur d'une perte de virilité étaient souvent cités. Mais dans notre étude, aucun patient ne l'a évoqué.

La contraception masculine et la parité, une question qui divise

La contraception masculine, une avancée pour la parité ? C'est ce qu'affirme un homme de l'étude. Mais à l'inverse, une femme et un homme ne sont pas d'accord avec lui et trouvent qu'il y a trop de contraintes pour pouvoir parler de parité. Alors qu'en est-il dans la littérature ?

D'un côté, beaucoup d'études rapportent que les hommes et les femmes sont en faveur du développement de la contraception masculine (46,48,49). Que ça permet une évolution croissante de la sensibilisation des hommes à la contraception de manière générale et à leur implication dans la fécondité et la grossesse. Et que cela pourrait aider certains hommes à dissocier fécondité et sexualité comme c'est le cas pour les femmes d'après cette étude.

Ensuite, une étude en Angleterre parue en 2018 (30,50) a analysé les commentaires de deux articles de presse parus en ligne avec pour thème : "L'homme comme consommateur responsable de sa santé". Une partie des hommes évoquent le droit à la fécondité au même titre que les femmes.

De l'autre côté, certaines études (51,52) disent que la contraception faisant partie de l'émancipation de la femme, la "donner" à l'homme ferait parti d'un retour en arrière. La contraception féminine fait partie des libertés durement acquises par les femmes. Les femmes sont nuancées sur ces propos : d'un côté celles qui voient une nouvelle domination masculine par le contrôle de la contraception, et de l'autre celles qui voient la possibilité de construire un nouveau modèle masculin plus responsable (47).

Un problème d'éducation des hommes dans la société

Une femme de notre étude met en cause la société d'aujourd'hui et le manque d'éducation des garçons concernant la contraception de manière générale.

C'est également ce que disent les hommes interrogés lors de cette thèse réalisée à Tours sur l'acceptation de la contraception thermique (53). Ils proposent des journées obligatoires sur la contraception pour sensibiliser et éduquer les garçons sur le sujet. En pratique, il existe des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle qui sont dispensées depuis 2018 (54). Ces séances se déroulent sous forme de 3 journées annuelles du collège au lycée et abordent trois thèmes principaux : la prévention des IST, la prévention des violences sexuelles et la contraception.

En parallèle, il existe une journée mondiale de la contraception (55) tous les 26 septembre, mais pour y participer il faut auparavant avoir déjà entendu parler de cette journée et avoir envie de s'y intéresser, ce qui réduit déjà une grande partie de la population.

La contraception masculine, une histoire de sacrifice et d'engagement

C'est ce qu'affirment deux femmes de l'étude, plus qu'une question de motivation, l'homme doit faire des sacrifices et faire un effort pour s'impliquer dans la contraception du couple.

Au Japon, une étude qualitative a été réalisée auprès de 60 hommes (56) qui décrivent justement le fait d'utiliser un préservatif comme un acte "responsable", permettant d'aider la femme. De même, cette autre étude qualitative anglaise de 2016 (57) portant sur les représentations sociales de la contraception, révèle qu'une prise de pilule contraceptive masculine pourrait les rendre aussi plus responsables. Cependant, ces mêmes hommes nuancent leurs propos en ne voulant utiliser qu'une pilule sans effet indésirable et sans risque pour leur fertilité.

Un manque d'intérêt des laboratoires

Le manque d'intérêt des laboratoires pour la contraception masculine est cité par une femme de l'étude comme un frein à son développement. En effet, dans la revue de la littérature réalisée en 2021 (30), seulement 12 essais cliniques sur 192 ont été financés par l'industrie pharmaceutique. D'après le sociologue Cyril Desjeux qui a publié plusieurs ouvrages sur la contraception masculine (11,58), cela pourrait être dû à une trop faible rentabilité de la contraception masculine. Il va même jusqu'à dire que l'industrie pharmaceutique ne s'implique pas dans le développement des méthodes de contraception masculine pour ne pas concurrencer la contraception féminine.

Des méthodes qui ne sont pas assez naturelles

C'est l'argument d'une femme de notre étude, la contraception masculine n'est pas assez naturelle. En effet, la contraception hormonale nécessite des injections de testostérone. Ce qui n'est pas le cas de la contraception thermique.

Pour revenir sur le retour d'expérience d'un usager de la contraception thermique avec le site internet "Boulocho" (59), celui-ci vante les mérites du slip contraceptif en argumentant le fait qu'il augmente la température des testicules de seulement 1 à 2°C, permettant ainsi de respecter le métabolisme cellulaire et éviter le stress des cellules, aboutissant à un état fiévreux. De plus, il donne comme motivation principale le côté sans hormone, dans un contexte où les contraceptions hormonales ont de moins en moins d'adhérents.

La plupart des études qualitatives s'intéressant à la contraception masculine (46,53) reçoivent au moins une fois cet argument : une contraception masculine naturelle, pour finalement dire une contraception sans hormone et leurs effets secondaires.

Mais on retrouve aussi dans la littérature une prise de conscience écologique autour de la contraception et des patients désireux de méthodes plus naturelles au sens : moins polluantes et produisant peu de déchets. (60,61)

3.3- Le coût de la méthode

Un homme de l'étude se pose la question du coût de ces méthodes contraceptives. De même, une femme et un homme de l'étude évoquent le possible remboursement des méthodes contraceptives masculines par la sécurité sociale.

Il est trop tôt pour parler d'un futur remboursement ou non de ces méthodes contraceptives.
Plusieurs paramètres sont cependant à prendre en compte. En premier lieu, les contraceptions et les consultations pour contraception tendent à être prises en charge à 100% par la sécurité sociale, en tout cas pour les plus jeunes. D'ailleurs la première consultation sur la contraception est aujourd'hui prise en charge à 100% et bénéficie d'une cotation particulière (CCP), que ce soit pour la contraception féminine ou la contraception masculine. (62)
Donc on peut espérer un remboursement de ces méthodes contraceptives lorsqu'elles seront commercialisées et auront obtenu leur AMM. En deuxième lieu, il faut savoir que ce n'est pas un sujet qui intéresse particulièrement les gouvernements et donc il y a peu de subventions de leur part pour la recherche sur la contraception masculine. En effet, seules la Chine et l'Inde donnent des subventions pour la recherche dans ce domaine, ce qui n'est le cas d'aucun autre pays occidentaux (30). Les financements des études viennent de fondations ou organismes à but non lucratif comme l'OMS par exemple. (63)

Aujourd'hui, sur le site de l'ARDECOM, un slip contraceptif fait par une couturière est vendu 15 euros. Sachant qu'il en faut plusieurs, cela peut vite être onéreux.

Une étude sociologique sur les coûts de la contraception de manière générale et les inégalités sociales à son accès, donne l'exemple des Etats-Unis où les pilules contraceptives ne sont pas remboursées et donc avec moins d'utilisation dans la population (64).

Cependant, les spermogrammes et les bilans sanguins demandés avant, pendant et après la prise de la contraception sont remboursés sur prescription médicale.

3.4- Manque de confiance dans ces méthodes contraceptives avec un doute sur l'efficacité

Doute sur l'efficacité de la méthode

Deux femmes et un homme de notre étude mettent en cause l'efficacité de la contraception masculine thermique et hormonale. Leur argument principal est que les études n'incluent pas suffisamment de participants, comme cité précédemment par d'autres patients.

Concernant l'efficacité des méthodes de contraception masculine thermique et hormonale, la revue de la littérature de 2021 (30) répertorie une fois de plus les différents essais cliniques réalisés. Il est important de dissocier les essais cliniques de phase 2 visant à étudier l'efficacité contraceptive via la capacité à atteindre le seuil contraceptif, des essais cliniques de phase 3 évaluant l'efficacité en condition réelle via le nombre de grossesses survenues au cours de l'étude comme jugement principal.

Les essais cliniques de phase 2 ont permis d'identifier le seuil à partir duquel il y a une inhibition de la spermatogenèse. Pour rappel ce seuil a été identifié à 1 millions/mL au terme des différentes études, et a par la suite, servi de critère de jugement principal pour étudier les différentes formes de contraception hormonales et thermiques ainsi que les différentes fréquences d'utilisation/injections.

Les essais cliniques de phase 3 quant à eux, ont eu de très bons résultats que ce soit en terme de contraception hormonale ou thermique. Concernant la contraception hormonale avec injection hebdomadaire de testostérone, l'indice de Pearl retrouvé dans les études est similaire à celui de la contraception féminine. Et pour ce qui est de la contraception thermique, 1 grossesse seulement a été observée suite à une mauvaise observance du patient.

Des études avec peu de sujets et trop courtes

C'est ce qu'affirme un homme de notre étude. Les essais cliniques sont trop courts et avec trop peu de sujets.

En effet, c'est le point noir de la recherche sur la contraception masculine, qui ressort dans la plupart des études qualitatives sur l'acceptabilité de la contraception masculine. Et pour cause, il y a seulement :

- 4 essais de phase 3 concernant la contraception hormonale avec utilisation de testostérone seule depuis 1990 (65–68)
- 4 essais de phase 3 concernant la contraception hormonale avec testostérone et progestérone depuis 2000 (69–72)
- 3 essais de phase 3 concernant la contraception thermique depuis 1991 (73–75)
- 2 essais de phase 3 sur le RISUG en 1997 et 1998 (76,77)
- 1 essai de phase 3 sur le gossypol en 1987 (78)

De plus, si le plus grand essai clinique concernant l'efficacité de la contraception masculine hormonale contient plus de 1000 couples, les essais cliniques concernant la contraception masculine thermique ne vont pas au-delà de 28 couples.

De même pour les durées des essais cliniques sur l'efficacité, ils ne dépassent pas 2 ans pour la contraception hormonale et 12 mois pour la contraception thermique.

Un manque de recul

Depuis le développement des vaccins contre le Covid 19, c'est un argument à la mode, "Il n'y a pas assez de recul"... La contraception masculine ne fait pas exception à la règle, un homme et une femme citent cet argument comme frein à son utilisation.

Les premières études d'efficacité sur le sujet ont été menées il y a plus de 30 ans, que ce soit pour la contraception masculine hormonale ou thermique. (30)

Mis à part ces études, ce sont surtout des dizaines de milliers d'hommes en France qui utilisent ces contraceptions depuis plusieurs dizaines d'années, en dehors des recommandations médicales, en particulier la contraception masculine thermique qui est plus facilement accessible. De nombreux sites internet, forums, permettent aux utilisateurs des contraceptions masculines de se renseigner sur le sujet et d'échanger entre eux. (79,80)

Doute sur la réversibilité de la méthode

Pour qu'une méthode contraceptive soit valable, il faut qu'elle soit réversible. Une femme et un homme de notre étude se posent la question de la réversibilité des méthodes de contraception masculine hormonale et thermique.

D'après l'OMS, le seuil de contraception normal est situé à 15 millions/mL de spermatozoïdes. (81)

D'après le guide des Dr Mieusset et Soufir paru en 2012, la concentration en spermatozoïdes revient à la normale en :

- 3-4 mois environ pour la contraception hormonale
- 6-9 mois pour la contraception thermique

Des précisions sont à apporter à ces chiffres.
Pour la contraception hormonale, le délai de 3.4 mois correspond au délai médian pour retrouver une concentration de spermatozoïdes supérieure à 20 millions/mL. En pratique, cette méta-analyse regroupant 30 essais sur la contraception masculine, estime le délai de retour à la fertilité pouvant aller jusqu'à 2 ans, pour que 100% des couples atteignent cette concentration (67% à 6 mois / 92% à 12 mois) (82). Notons que la durée d'utilisation lors des essais cliniques n'a pas excédé 2 ans. Il n'y a donc pas de données concernant la réversibilité passé ce délai.

Concernant la contraception masculine thermique, les délais sont similaires à ceux annoncés par le Dr Mieusset pour une période allant jusqu'à 2 ans d'utilisation également (83,84). Avec la méthode de contraception thermique utilisée aujourd'hui, en pratique le retour à une concentration de spermatozoïdes supérieure à 20 Millions/ML ce fait au bout de 3 mois (83). Cependant il existe un risque d'aneuploïdie lors de la reprise de la spermatogenèse qui devient nul au bout de 6 mois. (85–87).

Des méthodes qui ne sont pas fiables à 100%

Une femme de notre étude remet en cause la fiabilité des méthodes de contraception masculine thermique et hormonale, notamment en se posant la question du risque de grossesse en prenant ces contraceptions.

Pour commencer, rappelons qu'aucune méthode contraceptive à ce jour n'a un indice de Pearl à 0, y compris les contraceptions définitives comme la vasectomie ou la ligature des trompes (2).

Ensuite, en effet, au vu du peu d'études et de participants à celles-ci, les patients peuvent légitimement se poser la question de la fiabilité de ces méthodes contraceptives. L'efficacité de ces méthodes a déjà été abordée précédemment mais quelques points restent à éclaircir.

Même si les études n'ont montré que peu de grossesses avec la contraception hormonale, il existe une grande variabilité interindividuelle qui n'a pas pu être expliquée dans les études réalisées par l'OMS sur les injections de testostérone (66,67,88,89). Celles-ci retrouvent initialement une hétérogénéité entre les asiatiques et les caucasiens mais l'étude réalisée par la suite en France en 2011 par le Dr Soufir (72) retrouve aussi une variabilité parmi les français. Au total, ce sont jusqu'à 30% des hommes qui ne répondent pas à la contraception masculine hormonale et chez qui l'azoospermie n'est pas atteinte. D'autres facteurs, biologiques et génétiques, ont été étudiés pour expliquer cette variabilité sans succès.

De plus, il existe un effet rebond lors de la prise d'une contraception masculine hormonale. D'après la revue de la littérature de 2021 (30), dans chaque étude portant sur l'efficacité de la contraception masculine hormonale, des patients ayant initialement atteints une azoospermie (<1 million/mL), la spermatogenèse a repris malgré la bonne prise du traitement. Aujourd'hui, la raison de ce rebond est inconnue. Il n'a pas été observé dans les autres formes de contraception masculine.

Ces deux dernières informations, sur la variabilité interindividuelle et l'effet rebond sont capitales pour expliquer au patient l'intérêt du suivi régulier avant et pendant la prise de la contraception, notamment par la réalisation de spermogrammes.

3.5- Effets indésirables

Au total ce sont 6 patients de notre étude, 3 femmes et 3 hommes qui décrivent les potentiels effets indésirables des contraception hormonales et thermiques comme des freins à leur utilisation. Une patiente remarque qu'il y a moins d'effets indésirables concernant la contraception thermique par rapport à la contraception hormonale.

Qu'en est-il dans la littérature ?

Contraception masculine hormonale

Toujours d'après la revue de la littérature réalisée en 2021 (30), la plupart des effets indésirables dus à la contraception hormonale sont ceux liés à la prise de testostérone.

En effet, l'injection de testostérone seule nécessite une forte dose de testostérone pouvant provoquer les effets indésirables suivants (30) :

- Sur le plan physique : acné, prise de poids, augmentation de la masse musculaire
- Sur le plan biologique : augmentation de l'hémoglobine et de l'hématocrite, diminution du HDL
- Sur le plan sexuel : augmentation de la libido en général
- Sur le plan psychologique : irritabilité, agressivité, troubles de l'humeur et du comportement

L'ajout de progestérone permet de donner des petites doses de testostérone et de rester dans des valeurs physiologiques de cette dernière, permettant de diminuer la survenue des effets secondaires. (90)

L'injection de testostérone retard permettant des injections 1 fois par mois ou une fois tous les deux mois, permettrait de diminuer ces effets secondaires malgré une testostéronémie qui reste élevée les jours suivant l'injection (30).

Concernant l'injection de testostérone retard avec ajout de progestérone, ils n'ont pas à ce jour pu bénéficier d'essais cliniques de phase 3 sur les hommes.

A long terme le principal risque est cardiovasculaire et thromboembolique lié à l'augmentation de l'hématocrite et la diminution du HDL. Cependant il n'existe pas d'études allant au-delà de 2 ans d'utilisation pour évaluer ces effets indésirables. Même si l'ajout de progestérone permet de diminuer la survenue des effets indésirables, n'oublions pas ses effets indésirables thromboemboliques. (90).

Enfin, une étude a comparé les effets secondaires de la contraception masculine hormonale à ceux des méthodes de contraception féminine (pilule, DIU hormonal, injection de progestérone, anneau vaginal et patch) (91). La forme retard de la testostérone associée à un progestatif a été utilisée dans cette étude. Elle a montré que la fréquence de survenue des effets indésirables était similaire à celle des méthodes de contraception féminine.

Contraception masculine thermique

Concernant la contraception masculine thermique, une femme de notre étude cite les effets indésirables dermatologiques (eczéma, mycose, …) comme freins à son utilisation. Une autre femme de notre étude parle elle du risque d'aneuploïdie lors de l'arrêt de la contraception.

D'après le site internet de la société Thoreme (Androswitch) (12), dans une étude rétrospective réalisée auprès de plus de 900 patients utilisant une méthode de contraception thermique, 50% d'entre eux se plaignent d'irritation cutanée au niveau de la verge ou des bourses. Mais si ce chiffre est important, seulement 3,3% d'entre eux décrivent ces irritations comme un effet indésirable important et 89% s'y habituent en moins de 15 jours.

En effet, de nombreuses études sur les effets secondaires de la contraception thermique mettent en avant le risque d'aneuploïdie et d'anomalie chromosomique lors du retour à la fertilité. Ce risque devient nul après 6 mois d'arrêt de la contraception, soit 2 cycles de spermatogenèse. (87)

Ces possibles risques d'anomalie chromosomique font partie des motivations de l'ANSM pour interdire la vente des méthodes de contraception thermique. (17)

4- Quelques visions positives

Dans notre étude, seulement deux femmes et un homme se disent prêt à utiliser la contraception masculine thermique ou hormonale en mettant tout de même en avant certaines contraintes présentées précédemment comme les contraintes d'utilisation et de suivi ou les potentiels effets indésirables. Les deux femmes seraient plus favorables à l'utilisation de la contraception masculine hormonale plutôt qu'à la contraception thermique.

Les arguments en faveur de l'utilisation de la contraception masculine cités dans notre étude sont la parité, prendre le relai sur la contraception féminine et permettre à la femme de "faire un break".

Les deux femmes insistent sur la discussion dans le couple et sur la décision partagée qui doit se prendre à deux. L'homme ne veut pas utiliser une méthode plus contraignante ou avec plus d'effets secondaires que les méthodes de contraception féminine, il n'a pas de préférence pour la contraception masculine thermique ou hormonale.

Dans notre étude, peu de patients sont prêts à utiliser une méthode de contraception masculine, ce qui diffère grandement des autres études menées sur le sujet où ce sont jusqu'à 88% des hommes et 90% des femmes qui se disent prêt à utiliser une méthode de contraception masculine avec notamment la contraception hormonale via une pilule en priorité. (16,22,43)

Perspectives d'avenir

Trois autres femmes de notre étude sont pour le développement de la contraception masculine mais ne veulent pas utiliser la contraception masculine hormonale ou thermique pour le moment. Comme cité précédemment, elles mettent en avant les contraintes d'utilisation, les potentiels effets secondaires et le manque d'intérêt de l'homme dans leur couple pour la contraception.

Pour pallier ces freins, d'autres méthodes de contraception masculine sont à l'étude. Elles n'ont volontairement pas été citées lors des entretiens aux patients de notre étude car ces méthodes ne sont pas disponibles à ce jour. (92)

Nous pouvons citer entre autres :

- Le Vasalgel/RISUG : ce sont des polymères de haut poids moléculaire qui s'injectent dans les canaux déférents. Ils empêchent les spermatozoïdes de sortir en formant un hydrogel qui obstrue la lumière des canaux déférents. (92,93)

- Mais c'est surtout une autre étude qui a beaucoup fait parler d'elle au début de l'année 2023 (94). Une équipe a étudié l'effet d'un inhibiteur de l'adenylyl cyclase sur les spermatozoïdes, empêchant leur mobilité. Cette méthode non hormonale, pourrait être commercialisée sous forme de pilule. C'est surtout son délai d'action et sa réversibilité qui sont impressionnants. L'inhibiteur agit en 1h et est réversible 24h après son arrêt, très loin des 3 mois nécessaires jusqu'ici pour les autres méthodes.

V- CONCLUSION

Aujourd'hui, la contraception masculine est un motif de consultation abordé fréquemment pour ne pas dire quotidiennement en médecine générale. Là où les méthodes de contraception féminine sont proposées aux couples, peu (ou aucune) de méthodes de contraception masculine sont expliquées aux patients. Pourtant la contraception masculine via les contraceptions hormonales et thermiques se développe depuis plusieurs dizaines d'années.

L'objectif de cette étude était de répondre à la question suivante : Quelles sont les représentations des patients concernant la contraception masculine en Indre-et-Loire ?

Après explication du fonctionnement des méthodes de contraception masculine hormonale et thermique, la plupart des patients (14 sur 17) ne se disent pas prêts à utiliser l'une de ces méthodes. Les arguments mis en avant sont les contraintes d'utilisation, la crainte des potentiels effets secondaires, le manque de confiance ou d'efficacité, le manque d'études ou de puissance des études réalisées. Cependant, quelques patients décrivent ces recherches sur la contraception masculine comme une avancée.

Ces méthodes de contraception ne conviennent pas aux patients. Cela peut expliquer le manque d'intérêt des laboratoires pour la recherche sur la contraception masculine et pourquoi elles ne se développent pas plus rapidement malgré leur existence connue depuis plus de 30 ans.

Un des points forts de notre étude a été d'interroger des hommes et des femmes. Il n'y a pas de différences entre eux, la majorité des hommes et des femmes ne veulent pas utiliser la contraception masculine hormonale ou thermique. Les arguments avancés sont les mêmes pour les deux sexes. Un frein est avancé en plus par les femmes : le manque de confiance dans les hommes, ainsi que le manque de motivation de ceux-ci.

Certains patients comparent l'émergence et le développement de la contraception masculine à celle de la pilule féminine il y a 60 ans. Le contexte est complètement différent. Là où la contraception féminine a fait partie du combat pour la liberté des femmes, la contraception masculine vient plutôt suppléer, sans s'opposer à la contraception féminine.

Toutefois, un autre frein pour expliquer le peu de connaissance sur ces méthodes de contraception masculine, serait que les médecins manquent de formation et de connaissance sur le sujet. Il pourrait être intéressant de réaliser la même étude mais cette fois en s'intéressant aux représentations des médecins généralistes sur la contraception masculine.

Enfin, personnellement je compte utiliser la première consultation sur la contraception (CCP) pour aborder plus fréquemment le sujet de la contraception masculine.

Bibliographie

1. synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

2. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs

3. Planification familiale/méthodes de contraception [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

4. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 3 oct 2023]. L'avortement dans le monde - Focus - Les mémos de la démo. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-avortement-dans-le-monde/

5. Aubény DE. « Genre et ContracepTION ».

6. rédaction L. Viva Magazine. 2018 [cité 3 oct 2023]. Contraception : toujours une affaire de femmes ? Disponible sur: https://www.vivamagazine.fr/la-contraception-toujours-une-affaire-de-femmes-173230/

7. Formation des spermatozoïdes et éjaculation - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/formation-des-spermatozoides-et

8. Cycles: Régulation de la fonction reproductrice chez l'Homme [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: http://mediatheque.accesmad.org/educmad/mod/page/view.php?id=38398

9. Les Contraceptés - Enquête sur le dernier tabou [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: https://www.bdtheque.com/series/22248/les-contraceptes-enquete-sur-le-dernier-tabou

10. Contraception gratuite pour les femmes de moins de 26 ans depuis le 1er janvier 2022 [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15158

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

12. La contraception masculine thermique - THOREME [Internet]. Thoreme.com. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: https://thoreme.com/la-contraception-masculine/

13. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Contraception chez l'homme. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757909/fr/contraception-chez-l-homme

14. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Efficacité des méthodes contraceptives. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757924/fr/efficacite-des-methodes-contraceptives

15. Urofrance | Chapitre 01 - Contraception masculine - Urofrance [Internet]. [cité 4 sept 2023]. Disponible sur: https://www.urofrance.org/lafu-academie/formation-du-college/referentiel-du-college-durologie-5eme-edition/chapitre-01-contraception-masculine/

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

17. ANSM [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Actualité - Anneau contraceptif masculin Andro-switch : il faut démontrer l'efficacité et la sécurité du dispositif. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/actualites/anneau-contraceptif-masculin-andro-switch-il-faut-demontrer-lefficacite-et-la-securite-du-dispositif-1

18. Donval L, Oufkir N, Bondu D, Daoud E, Dumas E, Reyal F, et al. Évolution des pratiques contraceptives en France : un état des lieux de 2014 à 2019. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 juill 2022;50(7):535-41.

19. Schur L. État des lieux de l'utilisation de la contraception sans hormone chez les étudiantes de l'Université de Lorraine : étude épidémiologique descriptive transversale menée par questionnaire semi-directifs auprès de 466 étudiantes de l'Université de Lorraine de Mars à Avril 2021 [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2021 [cité 23 août 2023]. p. PPN : 262484145. Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870500

20. Frappé S. Contraception: connaissances, intérêt et implication des hommes.

21. épouse FOURNIER CB. CONNAISSANCE DES HOMMES SUR LA CONTRACEPTION MASCULINE ETUDE DESCRIPTIVE TRANSVERSALE AUPRES DE 145 HOMMES.

22. Blanc L. Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine : enquête auprès de 3368 hommes français. 25 juin 2015;59.

23. Sénat [Internet]. 2015 [cité 25 août 2023]. Contraception masculine. Disponible sur: https://www.senat.fr/questions/base/2015/qSEQ150717147.html

24. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 25 août 2023]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception

25. Constans A. Enquête d'opinion sur la contraception masculine: acceptabilité de nouveaux types de contraception.

26. Sgorlon L. La délivrance de l'information par le professionnel de santé à la patiente à propos de contraception: une étude descriptive transversale. 2019;

27. Soufir JC, Mieusset R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique. Andrologie. 2012;1-5.

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

29. Tcherdukian J, Mieusset R, Netter A, Lechevallier E, Bretelle F, Perrin J. Knowledge, professional attitudes, and training among health professionals regarding male contraceptive methods. Eur J Contracept Reprod Health Care. 3 sept 2022;27(5):397-402.

30. 2021LILUM254.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM254.pdf

31. Marcell AV, Plowden K, Bowman SM. Exploring older adolescents' and young adults' attitudes regarding male hormonal contraception: applications for clinical practice. Hum Reprod. 1 nov 2005;20(11):3078-84.

32. Amory JK, Page ST, Anawalt BD, Matsumoto AM, Bremner WJ. Acceptability of a combination testosterone gel and depomedroxyprogesterone acetate male contraceptive regimen. Contraception. mars 2007;75(3):218-23.

33. Nguyen BT, Farrant MT, Anawalt BD, Yuen F, Thirumalai A, Amory JK, et al. Acceptability of oral dimethandrolone undecanoate in a 28-day placebo-controlled trial of a hormonal male contraceptive prototype. Contraception. juill 2020;102(1):52-7.

34. Martin CW, Anderson RA, Cheng L, Ho PC, van der Spuy Z, Smith KB, et al. Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations. Hum Reprod Oxf Engl. mars 2000;15(3):637-45.

35. Weston GC, Schlipalius ML, Bhuinneain MN, Vollenhoven BJ. Will Australian men use male hormonal contraception? A survey of a postpartum population. Med J Aust. 4 mars 2002;176(5):208-10.

36. Weston GC, Schlipalius ML, Vollenhoven BJ. Migrant fathers and their attitudes to potential male hormonal contraceptives. Contraception. nov 2002;66(5):351-5.

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

38. Büchter D, von Eckardstein S, von Eckardstein A, Kamischke A, Simoni M, Behre HM, et al. Clinical trial of transdermal testosterone and oral levonorgestrel for male contraception. J Clin Endocrinol Metab. avr 1999;84(4):1244-9.

39. Hair WM, Kitteridge K, O'Connor DB, Wu FC. A novel male contraceptive pill-patch combination: oral desogestrel and transdermal testosterone in the suppression of spermatogenesis in normal men. J Clin Endocrinol Metab. nov 2001;86(11):5201-9.

40. Gonzalo ITG, Swerdloff RS, Nelson AL, Clevenger B, Garcia R, Berman N, et al. Levonorgestrel implants (Norplant II) for male contraception clinical trials: combination with transdermal and injectable testosterone. J Clin Endocrinol Metab. août 2002;87(8):3562-72.

41. Health Decisions. A Randomized, Two Center, Double-Blind Trial to Evaluate the Pharmacokinetics and Gonadotropin Suppression of Nestorone®-Testosterone (NES/T) Combination Gel in Healthy Men [Internet]. clinicaltrials.gov; 2018 mai [cité 7 sept 2023]. Report No.: NCT02432261. Disponible sur: https://clinicaltrials.gov/study/NCT02432261

42. Boulocho [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: http://boulocho.free.fr/

43. Amouroux M, Mieusset R, Desbriere R, Opinel P, Karsenty G, Paci M, et al. Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations: New fathers and new providers. PloS One. 2018;13(5):e0195824.

44. Meriggiola MC, Cerpolini S, Bremner WJ, Mbizvo MT, Vogelsong KM, Martorana G, et al. Acceptability of an injectable male contraceptive regimen of norethisterone enanthate and testosterone undecanoate for men. Hum Reprod Oxf Engl. août 2006;21(8):2033-40.

45. Méthode thermique | [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: https://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-thermique/

46. Bouchard A, Nicolle E. Freins et motivations des femmes à l'utilisation de la contraception masculine : une étude qualitative par entretiens individuels auprès de 14 femmes iséroises. 10 sept 2021;138.

47. Desjeux C. Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte. Basic Clin Androl. sept 2012;22(3):180-91.

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

49. Van Wersch A, Eberhardt J, Stringer F. Facteurs culturels psychosociaux façonnant les attitudes envers la pilule contraceptiwe masculine. In: La contraception masculine. Springer; 2013. p. 165-78.

50. Wilson A. "Put It in Your Shoe It Will Make You Limp": British Men's Online Responses to a Male Pill. J Men's Stud. 3 avr 2018;26:106082651876143.

51. dwl. daniel.welzer-lang. [cité 11 sept 2023]. La contraception masculine, ARDECOM et les groupes d'hommes, prémisses de l'évolution des rapports sociaux de genre (2). 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

52. Viel H. L'implication des hommes dans la contraception.

53. 2022_Medecine_MacedeGastinesEdouard.pdf [Internet]. [cité 23 août 2023]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2022_Medecine_MacedeGastinesEdouard.pdf

54. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Éducation à la sexualité. Disponible sur: https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814

55. Your life Global Website [Internet]. [cité 12 sept 2023]. A propos de la Journée Mondiale de la Contraception (JMC). Disponible sur: https://www.your-life.com/fr/pour-medecins-parents-etc/a-propos-de-la-jmc

56. Castro-Vázquez G, Kishi I. Silence, Condoms, and Masculinity Heterosexual Japanese Males Negotiating Contraception. Men Masculinities. 1 oct 2007;10:153-77.

57. Dismore L, Van Wersch A, Swainston K. Social constructions of the male contraception pill: When are we going to break the vicious circle? J Health Psychol. mai 2016;21(5):788-97.

58. Desjeux* C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. Autrepart. 2009;(4):49-63.

59. « Naturelle » ? | Boulocho [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: http://boulocho.free.fr/?page_id=37

60. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. Genre Sex Société [Internet]. 1 déc 2014 [cité 12 sept 2023];(12). Disponible sur: https://journals.openedition.org/gss/3215

61. Sondage : les femmes et la pilule | Résultats – J'arrête la pilule [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: https://jarretelapilule.fr/les-faits/sondage-les-femmes-et-la-pilule-resultats/

62. Beaucoup de changement pour la cotation CCP ! - MG France [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/3119-beaucoup-de-changement-pour-la-cotation-ccp

63. Nieschlag E. Male Hormonal Contraception: Love's Labour's Lost? J Clin Endocrinol Metab. 1 juin 2009;94(6):1890-2.

64. Roux A. Sociologie de la contraception en France. médecine/sciences. 2021;37(6-7):647-53.

65. Gu YQ, Wang XH, Xu D, Peng L, Cheng LF, Huang MK, et al. A multicenter contraceptive efficacy study of injectable testosterone undecanoate in healthy Chinese men. J Clin Endocrinol Metab. févr 2003;88(2):562-8.

66. World Health Organization Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia and oligozoospermia in normal men. Fertil Steril. avr 1996;65(4):821-9.

67. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia in normal men. World Health Organization Task Force on methods for the regulation of male fertility. Lancet Lond Engl. 20 oct 1990;336(8721):955-9.

68. Gu Y, Liang X, Wu W, Liu M, Song S, Cheng L, et al. Multicenter contraceptive efficacy trial of injectable testosterone undecanoate in Chinese men. J Clin Endocrinol Metab. juin 2009;94(6):1910-5.

69. Turner L, Conway AJ, Jimenez M, Liu PY, Forbes E, McLachlan RI, et al. Contraceptive efficacy of a depot progestin and androgen combination in men. J Clin Endocrinol Metab. oct 2003;88(10):4659-67.

70. McLachlan RI, McDonald J, Rushford D, Robertson DM, Garrett C, Baker HW. Efficacy and acceptability of testosterone implants, alone or in combination with a 5alpha-reductase inhibitor, for male hormonal contraception. Contraception. août 2000;62(2):73-8.

71. Behre HM, Zitzmann M, Anderson RA, Handelsman DJ, Lestari SW, McLachlan RI, et al. Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men. J Clin Endocrinol Metab. déc 2016;101(12):4779-88.

72. Soufir JC, Meduri G, Ziyyat A. Spermatogenetic inhibition in men taking a combination of oral medroxyprogesterone acetate and percutaneous testosterone as a male contraceptive method. Hum Reprod Oxf Engl. juill 2011;26(7):1708-14.

73. Shafik A. Contraceptive efficacy of polyester-induced azoospermia in normal men. Contraception. mai 1992;45(5):439-51.

74. Shafik A. Testicular suspension as a method of male contraception: technique and results. Adv Contracept Deliv Syst CDS. 1991;7(3-4):269-79.

75. Mieusset R, B'ujan L. The potential of mild testicular heating as a safe, effective and reversible contraceptive method for men. Int J Androl. 1994;17(4):186-91.

76. Guha SK, Singh G, Ansari S, Kumar S, Srivastava A, Koul V, et al. Phase II clinical trial of a vas deferens injectable contraceptive for the male. Contraception. oct 1997;56(4):245-50.

77. Guha SK, Singh G, Srivastava A, Das HC, Bhardwaj JC, Mathur V, et al. Two-year clinical efficacy trial with dose variations of a vas deferens injectable contraceptive for the male. Contraception. 1 sept 1998;58(3):165-74.

78. Liu GZ, Lyle KC, Cao J. Clinical trial of gossypol as a male contraceptive drug. Part I. Efficacy study. Fertil Steril. sept 1987;48(3):459-61.

79. La communauté intim'idées [Internet]. 2022 [cité 21 sept 2023]. Contracetion testiculaire - Accueil public. Disponible sur: https://forum.intim-idees.fr/t/contracetion-testiculaire/158

80. Thoreme.com [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Thoreme - Anneau Andro-Switch - Contraception masculine. Disponible sur: https://thoreme.com/

81. Cooper TG, Noonan E, von Eckardstein S, Auger J, Baker HWG, Behre HM, et al. World Health Organization reference values for human semen characteristics. Hum Reprod Update. 2010;16(3):231-45.

82. Liu PY, Swerdloff RS, Christenson PD, Handelsman DJ, Wang C, Hormonal Male Contraception Summit Group. Rate, extent, and modifiers of spermatogenic recovery after hormonal male contraception: an integrated analysis. Lancet Lond Engl. 29 avr 2006;367(9520):1412-20.

83. Ahmad G, Moinard N, Esquerré-Lamare C, Mieusset R, Bujan L. Mild induced testicular and epididymal hyperthermia alters sperm chromatin integrity in men. Fertil Steril. mars 2012;97(3):546-53.

84. Mieusset R, Grandjean H, Mansat A, Pontonnier F. Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. Fertil Steril. avr 1985;43(4):589-94.

85. Mieusset R, Bujan L, Mansat A, Pontonnier F, Grandjean H. Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. Fertil Steril. janv 1987;47(1):150-5.

86. Abdelhamid MHM, Walschaerts M, Ahmad G, Mieusset R, Bujan L, Hamdi S. Mild experimental increase in testis and epididymis temperature in men: effects on sperm morphology according to spermatogenesis stages. Transl Androl Urol. déc 2019;8(6):651-65.

87. Abdelhamid MHM, Esquerre-Lamare C, Walschaerts M, Ahmad G, Mieusset R, Hamdi S, et al. Experimental mild increase in testicular temperature has drastic, but reversible, effect on sperm aneuploidy in men: A pilot study. Reprod Biol. juin 2019;19(2):189-94.

88. Handelsman DJ, Farley TM, Peregoudov A, Waites GM. Factors in nonuniform induction of azoospermia by testosterone enanthate in normal men. World Health Organization Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility. Fertil Steril. janv 1995;63(1):125-33.

89. Rates of testosterone-induced suppression to severe oligozoospermia or azoospermia in two multinational clinical studies. World Health Organization Task force on Methods for The Regulations of Male Fertility. Int J Androl. juin 1995;18(3):157-65.

90. Zitzmann M. Would male hormonal contraceptives affect cardiovascular risk? Asian J Androl. 2018;20(2):145-8.

91. Abbe C, Roxby AC. Assessing safety in hormonal male contraception: a critical appraisal of adverse events reported in a male contraceptive trial. BMJ Sex Reprod Health. avr 2020;46(2):139-46.

92. Piotrowska K, Wang C, Swerdloff RS, Liu PY. Male hormonal contraception: hope and promise. Lancet Diabetes Endocrinol. mars 2017;5(3):214-23.

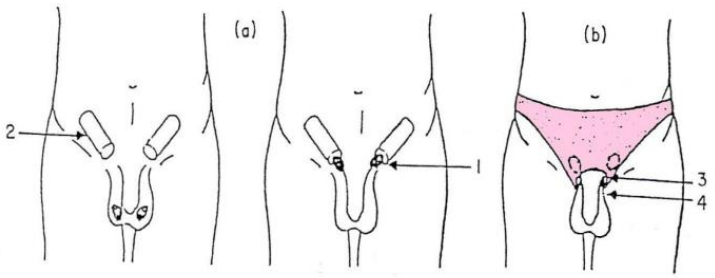
93. Thirumalai A, Page ST. Recent Developments in Male Contraception. Drugs. 1 janv 2019;79(1):11-20.

94. Balbach M, Ghanem L, Rossetti T, Kaur N, Ritagliati C, Ferreira J, et al. Soluble adenylyl cyclase inhibition prevents human sperm functions essential for fertilization. Mol Hum Reprod. 1 sept 2021;27(9):gaab054.

Annexe 1 : Méthodes de contraception masculine thermique

(Sources : Thoreme et ARDECOM)

Mieusset et al, 1985



15h/jour

Figure 1. Techniques of heating the testes. (a) Testes are lifted up (1) close to the inguinal canal (2). (b) With technique 1, testes are maintained in the previous location by means of underwear in which a hole (3) was made at the level of the root of the penis. The penis and the scrotal skin are passed through this hole (4).

Jockstrap

Andro-Switch

Slip contraceptif

Annexe 2 : Caractéristiques de la contraception masculine hormonale et thermique

Tableau I. Éléments pratiques pour la prescription et le suivi de la contraception masculine hormonale (CMH) et thermique (CMT).

	CMH	CMT
Indications	Les hommes de moins de 45 ans Spermogramme sans anomalie Et bilan biologique (NFS, HDL, LDL, TG, bilirubine, PAL, ASAT, ALAT, GGT) sans anomalie	Tout homme Spermogramme sans anomalie
Contre-indications	ATCD : cancer de la prostate : 1 cas de parent au 1er degré (père, frère) ou 2 cas d'apparentés du 2e degré ATCDP : TVP, troubles de la coagulation, pathologies cardiaques, hépatiques (ictère obstructif, stéatose), rénales (insuffisance rénale), neurologiques (comitialité…), respiratoires (apnées du sommeil), psychiatriques (psychoses, hyper agressivité), dermatologiques (acné…), prostatiques Tabagisme actif (> 5 cg/jour), intoxication alcoolique, traitement modifiant le transport des androgènes ou s'opposant à leur action périphérique, obésité (IMC > 30), HTA (syst > 150, diast > 9), acné	ATCD : cryptorchidie, ectopie testiculaire, hernie inguinale, cancer du testicule Varicocèle grade 3, grande obésité
Mise en place	Énanthate de testostérone 250 mg à raison d'une injection intramusculaire hebdomadaire de 200 mg à jour fixe	Port du sous-vêtement tous les jours minimum 15 h/jour. Le non-respect de cette durée quotidienne minimale ou le fait de rester un jour sans porter le sous-vêtement ne garantissent plus l'effet inhibiteur sur la spermatogenèse, et donc l'effet contraceptif
Phase d'inhibition	Durée : 1 à 3 mois Contraception de couple jusqu'au seuil contraceptif Arrêt du traitement si absence d'obtention du seuil contraceptif à 3 mois Surveillance : Spermogramme à 3 mois	Durée : 2 à 4 mois Contraception de couple jusqu'au seuil contraceptif Surveillance : spermogramme à 3 mois puis à 4 mois si seuil contraceptif non atteint à 3 mois
Phase d'efficacité Atteinte du seuil contraceptif (< 1 million de spz/mL sur 2 spermogrammes successifs à 15–21 j d'intervalle)	Surveillance : Spermogramme/3 mois Bilan biologique (NFS, lipides, bilan hépatique)/6 mois Examen clinique/6 mois	Surveillance : spermogramme/3 mois jusqu'au 24e mois, puis/6 mois
Effets secondaires	Fréquents : acné (5,7 %) Peu fréquents : agressivité, libido excessive (2 %) ; prise de poids (1,3 %) ; baisse HDL et LDL (1,3 %) ; augmentation hématocrite (1,3 %) Très peu fréquents (0,6 %) : HTA, dépression, asthénie, aphtose, prostatite aiguë, pneumonie, sd de Gilbert	Aucun
Durée recommandée	18 mois	4 ans
À l'arrêt	Contraception de couple dès l'arrêt Spermogramme de contrôle à 3 mois et 6 mois (si non normalisé à 3 mois)	Contraception de couple dès l'arrêt Spermogramme de contrôle à 3 mois et 6 mois (si non normalisé à 3 mois)

Annexe 3 : guide d'entretien : Quelles sont les représentations des patients sur la contraception masculine ?

1/ Prénom, Nom, âge, métier/catégorie socio professionnelle, statut marital (couple/célibataire/marié/Pacsé…), durée de la relation

2/ Avez-vous recours à une contraception dans votre couple ?

Si oui laquelle et pourquoi ?

Si non pourquoi ?

3/ Discutez-vous de la contraception dans votre couple ? Y-a-t 'il eut un changement depuis le début de votre relation dans la contraception et si oui pourquoi ?

4/ Avez-vous déjà entendu parler de la contraception masculine et que savez-vous dessus ? Par quelle source ?

5/ Quels sont les points positifs et négatifs des différentes méthodes de contraception masculine selon vous ?

(Information à ce moment-là du questionnaire sur la contraception masculine hormonale et thermique)

6/ L'utiliseriez-vous dans votre couple ?

Si oui laquelle et pourquoi ?

Si non pourquoi ?

Annexe 4 : Exemple d'un entretien

Médecin : Bonjour, je vais vous poser 6 questions ouvertes sur la contraception masculine.

Patiente : Oui

Médecin : On va commencer dès maintenant. Alors la première question c'est un peu pour savoir à qui j'ai à faire.
Votre prénom, votre nom, ça c'est bon, si je ne dis pas de bêtises c'est Madame D. c'est ça ?

Patiente : Oui

Médecin : Votre âge ?

Patiente : J'ai 33 ans.

Médecin : 33 ans, votre métier ?

Patiente : Je suis gendarme à cheval.

Médecin : C'est ça, exactement. Je redemande pour l'entretien.
Et alors, est-ce que vous êtes mariée, en couple ou pacsée ?

Patiente : Je suis mariée depuis août 2014.

Médecin : Depuis août 2014, avez-vous déjà eu des relations auparavant ?

Patiente : Oui, deux ans maximum

Médecin : Est-ce que vous avez des enfants ?

Patiente : Oui, une fille.

Médecin : Une fille

Patiente : De bientôt 9 mois.

Médecin : Est-ce que vous êtes croyante dans une quelconque religion ?

Patiente : Je suis catholique, mais après je vous avoue que là je vais très peu à l'église.

Médecin : D'accord. Est-ce que vous avez déjà eu un IVG ?

Patiente : Non

Médecin : OK, donc maintenant un peu plus particulièrement sur la contraception, est-ce que vous avez recours à une contraception dans votre couple ?

Patiente : Donc avant d'avoir ma fille, oui, je prenais la pilule.

Médecin : Vous preniez quelle pilule ?

Patiente : Daily Gé

Médecin : Alors pourquoi vous preniez une pilule et pourquoi celle-ci ?

Patiente : Alors, au tout début, je prenais la pilule parce que j'avais de l'acné. J'avais l'espoir que ça diminue, que ça supprime l'acné. Parce qu'au début, je n'avais pas de copain, et de relation. Et bon après ça n'a pas été hyper probant la pilule donc j'ai fait le traitement Curacné anciennement Roaccutane.

Médecin : OK.

Patiente : Et après, c'était ma gynéco qui me l'avait prescrite donc j'ai suivi les recommandations, je la supportais bien.
Et donc je l'ai arrêtée en 2018, juillet 2018, et j'ai eu énormément de mal à tomber enceinte. On a mis un peu plus d'un an parce que je n'avais pas de cycles réguliers. En fait au début je n'avais pas de cycles du tout. Donc là il n'est pas question que je reprenne la pilule pour le moment. Parce qu'avant de prendre la pilule j'étais très bien réglée.

Médecin : Vous avez eu recours à la PMA ?

Patiente : J'ai pris rendez-vous au CECOS mais 15 jours après j'étais enceinte, donc j'ai annulé le rendez-vous.

Médecin : Super, très bien.
Alors pour la suite, est-ce que vous discutez de la contraception dans votre couple ? Est-ce qu'il y a eu un changement depuis le début de votre relation de la contraception ? Donc du coup non, d'après ce que vous m'avez dit.

Patiente : Là, on en a parlé parce que j'ai une amie qui m'a parlé de contraception masculine parce qu'elle a entendu qu'il y a une pilule qui est à l'étude. Elle me disait que son conjoint était complétement contre l'idée de la prendre parce qu'il ne voyait pas pourquoi ce serait lui qui la prendrait, c'était un peu une réaction macho et du coup moi j'ai voulu voir la réaction de mon mari.

Médecin : OK.

Patiente : Et bah lui du coup c'était pas du tout ce genre, enfin il était contre mais pas dans le sens où ce n'était pas parce que c'était à lui de prendre une contraception, mais parce qu'on a galéré, suite à l'arrêt moi de la pilule pour avoir notre fille, c'était plutôt dans ce sens-là.

Médecin : OK, là vous m'avez dit que vous n'avez pas repris de pilule, vous n'avez pas repris de contraception ?

Patiente : Non

Médecin : Vous avez le projet d'en reprendre une ?

Patiente : Pas hormonale.
Après, si j'ai à prendre une contraception ce sera plutôt je pense un stérilet, mais sinon là on est au préservatif.

Médecin : OK, ça marche.
Alors 4e question, est-ce que vous avez déjà entendu parler de la contraception masculine et qu'est-ce que vous savez dessus ? Par quelle source ?

Patiente : Et après contraception masculine, je ne sais pas si ça fait appel à tout ce que je vous disais juste avant, avec la pilule masculine, ou si ça englobe tout ce qui est préservatif masculin ou les spermicides ou autre.

Médecin : Oui, ça peut être ça.
Les 2 en font partie.

Vous m’avez parlé du préservatif, est-ce que vous en connaissez d'autres, des méthodes contraceptives pour les hommes ?

Patiente : Après des méthodes contraceptives radicales, oui.

Médecin : Oui, comme par exemple ?

Patiente : La vasectomie c’est ça ?

Médecin : Oui la vasectomie en fait partie.

Patiente : Je ne suis pas trop calée sur ce sujet.

Médecin : C'est déjà bien ce que vous m'avez donné. Alors si vous aviez besoin d'informations sur le sujet, imaginons que vous voulez en savoir plus, vers qui est ce que vous vous tourneriez, enfin vers quelle source d'information ?

Patiente : Bah déjà, je pense que je l'ai avec mon gynéco, et puis éventuellement mon médecin, et je pense que j'irais fouiller aussi un peu sur internet, sur ce qui est dit.

Médecin : Oui

Patiente : Et après j'en parlerais avec des amis proches.

Médecin : Parmi les méthodes que vous m'avez citées, est-ce que vous arrivez à identifier les points positifs et négatifs des différentes méthodes ? Vous avez parlé du préservatif, de la vasectomie, de la pilule pour les hommes ?

Patiente : Les points positifs. Après, pour la pilule je ne vais pas être hyper objective. Pas très positif dans le sens où moi à la suite de l'arrêt de la pilule, je n’ai jamais retrouvé de cycles normaux. Et puis on a mis quasiment un an et demi, hein, à pouvoir réussir à concevoir.
Je pense que c'est, c'est un peu un dérèglement. Enfin ça va à l'encontre de la nature en fait donc vu que c'est vrai qu'en ce moment on est plutôt tourné vers la nature enfin laisser faire les choses comme elles viennent.
Donc c'est vrai que c'est pour ça que j'ai pas du tout envie de reprendre la pilule. Après moi quand je la prenais, je n'ai jamais eu d'accident et tout c'était très bien passé, quand je n'avais pas le désir de concevoir, tout se passait très bien et je n'avais pas eu d'effets secondaires ou autre.
Après, concernant les hommes, je ne sais pas s'il y aurait des effets secondaires.

Médecin : Je vais faire un point juste après.

Patiente : Après si c'est comme la pilule pour les femmes, je ne vois pas en quoi ça poserait des problèmes pour se protéger quand c'est pris régulièrement.

Médecin : OK, ça marche.

Patiente : Et après la vasectomie c'est irréversible, donc s'il y a un changement d'avis pour concevoir bah tant pis.

Médecin : Oui c'est compliqué

Patiente : Donc ça c'est un peu un point négatif mais bon. Après quand les personnes sont sûres d’elles... Je connais des personnes qui ont fait cette opération, donc ils ont eu un enfant et ils sont absolument catégoriques à l'idée de ne pas en avoir d'autre. Du coup, ils sont contents de l'avoir fait et que ce soit un homme ou une femme.

Et après le préservatif, je pense que c'est une des méthodes qui va le moins à l'encontre de la nature. Après bon, je pense qu'il y a aussi des accidents.
Avec la pilule, il peut aussi y avoir des accidents. Je connais aussi un couple qui, malgré la pilule, a eu un enfant.
Et je pense qu'il y a quand même plus de risques entre guillemets malgré tout, d'avoir un enfant ou un début de grossesse avec un préservatif.
Mais c'est ce qu'il y a de plus naturel comme contraception et ce n'est pas irréversible.

Médecin : Et ce n'est pas irréversible exactement. Bon je vous fais un petit topo sur ce qui existe.

Patiente : Faîtes.

Médecin : Premièrement, la contraception masculine, ça fait depuis 40 ans qu'on en parle environ.

(Information sur les contraceptions masculines hormonales et thermiques. Il n'y a pas eu de réaction de la patiente lors de cette explication)

Maintenant que je vous ai parlé de tout ça, donc vous avez les 3 premières méthodes contraceptives pour les hommes : le retrait, le préservatif, la vasectomie. Vous avez la contraception hormonale à base d'injections hebdomadaires, et la contraception thermique : soit à base d'un anneau à porter autour des testicules, soit avec un slip pour remonter les testicules. Est-ce que vous vous seriez prête à en utiliser une dans votre couple ?

Patiente : Quand vous parlez de problèmes dermatologiques, je me dis que même si tous les hommes ne réagissent pas ce n'est quand même pas cool d'avoir des petits problèmes de dermato comme ça suite à la contraception donc je ne pense pas utiliser l'anneau et/ou les slips.
Après les injections et autres, enfin tout ce qui est encore à l'étude je pense que tant que ce n'est pas encore hyper calé....

Médecin : Les injections, ça a été étudié depuis plusieurs dizaines d'années.

Patiente : Et puis après, pour le slip, en fonction des risques de trisomie ou autre, j'avoue que ça refroidit parce que c'est pas du tout mon désir d'avoir un enfant trisomique.

Médecin : Non mais c'est rarissime, mais oui ça peut arriver.

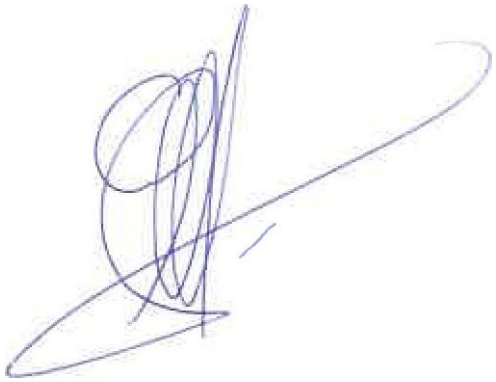
Patiente : Oui, voilà enfin après on est à l'abri de rien, hein ?
Donc j'avoue que je pense que je resterais sur ... enfin après, je pense que mon mari serait plutôt pareil, mais on resterait sur des contraceptions plutôt basiques entre le retrait et le préservatif. Pour le moment ce serait plutôt envisagé comme ça.

Médecin : OK.

Patiente : Et puis après, vu que moi, j'avais eu du mal à concevoir ….
Je prenais ma température pour connaître la période d'ovulation. Je n'ai pas eu de retour de couches encore parce que j'allaite. Un jour je caresse l'espoir d'être à nouveau plutôt calée, on fera attention aux périodes d'ovulation ou autre, et puis dans ces cas-là, sinon oui, on mettra un préservatif.

Médecin : OK. Ça marche.
Merci pour toutes ces réponses.

Vu, le Directeur de Thèse



Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours, Tours le

SERTIN Ivan

78 pages – 1 tableau – 2 illustrations

Résumé : Aujourd'hui, la contraception fait partie des sujets abordés quotidiennement lors des consultations de médecine générale. Seulement, lorsqu'on parle de contraception, c'est surtout la contraception féminine qui est mise en avant. Pourtant la contraception masculine est aussi à l'étude depuis plusieurs dizaines d'années, mais peu abordée. A côté du préservatif, du retrait et de la vasectomie, ce sont deux méthodes contraceptives qui se sont progressivement développées : la contraception masculine hormonale et la contraception masculine thermique.

Cette thèse a pour objectif de déterminer les représentations des patients, hommes et femmes, sur la contraception masculine hormonale et la contraception masculine thermique. Pour y arriver, une étude qualitative a été menée via des entretiens semi dirigés auprès de 17 patients en Indre-et-Loire.

Même si la plupart des patients sont favorables au développement de la contraception masculine, ce qui a été démontré dans de nombreuses études, il apparaît que peu de patients utiliseraient une de ces deux méthodes de contraception masculine. Les principaux freins mis en avant par les patients sont : les potentiels effets secondaires, les contraintes d'utilisation, des méthodes inconfortables, le peu d'études sur le sujet, le manque de confiance et d'efficacité de ces méthodes contraceptives.

Pour conclure, même si la contraception masculine se développe, il y a encore beaucoup de travail avant qu'elle ne soit acceptée par les patients.

Mots clés : Contraception masculine, contraception masculine thermique, contraception masculine hormonale, représentations des patients hommes et femmes

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directrice de thèse : Docteur Mélanie BOISSINOT
Membres du Jury : Docteur Cécile RENOUX
Docteur Guillaume TROPHEM

Date de soutenance : 09/11/2023