

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
Par

Salomé COLLIN
Née 30/06/1993 à Niort (79)

TITRE

Partage de la contraception au sein du couple : les femmes sont-elles prêtes à utiliser la contraception thermique comme unique moyen de contraception ? Enquête auprès de 1181 femmes.

Présentée et soutenue publiquement le **20 juin 2024** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Franck PERROTIN, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Isabelle ETTORI, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Loup DUPIN, Médecine générale, Centre d'orthogénie – Tours

Docteur Séverine DURIN, Médecine Générale, PH, Centre Hospitalier – Vendôme

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

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
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

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 – D. BABUTY – 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. MORAINÉ – 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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
BERHOUEZ 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
GUILLOIN Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLOIN-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-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
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
PERRONIN 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-vénérologie
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

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
GUEGUINO 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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT 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
NICOGLU 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

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

J'adresse un grand remerciement aux membres du jury :

Au Professeur Franck Perrotin. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Au Docteur Isabelle Ettori. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

Au Docteur Loup Dupin. Je te remercie pour le temps et les informations que tu as pu me transmettre pour la rédaction de cette thèse.

Au Docteur Séverine Durin, ma directrice de thèse. Le début a été fastidieux mais tu as continué d'y croire. Ton aide a été précieuse, ta gentillesse et ton soutien sont sans limite.

Aux professionnels de santé rencontrés pendant mes études :

Aux équipes médicales et paramédicales des urgences de Vendôme, du service de SSR et de gériatrie de Vendôme, des urgences gynécologiques du CHU de Tours, des urgences pédiatriques du CHU de Tours, du service de soins palliatifs de Luynes et de la MSP de Vendôme.

À mes co-internes qui ont égaillé mes journées en stage.

Au Docteur Xavier Chauvet qui m'a permis de me rendre compte que l'on peut être passionné par la médecine mais aussi par autre chose. Merci pour ta bienveillance. C'est toujours un réel plaisir de te recroiser sur les festivals de la région.

Au Professeur Donatien Mallet et au Docteur Valérie Duchêne. Je n'ai pas choisi le stage de soins palliatifs de gaîté de cœur. Je me suis bien trompée, c'est le stage qui a été le plus formateur à mes yeux. Votre bienveillance et accompagnement m'ont permis de me découvrir en tant que médecin. J'ai mûri. Les situations rencontrées ont enrichi mon quotidien au cabinet.

À mes collègues du cabinet du Maine, Docteurs Aline Gomez, Nathalie Acker et Mickael Malhaire. Je vous remercie de me faire confiance chaque semaine pour soigner vos patients. Merci à Hind Hadouche, notre perle, de nous faciliter la vie du cabinet.

À l'équipe COMETH du CHU de Tours et à Clément Leroux. Merci pour ta patience et ton accompagnement. Tu as su rendre ces chiffres un peu moins imbuables.

À mes amis :

À mes amies de longue date, Camille, Lauriane et Marion, mes globe-trotteuses. Malgré la distance, nos liens sont toujours aussi forts. J'attends avec impatience nos retrouvailles.

À mes deux Chloé, mes repères dès le début de notre internat. J'apprécie nos échanges avec simplicité et pureté. Vos familles se sont agrandies et me remplissent de bonheur.

À Fanny. Tu as réussi à égayer chaque jour en stage et à lui donner plein de couleurs. J'ai hâte de voir votre petite fille grandir.

À Fabien. Mon cher Fabien, ton écoute et ta patience sont exceptionnels. Dignes d'un futur maire de Vendôme. Puisse ta carrière te mener aussi loin que tu le souhaites. Plein de bonheur avec Elise.

À Clara, ma meilleure amie. Toujours présente, toujours une évidence. Ton amitié m'est si précieuse.

À ma famille :

À mes parents. Je vous remercie de m'avoir transmis des valeurs, une rigueur et une bienveillance. Vous m'avez inculqué le sens de la persévérance et l'humilité. Votre soutien est inestimable, nos échanges sur la médecine et sur le quotidien me permettent d'avancer sereinement.

À mon frère, Thomas, le vrai scientifique de la famille. Merci pour les heures passées à m'aider sur cette thèse. Discuter avec toi m'a apporté une paix. Je te souhaite beaucoup de réussite pour la suite de ton concours.

À ma belle-famille, Brigitte, Hervé et Manon. Merci de m'avoir accueillie les bras grands ouverts dans votre grande famille. J'attends avec plaisir la suite de nos aventures tous ensemble.

À mes grands-parents qui m'ont toujours poussé à aller plus loin. Votre amour m'entoure chaque jour. J'espère vous rendre fiers. Je regrette que vous ne puissiez être présents.

À Antoine, mon amour, mon futur. Je ne saurai écrire tout ce que tu m'apportes depuis que tu es entré dans ma vie. Le début d'année n'a pas été simple mais n'a fait que renforcer notre amour. Je nous souhaite de fourmiller de mille projets, toujours ensemble.

A notre mariage en septembre.

Résumé

Contexte :

En France, la contraception est principalement une affaire de femmes. Il y a 40 ans, une équipe Toulousaine a développé la contraception par remontée testiculaire mais celle-ci n'a bénéficié que de très peu d'études et d'une promotion limitée, rendant son utilisation marginale en France.

Objectif :

Évaluer le taux de femmes favorables à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire (CRT) comme seul moyen de contraception au sein de leur couple à travers un questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux.

Méthodes :

Étude quantitative descriptive transversale étudiant les femmes en couple hétérosexuel de 18 à 55 ans, réalisée par un questionnaire diffusé du 12/02/2024 au 04/03/2024 via les réseaux sociaux.

Résultats :

1181 femmes ont été incluses dans l'étude. 223 femmes (soit 19%) se sont déclarées favorables à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire comme unique moyen de contraception au sein de leur couple.

Les déterminants positifs en faveur de l'utilisation de la CRT sont un jeune âge, l'insatisfaction du choix contraceptif, un choix conjugal de la contraception, une charge contraceptive partagée. Dans cette étude, un des freins semblant être mis en avant est la difficulté à envisager l'utilisation par leur partenaire.

Conclusion :

Les femmes sont réticentes à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire comme unique moyen de contraception au sein de leur couple.

Mots clés : contraception masculine, contraception par remontée testiculaire, charge contraceptive, couple, acceptabilité

Abstract :

Title : The share of responsibility in birth control : are women ready to use thermal male contraception as the sole birth control method ? A survey of 1181 women.

Context :

In France, birth control is mainly a woman's business. 40 years ago, a medical team from Toulouse developed thermal male contraception but very few studies were conducted and this led to a limited spread, making it a fringe method in France.

Objective :

Evaluate the rate of women in favor of using thermal male contraception as the only birth control method within their couple through a survey distributed on social networks.

Method :

A cross-sectional study involving women in heterosexual relationships aged between 18 and 55, carried out by a survey made public from 12/02/2024 to 04/03/2024 via social networks.

Results :

1181 women were included in this study. 223 women (i.e. 19%) declared themselves in favour of the use of thermal male contraception as the only method of birth control within their couple.

The positive determinants in favour of the use of thermal male contraception are young age, dissatisfaction with contraceptive choice, the choice of contraception agreed upon within the couple and shared contraceptive burden. In this study, one of the obstacles that seems to be highlighted is the difficulty in considering its use by their partner.

Conclusion :

Women are reluctant to use thermal male contraception as the only method of birth control within their couple.

Keywords : male contraception, thermal male contraception, contraceptive burden, couple, acceptability

Liste des abréviations :

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ARDECOM : Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine

CM : Contraception masculine

CRT : Contraception par remontée testiculaire

CSA : Conseil supérieur de l'audiovisuel

DIU : Dispositif intra-utérin

INED : Institut national d'études démographiques

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IP : Indice de Pearl

Définitions :

L'indice de Pearl permet de mesurer la fiabilité d'une méthode contraceptive. Il correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant ou dont le partenaire utilise une contraception donnée durant un an. Plus l'IP est faible, plus la méthode est fiable

Table des matières

I. Introduction	15
A) La contraception masculine	15
1) Le retrait ou le coït interrompu	15
2) Le préservatif.....	15
3) La vasectomie	15
4) La contraception hormonale masculine	16
5) La contraception par remontée testiculaire	16
B) Et les femmes ?	18
II. Méthode	20
A) Type d'étude	20
B) Population	20
C) Questionnaire et recueil de données.....	20
1) Élaboration du questionnaire	20
2) Diffusion.....	21
3) Critère de jugement.....	21
4) Outils statistiques.....	22
III. Résultats	23
A) Pourcentage d'avis favorable à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire comme unique moyen de contraception au sein de leur couple.	23
B) Données socio-démographiques :	23
1) Âge et catégorie socioprofessionnelle.....	23
2) Le couple et la parentalité	24
3) La répartition géographique.....	24
C) Résultats autour de la pratique contraceptive au sein du couple :	25
D) Résultat autour de la contraception par remontée testiculaire :	28
IV. Discussion	30
A) Biais de représentativité.....	30
B) Adhésion des femmes à la contraception masculine	30
1. Déterminants socio-professionnels	30
2. La pratique contraceptive.....	31
3. La vie de couple et le rapport à son partenaire.....	32
C) Perspectives :	32
1. L'offre de contraception masculine :	32
2. Le manque de confiance en leur partenaire et en la technique de CRT est-il la seule raison des réticences féminines ?.....	33

3. Education et promotion de la CRT	34
V. Conclusion	36
VI. Bibliographie	37
ANNEXES	40
Annexe 1 : Questionnaire	40
Annexe 2 : attestation non déclaration CNIL.....	44

I. Introduction

La contraception est un enjeu majeur de santé publique depuis des siècles. La palette des moyens contraceptifs s'est progressivement enrichie. Pourtant, la charge mentale liée à la contraception est importante et le taux d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) reste stable. La contraception reste une affaire de femmes, souvent décidée de façon unilatérale au sein du couple (1). Le modèle contraceptif français semble assez « normé » avec une utilisation du préservatif en début de vie sexuelle puis de la pilule lorsque la fréquence des rapports sexuels augmente et enfin du dispositif intra-utérin lorsque le couple a réalisé son projet de parentalité (2).

Les hommes souhaitent s'impliquer dans la maîtrise de la fécondité selon des études récentes (3) (4) (5). Selon une étude CSA de 2012, 91 % des hommes considéraient que la contraception doit être « autant l'affaire de l'homme que de la femme » et 61 % des hommes se déclaraient ainsi prêts à prendre une pilule contraceptive si elle existait (6).

A) La contraception masculine

En France, les choix de contraception masculine restent très restreints et peu connus de la population générale. Des nouveaux contraceptifs féminins continuent d'être mis sur le marché alors qu'il n'y a que peu d'avancées concernant ceux des hommes (7). Néanmoins, depuis les années 1980, une association Française ARDECOM (8) cherche à promouvoir une contraception masculine. Les contraceptions proposées aux hommes sont :

1) Le retrait ou le coït interrompu

Le coït interrompu ou « retrait » est la méthode la plus utilisée mais surtout la moins fiable. Il consiste à retirer le pénis du vagin de la partenaire avant l'éjaculation. Historiquement, la responsabilité contraceptive pesait sur l'homme. Ainsi, le retrait était largement utilisé avant l'arrivée des méthodes contraceptives féminines médicalisées. L'indice de Pearl en pratique est si élevé que l'on ne peut pas le considérer comme un moyen de contraception (9).

2) Le préservatif

Le préservatif est une gaine mince et souple empêchant l'émission de sperme dans le vagin et le contact entre les muqueuses. Son indice de Pearl théorique est de 2% mais son indice de Pearl pratique est de 15% (9). Il reste le moyen de contraception le plus utilisé dans le monde du fait de son double effet : contraceptif et préventif des infections sexuellement transmissibles (10) (11).

3) La vasectomie

La vasectomie est une contraception dite définitive. C'est un acte chirurgical, réalisé sous anesthésie locale, consistant à sectionner, cautériser ou clipser les canaux déférents. Ainsi les spermatozoïdes ne peuvent pas rejoindre le sperme. Cette contraception n'a pas d'impact sur

l'érection, l'éjaculation ni le plaisir sexuel. En France, un délai de réflexion de 4 mois est obligatoire avant l'intervention. Une conservation du sperme peut être alors proposée. Un spermogramme est réalisé à 3 mois afin de confirmer l'azoospermie.

Son indice de Pearl est de 0,10% en théorie et est en pratique évalué à 0,15% (9).

La vasectomie représente moins de 1% des moyens de contraception utilisés en France, alors qu'elle est courante dans les pays anglo-saxons ou ceux d'Amérique du Nord. Selon une étude du CSA en 2012, 20% des Français seraient prêts à y recourir (6).

4) La contraception hormonale masculine

Son principe repose sur l'utilisation de testostérone exogène, associée ou non à un progestatif afin d'inhiber la production de testostérone endogène et la spermatogenèse. En France, elle est prescrite par peu d'équipes médicales. Elle consiste en l'injection hebdomadaire d'une hormone (l'énanthate de testostérone) et permet une absence de spermatozoïdes dans le sperme au bout de 4 mois (12). Cette méthode ne peut être utilisée que 18 mois au maximum. Il n'y a cependant pas d'autorisation de mise sur le marché à but contraceptif. Après l'arrêt des injections, la spermatogenèse redevient normale au bout de 4 mois environ.

Ses contre-indications sont les troubles de la coagulation, les antécédents de phlébite, les pathologies cardiovasculaires, hépatiques, respiratoires, dermatologiques, psychiatriques et l'obésité, ainsi que les antécédents familiaux de cancer de la prostate.

Différentes présentations de la contraception hormonales masculines ont été testées (forme injectable, pilule, topique). Cependant, son développement est limité du fait d'effets indésirables jugés inacceptables par les participants des études (acné, baisse de la libido, changement d'humeur ou douleurs aux sites d'injections), de ses contre-indications et de sa durée d'utilisation relativement courte.

5) La contraception par remontée testiculaire

Elle consiste à augmenter la température des testicules de 2°C pour diminuer la production de spermatozoïdes. Dans ce but, les testicules sont maintenus « au chaud » dans les canaux inguinaux.

Le dispositif repose sur le port d'un sous-vêtement (jockstrap, slip) ou d'un anneau en silicone comme l'andrositch® (13) permettant cette ascension des testicules au plus proche de la paroi abdominale. Cette méthode doit être portée au moins 15 heures par jour pour être efficace. Le suivi de son efficacité se fait via des spermogrammes tous les 3 mois. Son efficacité est observée au bout de 3 mois d'utilisation et réversible à l'arrêt.

Du fait d'un manque de données scientifiques, la durée maximale conseillée d'utilisation de ce dispositif est de quatre ans sans faire de pause (12).

Son indice de Pearl serait inférieur à 0,5 mais n'a été calculé que sur un faible échantillon. En effet dans des études de 1991 et 1994, il n'a été observé, sur 51 couples pendant 536 cycles d'exposition, qu'une seule grossesse, consécutive à une mauvaise utilisation de la méthode (14) (15).

La contraception par remontée testiculaire n'est pas recommandée en raison de données scientifiques insuffisantes dans les situations suivantes : anomalie de la descente des testicules traitée ou non, hernie inguinale traitée ou non, cancer du testicule, présence d'une varicocèle de grade 3, obésité importante. Lors des études, il a été rapporté un inconfort lié à l'utilisation des dispositifs avec peu d'autres effets secondaires (12).

L'accès à cette contraception est difficile du fait de l'absence d'étude à grande échelle. Elle est prescrite par l'équipe du CHU de Toulouse. Certains hommes choisissent de confectionner eux-mêmes ou d'acheter ces sous-vêtements à l'aide d'associations. (16)

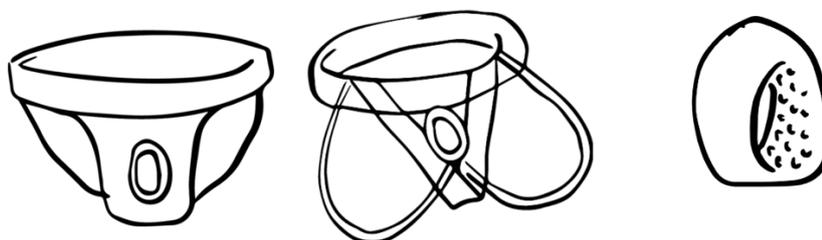


Image 1 : Slip « Miousset » ou remonte-couille Toulousain RCT (source : Thoreme)

Image 2 : Jockstrap testiculaire en Do It Yourself (source : Thoreme)

Image 3: Anneau testiculaire (source : Thoreme)

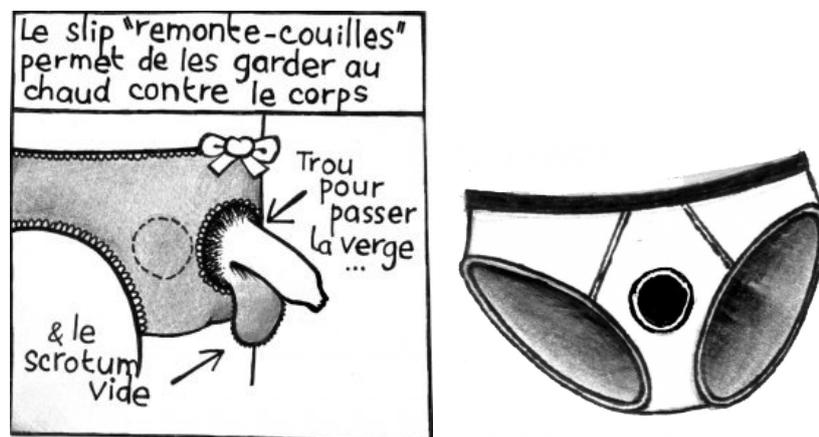


Image 4 et 5 : slip « Miousset » (source : Ardecom)

L'andro-switch a été retiré du marché en 2021 par l'ANSM devant l'absence d'étude validant son efficacité et sa sécurité (17).

6) Qu'en pensent les hommes ?

La diversification de la contraception masculine est demandée par certains hommes depuis plus de 40 ans (7).

Plusieurs études se sont intéressées à l'acceptabilité des hommes de la contraception masculine (18) et plus précisément de la contraception par remontée testiculaire (19) (20) (21).

Les principales motivations des hommes quant à l'utilisation d'une contraception masculine au sein de leur couple semblent centrées autour du partage de la charge contraceptive avec leur partenaire et la volonté de reprendre le contrôle sur leur fécondité. La contraception par remontée testiculaire a pour avantage d'être perçue comme une méthode naturelle, non hormonale et réversible (19). On note une globale satisfaction de la CRT (20). Les participants recommanderaient cette méthode à d'autres hommes. Une amélioration de la satisfaction sexuelle, de la confiance au sein du couple et un sentiment de valorisation sont observés chez les hommes utilisant la CRT (19). Les effets indésirables sont fréquents et bénins (irritation cutanée, douleur testiculaire, ...) ne constituant pas un frein à l'utilisation de la CRT.

Les freins soulevés par les hommes quant à l'utilisation de la CRT sont la crainte d'un inconfort, un manque de recul sur l'efficacité et la sécurité de cette méthode, la peur du regard des autres avec une atteinte de leur masculinité. Dans une société patriarcale en voie d'évolution, la norme contraceptive est celle de l'homme peu impliqué dans le choix contraceptif. Il utiliserait d'abord le préservatif lorsqu'il est célibataire puis il semblerait se décharger du poids contraceptif lorsqu'il est en couple, laissant sa partenaire l'assumer seule (21). Les hommes se posent ainsi en spectateurs de la contraception au sein de leur couple. Cela est favorisé par un manque d'information et d'éducation à la contraception masculine. L'offre en matière de moyens contraceptifs masculins est limitée en France, se résumant au préservatif, à la vasectomie et à l'utilisation marginale de la contraception hormonale masculine et la contraception par remontée testiculaire. Concernant la CRT, le dispositif est perçu par certains hommes comme surprenant voire « tue-l'amour », impactant leur esthétique et ainsi leur virilité (20).

B) Et les femmes ?

Dans notre société, la contraception est une affaire de femmes. En effet, les hommes ne sont pas physiquement concernés par le risque de grossesse. La maîtrise par les femmes de la pratique contraceptive semble plus légitime (22).

Plusieurs études semblent montrer une volonté de partage de la charge contraceptive pour réduire la charge mentale féminine et avoir une implication conjointe dans la fertilité du couple (23). Environ un tiers des couples dans le monde s'appuie sur une contraception masculine malgré le faible nombre d'options disponibles.

Selon certains avis féministes, la contraception masculine pourrait remettre en question le droit des femmes de disposer de leur corps et permettre une réactualisation de la domination masculine (22). D'autres féministes y voient une autre possibilité : celle de construire un nouveau modèle de masculinité plus responsable dans ce domaine.

Selon l'étude du CSA de 2012, 61% des femmes se déclarent prêtes à laisser la responsabilité de la contraception à leur partenaire (6). Selon des études internationales, les femmes seraient plutôt enclines au développement de la contraception masculine notamment une contraception

hormonale orale compte tenu de sa simplicité d'utilisation (23) (24). Les méthodes de contraception masculine actuelle ne sont pas considérées comme suffisantes par les femmes (25).

Il existe des freins identifiés à l'utilisation de la contraception masculine selon les femmes (26). Ils se concentrent autour de la difficulté d'accès des méthodes contraceptives masculines, de leur confort, des freins purement sociétaux, un manque de confiance en leur partenaire et en la méthode utilisée ainsi qu'une crainte d'un impact sur leur sexualité. D'autre part, les femmes sont motivées à l'utilisation d'une contraception masculine compte tenu de la possibilité d'une double sécurité vis-à-vis du risque de grossesse, d'un souhait de changement sociétal allant vers une égalité homme-femme, une diminution des effets secondaires liés à la contraception féminine.

La contraception masculine reste donc marginale dans notre société, tant par le manque de méthode, l'absence d'AMM ou la faible utilisation en pratique réelle de certaines méthodes.

Dans une société où le besoin d'élargir l'offre contraceptive émerge, les femmes sont-elles enclines à partager la charge contraceptive au sein du couple en utilisant la contraception par remontée testiculaire ?

II. Méthode

A) Type d'étude

L'élaboration du questionnement autour de cette thèse a été facilitée par l'intervention de la commission COMETH du CHRU de TOURS et le suivi de Clément Leroux, interne de santé publique.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée au moyen d'un questionnaire anonymisé. Le questionnaire Google Form étant complètement anonyme et ne contenant aucune donnée (même en les croisant) permettant de remonter à l'identité des participants, la déclaration CNIL n'est pas nécessaire (Annexe 2).

B) Population

La population concernée était composée de femmes majeures de 18 à 55 ans en couple actuellement hétérosexuel exclusif. Nous avons décidé de ne prendre en compte que le couple actuel car l'orientation sexuelle d'une personne est fluide au cours de sa vie.

Les mineures ont été exclues pour des questions éthiques.

La borne supérieure d'âge a été fixée à 55 ans compte tenu de l'âge moyen de la ménopause entre 45 et 55 ans.

Les femmes en couple homosexuel exclusif ont été exclues en raison du manque d'intérêt pour cette méthode de contraception. Les femmes en couple hétérosexuel non exclusif ont été exclues du fait du nombre important de variables à prendre en compte au sein d'un couple libre ou de relations extra-conjugales.

L'enquête a été conduite sous les principes de l'anonymat et du volontariat.

C) Questionnaire et recueil de données

1) Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur Google Form. Il comprend 18 questions. Les trois premières questions permettaient de respecter les critères d'exclusions (être un homme, être mineure, être une femme en couple hétérosexuel non exclusif, être une femme en couple homosexuel). Toutes les questions étaient à réponses obligatoires. Quelques lignes présentaient l'objectif du travail ainsi que la méthode contraceptive par remontée testiculaire.

Le questionnaire a été préformé à l'aide des travaux de C. Richard (25) et L. Blanc (4). Il a été enrichi par les corrections de Clément Leroux, interne en santé publique au CHRU de Tours. Le questionnaire comportait 3 grandes parties : les pratiques contraceptives actuelles au sein du couple, l'opinion sur la contraception par remontée testiculaire et des données démographiques.

Avant d'être diffusé, le questionnaire a été testé auprès de 5 personnes et a été corrigé à plusieurs reprises.

2) Diffusion

Le questionnaire a été diffusé via les réseaux sociaux sur des groupes Facebook® orientés « problèmes féminins » afin de toucher une population féminine très diversifiée.

- Entre femmes : 5,3 K membres
- Astuces de femmes 3,3 K membres
- Cycle féminin, conception & contraception, problématiques féminines 5,2K membres
- Méthodes de contraception 3,9 K membres
- Pilule implant stérilet contraceptif (féminin) 7,4 K membres

Des groupes d'actualités de l'Indre et Loire ont aussi été utilisés comme canal de diffusion.

- Tourangelles !!! Tourangeaux !!! 3,6 K membres
- Sortir à Tours 14,9 K membres
- Groupe de Touraine, le département 4K membres
- Bouche à oreille de Touraine 42,6K membres
- Vivre à Tours 12,3K membres
- Tu es de Tours si... 84,1 K membres
- Tours 57,1 K membres

Des influenceurs santé (superpediatre 13,6K followers, lecoeurnet.info 73,6K followers, staypanda_medlife 36,5K followers) et des pages d'associations orientées sexualité (lespipelettesorg 12,1K followers, c'estquoitonplan 2505 followers) ont relayé en stories Instagram® un lien vers le questionnaire. Les autres réseaux sociaux n'ont pas été utilisés pour la diffusion initiale.

Nous avons aussi pu compter sur un effet boule de neige grâce au partage de l'enquête aux proches des participantes.

Une première diffusion a été faite le 12/02/2024 avec plus de 600 réponses obtenues en 48h. Une relance sur les mêmes groupes de diffusion a été effectuée le 19/02/24. La diffusion a été arrêtée au bout de 3 semaines de diffusion le 04/03/24.

3) Critère de jugement

Le critère de jugement principal est de déterminer le pourcentage d'avis favorable à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire chez les femmes de 18 à 55 ans en couple hétérosexuel.

L'objectif secondaire est de quantifier les facteurs déterminant l'acceptation ou le refus de la contraception par remontée testiculaire chez les femmes de 18 à 55 ans en couple hétérosexuel.

Des questions sur les données sociodémographiques, le couple, les pratiques contraceptives et sur une potentielle utilisation de la contraception par remontée testiculaire viennent enrichir les résultats.

4) Outils statistiques

L'ensemble des données a été exporté dans le logiciel Microsoft Excel.

III. Résultats

Au total, 1203 personnes ont participé au questionnaire. Les 2 hommes et 20 femmes en couple homosexuel ou en couple non exclusif ont été exclus de notre étude. Finalement, 1181 femmes ont été incluses dans cette étude.

A) Pourcentage d'avis favorable à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire comme unique moyen de contraception au sein de leur couple.

L'objectif principal était de déterminer le pourcentage d'avis favorable à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire comme unique moyen contraceptif au sein de leur couple parmi les femmes en couple hétérosexuel.

223 femmes (soit 19%) se sont déclarées favorables à l'utilisation de la CRT comme unique moyen de contraception au sein de leur couple.

B) Données socio-démographiques :

1) Âge et catégorie socioprofessionnelle

La population de cette étude est principalement composée d'une population jeune avec un âge médian à 32 ans. En effet, 52,1% des répondantes font partie de la catégorie d'âge 26-35ans. Cette même tranche a le pourcentage d'acceptation de la CRT comme unique moyen de contraception le plus élevé (23%) contre 14,3% chez les 18-25 ans, 15,1% chez les 36-45 ans et 13% chez les 46-55 ans.

Vous	Total		Favorable	
	N=1181	%	N=223	%
Âge				
18-25 ans	384	32,50%	55	14,30%
26-35 ans	615	52,10%	141	23%
36-45 ans	159	13,40%	24	15,10%
46-55ans	23	1,90%	3	13%
Catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteurs exploitants	6	0,50%	1	16,60%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	57	4,80%	13	22,80%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	428	36,20%	82	19,10%
Professions Intermédiaires	200	16,90%	36	18%
Employés	243	20,60%	52	21,30%
Ouvriers	3	0,20%	1	33%
Retraités	0	0%	0	0%
Sans activité professionnelle	244	20,60%	38	15,50%

Tableau 1 : Répartition de l'âge et des catégories socio-professionnelles des participantes

La répartition des catégories socioprofessionnelle est déséquilibrée. En effet, les cadres, professions intellectuelles supérieures sont largement surreprésentées (36,2%), comme les employés (20,6%), les personnes sans activité professionnelle (20,6%). Aucune retraitée n'a répondu à l'étude.

Les cadres sont favorables à l'utilisation de la CRT à 19,1%, les employés à 21,3%, les professions intermédiaires à 18% et les sans activité professionnelles à 15,5%.

2) Le couple et la parentalité

Concernant la durée du couple, les femmes en couple entre 1 et 5 ans représentent 42,5% des répondants. Les femmes en couple entre 6 et 10 ans ont le pourcentage le plus élevé d'acceptation (22%) de la CRT comme unique moyen de contraception.

La plupart des répondantes (58,7%) n'ont pas d'enfant. Parmi les participantes n'ayant pas d'enfant, 17,7% acceptent la CRT comme unique moyen de contraception.

Vous	Total		Favorable	
	N=1181	%	N=223	%
Durée du couple				
Moins d'un an	66	5,50%	12	18,10%
Entre 1 et 5 ans	503	42,50%	84	16,60%
Entre 6 et 10 ans	353	29,90%	78	22%
Plus de 10 ans	259	22%	49	18,90%
Nombre d'enfants				
Aucun	694	58,70%	123	17,70%
Un	241	20,40%	53	22%
Deux	186	15,70%	35	18,80%
Trois	53	4,40%	11	20,70%
Plus de trois	7	0%	1	14,30%

Tableau 2 : Durée du couple et parentalité au sein des participantes

3) La répartition géographique

Les régions ayant le haut pourcentage d'acceptation de la CRT comme unique moyen de contraception sont la région Provence Alpes Côtes d'Azur (27,4%) puis la région Occitanie (23,3%), puis la Région Auvergne Rhône Alpes (22,6%) puis la région Bretagne (21,3%). Il n'y a que 3 répondantes Corses et aucune n'est favorable à l'utilisation de la CRT au sein de leur couple.

Vous	Total		Favorable	
	N=1181	%	N=223	%
Départements				
Région Auvergne Rhône Alpes	137	11,60%	31	22,60%
Région Hauts de France	74	6,20%	11	14,90%
Région Provence Alpes Côte d'Azur	62	5,30%	17	27,40%
Région Grand Est	81	6,80%	17	20,90%
Région Occitanie	77	6,50%	18	23,30%
Région Normandie	44	3,70%	7	15,80%
Région Nouvelle Aquitaine	98	8,30%	18	18,30%
Région Centre	158	13,40%	30	18,90%
Région Corse	3	0,30%	0	0%
Région Bourgogne Franche Comté	55	4,70%	7	12,70%
Région Bretagne	61	5,20%	13	21,30%
Région Ile de France	231	19,50%	40	17,30%
Région Pays de la Loire	86	7,30%	14	16,30%
DOM TOM	14	1,20%	0	0%

Tableau 3 : Répartition géographique des participantes

C) Résultats autour de la pratique contraceptive au sein du couple :

	Total		Favorable	
	N=1181	%	N=223	%
Votre contraception				
Sentiment d'être informée sur la contraception				
Bien informée	921	77,90%	176	19,10%
Moyennement bien informée	242	20,50%	44	18,20%
Plutôt mal informée	16	1,40%	3	18,70%
Mal informée	2	0,20%	0	0%
Qui a été à l'origine de ce choix contraceptif				
Vous	835	70,70%	150	10,30%
Lui	12	1%	4	33,30%
Les deux	334	28,30%	69	20,60%
A qui incombe la charge contraceptive au sein du couple ?				
Plutôt vous	875	74,10%	162	18,50%
Plutôt lui	60	5%	10	16,60%
Les deux	246	20,80%	51	20,70%
Satisfaction du mode de contraception actuel				
Très satisfaite	328	27,80%	56	17,10%
Satisfaite	627	53,10%	110	17,50%
Insatisfaite	191	16,20%	50	26,10%
Très insatisfaite	35	2,90%	7	20%
Favorable au développement de la contraception masculine				
Très favorable	976	82,60%	218	22,30%
Moyennement favorable	163	13,80%	4	2,4
Peu favorable	34	2,90%	1	2,90%
Pas du tout favorable	8	0,60%	0	0%

Tableau 4 : Pratique contraceptive des femmes.

Une très grande majorité des répondantes (98,5%) se sentent informées (bien informées et moyennement bien informées) concernant la contraception en général. Peu de femmes bien informées (19,1%), moyennement informées (18,2%) se disent favorables à la CRT comme unique moyen de contraception. Aucune répondante mal informée sur la contraception n'est favorable à la CRT comme unique moyen de contraception.

Concernant les moyens de contraception, certaines réponses ont paru incohérentes avec des usages combinés de moyens de contraception peu communs comme l'association du DIU et de la contraception hormonale orale féminine ou l'association d'une méthode naturelle et du DIU.

En excluant les usages combinés, une majorité des répondantes utilise le DIU (38%) et la contraception hormonale orale féminine (29%). Le préservatif représente ensuite 15% des moyens de contraception des répondantes. Les méthodes naturelles sont tout de même utilisées par 7% des répondantes. Les contraceptions dites définitives ne représentent que 2% pour celles dites « masculines » et 1% pour les « féminines ».

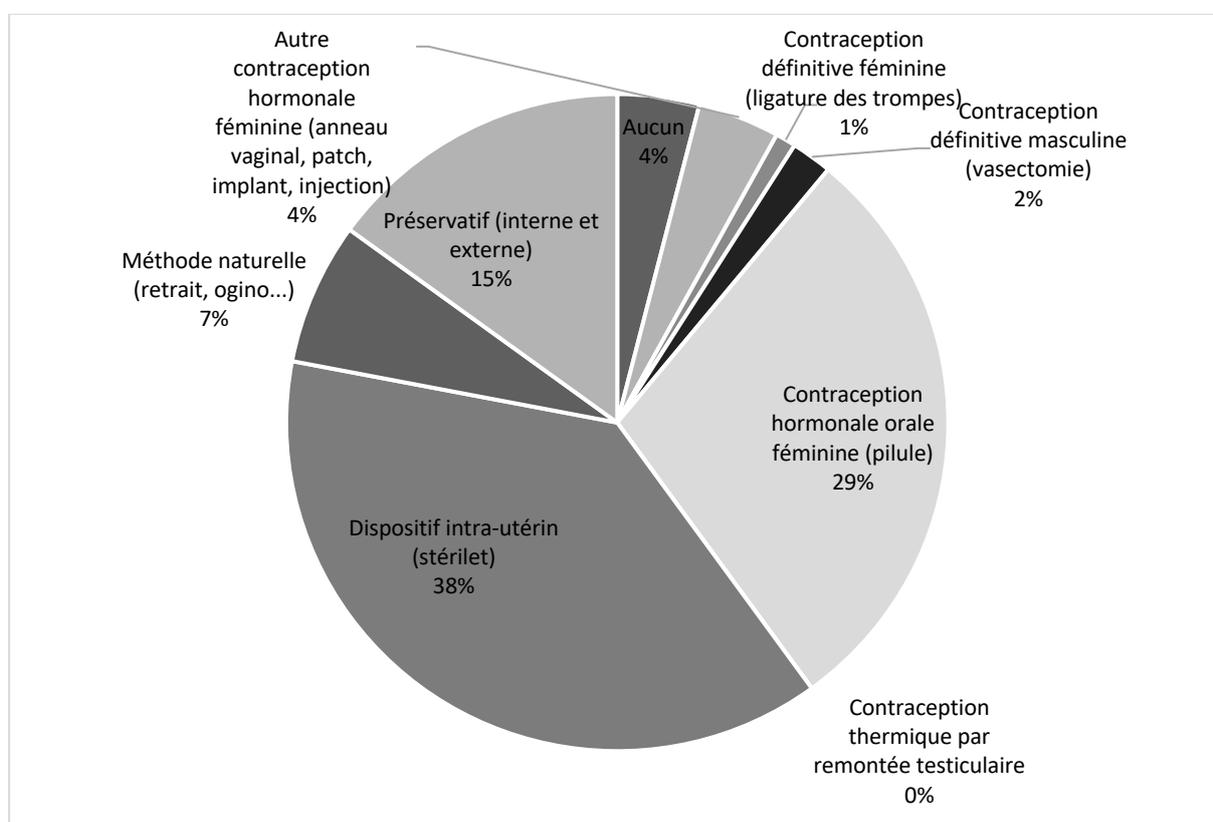


Figure 1 : Répartition des moyens de contraception sans usage combiné

De nouveau, en excluant les usages combinés de moyens de contraception, nous obtenons cet histogramme concernant la répartition des moyens de contraception selon l'âge des participantes.

L'usage du préservatif est autour de 15% dans tous les groupes.

Nous pouvons noter 0% de méthode naturelle chez le groupe 46-55ans alors qu'elle représente jusqu'à 9% dans le groupe 36-45 ans.

L'usage du DIU est globalement autour de 40% dans les groupes au-dessus de 26 ans alors qu'il est plus bas (32%) chez les 18-25ans.

L'usage de la contraception hormonale orale féminine tend à diminuer avec l'âge.

La contraception définitive masculine est entre 0-1% dans les groupes 18-35 ans alors qu'elle est plus élevée dans les groupes plus âgés (6% chez les 36-45 ans et 4% chez les 46-55 ans). On voit la même tendance pour la contraception définitive féminine.

Les autres contraceptions hormonales féminines ne sont pas utilisées dans le groupe des 46-55 ans alors qu'elles représentent entre 3 et 5% dans les groupes plus jeunes.

L'absence de moyen de contraception augmente progressivement avec l'âge.

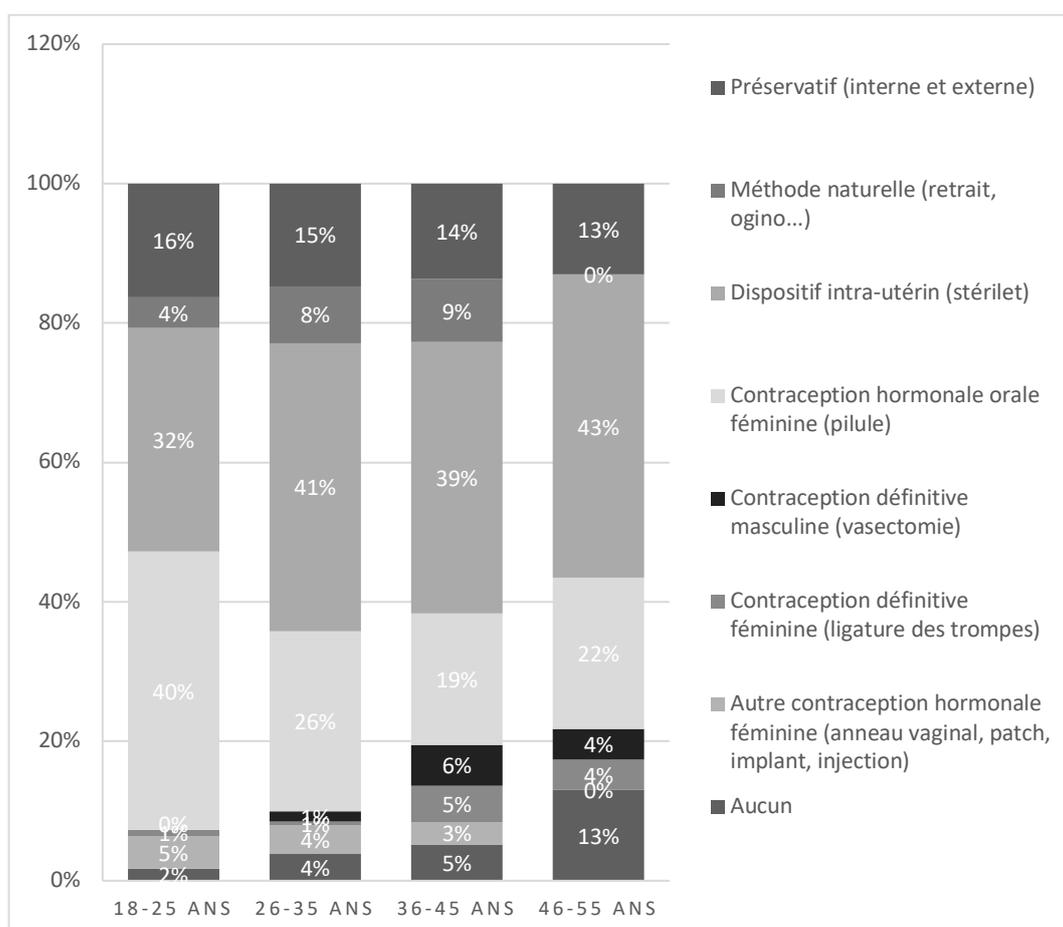


Figure 2 : Répartition des moyens de contraception selon l'âge

Les femmes les plus satisfaites de leur moyen de contraception semblent être celles utilisant le préservatif ou le dispositif intra-utérin avec plus de 91% de répondantes satisfaites. Les femmes utilisant une méthode dite naturelle semblent insatisfaites de leur méthode de contraception avec 66,7% d'insatisfaites.

70,7% des femmes se disent à l'origine du choix de leur contraception. Parmi elles, seules 10,3% sont favorables à l'utilisation de la CRT au sein de leur couple. A contrario, lorsque le choix de la contraception est conjugal (ce qui représente 28,3% des répondantes), une femme sur cinq est favorable à l'utilisation de la CRT.

Parmi les femmes qui ont été à l'origine du choix contraceptif du couple, 82,4% sont satisfaites de leur choix contraceptif alors que lorsque le choix est conjugal, 77,2% sont satisfaites.

La plupart des femmes (74,1%) considère que la charge contraceptive leur incombe. Parmi celles-ci, 18,5% sont favorables à la CRT. Lorsque la charge contraceptive est partagée (20,8% des répondants), une femme sur cinq est favorable à la CRT.

Parmi les femmes dont la charge contraceptive est partagée au sein du couple, 80% se disent satisfaites de leur choix contraceptif. Quand la charge contraceptive leur incombe, elle se disent satisfaites avec un pourcentage similaire (80,5%).

Une majorité de femmes se disent satisfaites de leur mode de contraception (27,8% très satisfaites et 53,1% satisfaites). Parmi elles, 17% sont favorables à la CRT au sein de leur couple. A contrario lorsque les femmes sont insatisfaites de leur mode contraception (16,2% des répondantes), 26,1 % sont favorables à la CRT.

Parmi les femmes satisfaites de leur contraception, 80,5% se disent favorables au développement de la contraception masculine. La majorité des femmes insatisfaites (90,4%) sont favorables au développement de la contraception masculine.

D) Résultat autour de la contraception par remontée testiculaire :

	Total		Favorable	
	N=1181	%	N=223	%
Favorable au développement de contraception masculine				
Oui	1139	96,40%	222	19,50%
Non	42	3,60%	1	2,40%
Connaissance préalable de la contraception thermique par remontée testiculaire				
Oui	841	71,20%	183	21,80%
Non	340	28,80%	40	11,80%
Pensez-vous que votre partenaire l'utiliserait ?				
Oui	316	26,80%	123	38,90%
Non	865	73,20%	100	11,60%
CRT comme moyen complémentaire				
Oui	556	47,10%	182	32,70%
Non	625	52,90%	41	6,60%

Tableau 5 : Perception de la contraception par remontée testiculaire par les femmes.

La majorité des répondantes se disent favorables au développement de la contraception masculine en général. Parmi celles-ci, 80,5% ne sont pas favorables à l'utilisation de la CRT au sein de leur couple.

71,2% des femmes connaissent au préalable la CRT. Parmi elles, 21,8% sont favorables à l'utilisation de la CRT alors que les femmes ne la connaissant pas y sont favorables à 11,8%.

Près des trois-quarts des répondantes (73,2%) pensent que leur partenaire ne serait pas prêt à utiliser la CRT. Malgré cela, parmi elles, 11% utiliseraient la CRT au sein de leur couple. Le

quart des répondantes pensant que leur partenaire serait prêt à l'utiliser ne compte que 38,9% favorables à l'utilisation de la CRT au sein de leur couple.

Parmi les femmes prêtes à utiliser la CRT comme moyen complémentaire de contraception, 58% pensent que leur partenaire ne serait pas prêt à l'utiliser. Parmi les femmes qui ne seraient pas prêtes à utiliser la CRT comme moyen complémentaire, 86% pensent que leur partenaire ne serait pas prêt à l'utiliser, alors que parmi les femmes prêtes à utiliser la CRT comme unique moyen de contraception, 61% pensent que leur partenaire ne serait pas prêt à utiliser la CRT.

Près de la moitié (47,1%) des répondantes se disent prêtes à utiliser la CRT comme moyen complémentaire de contraception. Cependant, parmi elles, lorsqu'il s'agirait d'utiliser la CRT comme unique moyen de contraception, uniquement 32,7% seraient prêtes à l'utiliser.

Quand les femmes déclarent porter la charge contraceptive au sein du couple, 76,6% pensent que leur partenaire ne serait pas prêt à utiliser la contraception par remontée testiculaire au sein de leur couple.

Quand la charge contraceptive est partagée, 61% pensent que leur partenaire ne serait pas prêt à utiliser la contraception par remontée testiculaire au sein de leur couple.

IV. Discussion

A) Biais de représentativité

Le choix de diffuser notre questionnaire via les réseaux Facebook® et Instagram® a probablement induit un biais de sélection quant à l'âge des participantes, expliquant la faible participation des femmes de plus de 46 ans, moins utilisatrices des réseaux sociaux (27).

Notre étude ciblait en effet les femmes potentiellement les plus concernées par la contraception, sur des groupes dédiés aux problématiques féminines ce qui s'est avéré un bon choix : nous avons obtenu 1181 réponses exploitables. Mais, ce qui est un bon moyen de recrutement, induit, de fait, un biais de sélection des participantes volontaires pour participer à l'étude.

La répartition des catégories socioprofessionnelle est déséquilibrée. En effet, au sein de notre étude, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont sur-représentées (36,2%), tout comme les employés (20,6%), et les personnes sans activité professionnelle (20,6%), en comparaison à une étude démographique de l'INSEE de 2023 (non répartis selon âge : Employées 38,8%, Professions intermédiaires 27,7 %, Cadres 19,7%, Artisans 4,5%, Ouvrier 8,1, Agriculteur 0,9%).

B) Adhésion des femmes à la contraception masculine

Notre échantillon s'est révélé être plutôt défavorable (81%) à la CRT comme unique moyen de contraception au sein du couple alors que près de 83% des participantes sont favorables au développement de la contraception masculine. Ces chiffres révèlent l'adhésion théorique des femmes à une contraception masculine mais son taux chute après information et une projection dans la réalité de leur couple.

Cette tendance se retrouve dans une enquête quantitative menée en 2019-2020 où 443 questionnaires ont été collectés : 69,7% des femmes étaient théoriquement favorables à la contraception masculine mais ce taux chutait à 47% après avoir reçu une information sur les différents moyens de contraception (25). Cette même ambivalence était notée dans une étude en 2021 (26).

Les facteurs déterminant l'acceptation ou le refus de l'utilisation de la CRT comme unique moyen de contraception relèvent de différents champs :

1. Déterminants socio-professionnels

a. L'âge

La population de notre étude est majoritairement composée de jeunes avec un âge médian à 32 ans. De ce fait notre échantillon n'est pas représentatif des femmes en âge de procréer.

Concernant les résultats selon l'âge des participantes, la tranche des 26-35 ans, qui est aussi celle la plus majoritairement représentée, a le pourcentage d'acceptation de la CRT comme unique moyen de contraception le plus élevé. Cela pourrait sous-entendre un souhait de la jeune génération d'ouverture vers la contraception masculine.

b. La région de résidence

Nous remarquons que les régions ayant les hauts taux d'acceptation de CRT sont la région Provence Alpes Côte d'Azur (27,4%), la région Occitanie (23,3%), la région Rhône Alpes (22,6%) et la région Bretagne (21,3%). On peut expliquer ce taux dans la région Occitanie par l'influence du Dr Mieusset du CHU de Toulouse qui était le seul prescripteur de la contraception masculine, ainsi que par la présence de l'association GARCON (16). La présence du collectif Thomas Bouloù peut aussi expliquer le taux de la région Bretagne (28). Cela a pu occasionner un biais de sélection.

c. La catégorie socio-professionnelle

Les cadres sont favorables à l'utilisation de la CRT à 19,1%, les employés à 21,3%, les professions intermédiaires à 18% et les personnes sans activité professionnelle à 15,5%. Nous avons manqué d'information pour analyser finement l'impact du niveau socio-professionnel et du niveau d'éducation pour pouvoir en tirer des conclusions.

d. La parentalité

La plupart des répondants (58,7%) n'ont pas d'enfant, ce qui peut témoigner d'un biais de sélection. Dans ce groupe, 17,7% acceptent la CRT comme unique moyen de contraception. Avoir déjà un enfant permettrait une meilleure adhésion à la CRT. Réaliser son projet de parentalité pourrait permettre de s'ouvrir à d'autres moyens de contraception.

2. La pratique contraceptive

La grande majorité de nos répondantes se sentent informées concernant la contraception en général. Malgré cela, peu de femmes bien informées se disent favorables à la CRT comme unique moyen de contraception.

On peut supposer un biais de classement lors des réponses concernant les moyens de contraception. En effet, certaines réponses ont paru incohérentes avec des usages combinés peu communs de moyens de contraception comme l'association du DIU et d'une contraception hormonale orale féminine ou l'association d'une méthode naturelle et du DIU. Ainsi, lors de l'analyse, nous avons exclu 97 femmes ayant répondu avec un usage combiné de moyens de contraception.

Dans notre échantillon, on note un pourcentage d'utilisation du DIU plus important que dans la population étudiée en 2013 par l'INED (29). A l'inverse, l'usage de la pilule orale hormonale dite féminine est plus faible dans notre population que dans celle de l'INED. Selon une étude plus récente, l'utilisation des DIU hormonaux stagne depuis 10 ans alors que ceux au cuivre sont en augmentation. De plus, la vente de pilule orale est en légère baisse depuis 10 ans (30). Les méthodes naturelles sont tout de même utilisées par 7% des répondantes. Cela confirmerait-il une nouvelle tendance en matière d'usage de moyens contraceptifs ou d'un biais de sélection ?

Les femmes les plus satisfaites de leur moyen de contraception semblent être celles utilisant le préservatif ou le dispositif intra-utérin avec plus de 91% de répondantes satisfaites. Les femmes utilisant une méthode dite naturelle semblent insatisfaites de leur méthode de contraception. Lorsque les femmes sont insatisfaites de leur mode contraception, elles semblent être plus favorables à la CRT. La majorité des femmes insatisfaites sont favorables au développement de la contraception masculine.

La participation au choix contraceptif du couple semble faire varier le taux d'utilisation de la CRT. Lorsque le choix contraceptif repose sur la femme uniquement, seules 10% sont favorables à l'utilisation de la CRT comme unique moyen au de leur couple. A contrario, lorsque le choix de la contraception est conjugal, le taux augmente : une femme sur cinq est favorable à l'utilisation de la CRT.

Nous notons des similitudes lors de la question du partage de la charge contraceptive. La plupart des femmes (74,1%) considère que la charge contraceptive leur incombe. Parmi celles-ci, 18,5% sont favorables à la CRT. Lorsque la charge contraceptive est partagée (20,8% des répondants), une femme sur cinq est favorable à la CRT.

3. La vie de couple et le rapport à son partenaire

Concernant la durée du couple, les femmes en couple depuis 1 à 5 ans représentent 42,5% des répondants. Les femmes en couple entre 6 et 10 ans ont le pourcentage le plus élevé d'acceptation (22%) de la CRT comme unique moyen de contraception.

Une notion intéressante de cette étude est la projection dans la réalité de leur couple et la potentielle utilisation de la CRT par leur partenaire. Les trois quarts des répondantes estiment que leur partenaire ne serait pas prêt à l'utiliser. Cette notion englobe de nombreux paramètres dont la confiance envers leur partenaire, la sécurité et l'efficacité de ce moyen de contraception. Nous avons choisi de ne pas explorer les raisons mais il serait intéressant d'approfondir les représentations qu'ont les femmes sur la volonté de leur partenaire à utiliser la CRT. Ce résultat contraste avec d'autres études montrant que les femmes font confiance à leur partenaire. Dans une étude, 69,7 % des femmes interrogées étaient favorables à laisser les hommes gérer la contraception du couple, sans faire référence à une méthode en particulier (25). Seulement 2% des femmes dans une étude internationale ont déclaré ne pas faire confiance en leur partenaire (31). Dans notre étude, nous notons aussi qu'une adhésion du partenaire à la CRT ne serait suffisante que dans 39% des cas pour convaincre la participante à utiliser la CRT au sein de son couple.

C) Perspectives :

1. L'offre de contraception masculine

L'offre de contraception masculine réversible est limitée. Elle correspond principalement au préservatif. La contraception hormonale masculine injectable reste très marginale, limitée à une assez courte durée. Elle comporte de nombreuses contre-indications. Le développement de la CRT permettrait aux couples une approche différente du partage de la charge contraceptive, question particulièrement sensible lorsqu'il est nécessaire de proposer une alternative à la

contraception féminine : sa mauvaise tolérance est en effet une des motivations principales des hommes à l'utilisation de la contraception masculine (31).

Les études récentes de JOUBERT en 2021 et GUIDERELLI en 2023 se sont intéressées à l'acceptabilité par les hommes de la contraception par remontée testiculaire (19) (20). Elles mettent en avant une satisfaction élevée de ce dispositif (86,5% des participants se disent satisfaits) par les hommes ainsi que le soutien et la confiance de leur partenaire quant à son utilisation. 100% des participants à l'étude le recommanderaient à d'autres hommes. Malgré les contraintes et l'inconfort, les participants exprimaient une motivation claire pour son utilisation au sein de leur couple, notamment afin de partager la charge contraceptive et de maîtriser leur fertilité.

Il serait maintenant pertinent de réaliser des études à plus grande échelle afin de réévaluer l'efficacité et la sécurité de la CRT, ainsi que d'étudier si son utilisation exclusivement nocturne, moins contraignante, permettrait une aussi bonne efficacité. Une communication élargie sur la validation scientifique de la CRT, et sa prescription médicale, augmenteraient la confiance dans ce dispositif. L'industrie pharmaceutique ne semble pas intéressée par ce marché pour l'instant (32). Démontrer un intérêt grandissant pour la CRT pourrait inciter la recherche à finaliser les projets en cours ou à investir dans le développement de nouvelles méthodes de contraception masculine.

A l'avenir, il est également possible que les hommes se tournent plus fréquemment vers la vasectomie, rejoignant ainsi les habitudes anglo-saxonnes. Alors, la palette contraceptive masculine s'élargissant, il émergera peut-être de nouveaux schémas de contraception dans les couples, s'éloignant du schéma normé actuel, centré, en France, sur la contraception féminine.

2. Le manque de confiance en leur partenaire et en la technique de CRT est-il la seule raison des réticences féminines ?

Les études de 2021 et 2023, concluant à la satisfaction des hommes quant à l'utilisation de la CRT, viennent nuancer les données recueillies lors de notre étude où une majorité des femmes pensent que leur partenaire n'utiliserait pas la CRT. Cette ambivalence est retrouvée dans une étude de 2023 : « les freins et les motivations semblent s'opposer en miroir » (33). En effet, les femmes semblent théoriquement favorables à l'utilisation d'une contraception masculine mais, lors de la projection dans la réalité de leur couple, plusieurs limites se mettent en lumière. La CRT soulève la question de la confiance en leur partenaire et en la méthode de contraception (34). Elles auraient plus de facilité à faire confiance à leur partenaire lorsque la relation est stable (23).

D'autres freins pourraient être recherchés :

- Il serait par exemple intéressant d'aborder de façon qualitative le regard porté par des femmes sur leur partenaire utilisant la CRT : il a été étudié que la perte de la fertilité chez l'homme pourrait être vécue comme une menace pour l'identité masculine au sein du couple et de la société (26) (34). Dans l'imaginaire collectif, il existe en effet une association forte entre la virilité d'un homme et sa fécondité. De plus, le sentiment d'infertilité est très anxiogène pour les hommes (35). Les femmes qui, dans notre étude, sous-entendent que leur partenaire pourrait ne pas accepter la CRT, sont-elles

influencées par ces représentations sociétales ? Devraient-elles se détacher de cette image « d'homme viril » pour envisager l'utilisation de la CRT au sein de leur couple ?

- Par ailleurs, la contraception est un droit difficilement acquis par les femmes grâce à la loi Neuwirth et à la commercialisation de la pilule dans les années 1960. L'émergence de la contraception masculine fait craindre à certaines femmes une perte de contrôle sur leur corps, les conséquences d'une grossesse non désirée étant principalement assumées par la femme (22) (26). Quel est l'impact de cette crainte sur l'opposition des femmes à la contraception par remontée testiculaire ? Notre étude ne peut répondre à cette question.

3. Éducation et promotion de la CRT

Depuis 2001, l'éducation à la vie sexuelle et affective est devenue obligatoire au cours de la scolarité avec, théoriquement, 3 séances annuelles dédiées pour tous les élèves de l'école primaire au lycée. En réalité, seuls 15% des écoliers et des lycéens, et moins de 20% des collégiens bénéficient de ces formations (36). 23 ans après la mise en œuvre de cette obligation, force est de constater que l'éducation reçue au cours de la scolarité est insuffisante pour développer une véritable culture de la contraception masculine et du partage de la charge mentale en matière de contraception chez les nouvelles générations. Il est donc nécessaire de trouver d'autres relais : des organismes très actifs comme le Planning familial informent de larges publics avec des pédagogies innovantes mais ne peuvent couvrir tous les besoins d'information à l'échelle de la population. L'accès à l'information a été décuplé par internet et les réseaux sociaux. Malgré tout, la CRT reste peu connue. Elle n'est, par exemple, pas décrite sur le site « Question sexualité » qui aborde la question des méthodes dites « naturelles » (37). On note tout de même une diversification de la diffusion de l'information autour de la CRT grâce à un éventail de médias avec l'émergence de podcast, articles, émissions TV, bandes-dessinées, conférence TedX permettant surtout des partages d'expérience (38) (39), ce qui pourrait modifier, à l'avenir, les comportements masculins.

Au-delà de l'information nécessaire destinée au « grand public », les hommes doivent pouvoir trouver facilement des réponses individuelles à leurs questions sur la contraception : les femmes se tournent naturellement vers les consultations spécialisées (gynécologie, sage-femme, planning familial...) ou vers leur médecin généraliste pour être conseillées dans ce domaine, mais les hommes sont rarement inclus dans les consultations de contraception. La contraception est exceptionnellement évoquée lors des consultations avec des patients masculins, hormis lorsque ces derniers s'interrogent sur la vasectomie. Dans l'idée de donner un accès équitable à l'information sur la contraception masculine, il est donc essentiel que les médecins généralistes, importants vecteurs d'information en matière de santé, bénéficient d'une formation sur la méthode de la Contraception par Remontée Testiculaire. Mais, dans l'étude quantitative de AMOUROUX, seulement 26% de médecins hommes et 10% de médecins femmes connaissaient la CRT (40). Les médecins généralistes ne se sentent pas suffisamment informés. Ils sont néanmoins prêts à se former pour permettre sa « démocratisation » (41). Il serait intéressant d'organiser des Formations Médicales Continues centrées sur les différents moyens de contraception masculine, dont la CRT, afin que les médecins généralistes soient à même de proposer un panel plus large de solutions contraceptives et des stratégies de couple individualisées. Ce serait la clé d'une plus grande personnalisation de la contraception dans le

couple aux différents âges de la vie, débattue concrètement entre les deux partenaires à l'occasion d'une consultation qui pourrait être spécifiquement dédiée à la pratique contraceptive.

V. Conclusion

La contraception par remontée testiculaire existe depuis plus de 40 ans. Son utilisation reste marginale en raison du faible nombre d'études sur son efficacité et sa sécurité, de la faiblesse de la communication autour de la technique et du nombre limité de personnes, médecins compris, aptes à en faire la promotion. Pourtant, de récentes études montrent une satisfaction globale des hommes vis-à-vis de cette méthode de contraception efficace.

Notre étude auprès de 1183 femmes hétérosexuelles en couple, contactées via les réseaux sociaux, conclut qu'elles sont plutôt défavorables à son utilisation - exclusive ou complémentaire - au sein de leur couple. Pourtant, elles déclarent être globalement très favorables au développement de la contraception masculine. Elles se projettent difficilement dans l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire dans la réalité. Le principal frein semble être l'idée qu'elles se font d'une mauvaise acceptabilité de cette méthode par leur partenaire. La confiance au sein du couple semble être la clé de voute de leur adhésion à cette technique contraceptive.

Dans les études récentes, une majorité de femmes est demandeuse d'un réel partage de la charge mentale et des contraintes liées à la contraception. Les hommes, de leur côté, semblent en demande d'être plus impliqués dans cet espace du couple et d'une plus grande maîtrise de leur fécondité. Il paraît donc souhaitable de faire évoluer le modèle contraceptif actuel, très normé, axé principalement sur la contraception féminine, vers une contraception pensée pour et par le couple. En conviant les deux partenaires à une consultation dédiée à la contraception et en leur apportant des informations pratiques sur un panel équilibré de contraceptions féminines et masculines, incluant la contraception par remontée testiculaire, le médecin généraliste pourrait contribuer à un profond changement sociétal.

VI. Bibliographie

1. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, 2013 [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
2. BAJOS.N. FECOND "Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles" en France métropolitaine - Volet Population Générale (2009-2011), 2018. [cité le 23 janvier 2024] Disponible sur : <https://data.ined.fr/index.php/catalog/61>
3. VIEL. H. L'implication des hommes dans la contraception, 76p. Mémoire : Sage-femme : Caen : 2016. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01329557v1/document>
4. BLANC. L. Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine : enquête auprès de 3368 hommes français, 62p. Thèse : Médecine : Nice : 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286859>
5. M. LE GUEN. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. Contraception [en ligne] 2015, vol92, issue 1, p46-54. Disponible sur : [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(15\)00129-8/abstract](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(15)00129-8/abstract)
6. CSA. Les Français et la contraception. 2012. Disponible sur : <https://docplayer.fr/24718757-Les-francais-et-la-contraception.html>
7. ROTH. MY. Male hormonal contraception: looking back and moving forward. Andrology [en ligne]. 2016 ; 4, p4-12. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26453296/>
8. WELZER-LANG. D. La contraception masculine, ARDECOM et les groupes d'hommes, prémisses de l'évolution des rapports sociaux de genre. Springer-Verlag [en ligne] 2013, p139-164. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://hal.science/hal-01429398/document>
9. HAS, Efficacité des méthodes contraceptives [en ligne]. 2013. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
10. Question sexualité. Contraception masculine : comment ça marche ? [en ligne]. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/contraception-masculine-comment-ca-marche>
11. TCHERDUKIAN. J. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? Progrès en Urologie [en ligne]. 2020 ; 30, p105-p111. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.urofrance.org/sites/default/files/fileadmin/documents/data/PF/2020/6420/76015/FR/1408082/main.pdf>
12. MIEUSSET. R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique. Andrologie. [en ligne]. 2012 ; 22, p211-215. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12610-012-0192-1.pdf>
13. Thoreme. Contraception avec Andro-switch : 10 questions à vous poser avant de vous lancer [en ligne]. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://thoreme.com/anneau-andro-switch/>
14. MIEUSSET. R. The potential of mild testicular heating as a safe, effective and reversible contraceptive method for men. International journal of andrology [en ligne]. 1994, 17, p186-191. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7995654/>
15. SHAFIK. A. Testicular suspension as a method of male contraception: technique and results Adv Contracept Deliv Syst [en ligne]. 1991;7(3-4):p269-79. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12284770/>

16. GARCON. La méthode thermique [en ligne]. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://garcon.link/la-methode-thermique/>
17. ANSM. Anneau contraceptif masculin Andro-switch : il faut démontrer l'efficacité et la sécurité du dispositif [en ligne]. 2021. [cité le 13 novembre 2023]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/anneau-contraceptif-masculin-andro-switch-il-faut-demontrer-lefficacite-et-la-securite-du-dispositif-1>
18. CONSTANS. A. Enquête d'opinion sur la contraception masculine : acceptabilité de nouveaux types de contraception, 91p. Thèse : Médecine : Clermont-Ferrand : 2022.
19. JOUBERT. S. Contraception masculine thermique : Étude des motivations, choix et satisfactions auprès des utilisateurs, 75p. Thèse : Médecine : Saint-Etienne : 2021. [cité le 23 janvier 2024]. Disponible sur : <https://thoreme.com/wp-content/uploads/2022/08/2021-Joubert-CMT-acceptabilite.pdf>
20. GUIDARELLI. M. Enquête transversale sur les dispositifs de contraception par remontée testiculaire : sécurité, acceptabilité, 106p. Thèse : Médecine : Antilles : 2023.
21. MACE DE GASTINES. E. Etude qualitative : l'opinion des hommes de 18 à 33 ans sur l'utilisation potentielle d'une contraception masculine thermique par remontée testiculaire, 120p. Thèse : Médecine : Tours : 2022. [cité le 23 janvier 2024]. Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2022_Medecine_MacedeGastinesEdouard.pdf
22. DESJEUX. C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. Autrepap. 2009 ; 4 : 49 à 63
23. GLASIER. A. Would women trust their partners to use a male pill ? Human Reproduction. 2000 ; 15: p646–649.
24. WALKER. S. Attitudes to a male contraceptive pill in a group of contraceptive users in the UK. Journal of Men's Health [en ligne]. 2011 ; 11 :267-273. [cité le 12 décembre 2023]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1875686711000716>
25. RICHARD. C. Male contraception: What do women think? Progrès en Urologie [en ligne]. 2022 ;32(4),p276-283 [cité le 12 décembre 2023]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708721005789>
26. 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, 139p. Thèse : Médecine : Grenoble : 2021. [cité le 23 janvier 2024]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03343046>
27. STATISTA. Taux de pénétration des réseaux sociaux en France en 2022, selon l'âge [en ligne]. 2023. [cité le 23 janvier 2024]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/480837/utilisation-reseaux-sociaux-france-age/#:~:text=Parmi%20les%20personnes%20interrog%C3%A9es%20%C3%A2g%C3%A9es,en%20utilisent%20au%20moins%20un.>
28. BOULOCHO. Principe. [en ligne] [cité le 23 janvier 2024]. Disponible sur : <http://boulocho.free.fr/>
29. INED. La contraception en France - Focus - Les mémos de la démo. 2017. [cité le 12 décembre 2023]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/contraception-france-2017>
30. ANSM. Contraception : où en sommes-nous ? Septembre 2021. [cité le 4 mai 2024]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/contraception-ou-en-sommes-nous>
31. HEINEMANN K., SAAD F., WIESEMESS M., WHITE S., HEINEMANN L. Attitudes toward male fertility control : results of a multinational survey on four continents. Hum Reprod Oxf Engl [en ligne]. févr 2005 ; 20(2) : 549-56. [cité le 12 décembre 2023]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15608042/>
32. PFISTER R. Contraception masculine : Pourquoi l'industrie pharmaceutique s'en désintéresse. Radio Classique. 2022 [cité 11 janvier 2024]. Disponible sur :

- <https://www.radioclassique.fr/magazine/articles/contraception-masculine-pourquoi-lindustrie-pharmaceutique-sen-desinteresse/>
33. DUPIN. L. Enquête d'opinion auprès des femmes sur l'utilisation et le développement des contraceptions dites masculines, 33p. Mémoire : Médecine : Paris ; Descartes : 2023.
 34. KALAMPALIKIS N., BUSCHINI F. La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. Nouvelle revue de psychosociologie [en ligne]. 20 nov 2007;4(2):89-104. [cité le 12 décembre 2023]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2007-2-page-89.html>
 35. JAOUÏ. M. A propos de deux cas, la souffrance de la stérilité chez l'homme : de la souffrance objectale à la souffrance identitaire. Le carnet PSY. 2016 ;198,p29-34
 36. IGESR. Education à la sexualité en milieu scolaire, juillet 2021 [cité le 18 mai 2024].
 37. QUESTION SEXUALITE. Tableau comparatif pour vous guider dans votre choix de contraception. [cité le 12 janvier 2024]. Disponible sur : <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/tableau-comparatif-pour-vous-guider-dans-votre-choix-de-contraception>
 38. LECOMTE. C. Contraception masculine : « Je pratique la remontée mécanique des testicules ». Le Temps [en ligne]. 2021. [cité le 12 janvier 2024]. Disponible sur : <https://www.letemps.ch/societe/contraception-masculine-pratique-remontee-mecanique-testicules>
 39. BOBIKA. Le cœur des zobs . Edition Dargaud ; 2022
 40. AMOUROUX. M. Acceptabilité de la contraception masculine thermique chez les hommes de plus de 18 ans et chez les prescripteurs potentiels de spécialité médecine générale et gynécologie obstétrique et médicale. Thèse : Médecine : Aix-Marseille : 2017.
 41. TRAVERS. F, VALLET. W. La contraception testiculaire thermique : une méthode contraceptive encore trop peu connue : étude descriptive auprès des médecins généralistes d'Auvergne-Rhône-Alpes par questionnaire auto-administré, 75p. Thèse : Médecine : Grenoble : 2022. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03647172v1/document>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Salomé Collin, je suis médecin généraliste remplaçante.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice, j'effectue une enquête auprès des femmes majeures en âge de procréer, actuellement en couple hétérosexuel, concernant le partage de la charge contraceptive au sein du couple et plus précisément sur la contraception thermique par remontée testiculaire.

Le questionnaire est anonyme et prend moins de cinq minutes.

Je vous remercie de votre aide et de votre participation.

Si vous souhaitez avoir des informations complémentaires, vous pouvez me contacter via contactcontraceptionmasculine@gmail.com

1. Êtes-vous une femme ?
 - Oui
 - Non

2. Êtes-vous majeure ?
 - Oui
 - Non

3. Êtes-vous en couple exclusif avec un homme ?
 - Oui
 - Non

4. Vous sentez-vous suffisamment informée sur la contraception ?
 - Bien informée
 - Moyennement bien informée
 - Plutôt mal informée
 - Mal informée

5. Quel est votre mode de contraception actuel ?
 - Méthode naturelle (retrait, ogino...)
 - Préservatif (interne et externe)
 - Dispositif intra-utérin (stérilet)
 - Implant hormonal
 - Contraception hormonale orale féminine (pilule)
 - Autre contraception hormonale féminine (anneau vaginal, patch, implant, injection)
 - Contraception hormonale masculine (injection)

- Contraception thermique par remontée testiculaire
- Contraception définitive masculine (vasectomie)
- Contraception définitive féminine (ligature des trompes)
- Contraception définitive féminine (ligature des trompes)
- Aucun

6. Qui a été à l'origine de ce choix contraceptif ?

- Vous
- Lui
- Les deux

7. Dans votre couple, quelle personne porte la charge de la contraception ?

- Plutôt vous
- Plutôt lui
- Les deux

8. Êtes-vous satisfaite de votre méthode de contraception ?

- Très satisfaite
- Satisfaite
- Insatisfaite
- Très insatisfaite

9. Êtes-vous favorable à l'idée du développement de la contraception masculine réversible ?

- Très favorable
- Moyennement favorable
- Peu favorable
- Pas du tout favorable

La contraception thermique par remontée testiculaire consiste à maintenir les testicules au plus proche de la paroi abdominale. Cela permet d'augmenter la température des testicules et d'ainsi empêcher la production de spermatozoïdes. Le dispositif doit être porté 15 heures par jour. Il devient efficace au bout de 3 mois d'utilisation et est réversible à l'arrêt. La surveillance de l'efficacité se fait via un spermogramme tous les 3 mois. Il est recommandé de ne pas dépasser 4 ans d'utilisation. Il se présente sous 2 formes : un sous-vêtement ou un anneau en silicone. Nous avons peu de données sur cette méthode de contraception notamment sur les effets indésirables. Ceux retrouvés au travers des quelques études réalisées portent sur un inconfort du port du dispositif, une diminution du volume testiculaire et un inconfort urinaire.

[Illustration du dispositif et de sa mise en place](https://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-thermique/#images) (redirection vers <https://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-thermique/#images>)

10. Avez-vous déjà entendu parler de cette méthode de contraception ?

- Oui
- Non

11. Pensez-vous que votre partenaire actuel pourrait utiliser cette méthode de contraception ?

- Oui
- Non

12. Avec ces informations, seriez-vous prête à utiliser la contraception thermique par remontée testiculaire comme moyen **complémentaire** de contraception au sein de votre couple actuel ?

- Oui
- Non

13. Avec ces informations, seriez-vous prête à utiliser la contraception thermique par remontée testiculaire comme **unique** moyen de contraception au sein de votre couple actuel ?

- Oui
- Non

J'ai besoin d'avoir un peu plus d'informations sur vous. Qui êtes-vous ?

14. Quel âge avez-vous ? (en chiffre)

18 ans à 55 ans

15. Depuis combien de temps êtes-vous en couple ? (en années)

Moins d'un an, ... plus de 10 ans

16. Combien avez-vous d'enfants ? (en chiffre)

- Pas d'enfant
- Un enfant
- Deux enfants
- Trois enfants
- Plus de trois enfants

17. A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires (professeur des écoles, ...)
- Employés
- Ouvriers

- Retraités
- Sans activité professionnelle (étudiant, chômeurs, ...)

18. Dans quel département habitez-vous ?

Merci pour votre participation

N'hésitez pas à **partager** ce questionnaire aux femmes de votre entourage via ce lien <https://forms.gle/KRXwXzfGbqYG9LJY7> !

Si vous souhaitez des informations complémentaires à ce sujet, n'hésitez à me contacter via contactcontraceptionmasculine@gmail.com

Vidéo TEDxRennes Contraception masculine : où (en) sont les hommes ? - Erwan Taverne : <https://www.youtube.com/watch?v=BvXokJPL4cs>

Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine <https://www.contraceptionmasculine.fr/>

Groupe d'Action et de Recherche pour la CONtraception <https://garcon.link/>

Annexe 2 : attestation non déclaration CNIL



REHAULT MAGALI <M.REHAULT@chu-tours.fr>

À moi ▾

jeu. 8 févr. 15:09



Bonjour

Le questionnaire Google Form de votre étude étant complètement anonyme et ne contenant aucune donnée (même en les croisant) permettant de remonter à l'identité des participants à l'étude, la déclaration CNIL n'est pas nécessaire. L'étude est en règle avec la CNIL. Ce texte peut être retranscrit dans votre thèse. Ce mail fait office d'attestation.

Bien cordialement



Magali REHAULT
Attachée de recherche clinique coordonnateur
Direction de la Recherche et de l'Innovation
Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) Centre Val de Loire

Centre Hospitalier Régional Universitaire TOURS
Bât. Tertiaire B01- 2ème étage
2, Bd. Tonnelé - Boîte 95
37044 TOURS CEDEX 9
Tél : 02 47 47 46 75
Fax : +33 (0) 2 47 47 46 62
Courriel : m.rehault@chu-tours.fr

De : Salomé Collin <scollin06@gmail.com>

Envoyé : mercredi 7 février 2024 17:00

À : REHAULT MAGALI <m.rehault@chu-tours.fr>

Objet : Démarche réglementaire Thèse

Le CHRU de Tours est certifié ISO 9001 pour ses activités de prestation de services cliniques. Référence N°20200019612

le Centre de Services au 25000.

ATTENTION : Ce courrier provient d'un expéditeur extérieur à l'établissement.

Ne cliquez sur aucun lien suspect et n'ouvrez aucune pièce jointe d'un expéditeur inhabituel.

Ne communiquez pas vos identifiants. En cas de doute, contactez

Vu, le Directeur de Thèse



Sain

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

RESUME

Contexte :

En France, la contraception est principalement une affaire de femmes. Il y a 40 ans, une équipe Toulousaine a développé la contraception par remontée testiculaire mais celle-ci n'a bénéficié que de très peu d'études et d'une promotion limitée, rendant son utilisation marginale en France.

Objectif :

Évaluer le taux de femmes favorables à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire (CRT) comme seul moyen de contraception au sein de leur couple à travers un questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux.

Méthodes :

Étude quantitative descriptive transversale étudiant les femmes en couple hétérosexuel de 18 à 55 ans, réalisée par un questionnaire diffusé du 12/02/2024 au 04/03/2024 via les réseaux sociaux.

Résultats :

1181 femmes ont été incluses dans l'étude. 223 femmes (soit 19%) se sont déclarées favorables à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire comme unique moyen de contraception au sein de leur couple.

Les déterminants positifs en faveur de l'utilisation de la CRT sont un jeune âge, l'insatisfaction du choix contraceptif, un choix conjugal de la contraception, une charge contraceptive partagée. Dans cette étude, un des freins semblant être mis en avant est la difficulté à envisager l'utilisation par leur partenaire.

Conclusion : Les femmes sont réticentes à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire comme unique moyen de contraception au sein de leur couple.

Mots clés : contraception masculine, contraception par remontée testiculaire, charge contraceptive, couple, acceptabilité

COLLIN Salomé

47 pages – 5 tableaux – 2 figures – 5 illustrations

Résumé :

Contexte : En France, la contraception est principalement une affaire de femmes. Il y a 40 ans, une équipe Toulousaine a développé la contraception par remontée testiculaire mais celle-ci n'a bénéficié que de très peu d'études et d'une promotion limitée, rendant son utilisation marginale en France.

Objectif : Évaluer le taux de femmes favorables à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire (CRT) comme seul moyen de contraception au sein de leur couple à travers un questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux.

Méthodes : Étude quantitative descriptive transversale étudiant les femmes en couple hétérosexuel de 18 à 55 ans, réalisée par un questionnaire diffusé du 12/02/2024 au 04/03/2024 via les réseaux sociaux.

Résultats : 1181 femmes ont été incluses dans l'étude. 223 femmes (soit 19%) se sont déclarées favorables à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire comme unique moyen de contraception au sein de leur couple.

Les déterminants positifs en faveur de l'utilisation de la CRT sont un jeune âge, l'insatisfaction du choix contraceptif, un choix conjugal de la contraception, une charge contraceptive partagée. Dans cette étude, un des freins semblant être mis en avant est la difficulté à envisager l'utilisation par leur partenaire.

Conclusion : Les femmes sont réticentes à l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire comme unique moyen de contraception au sein de leur couple.

Mots clés : contraception masculine, contraception par remontée testiculaire, charge contraceptive, couple, acceptabilité

Jury :

Président du Jury : Professeur Franck PERROTIN

Directeur de thèse : Docteur Séverine DURIN

Membres du Jury : Docteur Isabelle ETTORI
Docteur Loup DUPIN

Date de soutenance : 20 juin 2024