

Faculté de santé publique

L'implication des hommes dans la contraception au sein d'une relation : qu'en est-il ?

Mémoire réalisé par
Zoé Desmet

Promoteur(s)
Alain Loute
Hélène Garin

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'implication des hommes dans la contraception au sein d'une relation : qu'en est-il ?

Mémoire réalisé par
Zoé Desmet

Promoteur(s)
Alain Loute
Hélène Garin

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

« Le féminisme ne se résume pas à une revendication de justice, parfois rageuse, ni à telle ou telle manifestation scandaleuse ; c'est aussi à la promesse, ou du moins l'espoir, d'un monde différent et qui pourrait être meilleur. »

B. Groult

Je remercie grandement mon promoteur et ma co-promotrice, A. Loute et H. Garin, pour leurs conseils avisés et leurs expertises respectives, qui m'ont été bien utiles dans le processus de rédaction du mémoire.

J'adresse également mes remerciements aux huit couples qui ont accepté de répondre à mes questions, pour leur disponibilité et leur confiance.

Merci à ma famille, qui me soutient depuis le début de mes études. Pour leur bienveillance et leurs encouragements inconditionnels depuis le début du master, je remercie chaleureusement Camille, Laureen et Céline, mon noyau positif !

Pour finir, j'aimerais remercier tous mes compagnons de route, qui de près ou de loin m'ont supportée dans des moments compliqués.

A vous tous,

Un énorme merci !

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

L'IMPLICATION DES HOMMES DANS LA CONTRACEPTION AU SEIN D'UNE RELATION : QU'EN EST-IL ?	7
Introduction	7
Partie théorique	11
Chapitre 1 : Le contexte historique de la contraception	12
Chapitre 2 : La contraception féminine	17
Chapitre 3 : La contraception masculine	22
Chapitre 4 : La place des praticiens	30
Partie pratique	35
Méthodologie	36
Analyse des entretiens	39
Discussion et perspectives de recherches	53
Conclusion finale.....	60
Bibliographie	62

L'IMPLICATION DES HOMMES DANS LA CONTRACEPTION AU SEIN D'UNE RELATION : QU'EN EST-IL ?

Introduction

J'ai choisi cette problématique après la lecture de plusieurs ouvrages, mais surtout à partir de l'article publié par Elodie Serna dans la Revue du Crieur, en 2022 : « *La contraception dite masculine : Un enjeu féministe ?* ». En effet, l'engagement que prend l'auteurice dans la rédaction de celui-ci a éveillé en moi la question des inégalités de genre dans le domaine de la contraception. Elodie Serna est une historienne contemporaine, qui fait des recherches sur les masculinités et la sexualité.

En tant que femme du 21^e siècle, concernée par cette question et fortement sensibilisée aux inégalités grâce à ma formation précédente en tant qu'assistante sociale, j'ai rapidement ressenti l'envie de remplir le gap de données sur le sujet. J'ai de ce fait pu constater, lors de mes recherches documentaires, le manque d'informations concernant le point de vue des partenaires masculins concernant la contraception.

Par ailleurs, l'une des explications possibles du manque d'implication du côté masculin peut résider dans l'offre de contraception : en effet, celle-ci n'est pas encore bien développée. Bien que, comme je le démontrerai dans les prochains chapitres, certaines formes alternatives ont une certaine efficacité et rencontrent du succès auprès des publics sensibilisés.

De plus, avec l'interdiction de commercialisation de l'anneau thermique, produit par Maxime Labrit¹, les moyens de se procurer une contraception masculine sont fortement réduits.

Les moyens matériels étant donc réduits, je me suis posée la question de savoir comment un homme peut-il s'impliquer dans la contraception de son couple actuellement ?

Je me suis longuement questionnée sur la pertinence d'un mémoire en santé publique portant sur la contraception, avant d'être rassérée par cet extrait :

« Concerns arise in women who take hormone-based birth control as they have an increased incidence of breast cancer, making the contraceptives a significant public health priority. In a recent study, Mørch et al. showed that hormonal contraception had a 20% higher risk of breast cancer, regardless of the dose of estrogen, than women who

¹ Infirmier français qui vend l'anneau thermique, ou Androswitch, sur le site internet : thoreme.com

never used any birth control methods» (Bansode, Sarao and Cooper, 2023)

La pertinence de mon sujet de mémoire était donc prouvée dans le cadre du master en santé publique : de nouvelles données ont confirmé ce que certains annonçaient déjà. Une grande partie de femmes dans le monde occidental se contraceptent en utilisant des méthodes hormonales. Dans cet extrait, une corrélation à hauteur de 20% est démontrée entre la prise d'une contraception hormonale et le risque de développer un cancer du sein. De plus, il ressort que la dose d'hormones de la méthode contraceptive n'a pas d'impact sur cette corrélation. A moindre dose, celle-ci est toujours présente et à même hauteur.

C'est pour cela que j'ai l'ambition, dans ce mémoire, d'éveiller les consciences à propos de la contraception, de la charge qu'elle représente dans un couple. Charge qui, actuellement, pèse encore trop souvent uniquement sur les épaules des partenaires féminines. Cet extrait illustre parfaitement la charge qui pèse sur la femme dans un couple hétéronormé pour la contraception et le gap de connaissance masculin :

« " T'as jamais entendu parler des risques liés à la pilule ? Ta mère est gynéco et elle t'a jamais rien dit ? " J'étais étonné de ce que me racontait ma compagne. Et j'étais aussi inquiet pour sa santé. [...] J'avais besoin d'être rassuré. Alors, c'est parti pour une recherche sur le net : il existe quoi pour me contracepter? Après tout, ça peut tourner aussi. Pourquoi c'est toujours le problème des meufs? Je ne trouve rien de concluant. Je visite alors trois organismes d'information sur la sexualité. Bilan, en contraception masculine, il y a : la capote, la vasectomie, l'injection hebdomadaire d'hormones, et le retrait. Pfff... Le latex, je connais... le retrait, trop inefficace à mon goût...les hormones, je n'en veux pas... » (Leslie Bhar, 2021, p. 33)

C'est pour ces différentes raisons que j'ai choisi, dans un premier temps, de mener des entretiens auprès d'hommes en couple âgés de 20 à 30 ans. En effet, pour cibler un échantillon où l'intérêt à la contraception est plus important, j'ai pris comme limite inférieure des hommes qui ont déjà pu accumuler une expérience sexuelle et relationnelle, ce qui explique le seuil des 20 ans. L'âge de 30 ans est une limite supérieure d'échantillon pertinente car c'est la moyenne d'âge où le désir de parentalité se fait ressentir.

Il me semblait, de prime abord, important de ne pas limiter ma recherche aux personnes masculines en couple, car souvent dans les enquêtes déjà réalisées, les hommes, lorsqu'ils étaient interrogés, étaient uniquement des hommes mariés.

« Les pratiques contraceptives des femmes au moment où elles sont interrogées ont été collectées, en population générale, par le biais d'enquêtes de fécondité [...]. [...]si l'enquête de 1978 s'adressait aux femmes quel que soit leur statut matrimonial, l'échantillon masculin était circonscrit aux maris des femmes participant à l'étude.[...] Lors de l'enquête Fecond 2010, seuls les hommes ayant déclaré une partenaire ou une petite amie au moment de l'enquête ont été interrogés sur leurs usages contraceptifs au moment de l'enquête (Le Guen et al. 2015). En 2016, les hommes ont été invités à ne répondre qu'à une seule partie du module consacré à la collecte des usages contraceptifs à l'enquête, rendant l'exploitation des données difficilement réalisable. Ainsi, à l'inverse des femmes, le fait d'interroger les hommes sur leurs pratiques contraceptives n'apparaît pas être une question évidente aux yeux des chercheurs et des chercheuses, ce qui semble renvoyer à des représentations genrées des rôles sociaux des femmes et des hommes dans le champ de la fécondité et de sa maîtrise (Andro et Desgrées du Loû 2009 ; Greene et Biddlecom 2000 ; Watkins 1993). » (Le Guen, Rouzard-Cornabas and Ventola, 2021)

Cependant, comme je le décrirai dans la partie pratique, section méthodologie, il s'avère que la parole des femmes à ce sujet est plus aisée et que c'est souvent face à leurs problèmes avec les méthodes de contraception que leurs partenaires masculins s'intéressent et développent une réflexion.

Comme illustration de mes propos, je prends l'exemple des premiers entretiens exploratoires menés avec des hommes uniquement. Malgré mes multiples relances sur le sujet contraceptif, les connaissances étaient limitées, les réponses fermées, le sentiment de gêne était présent. L'un d'entre eux m'a répondu, au moment de ma question sur la satisfaction du couple par rapport à la méthode de contraception utilisée, qu'il « ne voulait pas parler à la place de sa copine », il se sentait mal à l'aise de parler de quelque chose qui ne le concernait pas directement.

Lors des seconds rounds d'entretiens, après avoir pris la décision d'interroger des couples, il est assez vite ressorti que la partenaire féminine du couple se plaçait en « alliée », relançant mes

questions à leur partenaire, posant même les questions à l'avance, par curiosité. C'est souvent elles qui, d'une certaine façon, poussaient leurs partenaires à aller dans le détail et à s'exprimer plus longuement.

Ce revirement de choix a donc permis d'obtenir des réponses plus riches de la part des partenaires masculins, mon public cible.

Je vais donc m'atteler, dans ce mémoire, à placer la contraception dans son contexte politique et historique, pour ensuite faire un état des lieux des moyens de contraception actuels et de leur utilisation, autant féminins que masculins. Ensuite, je parlerai de la place des professionnels de la santé dans le processus du choix de la contraception et de l'importance de leurs représentations.

J'espère de cette façon pouvoir éveiller les consciences quant à l'intérêt d'une égalité des moyens dans la contraception.

Pour toutes ces raisons, j'ai choisi comme question de recherche : « **L'implication des hommes dans la contraception au sein d'une relation : qu'en est-il ?** »

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre 1 : Le contexte historique de la contraception

Introduction

La contraception, féminine et masculine, a évolué dans un contexte politique et historique bien précis. Ce n'est qu'à partir des années 1970 que cet enjeu est devenu médicalisé, avec tous les avantages et les inconvénients qui en ont découlé. Dans ce premier chapitre, il sera question donc d'évolution, de lois, de pratiques et de militantisme en comparant les situations belges et françaises, en opposition à la situation anglaise. Pour pouvoir parler de ces moyens de contraception, il est important de définir ce concept : selon le dictionnaire Larousse, ces méthodes correspondent à toute méthode qui vise à éviter, "*de façon temporaire et réversible, la fécondation*". (Larousse, 2010)

Historique et politique

Depuis le début de l'humanité, l'Homme a cherché des moyens de réguler les naissances. Que ce soit par l'utilisation de préservatifs artisanaux, de la méthode du retrait ou bien encore par abstinence périodique, diverses méthodes ont existé pour permettre qu'un rapport sexuel ne soit pas synonyme de grossesse.

Les politiques de santé publiques actuelles sont très différentes selon les pays, car elles sont le fruit d'un cheminement historique propre à chacun. Nous pouvons le voir notamment au travers de la comparaison des politiques françaises et anglaises que nous propose Ventola dans son article « *Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre* ». L'auteur y explique l'impact qu'ont eu les différentes décisions politiques sur les pratiques de contraception actuelles dans ces deux pays, la France et l'Angleterre.

Dans le cas de la France, c'est après la première guerre mondiale qu'on voit apparaître, dans les années 1920, une loi qui interdit les discours antinatalistes, dans le but de pallier le manque de population après la chute démographique de 1914-1918. Depuis cette loi de 1920, une nouvelle l'a remplacée dans le paysage français : la loi Neuwirth. Celle-ci est rédigée en 1967, fruit de compromis et de négociations, et sera appliquée dès 1972. Entre ces deux dates, il se passera 5 ans de résistance de la part des professionnels. La **loi Neuwirth** va permettre la fabrication, l'exportation et la vente de dispositifs contraceptifs.

En Belgique, c'est plutôt sous l'influence des partis de droite, catholiques, qu'est élaboré un projet de loi nataliste dès les années 1910. En effet, l'Eglise catholique, très influente durant cette époque, veut garder le modèle pro-enfant dominant dans la société. C'est finalement après

la première guerre mondiale, au vu de la chute démographique, tout comme en France, que ce projet de loi est adopté : il interdira désormais les publicités antinatalistes. Cette loi n'aura malheureusement aucun impact sur la démographie belge, surtout wallonne, qui diminuera drastiquement jusque les années 1950. Plus tard, dans les années 1960, c'est grâce aux premiers Plannings Familiaux que la régulation des naissances devient une préoccupation politique : la part de grossesses non désirées dans la population est conséquente et l'Eglise n'est plus aussi influente qu'auparavant dans les questions de société. Par après, en 1970, la loi interdisant la publicité sur les contraceptions est finalement abrogée. (Rifflet, 1974).

Du côté belge et français, le contexte législatif se rejoint donc dans les années 1970 et crée alors un terreau fertile pour l'essor de la pilule contraceptive ainsi que sa démocratisation.

Cependant, du côté de la contraception masculine, outre le préservatif masculin, rien n'est réellement reconnu par le corps médical. La vasectomie est très taboue et ne concerne qu'une infime proportion de la population masculine (Ventola, 2016).

A contrario, chez nos voisins anglais, le contexte dans lequel la contraception s'inscrit est bien différent, comme le montre cet extrait :

« Les méthodes de limitation des naissances ont été intégrées aux politiques de santé publique visant l'amélioration de la santé des mères et de leurs enfants dès le début du XXe siècle. Le cadre législatif britannique a ainsi toujours été plus favorable aux pratiques contraceptives, et notamment à la stérilisation (Latham 2002). »
(Ventola, 2016)

Cela explique la nette propension des médecins anglais à pratiquer la vasectomie, qui est aussi socialement plus acceptée car présente depuis longtemps. Dans ce même article, Ventola donne des chiffres qui montrent le fossé entre la pratique de la vasectomie en France et en Angleterre : il s'agit de 11% de couples qui auraient opté pour cette méthode en France en 2011 contre 21% rapportés en 2014 en Angleterre.

Ce contexte politique différent influence donc les pratiques de contraception, mais aussi les méthodes qui seront mises en avant le plus fréquemment par les médecins. Ceux-ci étant les premiers professionnels de santé que le public va interroger par rapport au choix d'une méthode ou d'une autre, nous verrons dans le chapitre 4 leur impact.

Aujourd'hui, nous pouvons apercevoir un autre impact des politiques de santé publique sur la contraception : le financement de la recherche. Bien que le financement des recherches soit essentiellement privé et que le rôle des pouvoirs publics reste faible, E. Serna (2022) démontre que le financement de la recherche en contraception masculine est oblitéré par d'autres causes, considérées plus importantes. Nous y voyons l'inégalité qui est maintenue par ce manque de financement. Outre le manque de budget investi dans la recherche, Serna souligne l'inégalité dans le choix du domaine de financement par les pouvoirs publics français : ils annoncent des remboursements de méthodes contraceptives féminines jusque 25 ans. A contrario, les préservatifs masculins ne figurent pas dans cette décision de remboursement. (Service-publics.fr, 2023)

Nous voyons grâce au premier argument qu'un manque de budget empêche les avancées technologiques et l'apparition de moyens de contraceptions masculins. Avec le deuxième argument, il apparaît qu'en se reposant sur les avancées déjà acquises en contraception féminine et en n'investissant pas du côté masculin, que cela laisse la charge contraceptive à la femme et perpétue de cette façon l'inégalité.

Certes, dans un premier temps, en 1970, la pilule est devenue synonyme de liberté pour les femmes et sous plusieurs aspects : maîtrise de la fécondité, une sexualité libérée de la peur de concevoir, la possibilité d'envisager de longues études... et le financement des pouvoirs publics dans la recherche en contraception féminine a aidé de cette façon les femmes Occidentales s'émanciper . Cependant, dans son article, Serna montre l'importance qu'ont les pouvoirs publics pour répondre aux questions actuelles d'inégalités de genre. Elle souligne l'émergence d'une envie du côté masculin d'assumer une contraception dans leurs relations et l'incohérence ressentie par les associations militantes face aux décisions prises concernant l'interdiction de vente de l'Andros witch, l'anneau contraceptif masculin.

« Toutefois, quelles que soient les réserves, maintenir la CM² dans l'invisibilité, l'illégalité et l'indisponibilité, comme le font les pouvoirs publics, n'est évidemment pas une bonne idée. [...] La stratégie répressive est une nouvelle fois adoptée face à l'essor de la CM et particulièrement de l'Andros witch. À cela, les associations rétorquent : " Une réponse pertinente ne consiste pas à interdire un dispositif, mais à accompagner les évolutions d'une société qui fait face à des enjeux

² CM = Contraception Masculine dans l'article

majeurs de liberté, d'égalité et de responsabilité. " Une décision de police sanitaire ne saurait suffire à mettre fin à une demande sociale ni à effacer les connaissances collectivement acquises. Empêcher l'accès à un moyen de contraception n'annule pas les besoins de contraception. »
(Serna, 2022)

L'auteur rappelle que les discussions à propos d'une pilule masculine ont débuté en même temps que celles pour la pilule féminine et que les pouvoirs publics et les recherches ont investi uniquement pour la question féminine depuis ce temps : « *Depuis plus de quatre décennies, la commercialisation de produits contraceptifs à destination des hommes ne cesse d'être annoncée comme imminente. Sans suite.* » (Serna, 2022). Elle va appeler ce tournant, lors des années 1970, comme une « *féminisation de la question contraceptive* ».

Les politiques actuelles, en finançant la contraception pour un seul genre, participeraient de cette façon au silence autour de cette dernière question. Laisant ainsi les hommes souhaitant assumer la contraception sans autres moyens que ceux partagés de façon informelle, par des associations militantes. Je parlerai plus longuement de cela dans mon chapitre sur la contraception masculine. Actuellement, dans le domaine, l'association la plus nommée est GARCON, ou Groupe d'Action et de Recherche pour la Contraception. Ceux-ci collaborent avec des professionnels de santé dans le but d'informer sur la santé contraceptive pour tous.

La Belgique, elle, ne possède pas d'association équivalente. Les professionnels de la santé parlent même d'un « retard » :

« On est en retard sur le phénomène social. Les médecins en tout cas et les structures qui s'occupent de contraception, on est en retard sur cette demande de contraception masculine. On a du mal à absorber la demande et on n'est pas assez formés pour cela »
(#Investigation sur la contraception masculine : pourquoi les solutions n'arrivent pas (officiellement) sur le marché ?, 2021)

C'est une déclaration du docteur Cédric Pé, interrogé par la RTBF en 2021. Médecin généraliste dans un planning familial, il exprime être confronté à des demandes auxquelles il n'a pas les moyens de donner suite.

Conclusion

Nous avons donc pu voir grâce à différents extraits l'évolution des politiques de santé publique sur la contraception : de la loi Neuwirth jusqu'à la récente décision concernant l'Androswitch.

Le tournant de 1970 est significatif avec la féminisation de la contraception, qui amène à la norme contraceptive telle qu'elle est actuellement. Désormais, la question de la responsabilité

contraceptive incombe aux partenaires féminines, a contrario de la période où l'homme, avec les différentes méthodes barrière ou la technique du retrait, était en charge de celle-ci. Cela a façonné la société dans laquelle nous évoluons.

En dépit du manque d'information des professionnels de santé exerçant en Belgique, il est intéressant de souligner l'organisation de terrain autour de cette question en France, notamment grâce aux associations et aux militants intéressés par cet enjeu.

Nous allons maintenant voir quelques moyens de contraceptions féminins, en cernant les plus utilisés actuellement en Belgique et en France.

Chapitre 2 : La contraception féminine

Introduction

La contraception est, de nos jours, une charge encore largement assumée par les femmes. Loin de créer une liste exhaustive des moyens de contraception féminins, qui sont très nombreux par rapport aux masculins, l'objectif de ce chapitre est de montrer les plus utilisés.

Pour représenter leur taux de fiabilité, je parlerai de l'indice de Pearl pour chacune de ces méthodes : il s'agit du nombre de grossesses imprévues qui surviennent chez une femme après qu'elle ait suivi une méthode pendant un an. Un nombre élevé, par exemple, signifiera donc un taux d'échec élevé de cette méthode de contraception.

La pilule

Aujourd'hui encore, comme nous le prouve cet extrait de l'enquête menée par Solidaris en 2017 : « [...] **54.5%** des femmes entre 16 et 55 ans disent être aujourd'hui sous pilule. » Il semblerait donc que ce soit le moyen le plus utilisé en matière de contraception, et son **indice de Pearl se situe entre 0 et 0,7**. Bien qu'elle ait subi de nombreuses controverses depuis son arrivée sur le marché, la pilule contraceptive reste la norme.

D'abord vue comme le symbole d'une sexualité libérée dans les années 60, lorsqu'elle est commercialisée, la fiabilité de la pilule est assez vite remise en cause depuis les années 1970:

«But by the late 1960s, tenuous scientific consensus began to emerge. In 1968, retrospective data from Britain began to confirm a small risk of thromboembolic phenomena, and by 1970, a dose relationship between estrogen and thromboembolic disease was established» (Lackie and Fairchild, 2016)

Ces informations passent rapidement dans les mains des médias, ce qui mène à des phénomènes appelés « *pill scare* » dans la société féminine. Plus tard, dans les années 1990, un nouveau «*pill scare*» se produit, cette fois-ci à propos des pilules de 3^e et 4^e génération, qui sont moins fortement dosées en œstrogènes. En effet, celles-ci peuvent néanmoins causer des risques de thromboses veineuses profondes très importants (Bajos *et al.*, 2014). En France, un rebondissement dans une nouvelle « crise des pilules » se passe en 2010, à cause de l'affolement médiatique autour du cas d'une jeune femme ayant subi un accident vasculaire cérébral et désormais fortement handicapée. Celle-ci prenait une pilule de 3^e génération.

L'un des impacts de ces crises médiatisées est la recherche par les femmes de contraceptifs différents : stérilets, anneau, patch... donc une demande grandissante pour la diversification

des méthodes. Malgré une légère diminution d'utilisation de la pilule due à l'affolement médiatique, le nombre actuel de 54.5% est conséquent en Belgique.

Il existe deux types de pilules : les combinées (oestro-progestatives) et les microdosées (progestatives uniquement).

La plus utilisée est la pilule combinée. Toutes deux fonctionnent de la même façon : grâce à une prise régulière et quotidienne, elles empêchent l'ovulation, en empêchant les ovaires de libérer chaque mois un ovule. Elles modifient aussi la muqueuse cervicale, en la rendant plus imperméable au passage des spermatozoïdes vers l'utérus.

Les effets secondaires des deux pilules qui sont rapportés sont nombreux : perte de libido, prise de poids, humeur dépressive, augmentation du risque d'accidents vasculaires, etc. Ce dernier élément justifiant l'attention des gynécologues aux facteurs de risque chez leurs patientes : le tabac, les antécédents familiaux par exemple.

Actuellement, il y a une tendance à se méfier des hormones et à rechercher des méthodes plus naturelles. (Le Guen *et al.*, 2021) Des voix scientifiques s'élèvent pour dénoncer les effets néfastes des méthodes hormonales :

« On s'est inquiété des rejets urinaires de métabolites de la pilule [...] présents dans les milieux aquatiques à une concentration de l'ordre du ng/L et responsables dès cette dose des troubles de la fertilité et d'hermaphrodisme chez les poissons. Il n'est pas même exagéré de dire qu'on s'est plus inquiété de l'impact de ces métabolites sur les poissons et sur le fonctionnement des stations d'épuration que sur le corps des femmes. » (Lambert, 2016)

Cet extrait est tiré de la préface d'un livre à propos de la pilule et est rédigé par une docteure en toxicologie, Annette Lexa. Elle fait partie des nombreuses femmes qui remettent en question cette « liberté ». Selon elle, avec la pilule et la médicalisation progressive des moyens de contraception, la femme est juste passée d'une domination à une autre : de celle du père, du mari, à l'obéissance envers les firmes pharmaceutiques.

Aujourd'hui, la pilule reste majoritairement le premier moyen recommandé aux jeunes filles qui viennent voir leur gynécologue pour une contraception. Cependant, selon le rapport Solidarités de 2017 : « La pilule (50%) et surtout le préservatif masculin (30%) accusent un fort

retard sur les autres contraceptifs (minimum 60%) en termes de haute satisfaction ». Face à cela, les moyens de contraception se sont diversifiés.

Dispositif intra-utérin

Cette méthode de contraception est aussi plus communément appelée « stérilet ». Cependant, celle-ci ne rend aucunement stérile, il est donc primordial pour chasser les idées reçues, de l'appeler par son nom plus scientifique : le dispositif intra-utérin (DIU).

Il existe deux types de DIU : hormonaux et en cuivre. Dans la grande enquête de Solidaritis effectuée en 2017, un chiffre apparaît : **27.3%** des femmes interrogées déclarent que leur moyen de contraception actuel est le DIU.

Le DIU hormonal (**indice de Pearl entre 0,2 et 0,4**) ne contient qu'une seule hormone : le lévonorgestrel. Les DIU ne mesurent tous deux que 3 centimètres de long sur 2,5 d'envergure. Sa forme est en T, il est en plastique souple et il diffuse pendant 3 à 5 ans l'hormone qu'il contient de façon continue. Le DIU hormonal fonctionne de la façon suivante : il va provoquer une inflammation du muscle utérin, qui par conséquent ne pourra pas effectuer le processus de nidation de l'ovule fécondé. En plus de cela, le lévonorgestrel va épaissir localement les sécrétions du col de l'utérus et modifier l'endomètre. Les spermatozoïdes ne pourront pas franchir cette barrière (Haute Autorité de Santé, 2013, p. 26-32).

Il a les avantages suivants : aucun risque d'oubli de prise il diminuerait les saignements lors des règles et son cout est moindre, car il est en grande partie remboursé par les mutuelles.



Le DIU au cuivre (**indice de Pearl de 0,6**), quant à lui, ne contient pas d'hormones, mais un fil de cuivre en son sein. Il fonctionne selon le même principe que le DIU hormonal. Sa position dans l'utérus va aussi provoquer une inflammation locale, modifiant de cette façon l'endomètre. Cela empêchera donc la nidation. Cependant le cuivre qu'il contient a une action sur les spermatozoïdes : en effet, ce dernier va les rendre moins mobiles et viables dans l'utérus, ce qui va les empêcher de remonter dans la trompe, celle-ci contenant l'œuf fécondable (Haute

Autorité de Santé, 2013, p. 26-32). Après avoir adopté cette méthode de contraception sans hormone, les effets secondaires sont les suivants : douleurs plus accrues pendant les règles, saignements plus abondants. Cependant, le DIU en cuivre peut rester en place de 5 à 10 ans.

Un témoignage est éclairant sur les raisons qui peuvent pousser certaines femmes à passer au DIU plutôt qu'à la pilule, au DIU en cuivre plutôt qu'à l'hormonal :

« J'ai commencé à prendre la pilule à mon arrivée à la fac et tout s'est vraiment très bien passé, jusqu'à ce que je commence à vivre avec mon copain !

J'ai alors eu de vraies grosses frayeurs : "On est samedi, il est 21h, pourquoi ma plaquette me dit qu'on est jeudi ? De quand ça date ?".

J'avais des croix sur les mains, des alarmes dans tous les sens, une application spéciale, un post-it sur ma lampe de chevet... Et j'oubliais quand même ma pilule.

Je n'y arrivais plus : après sept ans de très bons et loyaux services ma pilule et moi n'étions plus compatibles.

J'ai donc un peu fureté dans tous les sens, je me suis renseignée sur les autres moyens de contraception. Le DIU cuivre était parfait pour moi : pas de risque d'oubli et pas d'hormones.

Je ne sais pas pourquoi, mais j'en avais marre des hormones, mon corps me disait stop — je devais boire jusqu'à trois verres d'eau pour avaler ma pilule alors qu'avant je pouvais la prendre sans rien, et depuis quelques temps j'avais des boutons, des maux de tête, les seins hyper douloureux même en dehors des règles, et je faisais de la rétention d'eau.» (extrait du blog « Madmoizelle », 2021)

Une autre idée reçue est que les « stérilets » ne peuvent être posés que chez une femme ayant déjà enfanté. D'ailleurs, jusqu'il y a peu, poser un DIU chez une femme nullipare était interdit. Cela est désormais possible et une pratique de plus en plus courante. Néanmoins, certains gynécologues essaient d'influencer les femmes nullipares qui viennent les consulter avec

l'envie de se faire poser un DIU dans le sens contraire. Il y a une résistance qui subsiste chez quelques professionnels, malgré la recommandation de l'ANAES³ en 2004.

En dépit de ces résistances, l'enquête de Solidaris tire un constat intéressant à souligner : « Avec l'âge et avec le niveau de diplôme, le recours à la pilule diminue alors que la pose de stérilet augmente (surtout parmi les mères de famille) » (Solidaris, 2017). L'évolution de la pratique gynécologique a donc réellement permis de rendre ce dispositif contraceptif plus accessible.

L'anneau vaginal

Son utilisation par les femmes comme moyen de contraception est rapportée à hauteur de **4.4%** en 2017 par l'enquête de Solidaris. Son **indice de Pearl est entre 0,6 et 0,9**.

Cet anneau intravaginal est souple, pour être facilement inséré et retiré par l'utilisatrice. Il contient une association d'œstrogène et de progestérone, ce qui fait qu'il a les mêmes contre-indications et effets secondaires que la pilule combinée. De la même façon, il veut empêcher l'ovulation de se produire.

L'anneau doit rester en place 3 semaines avant d'être retiré une semaine, pendant laquelle les règles vont arriver. Sa mise en place ne nécessite pas l'aide de professionnel.

Conclusion

Parmi les différentes méthodes actuelles présentes sur le marché en termes de contraception féminine, la pilule reste très présente, malgré des inquiétudes face aux hormones. Le stérilet quant à lui, s'imagine dans un second temps, dans une phase suivant la pilule. Les idées reçues par rapport aux différentes contraceptions évoluent petit à petit. On peut voir que les médias jouent un rôle, que les idées préconçues évoluent.

C'est en clôturant ce chapitre sur les contraceptions féminines que nous passons maintenant à celles proposées pour le public masculin.

³ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Chapitre 3 : La contraception masculine

Intro :

Les moyens de contraceptions masculins sont moins nombreux et souvent moins développés que leurs homologues féminins, comme vu dans la section précédente. Dans ce chapitre, je vous présenterai les plus connus et les plus récents, ainsi que certaines innovations.

Dans les moyens praticables actuellement, il y a le retrait, les préservatifs masculins et le dernier, plus définitif, la vasectomie. Pour ce qui est des contraceptions masculines qui ne sont pas encore commercialisées, nous retrouverons par exemple les méthodes thermiques, en alternative aux hormones.

Il en existe d'autres en développement, telles que des pilules hormonales, du gel permettant de bloquer le canal déférent, des injections d'hormones hebdomadaires.

Le retrait

Cette méthode, aussi appelée *coitus interruptus*, est utilisée par environ **5%** de couples selon l'OMS. Elle est gratuite, accessible à tous et il n'y a pas de contre-indications. Le problème du retrait est qu'il nécessite de la part du partenaire masculin une grande maîtrise de son éjaculation. Les résultats sont parlants : si **l'indice de Pearl théorique est de 1 à 9**, en pratique, il monte à 20 (Tcherdukian *et al.*, 2020).

Son utilisation est souvent associée à une population ayant de moins grandes connaissances en littératie, comme le montre cet extrait :

«De même, le recours au retrait est davantage déclaré par les hommes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat, ce qui pourrait, là aussi, traduire des difficultés d'accès aux autres méthodes de contraception (Bajos et al. 2012, 2014), mais aussi un manque de connaissances concernant le taux d'échec relativement important de cette méthode (Moreau et al. 2007 ;Trussel 2011). On note également que les enquêtés ayant déclaré avoir une situation économique difficile ont davantage eu recours au retrait [...] » (Le Guen, Rouzard-Cornabas and Ventola, 2021)

Sa gratuité fait également son attrait. Néanmoins, cette méthode reste questionnable à cause de son efficacité assez faible, constatée par l'indice de Pearl.

Le préservatif masculin

Celui-ci existe depuis longtemps, sous tous les matériaux possibles. Désormais fréquemment en latex, il a été énormément mis en avant lors des campagnes de santé publique comme unique moyen pour contrer efficacement le virus du SIDA, dans les années 1980, en France.

Le préservatif masculin est une protection mécanique, aussi dite « barrière » (Robin, Marcelli and Rigot, 2014), qui bloque les spermatozoïdes au moment de l'éjaculation de l'homme dans un réservoir. Celui-ci doit être correctement placé sur un pénis en érection, avant pénétration, pour qu'il soit considéré comme efficace par un **Indice de Pearl qui sera parlant : 2**. Ce chiffre est fourni par l'Organisation Mondiale de la Santé et signifie que deux femmes sur 100 sont tombées enceintes en un an avec cette méthode, quand elle est correctement utilisée.

Plus souvent en latex, il peut aussi être en polyuréthane, en cas d'allergie. De nos jours, il peut être décliné sous plusieurs couleurs, goûts et est facilement accessible : en pharmacie, grande surface, dans des distributeurs de rue, etc. Le préservatif masculin est aussi pour l'instant le seul moyen de contraception qui est une barrière efficace contre les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST).

Concrètement, les chiffres de son utilisation varient. En effet, un schéma se dessine quant au fait qu'ils sont souvent utilisés au début des relations dans un couple, pour être progressivement abandonnés. Petit à petit, ils seront remplacés par une prise de contraception féminine, comme le montre l'extrait ci-dessous :

« Le préservatif était nettement plus utilisé chez les hommes sexuellement actifs ayant déclaré n'avoir aucune partenaire stable au moment de l'enquête (87 % contre 23 % chez les hommes avec une partenaire). Par ailleurs, 53 % des hommes ayant une partenaire depuis moins d'un an utilisaient le préservatif contre 19 % pour ceux en relation avec une partenaire depuis un an ou plus. Lors de relations récentes ou occasionnelles, les hommes sont en mesure, avec le préservatif, de se protéger, en coopération avec leur partenaire, des risques de grossesse et d'IST, et ainsi d'avoir une sexualité jugée responsable (Bajos et Ferrand 2004). [...] Lorsque la relation perdure dans le temps, le préservatif semble être progressivement remplacé par la pilule. » (Le Guen, Rouzaud-Cornabas and Ventola, 2021)

La vasectomie

Cette méthode n'est pas à proprement parler une méthode de contraception par définition car elle est permanente et pas totalement réversible. Cependant, elle fait partie des trois moyens les plus utilisés actuellement par les hommes pour contrôler leur fertilité, son pourcentage d'utilisation étant de **2%** selon l'OMS (Joubert *et al.*, 2022).

La vasectomie est accessible, beaucoup moins coûteuse et technique que la stérilisation féminine, aussi appelée ligature des trompes. Techniquement, elle correspond à la coupure, au niveau des deux cordons spermatiques, des canaux déférents (Robin, Marcelli and Rigot, 2014).

« Elle est efficace, simple, pratique, sans contre-indication, techniquement rapide, et peu coûteuse par rapport à la stérilisation féminine. C'est la forme de contraception permanente la plus efficace disponible pour les hommes, avec des taux d'échec inférieurs à 1 %, un indice de Pearl théorique de 0,1 % et de 0,15 % en pratique courante. » (Joubert *et al.*, 2022)

Bien que peu pratiquée encore dans nos pays, c'est pourtant une pratique bien ancrée en Angleterre, en Nouvelle-Zélande et au Canada, avec respectivement un taux d'utilisation de 20%, 19% et 15% (Yang *et al.*, 2021). En France métropolitaine en 2013, l'enquête FECOND rapporte elle un taux d'utilisation de la vasectomie de 0,2% pour les hommes entre 15 à 49 ans. Pour le rapport de Solidararis qui concerne la Belgique, cette méthode n'est même pas considérée.

Les méthodes thermiques

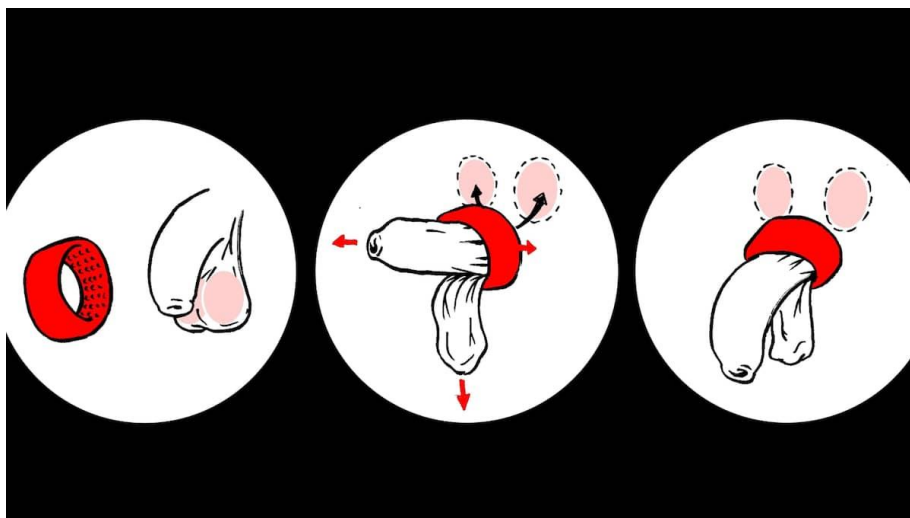
La découverte de cette méthode de remontée testiculaire date des années 1990 : en effet, c'est un médecin toulousain, le docteur Mieusset, qui constate l'impact de celle-ci sur la fécondité des hommes. («Thoreme», s.d.). Il est l'inventeur du « slip chauffant ». Sa méthode est technique mais simple : il réussit à prouver que si les testicules sont remontées manuellement dans les cavités de l'abdomen - dont elles sont issues - leur température augmente pour atteindre la température corporelle. Une augmentation de 2°C est suffisante pour empêcher la spermatogenèse de se produire normalement, et de cette façon diminuer la fertilité masculine.

« L'équipe toulousaine de Mieusset et al. [33–36] avait imaginé un sous-vêtement qui permettait de remonter les testicules au niveau du canal inguinal induisant leur réchauffement par une cryptor-chidie artificielle. Après plusieurs semaines d'utilisation, cette méthode provoquait des altérations spermatiques compatibles avec un effet contraceptif

acceptable. Le principal inconvénient était l'inconfort généré par ce sous-vêtement et ressenti par près de la moitié des utilisateurs. » (Robin, Marcelli and Rigot, 2014)

Pour parvenir à une action contraceptive sûre, il est nécessaire de se faire suivre par un médecin, qui pourra prescrire et analyser les spermogrammes. Ceux-ci, effectués au début du processus, puis régulièrement pendant les premiers mois, permettront de définir si la contraception thermique est effective ou non. C'est une méthode sur le long terme et qui demande de la rigueur dans l'utilisation. En effet, il faut la porter quotidiennement et au minimum 15 à 24 heures.

Il existe actuellement deux méthodes principales dans la contraception thermique masculine : il s'agit de l'anneau - l'Androswitch, par exemple - et du slip chauffant. Les deux fonctionnent selon le même principe : les testicules se retrouvent à la base du pénis et celui-ci passe dans le cercle avec les bourses. Cette position maintient automatiquement les testicules dans leur position plus haute, plus chaude.



Un extrait du livre « *S'occuper de son sperme et être contracepté.e* », relate cette expérience :

« Je n'ai jamais noté mes heures pour atteindre les 15 heures par jour. J'ai pris l'habitude d'enfiler mes slips quand je m'habille. Au coucher, j'évalue quelle durée j'ai passé avec les couilles en lévitation, en prenant toujours une marge de sécu. En m'habillant à 8 heures, je le retire à 23 heures. Et si ce n'est pas suffisant, je m'endors avec. [...] Pour ce qui concerne les changements éventuels, comme des conséquences sur mes humeurs, ma libido, l'aspect du sperme, les plaisirs ressentis ...je n'ai

noté aucune différence. Les retours sont les mêmes pour les collègues pratiquants avec qui j'ai pu échanger. » (Leslie Bhar, 2021, p.37)

Le passage suivant montre les résultats d'une expérience :

« La CMT⁴ a démontré son efficacité sur au total 51 couples et 536 cycles d'exposition : une seule grossesse a été observée, consécutive à une mauvaise utilisation de la méthode. Tous les couples qui ont essayé de concevoir après l'arrêt de la méthode ont réussi. » (Tcherdukian et al., 2020).

Une réversibilité serait donc possible, bien que l'auteur mette en garde en préconisant de multiplier les études à ce sujet pour s'assurer de la véracité.

Un point important à noter cependant est l'inconfort généré par ces méthodes thermiques : dans plusieurs articles la notion de gêne ou de sensation déplaisante revenait, jusqu'à être rapportée par 24% de participants dans une étude du Dr Mieuxset. Or, dans cette même étude, 100% des participants ont affirmé qu'ils recommanderaient la méthode thermique à leurs proches souhaitant se contracepter (Joubert et al., 2022).

Méthodes en cours de développement

Il existe des injections hormonales de testostérone, mensuelles ou hebdomadaires, à injecter en intramusculaire, que ce soit par un praticien ou par l'individu lui-même, après un temps d'adaptation. En France, certains témoignages émergent sur le net d'individus masculins ayant réussi à s'en procurer auprès d'un médecin. Cependant, les effets et la réversibilité n'étant pas encore prouvés, l'utilisateur devra faire preuve de précaution en utilisant cette méthode.

Dans la même idée hormonale, une pilule masculine serait en développement, mais pour l'instant, rien n'est disponible sur le marché.

Pour les innovations, nous avons le RISUG (*Reverse Inhibition of Sperm Under Guidance*) : étudié en Inde depuis plus de 40 années, c'est un gel. Celui-ci, injecté, bloquerait les canaux déférents. Ce qui le rend si intéressant, c'est sa promesse de réversibilité : en effet, une autre injection, de bicarbonate de soude cette fois, serait suffisante pour le dissoudre. Pratiquement, cette réversibilité ne s'est prouvée que chez l'animal pour l'instant. Cependant, cette méthode a déjà été testée sur un échantillon de 139 individus, et avec un taux de réussite contraceptive

⁴ Contraception Masculine Thermique

de 100% (Tcherdukian *et al.*, 2020). Dans la même logique, nous avons cette fois le Vasalgel, qui diffère du premier gel évoqué par sa composition.

Le point de vue féministe

La question du développement des contraceptions masculines est liée à celle de la volonté d'arrêter les contraceptions hormonales des femmes, du moins d'assumer seules la charge que cela représente sur leurs corps et leurs esprits. Plus que cela, cette question est au cœur des revendications d'égalité des féministes. En effet, dans l'ouvrage rédigé par Victoire Tuailon, on peut ressortir cet extrait :

« A priori, éviter une grossesse quand on n'en a pas envie devrait concerner autant les hommes que les femmes engagées dans un rapport hétérosexuel. Pourtant, ce sont les femmes qui portent encore souvent toutes seules la charge de la contraception.[...] Or, comme le réclamait une tribune récente, publiée dans Libération : « Marre de souffrir pour notre contraception ! » : les hommes pourraient aussi s'impliquer dans le coût et le suivi des méthodes de contraception. C'est un impensé qu'on ne questionne pas : comme si cette tâche incombait naturellement et entièrement aux femmes parce que ce sont elles qui tombent enceintes. »
(Tuailon, 2021)

La tribune à laquelle l'auteurice fait référence est parue en 2019, avant d'être suivie par une pétition signée par 25000 personnes. La volonté de changement et d'évolution est factuelle.

En plus de cet extrait, ce même argument ressort dans un article rédigé conjointement par Le Guen, Rouzard-Cornabas et Ventola, paru en 2021 : *« Lorsqu'on aborde la possibilité d'une responsabilité masculine, l'un des principaux obstacles évoqués est que les conséquences de la sexualité pèsent plus lourdement sur les femmes, qu'il s'agisse d'avortement, de poursuite d'une grossesse, ou d'élevage des enfants. »* Ces deux extraits, prônant donc l'unique responsabilité féminine dans la contraception, se rejoignent.

C'est la conséquence biologique qui est mise en avant par cet argument : vu que c'est principalement sur la femme que les conséquences biologiques du rapport sexuel retombent, c'est donc à elles qu'incomberait la responsabilité contraceptive. Les hommes, de leur côté, n'auraient à se soucier de rien.

Dans l'historique des contraception, un autre argument se dessine : en effet, lorsque la pilule contraceptive est arrivée sur le marché, elle était alors vue par les féministes comme un ressort pour leur liberté. Liberté sexuelle, donc, qui permet les rapports tout en évitant les grossesses non voulues. Dans cette logique, certaines pourraient considérer que laisser la responsabilité contraceptive au partenaire masculin reviendrait à un retour en arrière. Pour étayer ces propos, cet extrait, tiré du livre « *S'occuper de son sperme et être contracepté.e.* » est approprié :

« L'arrivée de la contraception testiculaire dans les années 70 80 n'a pas toujours été accueillie comme la " bonne idée " qu'elle espérait être. Elle a notamment été l'objet de débats au sein du mouvement féministe [...]. Certaines y voyaient le risque d'une prise de contrôle par les hommes du champ de la contraception qui venait tout juste de permettre aux femmes de décider si et quand elles voulaient mettre un.e. enfant au monde. La question de la confiance a aussi été soulevée à travers la critique déduisant qu'il allait falloir déléguer ce terrain aux hommes, là où atteindre plus d'autonomie est déjà un combat quotidien. » (Leslie Bhar, 2021, p.13)

Pour certaines, laisser le contrôle de la contraception à l'homme correspondrait à une privation de liberté, à un retour en arrière des progrès accomplis avec l'arrivée des contraceptions féminines.

Un nouveau point de vue est amené par E. Delsart dans la série « Libres ! », produite par Arte :

« - On sait comment aller sur Mars mais on ne sait toujours pas comment se contracepter sans se rendre malade. Cela fait des lustres qu'on nous promet l'arrivée d'une pilule dite masculine, et si certaines études se sont montrées plutôt convaincantes, elle n'a toujours pas été commercialisée à cause des effets indésirables. On notait : une baisse de la libido, de l'acné, une prise de poids et des troubles de l'humeur.

- Ha c'est marrant, ça me rappelle quelque chose... » (Courts Toujours, 2023)

Grâce à l'humour et à la modernité du canal de communication, l'autrice fait passer ce message : les contraceptions proposées aux hommes n'ont jusqu'ici pas été mises sur le marché, mettant en cause des effets secondaires. Ceux-ci s'avérant finalement être identiques aux effets secondaires que subissent une majorité de femmes via les contraceptions hormonales féminines.

Conclusion

Les contraceptions dédiées aux hommes, bien que leur taux d'utilisation reste faible, sont moins nombreuses que celles inventées pour les femmes. Cependant, nous constatons qu'il existe une demande de plus en plus forte de la part des hommes sensibilisés, tels que les collectifs, pour développer et donner plus d'accessibilité aux méthodes non-hormonales. Une des pistes, la thermique, rapporte un taux de réussite significatif.

Une critique qui pourrait être apportée envers ces différentes méthodes dites masculines est la suivante : les conséquences biologiques se reportent sur la femme, ce serait donc à elle seule d'assumer la responsabilité contraceptive. Ce point de vue est partagé par une partie masculine et féminine.

Dans le chapitre suivant, nous allons envisager l'impact que les praticiens de santé peuvent avoir sur les personnes qui viennent à eux avec leurs demandes de contraception, qu'ils soient hommes ou femmes.

Chapitre 4 : La place des praticiens

Introduction

Les praticiens professionnels de la santé ont toujours eu une place importante dans la prescription, la délivrance et le suivi de la contraception. Ils sont les premiers interlocuteurs à pouvoir répondre aux questions précises des personnes qui ont l'intention de commencer une contraception. Dans les prochains sous-chapitres, nous verrons comment ils sont en mesure d'influencer des choix contraceptifs, et quelle place ils occupent dans le parcours contraceptif.

Dans le choix contraceptif

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre 1, les praticiens du savoir médical sont influencés par les politiques propres au pays et donc par le cadre légal et normatif dans lequel ils évoluent. Par exemple, nous avons vu qu'en Angleterre, la vasectomie est socialement plus acceptée et plus effectuée qu'en France. Les médecins la proposent donc assez fréquemment à un homme.

Outre l'influence du contexte politique, le jugement personnel, les valeurs du médecin peuvent également influencer sa pratique. L'extrait suivant relate l'expérience d'un patient français lors d'une consultation avec son médecin généraliste, à propos de la vasectomie :

« La vasectomie, j'en avais un peu entendu parler. Une opération de deux fois un quart d'heure avec anesthésie locale et on n'en parle plus ? C'est pour moi la solution la moins pire. Il me faut plus d'explications. Mon médecin généraliste s'empresse de revêtir son uniforme de juge suprême. Je cherchais des infos, il cherche d'office de me dissuader. A force d'insistance, il me donne ce papier nécessaire pour aller questionner un spécialiste (urologue ou andrologue). Je reviendrai plus tard lui demander une autre ordonnance et il ne commettra plus de faute déontologique et restera neutre. » (Leslie Bhar, 2021, p.34)

Lors de la démarche de recherche d'informations de cette personne, il se retrouve face à un médecin qui n'est pas totalement objectif et neutre. Cela n'influence cependant pas son but initial, celui de se contracepter, grâce à ses insistances.

En effet, lors d'une consultation médicale, le médecin est celui qui a toutes les connaissances et la personne qui vient consulter, est celle en recherche de connaissances. Dans cette relation de docteur-patient, face à l'asymétrie d'informations, la neutralité du médecin est primordiale.

L'asymétrie de la relation médecin-gynécologue-patient(e) est un levier sur lesquels peuvent s'appuyer les gynécologues, par exemple, pour s'assurer un certain pouvoir, comme le décrit Aurore Koechlin (2022), dans son ouvrage « La norme gynécologique ». Elle prend l'exemple suivant :

« Une patiente formule à plusieurs reprises sa volonté qu'on lui retire son stérilet. Mais Philippe Maisonneuve met en avant deux raisons qui motivent son refus : d'une part, le fait qu'elle a déjà eu deux IVG, d'autre part, le facteur de la langue. Pourtant, une aide à la traduction est présente, et la patiente semble très bien comprendre ce qui se joue : elle exprime clairement et à plusieurs reprises son refus de la pilule et sa volonté d'utiliser le préservatif. [...] il doute de la responsabilité contraceptive de sa patiente. [...] Et, outre la pilule, il envisage l'implant, contraception que, comme le stérilet, la patiente ne peut enlever seule. » (Koechlin, 2022)

La relation de pouvoir ici est bien présente lors de la négociation entre les deux parties : la femme qui vient avec une envie précise et le médecin qui aimerait lui imposer ce qu'il estime être une meilleure contraception pour elle, sur base de ses connaissances médicales et de son opinion. La décision du médecin va primer : la patiente va finalement repartir avec son stérilet toujours en place et ce que le médecin aura accepté de lui prescrire, la pilule.

L'extrait suivant est intéressant car il pointe plusieurs faits :

« Le rapport aux médecins, les obstacles posés par le corps médical à l'accès à la vasectomie, l'absence d'information sur les méthodes de contraception testiculaires...sont fondateurs de notre envie de témoigner et de mettre en débat. La façon dont fonctionne l'institution médicale, les relations dans ce monde-là, les rapports soignants-soignés...tout ça incite à chercher d'autres pistes pour prendre ses responsabilités, arrêter de déléguer à d'autres la charge de sa contraception. » (Leslie Bhar, 2021, p.50)

Ces propos sont rapportés par le collectif masculin français « Thomas Boulou », un collectif de garçons français basé près de Brest, qui œuvre à l'implication des hommes dans la contraception. Ce collectif citoyen fait de la sensibilisation dans toute la France, et propose des ateliers de confection de slips thermiques, grâce aux méthodes décrites par le docteur Mieusset.

Grâce à leurs groupes de paroles, Thomas Boulou veut aider ceux qui se sentent seuls dans « *leur recherche de maîtrise de la fertilité* » (Leslie Bhar, 2021, p.55).

Cette recherche de maîtrise passe aussi par la connaissance de son corps, de son cycle. Outre certains cours scolaires, une grande proportion d'hommes ne sait pas exactement comment fonctionne leur corps. Thomas Boulou fait un retour sur cette situation : « *Les hommes, quel que soit leur âge, sont en général ignorants sur leurs organes sexuels. Un des premiers retours que nous avons de leur part, c'est cette découverte, cette prise de conscience, qui procure à la fois plaisir et dépit.* » (Leslie Bhar, 2021, p.51)

Effectivement, pour les questions de contraception, ce sont plus souvent les femmes seules qui vont consulter leur gynécologue plutôt qu'une démarche de couple. Les praticiens considéreraient d'ailleurs la sexualité des hommes comme pulsionnelle, ce qui les empêcherait de jouer le rôle de prévention dans la contraception, comme illustré ci-dessous :

« De fait, le choix de la méthode de contraception semble aujourd'hui davantage discuté entre médecin et usagère lors de la consultation gynécologique (Thomé 2019) qu'au sein du couple. Les hommes sont d'ailleurs largement jugés par le corps médical comme « irresponsables » (Spencer 1999) ou incapables d'adopter une démarche préventive (Ventola 2016), notamment parce que leur sexualité est pensée comme répondant davantage à un registre pulsionnel incompatible avec l'adoption de pratiques préventives (Bozon et Leridon 1993 ; Spencer 1999). » (Le Guen, Rouzard-Cornabas and Ventola, 2021)

Une autre représentation découle de la médicalisation de la contraception : en effet, en développant énormément de dispositifs contraceptifs féminins, la médicalisation a renforcé une différence de traitement due au sexe. Ce qui ne peut pas être mieux décrit que par les mots de Ventola en 2014, après avoir interrogé des dizaines de praticiens en France :

« Leurs discours reflètent, dans leur majorité, une perception genrée des individus et de leurs compétences contraceptives : les femmes seraient ainsi naturellement intéressées par leur fertilité, par opposition à des hommes indifférents, centrés sur leur sexualité. Cette différenciation sert de justification à l'exclusion des méthodes masculines de l'offre contraceptive. » (Ventola, 2014)

Les praticiens se conforteraient dans cette socialisation genrée de la contraception grâce au fait principal : le manque de possibilités contraceptives pour les hommes. Dans ce cas, il est pour eux non productif d'inclure les hommes dans un processus d'implication de contraceptif dans le couple, car c'est la femme qui la portera de toutes façons.

Plus loin dans l'article, on retrouve cette conclusion de Ventola, qui illustre celui au-dessus :

« Parce que les femmes peuvent tomber enceintes, elles seraient naturellement plus portées à s'intéresser à, et plus douées pour gérer la contraception du couple. Avant même d'avoir expérimenté une grossesse, toute femme porterait en elle la conscience de sa capacité reproductive et donc une vigilance sexuellement spécifique. Au contraire, les hommes ne risquant pas de tomber enceints, s'intéresseraient moins à leur fertilité ou à la maîtrise de leur fertilité. » (Ventola, 2014)

Les hommes n'ayant aucune conséquence biologique, de grossesse, ils n'auraient donc pas d'intérêt, selon les praticiens, à s'intéresser à la contraception ou à s'impliquer dans ce processus. A l'opposé, on retrouve l'idée suivante : la femme aurait une tendance innée à se soucier de sa reproductivité, vu que les conséquences de non contraception retombent sur elle. Cette posture des prestataires à l'égard du partage de la charge contraceptive, recueillie en 2014 par Ventola, reflète les rôles assimilés aux femmes comme innés dans la contraception, et met en lumière une différence de traitement dans une relation de forme prestataire-patiente.

Conclusion

Face à une offre inexistante de moyens de contraceptifs masculins alternatifs aux hormones et à une demande de plus en plus grande, il semblerait qu'une des réponses soit la création de collectifs. On peut voir un certain rejet des institutions médicales et une attraction pour des groupes de paroles entre personnes intéressées. Contre toute attente, il semblerait que le public masculin s'intéresse peu à peu à comprendre le fonctionnement des différents systèmes reproductifs et les mécanismes contraceptifs.

Le personnel médical, de son côté, ne semble qu'en faible partie considérer qu'une égalité dans les contraceptions est possible, par leurs représentations négatives de la sexualité masculine. Le lexique est d'ailleurs assez équivoque : l'article de Ventola parle d' « irresponsabilité », de

« pulsion », ce dernier terme évoquant une incapacité à maîtriser sa sexualité, et sa contraception.

PARTIE PRATIQUE

Méthodologie

Précision de la question de recherche

Grâce aux différents entretiens menés dans une démarche exploratoire, aux divers ouvrages lus, il est important de repréciser la question de recherche :

« L’offre de contraception masculine étant actuellement limitée, quelle est l’implication que peut avoir un homme dans la contraception choisie par le couple ? »

Méthodologie qualitative

J’ai choisi la méthodologie qualitative pour approcher la question de recherche car le sujet de la contraception est complexe et sensible. Grâce aux entretiens menés, nous allons pouvoir émettre des hypothèses pour mieux comprendre le processus de la contraception au sein des couples. Ces entretiens seront menés avec des couples hétérosexuels entre 20 et 30 ans, comme précisé dans les critères d’inclusion indiqués plus bas.

Une approche qualitative va nous permettre de répondre aux questions « *Quoi ? Comment ? Pourquoi ?* » face à un sujet peu connu. Cette méthode contribue par exemple à « *explorer comment s’articulent des attitudes, des comportements, des expériences* », « *développer des explications d’un phénomène* », et « *générer des nouvelles idées et théories* » (Aujoulat, 2021).

Cette méthode d’entretiens semi-directifs va permettre la richesse des réponses, comme l’affirme Spezi dans son article sur ces apports : « *Ces méthodes présentent l’intérêt de rendre compte d’un état des pratiques et des environnements mobilisés. Elles soulignent l’existence d’une pluralité de réalités possibles qui méritent toutes d’être prises en compte pour l’interprétation* » (Spezi, 2015). Les situations des couples par rapport à la contraception sont, comme le montrent les chiffres d’utilisation rapportés plus haut par l’enquête de Solidaris, une **mosaïque de comportements différents**. D’où l’intérêt de mobiliser une approche qualitative.

C’est tout d’abord par des entretiens exploratoires que j’ai commencé, uniquement en face à face avec des hommes, car je voulais, de prime abord, avoir un état des lieux de leurs connaissances en matière de contraception. J’ai pu en mener 6.

Lors de cette première série d’entretiens exploratoires, car je devais encore préciser le sujet de mon travail, j’ai pu constater deux faits :

- D’abord, que les connaissances en matière de contraception des personnes masculines que j’ai pu interroger étaient floues, peu précises.

- Secondement, malgré mes multiples relances, leurs réponses restaient directes, peu sûres ou détaillées, voire inexistantes. Ce sujet ne m'a pas semblé pouvoir être abordé de façon ouverte, ce qui empêchait la richesse des entretiens.

C'est par ces deux constats que j'ai choisi, en accord avec mes promoteurs, d'interroger des couples au sujet de la contraception. La richesse de cette option a vite été démontrée : j'ai pu grâce à ce choix faire évoluer mon guide d'entretien deux fois, par la richesse des nouveaux éléments qui apparaissaient.

Les intérêts de questionner des couples sont multiples : tout d'abord car il s'agit de tenter de comprendre le point de vue de chacune des parties. Mais aussi pour cerner la dynamique grâce au non-verbal : un temps de parole moindre ou une attitude fermée peut signifier beaucoup. Des éléments de langage et des observations seront donc recueillis afin de documenter et d'analyser les éléments de réponse.

J'ai donc pu, grâce à cette méthode, explorer les représentations, les pratiques, les connaissances de chaque partenaire dans le couple et de cette façon avoir une idée plus précise de l'implication factuelle de chaque membre du couple dans la contraception.

Critères inclusifs

Pour mener à bien cette recherche, j'ai dû baliser la catégorie de répondants. Lors de la recherche de données, j'ai donc restreint les répondants à ces critères :

- Être un couple hétéronormé
- Entre 20 et 30 ans
- Parler français
- Résider en Belgique ou en France

Comme précisé plus haut, l'intérêt de questionner les couples est d'avoir leurs représentations communes, leurs cheminements dans la contraception.

Méthode de collecte

Pour recueillir ces données, j'ai réquisitionné mon réseau social en premier lieu : en faisant des annonces de recherches sur les réseaux de type Instagram et Facebook, mais aussi par le bouche à oreille. Ce dernier réseau est celui qui m'a rapporté le plus de réponses.

Pour aller au-delà de mon cercle, j'ai affiché cette même annonce, avec mon contact, dans le planning familial d'Alma. De plus, toujours dans cette idée, j'ai utilisé l'effet boule de neige :

à la fin de chaque entretien, je demandais au couple s'ils avaient connaissance, dans leur réseau social, de couples correspondants aux critères d'inclusion.

Après avoir présenté la méthodologie, je vais maintenant exposer les résultats des entretiens.

Analyse des entretiens

Présentation de l'échantillon

Pour recueillir toutes les données, j'ai réalisé des entretiens avec huit couples franco-belges. Dans ces couples, 5 d'entre eux ont répondu à mon annonce par le bouche à oreille, car ils avaient entendu parler de mon sujet et étaient intéressés de partager leurs expériences.

Pour une question de précision et de délimitation de ma thématique, je me suis focalisée sur les couples hétérosexuels monogames.

La plus jeune personne interrogée a 23 ans et le plus âgé, tout juste 30 ans. Sur ces 16 personnes, seulement 4 d'entre elles sont encore aux études, les autres étant déjà dans la vie professionnelle.

Les secteurs sont divers : cela va du secteur de la santé à celui du maraîchage, en passant par le droit et le monde du spectacle.

En ce qui concerne la durée des relations, tous les couples interrogés avaient une durée de relation d'au moins un an, la plus longue relation ayant une ancienneté de 6.

Nous pouvons voir, selon le tableau, que la charge de la contraception revient principalement à la femme du couple : dans la colonne du nombre d'années d'utilisation d'une contraception, à part le dernier couple qui arrive à une égalité d'années, c'est souvent le nombre d'années de la femme qui est de loin, le plus élevé.

Le tableau en page suivante a été construit selon les données recueillies par l'entretien et par le questionnaire de données socio-démographiques.

Description de l'échantillon

		Agés	Secteur d'études/activité	Nationalité	Ancienneté du couple	Nombre d'années d'utilisation d'une contraception
Entretien 1	F1	25	Employée dans un organisme de formation	Belge	5 ans	10
	H1	25	Etudiant en mécanique	Français		
Entretien 2	F2	25	Ingénieure civil	Belge	+ d'1 an	9
	H2	24	Etudiant en architecture	Belge		
Entretien 3	F3	25	Chargée de projet	Belge	1 an	3
	H3	28	Ouvrier en maraîchage biologique	Belge		
Entretien 4	F4	24	Intermittent du spectacle	Française	2 ans et demi	7
	H4	23	Intermittent du spectacle	Français		
Entretien 5	F5	27	Assistante en médecine générale	Belge	1 an et 8 mois	9
	H5	28	Kinésithérapeute	Français		
Entretien 6	F6	24	Ergothérapeute	Belge	6 ans	9
	H6	30	Policier	Belge		
Entretien 7	F7	24	Juriste	Belge	2 ans et demi	8
	H7	25	Etudiant en Biologie moléculaire	Belge		
Entretien 8	F8	23	Etudiante en anthropologie	Belge	3 ans et demi	4
	H8	24	Bio ingénieur	Français		

Analyse : procédure

Pour procéder à l'analyse de toutes ces données, j'ai procédé selon la méthode qualitative. En codifiant les régularités trouvées dans les huit entretiens, cela m'a permis de dégager des thèmes. Ceux-ci peuvent se diviser en sous-thèmes, permettant d'être dans une analyse plus précise. Je vous expose ci-dessous mon modèle, qui découle de la logique du guide d'entretien :

- Contraception précédentes,
 - Perception et vécu avec les contraceptions contenant des hormones
 - Perception et vécu avec les contraceptions sans hormones
- Connaissances
 - Origines
 - Evolution
- Corps médical
 - Relations
- Partage
 - Comment il se fait concrètement
 - Raisons invoquées pour partager

En plus de ces différentes thématiques, lors de la période pendant laquelle ont été effectués les entretiens, une question de réflexion s'est dégagée dans l'actualité. En effet, le taux de réussite d'une pilule contraceptive masculine, sans hormones, a amené une nouvelle question de réflexion à proposer aux couples. Je parlerai de ces résultats en fin d'analyse.

Analyse des entretiens

❖ La perception des contraceptions hormonales et non-horizontales

Souvent, le regard des compagnons masculins envers les contraceptions hormonales sont fortement influencés par les effets négatifs que leurs partenaires ont endurés lors de la prise. Lors des entretiens, à ce sujet, on peut mettre en évidence cet extrait :

« Parce que l'implant c'était... on pensait que c'était plus clean et plus lissé que la pilule, mais ça faisait des sautes d'humeur et des... Ben t'en pâtissais quoi! D'un point de vue des menstruations, et d'un point de vue... émotionnellement c'était dur. » (H1)

Cela montre la perception des effets secondaires hormonaux par le partenaire et sous-entend une conséquence forte au niveau de l'humeur, ce qui impacte le couple.

D'autres partenaires masculins parlent de la pilule contraceptive comme d'un « *truc lourd* » (H3), des « *choses à penser quotidiennement* » (H2). Ce qu'ils évoquent fait penser à la définition de la **charge mentale**, qu'ils ont pu observer chez leur partenaire.

Au niveau du vécu des méthodes hormonales par les partenaires féminines, ce qui ressort le plus fréquemment sont les conséquences négatives, et à ce sujet les extraits sont nombreux :

*« [...]et c'était contraignant d'avoir tout le temps un réveil qui sonne à la même heure. De pas l'oublier, de si t'es malade ben t'es peut-être pas contraceptée parce que tu l'as vomi. Fin bref, des trucs comme ça. C'était contraignant d'aller chez le médecin et j'avais eu des problèmes de santé avec la pilule.[...]Avec l'implant, j'ai eu un flux menstruel énorme et....j'ai eu des **grosses déprimés**, j'avais des règles qui étaient hyper irrégulières et qui pouvaient durer deux semaines.» (F1)*

*« ...C'est vrai qu'il y a plein de choses qui se sont bouleversées dans mon corps, dont j'étais pas consciente et dont on parlait pas spécialement entre copines. Tout ce qui est l'effet sur la **libido**. Moi, j'ai eu aussi des seins qui ont très fort gonflé. C'est vrai qu'il y avait cet avantage à régulariser mes règles qui ont toujours été irrégulières, même si moi ça m'arrangeait très bien qu'elles le soient. Avoir des cycles très longs. Et donc ouais, maintenant je dirais que quand même sous le coup, ça me semblait être la même chose que si elle m'avait prescrit des paracétamol [...]» (F5)*

Le premier extrait nous rapporte donc à la charge mentale qui existe par rapport à la prise de la pilule ainsi que les problèmes de santé qui en ont découlé lorsque F1 a changé pour une autre contraception hormonale. Le deuxième exprime des conséquences physiologiques mais aussi

un impact sur la vie sexuelle du couple. Ceci est aussi décrit par le couple 6, où F6 a subi une perte de libido importante.

Dans le second, en plus des effets négatifs décrits précédemment, il y a la banalisation du geste de prescription qui est évoqué :

« Ça a vraiment été présenté comme une banalité. Très très fort enfin. Voilà, oui, voilà, t'as 18 ans, tu commences à avoir des activités sexuelles. C'est un toucher vaginal, regarder mes ovaires. Et puis elle avait dit « Bon bah oui y a pas de raison »[...] . Et donc ouais, maintenant je dirais que quand même sous le coup, ça me semblait être la même chose que si elle m'avait prescrit des paracétamol enfin ou un bêta ou quelque chose sans rien et par après, je pense que j'ai vraiment pris conscience quand j'ai arrêté la pilule. » (F5)

F6 décrit son expérience gynécologique a posteriori. Son regard de professionnelle de la santé peut influencer ses propos.

Il est important de noter que sur les huit couples interrogés, seule une partenaire n'a jamais eu recours à une méthode hormonale : celle-ci a du affirmer plusieurs fois son souhait de se contracepter sans hormones. Elle décrit : *« Donc j'y suis toujours allée avec un peu cette **peur de ne pas être comprise** par eux. Et devoir me justifier en fait de pourquoi je voulais pas prendre la pilule. Euh, et c'est toujours un peu ce qui s'est passé. » (F8)* Ce qu'elle décrit est marquant : pour avoir une contraception non hormonale, selon son désir, elle doit se justifier face aux professionnels de la santé.

En ce qui concerne leurs perceptions et vécus par rapport aux **méthodes non hormonales**, tandis que les trois premiers couples interrogés rapportaient par rapport au préservatif : *« c'est chiant »(E2), « c'est cher »(E1), « j'aime pas trop »(E3)....* Le préservatif est malgré tout la méthode actuelle de contraception pour 3 couples sur les 8, qui se disent satisfaits, temporairement, de cette solution. Temporairement car ils ont néanmoins rapporté à ce sujet que c'était la méthode actuelle *« la plus accessible sur le marché »*, qu'il n'y avait pour le moment rien d'autre de proposé.

Deux partenaires féminines évoquent avoir essayé le port du DIU en cuivre, cependant toutes deux rapportent des douleurs régulières, des pertes de sang tellement abondantes que cette méthode ne leur a pas convenue.

❖ Les connaissances : origines et développement

Pour ce qui est des connaissances à propos des méthodes contraceptives, la plupart des femmes rapportent les avoir obtenues via leur entourage proche, que ce soit amies, famille ouverte sur le sujet... ainsi que les hommes, mais ceux-ci parlent plutôt d'un « *moment gênant* », d'un sujet « *tabou* » (H5, H6). Les cours donnés en secondaires, qu'ils soient de biologie ou d'éducation sexuelle, semblent avoir inculqué les bases de la contraception chez tous, hommes et femmes. Cependant il est intéressant de questionner ces souvenirs, car même si tous se souviennent de ces cours, H1 et H8 parlent de « *flou* », H3 d' « *infos vite fait* ». Alors que les informations données par les pairs semblent plus assimilées et plus marquantes.

Dans le développement à partir de ces connaissances de base, seul un couple (7) rapporte s'être informé ensemble, via une BD sur les contraceptions masculines.

Deux femmes expliquent avoir été chercher des informations supplémentaires auprès des spécialistes de la santé :

*« Et donc, quand j'ai commencé à comprendre que j'avais envie qu'on m'explique bien pour que je fasse un vrai choix. J'ai prétexté une fausse raison pour avoir un rendez-vous chez le gynéco, sans qu'on comprenne que c'était pour la contraception. Et c'est là que ce mec-là a passé 1h avec moi. Euh, à tout m'expliquer. 1h, c'est énorme, pour un rendez-vous chez le gynéco. Donc j'ai eu quand même **de la chance**. »* (F4)

« À l'école, je pense que j'ai eu des, je me rappelle d'informations quand même PMS un peu plus tardivement. Où euh ben le préservatif sur une banane par exemple, les trucs un peu plus communs. Et puis après ben j'ai eu des rendez-vous gynéco et parfois médicaux pour des raisons... Où on m'a expliqué beaucoup plus en détail comment prendre la contraception en fonction de celle que j'utilisais, et cætera. » (F6)

Ils sont trois, deux hommes et une femme, à rapporter le fait de se documenter via des ressources diverses : podcast, livres et vidéos féministes, ainsi que des renseignements pris sur le site Thorème, décrivant les différentes méthodes de contraceptions masculines actuelles.

❖ Relations avec le corps médical

Tout comme la perception des méthodes de contraception, les relations avec les professionnels de la santé, pour les partenaires masculins des couples, sont parfois influencés par le vécu de leurs partenaires avec ceux-ci. Cependant il est intéressant de remarquer que, sur les 8 hommes interrogés, la plupart n'ont jamais été voir de professionnel de la santé pour avoir des informations sur la contraception. H5 évoque sa visite chez un médecin comme une simple

« *formalité administrative* », dont il avait besoin dans les étapes pour porter un anneau thermique. H8 exprime ne pas être allé avec sa partenaire lors des consultations à propos de la contraception en ces termes :

« C'est aussi parce que il y a cette gêne tu vois genre, t'as un peu l'impression de pénétrer dans un circuit de femmes, t'as pas envie de déranger, tu comprends que c'est votre affaire privée entre toi et les professionnels donc moi je veux pas du tout m'immiscer. Donc voilà, je reste effectivement en arrière. » (H8)

Les partenaires masculins estiment ne pas avoir de relation particulière avec les professionnels de la santé, car lorsque celle-ci n'est pas purement administrative ou juste pratique, elle n'existe tout simplement pas sur ces questions.

En ce qui concerne les partenaires féminines, c'est une toute autre histoire : pour répondre à ma question « Avez-vous déjà eu un moment pour parler avec un professionnel de la santé par rapport à la contraception ? », la réponse ne se fait pas attendre. Alors que leurs partenaires réfléchissent, elles répondent naturellement, sur le ton de l'évidence :

*« Bah moi oui bah quand j'ai commencé à prendre la pilule. [...]. Et puis oui, de manière assez régulière dans mon parcours bah surtout à partir de 18 ans. Et puis quand j'ai changé de contraception, il y a quand même eu des questions. Ça a toujours été dans le **secteur médical classique** donc gynéco ou médecin généraliste. Et encore c'est quand même vite gynéco. » (F5)*

« Euh moi du coup j'ai le même gynéco depuis super longtemps, mais en fait il est à T... donc il faudrait que je change mais j'ai peur. Enfin, en fait, je trouve ça vraiment effrayant de confier sa santé à quelqu'un et d'avoir confiance quoi. » (F7)

*« Ce rendez-vous pour avoir accès à tous les moyens de contraception que je connaissais déjà à peu près(rires). Mais bon, qui est un peu un **moment de passage** comme ça, un peu **obligatoire** dans une éducation sexuelle il a eu lieu alors qu'on avait déjà mis un préservatif, qu'on avait déjà eu des relations sexuelles et donc y avait une sorte de **norme** de voir tout ce qui était possible alors qu'en fait je les connaissais déjà. J'avais aussi autour de moi tout le réseau de femmes qui s'étaient posées ces questions mais il y a cette idée comme ça que la gynécologue a un savoir que auquel tu n'as pas accès donc bon donc j'ai été [...] » (F8)*

En effet, sur les femmes interrogées, toutes avaient déjà été consulter un médecin ou gynécologue. Cela fait écho à la norme gynécologique exposée dans le chapitre 5 de la partie théorique, qui démontre la surmédicalisation de la vie d'une femme. La banalité du geste d'aller voir un spécialiste de la santé pour un suivi contraceptif et le fait d'avoir un gynécologue de référence. Ceci est bien exprimé dans l'extrait de F7, qui parle d'une « peur » à l'idée de changer de gynécologue habituel.

La partenaire interrogée lors du huitième entretien a malheureusement subi des violences gynécologiques, ce qui peut influencer considérablement sa relation avec eux. Plus tard dans l'entretien, elle confie vouloir se diriger vers une approche plus bienveillante, à l'écoute et empathique que ce qu'elle a pu trouver jusqu'ici, dans le parcours médical « classique ».

« J'ai l'impression que dans les institutions médicales il y a un truc un peu de enfin "le patient suivant le patient suivant" et y a pas vraiment de place pour exprimer ce dont tu as vraiment besoin malgré qu'on touche un des trucs les plus intimes de ton corps. »
(F8)

La différence de relation avec les professionnels de la santé est énorme, entre une non-existence pour les hommes et un suivi régulier médicalisé chez les femmes depuis le début de leur vie sexuelle.

De plus, il ressort de deux entretiens un lexique autour du **hasard** en ce qui concerne les professionnels de la santé :

*« Aussi parce que mon médecin généraliste, je le sentais pas super bien sur ces sujets du coup en fait, j'ai préféré me documenter tout seul et avec des potes et puis. Via des Podcasts via des ressources de féminisme. Et je me suis dit que c'était une bonne manière d'appréhender les choses, plutôt que **de jouer à la loterie** avec les professionnels de santé. »* (H4)

*« Et c'est là que ce mec-là a passé 1h avec moi. Euh, à tout m'expliquer. 1h, c'est énorme, pour un rendez-vous chez le gynéco. Donc j'ai eu quand même de la **chance**. »*
(F4)

*« En plus dans le planning familial tu peux pas choisir sur qui tu vas tomber vu que on te prévient pas qui va te mettre, qui va te retirer le truc. Donc du coup c'est vraiment **au petit bonheur la chance** et vraiment, j'ai pas eu de chance quoi. »* (F8)

Cette perception de « chance » et de « loterie » pour trouver un professionnel de la santé qui soit bienveillant, compréhensif, patient, interpelle. Il y a un ressenti particulier à ce sujet alors que la contraception est un domaine de la santé comme les autres, où le médecin ou professionnel de la santé devrait, dans l'idéal, rester neutre et amener les informations demandées.

❖ Le partage de la contraception au sein du couple

Sur les 8 couples interrogés, 5 partenaires masculins assumaient la contraception grâce à un anneau thermique, ou Androswitch. Dans ces 5 couples, un seul l'utilise en double contraception, avec un DIU en cuivre. Ce couple évoque des raisons bien particulières, ils sont en voyage en Afrique et ne veulent prendre aucun risque de grossesse. En effet, dans les règles pour porter convenablement un anneau thermique, il faut normalement aller faire un spermogramme une première fois, pour évaluer la fertilité. Etant en voyage pour une période indéterminée, le partenaire n'est pas en mesure d'effectuer un suivi de sa fertilité par des spermogrammes, alors que ceux-ci sont recommandés tous les 3 mois lors de la première année de port. Lorsque je les interroge plus à ce propos, ils me disent :

« Non, ici en voyage, c'est un peu compliqué de le faire. Et avant de le porter, j'en ai fait un pour voir si je n'étais pas déjà stérile et si c'était pas inutile de le mettre. Et à ce moment-là, tout allait bien dans cette zone là pour moi, mais j'ai pas pu en refaire pour vérifier que cette méthode marchait. Heureusement comme on a une double contraception, c'est pas forcément nécessaire. » (H2)

Ces spermogrammes, pourtant nécessaires pour valider la contraception thermique, sont effectués chez deux couples sur les cinq avec anneau. Pour partager cette tâche contraceptive du passage chez le médecin et du spermogramme, le troisième couple interrogé dénote :

« Je pense que ce qui est important c'est qu'on essaye de communiquer quand même beaucoup dessus et comme il est pas trop médecin, c'est pas trop son truc d'aller chez le médecin je sais que du coup, au début, pour les premiers rendez-vous spermogrammes... Ben on a pu essayer de se départager ça. Moi j'appelais le médecin puis on allait à deux puis et cætera et je trouve que ça c'est hyper important. » (F3)

Même lorsque la femme n'assume pas la charge contraceptive car c'est le partenaire masculin qui le fait, elle fait des efforts pour que ce ne soit pas à lui de tout assumer. Parallèlement à cet

extrait d'entretien, le suivant montre une autre forme de partage effectif de la contraception, c'est-à-dire où les deux membres du couple sont factuellement impliqués :

« Mais à la base, c'était plus une manière de partager la charge mentale et le fardeau de la contraception. [...] Et c'est pas très juste, qu'il y ait qu'une des deux personnes dans le couple, enfin selon ma vision, qui se charge de ça. Donc autant que ce soit partagé. Même si du coup il y a peut-être un dédoublement des efforts. Alors au moins il y a une équité, un semblant d'équité dans le couple quoi. » (H2)

Cette notion de « **dédoublement des efforts** » va dans le sens d'un partage contraceptif. Seuls deux couples sur les huit évoquent une répartition de cette charge. La notion de « **semblant d'équité** » se rapproche de la prise de conscience des inégalités de genre, qui sont sociétales et se reproduisent aussi dans l'espace intime du couple.

Dans les autres couples, ce n'est plus une notion de partage au sens propre mais plutôt un **transfert**. Effectivement, en plus de ces cinq couples contraceptés grâce à l'anneau thermique, dans les trois autres couples c'est exclusivement le partenaire masculin qui se contracepte avec les préservatifs.

Les raisons pour lesquelles les couples choisissent diverses solutions de contraception sont ressorties lors de la question « Pour quelles raisons est-il important pour vous de faire différemment de la norme ? ». C'est la **volonté de se contracepter sans hormones** pour deux couples :

*« Moi je sais que tu m'avais redirigé vers le compte Insta de Thorème du coup qui fait ça. Et du coup on s'est dit attends, c'est pas hormonal. Il y a des chances que du coup, il y ait **moins de problèmes** » (H1)*

*« ... Je ne veux pas prendre des hormones et ce genre de trucs donc. Du coup, j'étais obligée, c'était soit ça, soit rien quoi. Et donc du coup je pense que dans cette culpabilité que si ça marche pas⁵, y a **plus d'options**. À part le retrait, ce genre de choses, si on ne veut pas mettre un préservatif » (F8)*

Cinq couples sur les huit évoquent eux, comme raison principale, **l'égalité**. Cette raison vient souvent d'abord dans le discours de la femme, avant de faire écho chez le partenaire, comme nous pouvons le percevoir dans ces extraits :

⁵ Elle parle du DIU en cuivre

« À fortiori, je pense que c'est surtout F6 qui voulait plus une égalité à ce niveau-là. Hommes, femmes du partage, de la contraception. Ce qui me va totalement. » (H6)

« - Moi, j'ai l'impression que c'est moi qui suis venue avec ces questions-là et que maintenant H8 a ce discours. Le discours enfin féministe. C'est une charge partagée, ça d'accord, mais par rapport aux hormones, je pense que tu te serais retrouvé avec quelqu'un qui prenait la pilule, tu l'aurais pas, le discours de est ce que c'est vraiment un choix consenti, réfléchi, et cetera de prendre la pilule. (F8)

-Non, je suis d'accord avec toi, mais après c'est sûr que enfin je me posais déjà ce genre de questions. Enfin pas par rapport aux hormones, tu vois ? C'est toi qui m'as appris, mais je trouvais quand même que voilà, il y avait matière à réfléchir sur la question de l'égalité. (H8)»

Les discours sur l'égalité contraceptive dans le couple seraient donc influencés par la sensibilisation aux inégalités de genre du côté de la partenaire féminine.

Ces couples qui prônent l'égalité disent entre autres vouloir « *partager la charge mentale* »(F4), (F7) et (H5) mais parlent aussi en termes forts : « *ça détruit son corps, pas le mien, c'est pas normal* » (H7) ou encore « *F8 et moi on fait quand même attention, mais finalement c'est F8 qui se prend toutes les violences* » (H8). Le répertoire de **termes négatifs**, violence et destruction est intéressant lorsqu'il sert pour exprimer un vécu avec les méthodes de contraception. De plus, ces termes sombres sont utilisés dans un contexte de perception : en effet, ce sont les partenaires masculins qui les prononcent face au vécu de leurs partenaires féminins.

❖ Réflexion face aux résultats des essais cliniques

Cette question de réflexion, qui figure dans l'annexe B, a pu être posée aux 5 derniers couples interrogés. Ce qui ressort le plus souvent, face à cette nouveauté contraceptive qui a fait beaucoup de bruit dans le monde scientifique, est la question de la **spontanéité** de l'acte sexuel. En effet, si comme décrit dans les premiers résultats scientifiques, cette pilule agit sur la mobilité des spermatozoïdes pendant un laps de temps qui se compte en heures, comment la prendre dans un couple ? F5, qui travaille dans le secteur médical, fait ce rapprochement pour essayer de mieux comprendre le fonctionnement :

« Bah la PrEP⁶ pour le sida certaines personnes la prennent tout le temps du coup au final puisque. Ils savent pas toujours prévoir. [...] C'est une **dynamique** qui est particulière quoi. Si tu vas dans un club libertin, trop bien. TROP bien, tu prends ta pilule, tu vas à ton club ou si tu vas pour chopper. Mais oui, c'est vrai que dans une routine. Ou alors quelqu'un...enfin, je sais que par exemple, quand j'étais célibataire et que je voyais quelques dates un peu par ci par là, bah c'est vrai, là c'est facile, tu dis "Bon OK, je la prends, je sais" C'est vrai que là dans un couple. On sait jamais enfin... » (F5)

Elle parle donc aussi de la dynamique particulière que cette contraception apporterait dans un couple stable, où l'acte sexuel n'est pas forcément prévisible. En revanche, selon elle, si cette pilule peut être prise tous les jours comme le traitement pour le SIDA, alors la dynamique serait la même que dans les couples où la femme uniquement prend une pilule contraceptive chaque jour. En ce qui concerne la spontanéité, H7 rejoint cet avis : à moins que cette pilule ait un effet presque immédiat, la dynamique de la vie sexuelle du couple serait impactée : « *calculer quand avoir des rapports* ». Il le voit plutôt comme une méthode qu'ils utiliseraient de façon occasionnelle.

Ces deux couples, H5-F5 et H7-F7, parlent tous deux, dans leurs réflexions à chaud, de la question des **effets secondaires**.

«[...] moi je trouve que dans la question de la contraception, c'est vraiment beaucoup les effets secondaires qu'il faut mettre en avant parce que l'effet contraceptif de toutes les contraceptions au final, ils se valent. » (F5)

« Mais ouais, si les effets secondaires sont pas horribles ouais...[...] Non, c'est pas parce que je suis fâchée d'avoir pris une contraception pendant aussi longtemps, d'avoir abîmé mon corps pendant aussi longtemps que j'ai envie de qu'il subisse la même chose, mais... » (F7)

« Quand tu vois que la pilule a des effets dévastateurs sur le corps des femmes depuis plein d'années et que personne ne s'en insurge vraiment? » (F8)

Il est intéressant de noter que ce sont souvent les femmes des couples interrogés qui, dans leur réflexion face à cette question, mettent en avant les effets secondaires possibles d'une telle

⁶ Traitement utilisé en prévention pour les personnes qui sont très exposées au virus du SIDA

contraception. Peut-être est-ce fiable à leurs propres vécus avec les méthodes de contraception, lorsqu'elles ont manqué d'informations à propos des effets secondaires ?

Viennent ensuite les notions de **confiance, d'incertitude**. Ce sont les couples 5, 6 et 7 qui en parlent, mais chacun avec une perspective différente. Pour H5, c'est plutôt la notion de confiance **en l'autre partenaire** : « *Bah quid dans des contextes où ... ça veut dire que là la personne peut dire « oui je l'ai pris! Y'a deux heures »* ». Ce qu'il est intéressant de relever, c'est que la confiance dans la partenaire féminine lorsqu'elle dit avoir une méthode de contraception n'est pas souvent questionnée. Elle peut même souvent être assumée, alors que la situation contraceptive de la partenaire féminine n'est pas claire, comme par exemple dans cet extrait de F8 : « *En fait, moi j'ai surtout l'impression que... Je sais même pas si je t'ai dit que je prenais pas la pilule. Je sais même pas s'il était au courant.* »

Ensuite, il y a **la confiance dans la science**, et surtout dans les progrès scientifiques. Ce sont les couples 4, 6, 7 et 8 qui l'expriment clairement, par ces mots :

« Mais en tout cas moi je trouve que l'anneau pour moi on va dire c'est plus naturel comme méthode quoi. Mais après moi le côté prendre un médicament ça m'attire pas trop. » (H4)

« J'attendrai d'abord qu'il y ait des expérimentations humaines et que je ne sois pas le premier, j'ai pas envie d'être un cobaye et attendre de voir un peu les résultats et les résultats sur le long terme aussi. Pas que les résultats court terme, mais vraiment les résultats à long terme. » (H6)

« Ouais, à fond. Ouais, si on a assez de d'évidences scientifiques que c'est pas toxique et qu'il y a aucun... Même que c'est irréversible, bien sûr, pourquoi pas ? » (H7)

« Enfin, parce que voilà, moi, je veux pas qu'il y ait d'effets secondaires, mais après, effectivement, est-ce que je fais confiance aux laboratoires, bon, ça dépend, tu vois ? Parce que par exemple quand j'étais plus jeune, j'ai pris du Roaccutane, mais là on se rend compte que ça m'a niqué le foie bon, je suis un peu en mode ok super, tout ça pour soigner l'acné, c'est quand même ballot tu vois ? » (H8)

Dans ces quatre extraits, alors que la majorité parle d'une méfiance par rapport à ce qui est produit par les firmes pharmaceutiques, nous remarquons un avis différent.

Celui-ci, qui provient de H7, parle d'une confiance dans les évidences scientifiques. Si celles-ci sont prouvées, alors selon lui, c'est une méthode envisageable. Ses propos sont peut-être

influencés par son appartenance au secteur scientifique : en effet, il est étudiant en biologie. L'*Evidence Based Medicine* est au cœur de son cursus, ce qui contextualise ses propos.

Les autres partenaires masculins, eux, sont donc plutôt du côté de la méfiance, que ce soit pour des raisons d'envie de naturel, de vécu avec les traitements, de contexte sociétal...

❖ Inégalités

Des partenaires féminines ont évoqué une colère, une incompréhension face aux inégalités contraceptives. Cette colère vient du sentiment d'injustice, mêlé aux conséquences négatives que leurs méthodes de contraception ont eues sur leur santé. Ce sont F2, 7 et 8 qui en parlent en ces termes :

« J'étais hyper énervée que ce soit juste les femmes qui doivent prendre des hormones et que les mecs ils étaient là, tranquilles, en train de rien faire et certains ils avaient même pas de capotes... C'est vraiment n'importe quoi. Et du coup j'étais à la fois animée par pas envie de prendre d'hormones et pas envie de faire plus qu'un mec quoi. » (F2)

« Non, c'est pas parce que je suis fâchée d'avoir pris une contraception pendant aussi longtemps, d'avoir abîmé mon corps pendant aussi longtemps que j'ai envie de qu'il subisse la même chose, mais... » (F7)

« Je me sens pas du tout dans un système qui peut écouter mes sentiments, écouter mes ressentis. J'ai l'impression qu'il y a ce truc de « ma pauvre petite, Madame la ménagère, fermez la surtout et n'avortez pas » »(F8)

Ces termes sont durs, mais reflètent une réalité pour certaines femmes par rapport à leurs parcours contraceptifs propres. Cela fait écho aux luttes féministes qui sont les premières à faire ressortir cet aspect inégal dans la vie d'un couple.

Discussion et perspectives de recherches

Je rappelle ma question de recherche de départ : « L'implication des hommes dans la contraception au sein d'une relation : qu'en est-il ? ». Je peux y répondre, grâce aux entretiens effectués : **cette implication des hommes dans la contraception du couple arrive tardivement et elle dépend de la partenaire féminine.** J'explicité ma réponse par les éléments recueillis ci-dessous :

Tout d'abord, les témoignages d'expériences négatives des partenaires féminines concernant leurs vécus avec différentes méthodes de contraception sont abondants dans mon échantillon. C'est d'ailleurs souvent un motif qui explique l'état actuel de la contraception utilisée par le couple, impliquant plus l'homme. Ce résultat rejoint ce que j'ai pu retrouver chez Mireille Le Guen, dans son article scientifique :

« In most studies (26/42), women and men mentioned the physical side effects of hormonal contraception on women's bodies. In 25 studies, women and men (as partners of female users) reported experiences of adverse side effects when using hormonal contraception and wished to avoid them» (M. Le Guen et al., 2021)

Les effets négatifs de ces contraceptions hormonales sont souvent le déclencheur d'une volonté de la femme et de son partenaire d'un changement de contraception, comme j'ai pu l'entendre. C'est donc la volonté d'une plus grande égalité dans les rapports hommes-femmes qui ressort, ainsi que la prise de conscience d'une charge mentale contraceptive.

Ensuite, je remarque la propension des partenaires masculins à se renseigner sur les différentes méthodes de contraceptions via Internet. Ce portail leur donne accès à des podcasts, des ressources documentaires, articles scientifiques... on peut alors se demander dans quelle mesure les infos qu'ils peuvent trouver de cette façon sont de l'ordre de *l'Evidence Based Medicine*. Dans tous les cas, les partenaires masculins expriment une grande confiance dans ces informations, à tel point qu'ils n'ont jamais été consulter un professionnel dans le but d'obtenir des réponses validées et fiables. En ce qui concerne l'apprentissage des méthodes de contraception, il ressort des entretiens que les femmes se dirigent premièrement vers leurs pairs : famille, groupes d'ami.e.s. A contrario, lorsque les partenaires masculins évoquent des moments d'échange à ce sujet avec leurs familles, ils mentionnent une gêne.

Il en ressort aussi le fait que les cours d'éducation sexuelle donnés en secondaires, dans les premières années, ne laissent pas de réelles connaissances aux élèves. Les répondants n'ont que de vagues souvenirs de ceux-ci. On peut se questionner sur l'importance de la période à laquelle ces cours sont dispensés et par quelles méthodes d'apprentissage. L'école est un levier important pour les politiques de promotion de la santé (nourriture saine, hygiène, importance du sport...). Dès lors, on peut se questionner sur la place qui est laissée en matière de contraception - et donc de prévention des grossesses non désirées – au sein des établissements scolaires. Peut-être y aurait-il lieu de penser différemment les modules de vie sexuelle et affective donnés dans les années secondaires ? Depuis 2012, les écoles de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont l'obligation de dispenser des cours appelés EVRAS (Education à la Vie Sexuelle et Affective) (*Est-il vraiment nécessaire d'éduquer les enfants à la vie sexuelle dès la maternelle ?*, 2018). Cependant, légalement, rien ne définit le contenu de ces cours. Peut-être serait-il intéressant de mettre en place un programme en plusieurs modules, sur le long terme, pour que les jeunes assimilent ces notions ? Si je prends un pays nordique tel que la Norvège, par exemple, où il est notoire que leurs politiques de santé publique sont innovantes, on voit qu'elle met en place dans ses écoles des cours dits « EVRAS » dès la maternelle.

Par ailleurs, un réel gouffre existe entre la vie sexuelle de la femme et de l'homme : comme évoqué dans le chapitre 5 de la théorie, il existe une réelle « norme gynécologique » (Aurore Koechlin, 2022) qui ressort fortement lors de ces entretiens. Alors que les partenaires féminines ont toutes déjà vu plusieurs professionnels de la santé (souvent des gynécologues) dans un but contraceptif, les partenaires masculins, eux, n'ont jamais consulté. La banalité du geste de « consultation d'un gynécologue » est évoquée par toutes les femmes interrogées. A l'inverse, la question posée aux partenaires masculins ne leur évoque rien, l'idée ne leur était même parfois jamais venue à l'esprit, une absurdité. Koechlin explique cette norme en ces termes :

« On peut se poser des questions, qu'est-ce qui fait que le suivi est à ce point-là genré ? Parce que les questions de prévention et de contraception se posent de la même façon pour les hommes. La contraception, on parle d'un couple hétérosexuel a priori qui du coup devrait partager la tâche contraceptive. La prévention, de la même façon la question des cancers, des IST se pose de la même façon pour les hommes, donc pourquoi cet aspect genré ? Une des pistes qui peut l'expliquer c'est que la médicalisation du corps des femmes est en fait très antérieure, remonte déjà avec le développement d'une obstétrique

spécifique avec une vision aussi qu'à conservé le corps médical au cours du temps d'un corps féminin pathologisé, pathologique qu'il s'agirait de davantage suivre et en fait lorsque s'est développée la contraception, lorsque s'est développé aussi le discours de prévention les femmes étaient déjà prises en charge par la médecine, et la gynécologie s'est développée sur cette prise en charge antérieure. Mais aujourd'hui on peut interroger du coup le caractère genre de cette prise en charge [...] » (« Aurore Koechlin - La norme gynécologique : ce que la médecine fait au corps des femmes », 2023)

Dans ces consultations gynécologiques, la relation asymétrique du professionnel de la santé et de la patiente se fait ressentir lors du dernier entretien, où la répondante exprime avoir ressenti du paternalisme dans le réseau médical « classique ». Je peux mettre ses propos en parallèle avec la théorie du chapitre 5, avec l'extrait du livre d'Aurore Koechlin (2022). La violence des gestes et la non considération du désir des patientes lorsqu'elles viennent voir leur médecin avec une idée précise fait écho entre F8 et la patiente évoquée par Koechlin. D'autres auteurs font référence à un concept qu'il est intéressant de nommer dans le cadre de ce mémoire, celui de la « déshumanisation » dans les soins (Gaille-Nikodimov et Foureur, 2010). Ils l'expriment en ces termes :

« Protection émotionnelle et contrôle de soi de la part des médecins et des équipes soignantes, hyper-technicité et mécanisation de la pratique de soins, fragmentation du soin lié à la spécialisation professionnelle, contraintes économiques et administratives, articulation complexe entre soin et recherche : cet ensemble d'éléments concourent à la perception d'une médecine « déshumanisée ». [...] Au-delà, un discours invitant à une « réforme » en profondeur des pratiques de soins s'est développé en plusieurs directions.[...]. Une seconde manière d'interpréter la nécessaire réforme de la pratique médicale consiste à mettre l'accent sur la subjectivité du patient.[...] Mais, au-delà, la question est bien celle d'instaurer, malgré la dissymétrie entre le patient et son médecin, un dialogue entre deux sujets. [...] Ainsi, aux États-Unis, a émergé dans les années 1970 un enseignement qui mêle de façon indissociable réflexion philosophique, éthique médicale et littérature, la littérature étant perçue comme une manière privilégiée de rendre compte des questions morales

et des problèmes humains présents dans la relation de soins : la réflexion philosophique est ici développée au prisme de textes qui donnent chair et vie au questionnement éthique. Ils recèlent un « savoir narratif » doté d'une double vertu : il permet au médecin d'augmenter sa capacité à appréhender le discours du patient ; il permet au patient de mieux interpréter le discours objectif et scientifique du médecin, et de tenter de se l'approprier dans un discours adapté à sa vie propre. » (Gaille-Nikodimov et Foureur, 2010)

Ces deux auteurs donnent donc des pistes de réponse face aux plaintes des patients d'une déshumanisation des soins qui leurs sont prodigués par leurs praticiens. Gaille-Nikodimov et Foureur nomment les différentes causes, structurelles ou sociales, qui amènent parfois les médecins à négliger la relation patient-soignant. Par après, ils évoquent comme piste de travail pour cette relation, le développement des questions éthiques au travers de la littérature, comme les Etats Unis l'ont déjà mis en place.

Quand je reviens aux entretiens, je perçois que la théorie et la pratique se relie encore lorsque l'on constate la volonté dans ces huit couples de diminuer les méthodes hormonales pour se contracepter. Le lien peut être fait avec les propos de Le Guen *et al.* à ce sujet en 2021, qui exprime une volonté de se tourner vers des méthodes plus naturelles. Plus largement, elle évoque dans ce même article, « *Reasons for rejecting hormonal contraception in Western Countries : A systematic review* », une « hormonophobie » : décrite comme « *an excessive fear of hormones based on irrational causes such as an over estimation of health risks associated with their use, already aroused by the recurring media controversies over hormonal contraception* ». Par cette définition, nous pouvons faire le rapprochement entre le « *pill scare* », dont je parle dans le chapitre 1, et ce qu'elle appelle des « controverses médiatiques ».

J'ajoute à cela cet extrait d'un colloque sur le rejet de la contraception hormonale à Liège en 2018, où M. Paltineau, chercheuse au CIRFASE (Centre Interdisciplinaire de Recherche sur les Familles et les Sexualités, UCL) exprime le résultat de ses recherches en ces termes :

« Des chiffres montrent que seulement 37% des femmes sont tout à fait d'accord avec l'idée selon laquelle la pilule permet aux femmes d'avoir une sexualité plus épanouie. Ce que les pionnières vivaient comme une liberté est bien souvent devenu contrainte pour les générations suivantes. Nous sommes dans une mouvance où les jeunes femmes et hommes

d'aujourd'hui s'intéressent de plus en plus à un mode de vie qui est axé sur l'écologie, le respect de la nature et de son propre corps. Ils se tournent davantage vers les médecines douces, par exemple, ils refusent ou rejettent certains médicaments et la pilule entre dans cette catégorie. C'est une tendance sociale qui est plus large et qui ne correspond pas seulement à la pilule mais plutôt à tout ce qui est médical ou touche à l'institution médicale. Les pratiques plus naturelles et plus centrées sur la réflexion se retrouvent tout au long du parcours procréatif. »
(«Colloque contraception », 2019, p.24)

Ces différents extraits de littérature vont dans le sens d'une envie partagée par des femmes, de plus en plus nombreuses, à chercher des alternatives plus douces et naturelles que la médecine classique.

Un autre résultat qui ressort fortement de ces huit entretiens, et qui détonne par rapport à ma première conception du sujet, est le « transfert » qui s'est opéré dans ces couples. Alors que je parlais, comme on peut le voir sur l'annonce que j'ai diffusée, de « partage » dans la méthode de contraception, c'est en effet plutôt un changement de la personne qui portera celle-ci. Mis à part le deuxième couple, où les deux partenaires se contraceptent, dans les autres couples interrogés c'est un changement de la personne qui porte cette charge contraceptive.

Pour conclure cette discussion, je trouve qu'il serait judicieux d'approfondir la question de l'asymétrie dans la relation patient-professionnel de la santé. En effet, lors du recueil de données, je me suis aperçue que la dimension de relation entre soignants-soignés pourrait faire l'objet d'une autre recherche tellement les données à ce sujet ont abondé, que ce soit pendant les entretiens ou en dehors. Le secteur médical est actuellement, en Belgique, soumis à énormément de pressions. Il est dans son intérêt qu'il évolue en tenant compte des nouvelles envies des « soignés » : une écoute, une prise en charge plus attentive aux demandes, par exemple.

De plus, il serait intéressant d'investiguer la différence qui existe entre la Belgique et la France en matière de contraception masculine : pour quelles raisons la demande est-elle moins forte en Belgique ? Pourquoi n'existe-t-il pas le même attrait pour ces questions en Belgique, là où la France a des associations propres sur ce sujet ? J'ai en effet pu constater un vide associatif lors de ma recherche de public-cible belge.

Finalement, il serait pertinent, à mon sens, de pouvoir réaliser une étude à plus grande échelle sur cette question de la contraception vue par les hommes, pour pouvoir se rendre compte des différentes visions actuelles à ce propos.

Par rapport à ce dernier point, je tiens à signaler les limites de ma recherche : tout d'abord, comme dit précédemment, l'échantillon ne contient que 8 couples. Cela ne peut donc pas donner de résultats exhaustifs par rapport aux différentes implications qui se mettent en place dans les couples vis-à-vis de la contraception.

Ensuite, ce choix, dont j'ai largement discuté avec mes promoteurs, s'est porté sur des couples déjà sensibilisés au partage. En effet, ce public cible nous permet de recueillir plus de témoignages et d'expériences riches. Malgré tout, lors de ma recherche de répondants, une réflexion m'est souvent parvenue : « *Je ne suis pas sû.e. que nous correspondons exactement au partage que tu recherches, mais si on peut t'aider...* ». Je pense donc que certains couples n'ont peut-être pas osé témoigner, ne se sentant pas légitimes peut-être dans leur propre méthode de partage. J'en étais consciente lorsque j'ai conçu l'affiche diffusée (annexe A), mais je tenais à rester dans une interprétation large du terme « partage ».

Un autre biais est celui de ma position. En effet, je suis une femme du 21^e siècle et j'ai moi-même l'usage des méthodes de contraception, ainsi qu'un vécu avec chacune d'entre-elles. Lorsque certaines partenaires féminines abordaient des conséquences négatives de leur contraception, je n'ai pas pu m'empêcher parfois de faire mentalement le parallèle avec ma propre histoire. Cependant, depuis le début de la rédaction de ce mémoire, je suis consciente du contexte sociétal et de mon positionnement féministe. C'est pourquoi je tends à rester la plus neutre possible face aux faits décrits, ainsi que dans mes analyses.

Les limites de ma recherche sont aussi temporelles. Le mémoire en Santé Publique étant produit sur une année scolaire de 10 mois, il est important de recueillir assez vite des données pour pouvoir ensuite avoir le temps de les analyser consciencieusement. Dans cette recherche qualitative, trouver des couples sensibilisés en Belgique et en France n'était pas une mince affaire : je n'avais personne, dans mon entourage, qui correspondait à mon public cible. La phase de récolte des données a débuté après la session de janvier et s'est arrêtée à saturation de données, vers le début d'avril. Durant ce temps, les entretiens se sont suivis, chacun différent et riche, le guide d'entretien a évolué, pour questionner des aspects supplémentaires.

Pour finir, je dois préciser que les entretiens se sont tous déroulés à distance, via un canal de communication. Cela peut affecter la relation développée pendant les entretiens, qui permet

d'obtenir plus ou moins de réponses, mais je n'ai pas ressenti de gêne ou de distance particulière lors de ces entretiens. Seuls deux couples ont eu quelques soucis de connexion Internet, vite rétablis.

Conclusion finale

Le but premier de mon mémoire était de questionner l'implication des hommes dans la contraception, au vu de l'interdiction de vente d'un des seuls moyens de contraception thermique masculin commercialisé en août, l'anneau Androswitch.

Tout d'abord, il était important de replacer les éléments de théorie qui permettent une compréhension du sujet. J'ai donc amené le contexte historique et politique en premier, avec la loi Neuwirth et ensuite la décision concernant l'Androswitch. Cette dernière étant le point de départ de mon questionnement. Dans ce chapitre 1, un autre point intéressant qui ressort est la mobilisation des acteurs de terrain du secteur associatif en France versus le vide associatif en Belgique.

Dans le second chapitre sur les contraceptions féminines, il ressort des différentes lectures que la pilule reste la première option choisie par les jeunes femmes, en dépit des différents scandales portés par les médias. Le DIU lui, arrive plutôt dans un second temps de la vie contraceptive.

Par après, le troisième chapitre explore les moyens contraceptifs masculins : l'offre est beaucoup moins diversifiée que pour les femmes. Cependant, peut-être arrivons nous actuellement à un moment clé, où les hommes sensibilisés, aidés par les associations militantes, exigent d'avoir accès à des moyens plus divers.

Pour finir avec la partie théorique, le chapitre portant sur les professionnels de la santé, démontre l'intérêt des hommes envers une meilleure compréhension de leur corps. Cependant, il n'y a de leur part aucune demande envers les professionnels : ils se documentent via les associations principalement, qui ont accumulé des ressources documentaires sur le sujet.

Je passe enfin à la partie pratique, avec la première phase d'entretiens exploratoires qui m'a permis de cibler un public qui allait m'apporter plus de réponses riches. Grâce à ce nouvel élément, j'ai pu questionner les couples et cela m'a permis de dégager les éléments importants de la problématique : de l'origine des connaissances contraceptives, à la norme gynécologique, en passant par les motivations du couple.

La catégorie des représentations sur les méthodes contraceptives hormonales et non-hormonales fait ressortir la notion de charge mentale, ainsi que les effets secondaires négatifs qu'ils ont pu amener. Lors de l'analyse sur les connaissances en matière de contraception, les hommes évoquent quelques souvenirs des informations scolaires, un peu vagues, floues... tandis que les partenaires féminines, elles, parlent plutôt d'un échange d'informations au sein

des groupes d'amies, de la famille avant de parfois aller chercher des informations complémentaires chez un professionnel de la santé.

Pour ce qui est des relations avec ceux-ci, on remarque qu'alors que les femmes ont toutes déjà été voir, une ou plusieurs fois, des médecins, gynécologues, les hommes eux n'ont pratiquement jamais été en voir un à ce sujet. Cette différence est flagrante. La dimension du partage de la contraception révèle plutôt un transfert de la charge contraceptive, de la femme vers l'homme, souvent suite à une demande de la femme.

Le dernier point relevé concerne l'actualité scientifique : les progrès vers une pilule contraceptive masculine sans hormones. Et là, les avis sont mitigés, que ce soit pour des raisons de méfiance envers les firmes pharmaceutiques ou des effets secondaires.

Dans la partie discussion, j'ai été chercher plusieurs concepts dans la littérature scientifique : que ce soit « l'homonophobie » citée par Le Guen, la « déshumanisation des soins » par Gaille-Nikidimov et Foureur ou bien encore la « norme gynécologique » d'Aurore Koechlin. Ces auteurs, avec leurs différents concepts, me permettent de prendre du recul par rapport aux données récoltées et analysées des entretiens et de mieux cerner des problématiques qui s'inscrivent dans un contexte politique plus large. En prenant l'exemple des écoles norvégiennes, je souhaite comparer les différentes politiques de santé publique mises en place dans l'Union Européenne. Cela peut parfois dégager des pistes d'innovation dans nos politiques belges. L'un des points de la discussion qui me marque le plus est le réel tournant qui s'est opéré dans les mentalités féminines : de la pilule « libératrice » à la pilule « contrainte ». Les mécanismes et l'historique qui sont dissimulés derrière ce tournant sont, selon moi, révélateurs de leurs époques respectives et de l'évolution de la condition féminine.

Face à ces résultats en 2023, il serait judicieux de questionner l'évolution des mentalités face à la contraception en Belgique dans quelques années, au vu de l'intérêt médiatique grandissant pour ces questions et de la demande croissante des femmes pour une contraception respectant leurs corps.

Bibliographie

- « Colloque contraception » (2019) Le rejet de la contraception hormonale. Liège (Belgique), 26 septembre 2018. Bruxelles : FLCPPF, p. 61
- « La contraception masculine » (s.d.) Thoreme.com. Disponible à l'adresse : <https://thoreme.com/la-contraception-masculine/> (Consulté le 3 novembre 2022).
- Aurore Koechlin (2023) « La norme gynécologique : ce que la médecine fait au corps des femmes ». Disponible à : <https://www.youtube.com/watch?v=ra3VbGWSqJ0> (Consulté le : 26 Mai 2023).
- Bajos, N. *et al.* (2014) « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? », *Population & Sociétés*, N° 511(5), pp. 1–4. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/popsoc.511.0001>.
- Bhar, L. (2021) « *S'occuper de son sperme et être contracepté.e* », France, Leslie Bhar, 105 pages.
- Courts Toujours (2023) T'as pris ta pilule ? | Libres ! | Saison 02 Episode 03 | ARTE. 9 mars. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=hmlObFONqIE> (Consulté le : 24 mai 2023).
- *Est-il vraiment nécessaire d'éduquer les enfants à la vie sexuelle dès la maternelle ?* (2018) RTBF. Disponible à : <https://www.rtb.be/article/est-il-vraiment-necessaire-d-eduquer-les-enfants-a-la-vie-sexuelle-des-la-maternelle-9927437> (Consulté le : 28 Mai 2023).
- Gaille-Nikodimov, M. et Foureur, N. (2010) « 'L'humanité', enjeu majeur de la relation médecin/patient. Y a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin? », in *La philosophie du soin*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France (La Nature humaine), pp. 189–204. Disponible à : <https://doi.org/10.3917/puf.hanle.2010.01.0189>.
- Haute Autorité de Santé (2013) *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles*.
- Koechlin, Aurore. (2022). *La norme gynécologique : ce que la médecine fait au corps des femmes*. Paris : Editions Amsterdam.
- Lambert, N. (2016) « La Pilule un bienfait pour ma santé, ma fertilité? ». Connaissances et Savoirs.
- Le Guen, M. et al. (2021) 'Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review', *Social Science & Medicine*, 284, p. 114247. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114247>.

- Le Guen, M., Rouzaud-Cornabas, M. et Ventola, C. (2021) « Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction », *Cahiers du Genre*, n° 70(1), pp. 157–184. Disponible à : <https://doi.org/10.3917/cdge.070.0157>.
- Rifflet, M. *Le planning familial en Belgique*. In: *Les Cahiers du GRIF*, n°3, 1974. Ceci (n') pas (mon) corps. pp. 80- 82
- Robin, G., Marcelli, F. et Rigot, J.-M. (2014) « Contraception masculine », *La Presse Médicale*, 43(2), pp. 205–211. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.12.004>.
- Serna, É. (2022) « La contraception dite masculine : un enjeu féministe: Dépossession ou réappropriation? », *Revue du Crieur*, N° 20(1), pp. 78–93. Disponible à : <https://doi.org/10.3917/crieu.020.0078>.
- Solidaris, (2017). «Grande enquête – Contraception 2017».
- Tcherdukian, J. *et al.* (2020) « Contraception masculine : quelles (r)évolutions? », *Progrès en Urologie - FMC*, 30(4), pp. F105–F111. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.fpurol.2020.07.002>.
- Tuailon, V. (2021). *Les couilles sur la table*. Portugal : Editions Points.
- Ventola, C. (2014) « Prescrire un contraceptif : le rôle de l’institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *Genre, sexualité & société* [Preprint], (12). Disponible à : <https://doi.org/10.4000/gss.3215>.
- Ventola, C. (2016) « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », *Cahiers du Genre*, n° 60(1), pp. 101–122. Disponible à : <https://doi.org/10.3917/cdge.060.0101>.
- Yang, F. *et al.* (2021) « Review of Vasectomy Complications and Safety Concerns » , *The World Journal of Men’s Health*, 39(3), pp. 406–418. Disponible à : <https://doi.org/10.5534/wjmh.200073>.

