

LA CONTRACEPTION MASCULINE

Revue de la littérature et étude
qualitative auprès de médecins
généralistes évaluant les freins et
leviers à son développement

Travail de Fin d'Étude réalisé dans le cadre de
l'obtention du Master Complémentaire en
Médecine Générale

VANACKERE Noemie

Promoteur : Docteur CECCHI Ingrid

Année académique 2020-2021

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma promotrice, le docteur Ingrid Cecchi, pour sa confiance, son soutien et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail. Ses conseils ont été précieux et ont façonné ce travail pour lui donner sa forme finale.

Ma gratitude va à tous les médecins qui ont participé à cette étude. Leur disponibilité en ces temps perturbés a été d'autant plus appréciable et leur curiosité m'a confortée dans le choix de ce sujet.

Merci à mes animateurs de séminaire loco-régional, les docteurs Philippe Heureux et Florence Decorte, pour leur écoute et leur accompagnement durant cette dernière année d'assistantat, ainsi que leurs encouragements pour cette épreuve que représente le travail de fin d'étude.

Je remercie également le docteur Daniel Murillo pour le partage de son expertise et d'articles pertinents ainsi que le temps accordé pour répondre à mes questions.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance à mes proches, pour leur soutien, leur relecture attentive et leur intérêt pour mon travail.

Ce travail a représenté pour moi plus qu'un travail de fin d'étude puisqu'il a été source d'un réel questionnement dont les retombées ont largement dépassé le cadre professionnel.

RESUME

Introduction

Dans notre société, la contraception est majoritairement assurée par les femmes et les conséquences de cette répartition inégale sont multiples : exposition aux effets indésirables, charge mentale et financière pour les femmes et manque de moyens de contrôle de leur fertilité pour les hommes. L'objectif de ce travail est d'identifier les freins et les motivations au développement et à l'utilisation de méthodes de contraception masculine (CM), en explorant les avancées de la recherche scientifique d'une part et en s'intéressant au point de vue des médecins généralistes (MG) d'autre part.

Méthodologie

Ce travail consiste en une revue narrative de la littérature afin de retracer le développement des méthodes de CM, ainsi que le contexte historique et socio-culturel dans lequel il s'inscrit. Celle-ci sera suivie d'une étude qualitative comprenant un focus groupe et des entretiens semi-dirigés auprès de MG, qui évaluera leurs connaissances, attitudes et attentes autour de la CM et identifiera les freins et les leviers à son développement.

Résultats

Dans la littérature scientifique, on retrouve une recherche internationale en croissance exponentielle concernant la CM. De multiples méthodes de CM ont été et sont actuellement étudiées, certaines sont déjà utilisées de façon relativement confidentielle, mais aucune nouvelle méthode n'a été officiellement mise sur le marché depuis la vasectomie.

Dans cette étude qualitative, les MG interrogés se disent globalement peu formés aux méthodes de CM et rapportent une faible demande de la part des patients. Ils sont plutôt favorables à l'expansion des méthodes de CM et certains pensent être bien placés pour prendre cette dernière en charge. Selon eux, la promotion de la CM nécessitera la mise sur le marché de nouvelles méthodes masculines réversibles, un changement dans les mentalités via une sensibilisation de la population générale et une meilleure formation des médecins.

Conclusion

Malgré des années de recherche et l'investigation de nombreuses pistes de méthodes de CM dans la littérature scientifique, le chemin vers un partage équitable de la charge contraceptive est encore long. De nombreux obstacles se dressent à l'encontre du développement de la CM, qui apporterait pourtant de nombreux avantages. Différentes pistes sont évoquées afin de favoriser cette dernière et cela pourrait notamment impliquer les MG.

INDEXATION

45.007 : Avis sur la planification familiale

QC2 : Question de genre

QD27 : Planification familiale

QR31 : Etude qualitative

QS41 : Médecin de famille

QT33 : Lecture critique de littérature

Y13 : Stérilisation de l'homme

Y14 : Autre PF chez l'homme

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
RESUME.....	2
INDEXATION	3
TABLE DES MATIERES	4
ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION	7
METHODOLOGIE	9
1. Revue de la littérature et bibliographie	9
2. Etude qualitative	9
2.1. Choix de la méthode	9
2.2. Comité d'éthique	10
2.3. Recrutement et échantillonnage	10
2.4. Collecte et analyse des données	10
RESULTATS	12
1. Revue de la littérature	12
1.1. La contraception dans le monde et chez nous	12
1.2. Les méthodes de contraception masculines actuellement reconnues	14
1.2.1. Le coït interrompu (méthode du retrait)	14
1.2.2. Le préservatif masculin	14
1.2.3. La vasectomie.....	14
1.3. Le développement de la contraception masculine.....	15
1.3.1. Les méthodes hormonales masculines	16
1.3.2. Les méthodes thermiques.....	18
1.3.3. Les méthodes déférentielles.....	19
1.3.4. Les méthodes chimiques.....	20
1.3.5. Essai de classification des contraceptifs masculins	20
2. Etude qualitative	22
2.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	22
2.2. Résultats de l'étude qualitative	24
2.2.1. Quelques généralités sur la contraception	24
2.2.1.1. La contraception, un enjeu central	24
2.2.1.2. Un motif de consultation fréquent	24
2.2.1.3. Le médecin généraliste ou le gynécologue ?	25
2.2.2. Aux origines de la féminisation de la contraception	26
2.2.2.1. Les facteurs biologiques.....	26
2.2.2.2. Le contexte historique	26

2.2.2.3. Des habitudes rapidement ancrées	27
2.2.3. La contraception masculine et ses spécificités	27
2.2.3.1. Des médecins généralistes peu (in)formés ?	27
2.2.3.2. La contraception masculine dans la consultation du médecin généraliste	29
2.2.3.3. Les médecins généralistes et la contraception masculine : confiance ou méfiance ?	31
2.2.3.4. Une place à prendre à l'avenir ?	32
2.2.3.5. Les obstacles à surmonter et les pistes pour y faire face	34
DISCUSSION	38
1. Discussion des résultats	38
1.1. Rappel des principaux résultats	38
1.2. La contraception féminine et masculine dans le discours des participants	38
1.3. La contraception masculine et la société	39
1.3.1. Une féminisation de la contraception récente ?	39
1.3.2. Une menace pour la virilité	39
1.3.3. Des hommes incompetents et non concernés par la contraception ?	40
1.3.4. Des femmes prêtes à laisser la place aux hommes ?	41
1.4. La contraception masculine et les prescripteurs	42
1.4.1. Une formation insuffisante ?	42
1.4.2. Un discours en demi-teinte	43
1.4.3. La santé reproductive et sexuelle des hommes moins balisée	43
1.5. La contraception masculine et la recherche scientifique	44
1.6. Accorder une place à la contraception masculine dans le futur ?	46
2. Méthode : forces, biais et limites	47
2.1. Echantillonnage, récolte et analyse des données	47
2.2. Validité interne, externe et représentativité	48
2.3. Critères d'analyse de qualité par Mays et Pope	48
CONCLUSION	49
1. Message clé	49
2. Limites, ouverture des perspectives et mise en application	49
ANNEXES	51
Tableau A : Recherche bibliographique	51
Illustration A : Mode d'action de la contraception hormonale masculine	52
Illustration B : La contraception thermique : exemple du « slip chauffant »	53
Guide d'entretien	54
Ressources utiles	55
BIBLIOGRAPHIE	56

ABREVIATIONS

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

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CHM : Contraception hormonale masculine

CMT : Contraception masculine thermique

DIU : Dispositif intra-utérin

FCPF-FPS : Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes

FDA : Food and Drug Administration

FSH : Follicle Stimulating Hormone

GLEM : Groupe Local d'Evaluation Médicale

HAS : Haute Autorité de la Santé

HPV : Human papillomavirus

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LH : Luteinizing Hormone

MG : Médecin généraliste

MM : Maison médicale

MST : Maladie sexuellement transmissible

PSA : Prostate Specific Antigen

RISUG : Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance

INTRODUCTION

Dans notre société actuelle, la contraception est majoritairement assurée par les femmes, aussi bien d'un point de vue technique, financier que mental. Que ce soit dans l'intitulé des différentes formations sur la contraception que j'ai suivies, s'attellant à « *accompagner les femmes dans le choix du contraceptif le plus adapté* », ou de mon expérience personnelle en planning familial, la contraception semble ne concerner qu'elles ou presque. L'implication principalement féminine dans le domaine contraceptif semble être quelque chose de naturel, immuable. Raison biologique ou fait socialement construit ? Quelle est et quelle pourrait être l'implication masculine dans la contraception ?

Ce questionnement, au départ un peu vague, s'est précisé lors de ma participation à une conférence sur les contraceptions dites masculines le 4 février 2020. Ce colloque a été à l'origine d'un « déclic » : j'ai réalisé que les hommes aussi pouvaient prendre une place dans la contraception. Face au recul actuel de la pilule féminine lié au scandale des pilules de 3^e et 4^e génération, face aux changements sociaux concernant la place des femmes dans la société et le rôle des hommes dans la structure familiale, ne serions-nous pas justement sur le tremplin idéal pour développer la CM ?

Au niveau mondial, environ 25 à 30% des couples utilisent des moyens de contraception basés sur le corps masculin(1,2). Les seules méthodes actuellement reconnues sont le retrait, le préservatif masculin et la vasectomie, les deux premières étant caractérisées par un taux d'échec assez élevé, la troisième étant considérée irréversible. Concrètement, aucune nouvelle méthode de CM réversible n'a été commercialisée depuis le préservatif(3).

Pourtant, si on se plonge dans la littérature scientifique, on trouve une recherche internationale conséquente sur la CM. Depuis les années 70, de nombreux essais cliniques ont été menés afin de développer de nouveaux contraceptifs masculins hormonaux, chimiques, thermiques et mécaniques. Certains d'entre eux sont déjà utilisés sur le terrain, mais de façon « confidentielle » uniquement, aucun n'ayant reçu d'autorisation de mise sur le marché (AMM). L'acceptabilité de ces méthodes dans la population a été longuement évaluée, aussi bien du côté des hommes que des femmes. Les freins (techniques, culturels, liés aux professionnels, etc.) à l'implication des hommes dans la contraception ont été investigués. Certains articles traitent des connaissances, des habitudes et/ou de l'acceptabilité des méthodes de CM chez les professionnels de santé, mais ces derniers sont peu nombreux.

Il me semblait donc intéressant d'étudier ici le point de vue spécifique des médecins généralistes, qui sont souvent confrontés à des demandes de contraception en consultation. Sont-ils formés aux

méthodes de CM ? Quelle place leur accordent-ils dans le panel de méthodes contraceptives et comment envisagent-ils l'implication masculine dans la planification familiale ?

Ces questions sont importantes pour déterminer les freins et les leviers au développement et à l'utilisation de la CM, afin de suggérer des pistes pour promouvoir cette dernière. Ceci s'inscrit dans un double objectif : d'une part, l'optimisation de l'offre contraceptive pour améliorer l'accès à une contraception adaptée à chacun et diminuer le nombre de grossesses non désirées ; et d'autre part la répartition plus équitable de la charge contraceptive entre les hommes et les femmes, afin de diminuer l'exposition des femmes aux effets indésirables des contraceptifs et de réduire les inégalités de genre dans ce domaine.

Ce travail sera donc divisé en 2 parties. Je commencerai par une revue narrative de la littérature afin de retracer l'historique du développement expérimental de la CM, en décrivant le contexte dans lequel elle s'inscrit. Ensuite, j'effectuerai une recherche qualitative (combinant focus groupe et entretiens individuels) auprès de médecins généralistes, afin d'évaluer leurs connaissances, habitudes, attitudes et attentes envers la CM.

NB : Pour une question de facilité de rédaction, les termes « homme » et « femme », « masculin » et « féminin » sont utilisés au sens du sexe biologique et non du genre. Le terme de « contraception testiculaire » est d'ailleurs à ce titre préféré au terme « contraception masculine » par le collectif Thomas Boulou afin d'inclure la question de transidentité.

METHODOLOGIE

1. Revue de la littérature et bibliographie

La recherche bibliographique principale et méthodique s'est déroulée durant le mois d'avril 2020. La revue de la littérature a été menée dans les moteurs de recherche suivants : PubMed, Embase, PsycINFO, Cochrane Library, Minerva, DynaMed, Ebpraticenet, Tripadatabase et Doc'cismef. Les équations de recherche et les critères de sélection sont explicités dans le Tableau A en annexe.

Afin de me faire une idée globale sur la CM, je me suis plongée dans le livre « La contraception masculine », ouvrage de 2013 coordonné par les docteurs J-C. Soufir et R. Mieusset, pionniers français en la matière.

D'autres articles repris dans la bibliographie de ce travail m'ont été recommandés par ma promotrice le docteur Cecchi Ingrid ou par le docteur Murillo Daniel, gynécologue et andrologue spécialiste en fertilité masculine, que j'ai connu grâce au colloque consacré à la CM auquel j'ai assisté. Les autres articles ont été obtenus par la méthode de la remontée des sources ou via des recherches ponctuelles pour des questions précises.

2. Etude qualitative

2.1. Choix de la méthode

Une étude qualitative est appropriée pour collecter des facteurs subjectifs et difficilement quantifiables. Elle est utile pour collecter des émotions, opinions, comportements et expériences personnels tout en prenant en compte la spécificité du contexte(4). Cela me semblait donc la méthode la plus adaptée pour étudier l'attitude et le point de vue des généralistes sur la question de la CM.

J'ai fait le choix d'un focus groupe afin de susciter un échange et une dynamique de groupe pour identifier des problèmes et envisager des pistes de solutions. Cela m'a également permis de faire une présentation courte sur le sujet en fin de focus groupe dans le but d'informer et de répondre aux éventuelles questions.

Afin d'approfondir certaines idées de façon individuelle et d'augmenter la diversité des profils interrogés, deux entretiens individuels semi-dirigés ont été menés en plus du focus groupe. Cela a également permis d'optimiser les chances d'obtenir des avis divergents de la majorité, qui pourraient être étouffés par un « effet de groupe ».

2.2. Comité d'éthique

Le projet de TFE a été soumis au Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale le 24/10/2020, qui a estimé qu'il était nécessaire de le soumettre au Comité d'Éthique de Saint-Luc.

Après un échange de mails avec le Comité d'éthique le 30/11/2020, il s'est avéré que ce projet de TFE était considéré comme une analyse des pratiques professionnelles et, ne tombant pas sous le champ d'application de la Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, qu'un avis favorable (contraignant) d'un comité d'éthique n'était donc pas requis. J'ai néanmoins reçu le conseil de veiller au respect de la confidentialité des données recueillies conformément au Règlement Général sur la Protection des Données.

2.3. Recrutement et échantillonnage

Le focus groupe a été recruté dans un GLEM préexistant de la province du Hainaut. Les membres du groupe ont été informés par mail de l'organisation d'une étude qualitative sur la contraception masculine à la date du 17/12/20 et ils ont été invités à y participer librement après explication des objectifs de l'étude et obtention de leur consentement et de leurs données socio-démographiques le cas échéant. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être membre de ce GLEM et donner son consentement à la participation à l'étude et à l'enregistrement du focus groupe. Les critères d'exclusion étaient le refus de participation ou de partage des données.

Deux entretiens individuels ont été ajoutés afin d'augmenter la diversité des profils des participants. La sélection des participants s'est faite sur base du bouche-à-oreille et par convenance (proche de Charleroi). La prise de contact s'est faite par téléphone en expliquant les tenants et aboutissants de l'étude.

2.4. Collecte et analyse des données

Etant donné le contexte épidémique, le focus groupe a été réalisé en mode distanciel afin de respecter les mesures liées à la Covid-19. La réunion s'est déroulée le 17/12/2020 sur la plateforme Zoom et a bénéficié d'un enregistrement audio-visuel. La durée du focus groupe en tant que tel était de 53 minutes, auxquelles s'est ajoutée une demi-heure de présentation théorique sur la CM et une session de questions-réponses. Il a été proposé aux intervenants de leur faire parvenir le PowerPoint utilisé lors de la présentation théorique.

Les interviews individuelles ont quant à elles été réalisées en présentiel. La date et le lieu ont été fixés à la meilleure convenance des médecins et les entretiens se sont déroulés à leur cabinet respectif en date du 28/01/2021 et du 04/03/2021. Ceux-ci ont bénéficié d'un enregistrement audio dont la durée était respectivement de 37 et 12 minutes. Après l'interview, il a été proposé aux participants de leur faire parvenir un Power Point informatif reprenant quelques points de théorie sur la CM.

Toutes les interviews ont été réalisées à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif, disponible en annexe, dont les items ont été définis par la recherche de la littérature. Elles ont été précédées d'explications concernant le consentement éclairé, le thème et le but de l'étude, la nécessité d'enregistrement et la garantie d'anonymisation des données.

Les données ont été analysées selon la méthode de la théorisation ancrée présentée par le docteur de Rouffignac lors du cours du 27/11/2020 dispensé à l'UCLouvain. Une grille d'analyse a été réalisée en prêtant attention à étiqueter toutes les données recueillies puis à les regrouper par catégories.

Afin de garantir la protection des données, toutes les informations personnelles ont été anonymisées en attribuant une lettre (par ordre d'intervention) à chaque participant dès la retranscription des entretiens.

RESULTATS

1. Revue de la littérature

1.1. La contraception dans le monde et chez nous

L'enjeu de santé publique que représente la contraception est considérable. Actuellement, la population mondiale croît à un taux de 80 millions de personnes par an et les projections estiment que la population mondiale dépassera les 9 milliards en 2050(5).

Malgré l'offre contraceptive moderne, on estime que 40 à 45% des grossesses mondiales sont non planifiées(5–7), soit 80 à 90 millions de grossesses non prévues par an(1,7), avec toutes les conséquences sanitaires et socio-économiques que cela implique.

Actuellement, on peut voir que la charge contraceptive demeure principalement sous la responsabilité des femmes, surtout dans les pays développés utilisant des moyens de contraception dits modernes. Une enquête belge réalisée par l'Institut Solidaris en 2017 sur 4607 personnes révèle que 69% des femmes déclarent utiliser un contraceptif contre 34% des hommes(8). Une étude en France, interrogeant les hommes de 15 à 49 ans, révèle que 71.7% d'entre eux rapportent uniquement l'utilisation d'une méthode de contraception féminine dans leur couple(9). Si l'on prend en compte le fait que l'utilisation du préservatif masculin est en pratique souvent initiée par les femmes, celles-ci assureraient la charge contraceptive dans 91% des cas(10). Au niveau financier, la FCPF-FPS estime que 87% des femmes paient seule leur contraception, contre 78% des hommes « contraceptés »(11).

Les femmes sont donc majoritaires à assurer la contraception, et cette charge mentale (charge cognitive invisible que représente l'organisation de tout ce qui se situe dans la sphère domestique) qui leur incombe va bien au-delà de la simple prise quotidienne d'un comprimé. Outre la rigueur requise pour une prise régulière, la charge contraceptive implique également des contraintes financières et organisationnelles (notamment un suivi médical régulier), les actes plus ou moins invasifs qui en découlent, de l'anxiété qui peut être liée à un oubli, ainsi que les conséquences directes d'un éventuel effet indésirable ou échec de cette contraception. Cela a également un impact au niveau de la sexualité : étant donné l'anticipation des relations sexuelles requise par la charge contraceptive, le désir des femmes s'inscrit dans un cadre moins spontané que celui des hommes, qui peut lui s'exprimer plus librement sans se préoccuper du statut « contracepté » ou non du rapport(11).

D'un point de vue financier, technique, mental et sanitaire, la responsabilité contraceptive peut peser lourd sur les épaules des femmes et représente un travail conséquent mais invisibilisé, naturalisé(11).

Cette attribution féminine de la charge contraceptive est bien illustrée par la prépondérance de moyens de contraception concernant le corps des femmes. Penchons-nous ici sur les différentes méthodes de contraception reconnues à ce jour, reprises dans le Tableau B.

Tableau B : Efficacité contraceptive, taux d'abandon, et taux d'utilisation pour les méthodes contraceptives actuellement reconnues

	Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la 1 ^e année d'utilisation (I)		Taux d'abandon (%) à un an (I)	Taux d'utilisation en Belgique (II)
		Utilisation idéale	Utilisation courante		
Méthodes hormonales	Pilule OP et P	0.30	9	32	54.5
	Anneau vaginal	0.30	9	32	4.4
	Patch contraceptif	0.30	9	32	
	Progestatif injectable	0.30	6	44	
	Implant progestatif	0.05	0.05	16	3.1
Méthodes mécaniques ou mixtes	Stérilet hormonal	0.20	0.20	20	27.3
	Stérilet au cuivre	0.60	0.80	22	
Méthodes barrières	Préservatif féminin	5	21	51	
	Préservatif masculin	2	15	47	6.0
	Diaphragme	6	12		
	Cape cervicale	9, 26 ^a	16, 32 ^a		
	Spermicides	18	29	58	
Méthodes naturelles	Retrait	4	22	57	
	Abstinence périodique	0.4-5 ^b	25	49	
Méthodes définitives	Ligature des trompes	0.50	0.50	0	
	Vasectomie	0.10	0.15	0	
	Absence de méthode	85	85		

(a) Femmes nullipares : utilisation idéale 9, utilisation courante 16 – Femmes multipares : utilisation idéale 26, utilisation courante 32

(b) Méthode sympto-thermique : 0,4 - Méthode de l'ovulation : 3 - Méthode des 2 jours : 4 - Méthode des jours fixes : 5

Tableau inspiré du site de la HAS(12) - Sources :

- I. Trussel J. Summary table of contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, ed. Contraceptive technology: twentieth revised edition. New York: Ardent Media; 2011. p. <http://www.contraceptivetechnology.com/>
- II. Etude Solidaris : pourcentage d'utilisation chez les femmes belges francophones entre 14 et 55 ans en 2017

Parmi les méthodes reprises dans ce tableau, on peut voir que le nombre de contraceptifs masculins actuellement reconnus est bien inférieur à celui des contraceptifs féminins. En effet, ils sont au nombre de 3 : la méthode du retrait, le préservatif masculin et la vasectomie. Détaillons-les ci-dessous.

1.2. Les méthodes de contraception masculines actuellement reconnues

1.2.1. *Le coït interrompu (méthode du retrait)*

Historiquement, la méthode du coït interrompu est utilisée depuis au moins l'Antiquité. Présentée comme méthode masculine, elle fut cependant enseignée aux femmes au 17^e siècle(13).

Il s'agit d'une pratique contraceptive consistant à interrompre le rapport sexuel vaginal avant l'éjaculation. Méthode gratuite et naturelle, elle n'a pas d'effet secondaire mais a pour désavantage d'être contraignante et peut induire une certaine frustration chez les utilisateurs.

Comme repris dans le Tableau B, le taux d'échec en cas d'utilisation parfaite est de 4% par an, mais monte à 22% en utilisation courante. Ce taux d'échec s'explique d'une part par la difficulté à contrôler l'éjaculation et d'autre part par la présence possible de spermatozoïdes dans le liquide pré-séminal.

1.2.2. *Le préservatif masculin*

Il s'agit d'une méthode barrière, également utilisée depuis au moins l'Antiquité(13). Fabriqué au départ à partir de matériaux divers allant des boyaux d'animaux à la toile ou au cuir, le préservatif en latex naît en 1920(1).

Seule méthode (avec le préservatif féminin) protégeant des IST, le préservatif masculin est disponible sans ordonnance et ne comporte pas d'effet indésirable en dehors de l'allergie au latex (il existe des préservatifs en polyuréthane), mais peut être considéré par certains comme contraignant et inconfortable. L'efficacité théorique est bonne avec un taux d'échec de 2% par an, qui monte à 15% en utilisation courante. Certaines études montrent que ce taux d'échec a tendance à diminuer avec l'expérience des utilisateurs(14). Parfois considéré davantage comme une protection contre les IST qu'une réelle contraception, le préservatif est fréquemment utilisé lors des premiers rapports sexuels, mais son utilisation diminue ensuite(13).

1.2.3. *La vasectomie*

Initialement utilisée pour traiter les problèmes prostatiques (indication pour laquelle elle s'est révélée inefficace), la vasectomie est une méthode chirurgicale simple, effectuée sous anesthésie locale, qui consiste à couper le canal déférent bilatéralement, puis à le coaguler et/ou l'occlure. Il s'agit d'une des méthodes les plus efficaces pour prévenir les grossesses (taux d'échec de 0.15%), mais qui doit être considérée irréversible. En effet, la vasovasostomie (opération de réversibilité de la vasectomie) est généralement efficace (dans 70 à 90% des cas)(13), mais le taux de grossesse après l'opération

varie entre 50 et 75%(1). Cela peut être lié soit à un échec de cette reperméabilisation, soit à la présence d'anticorps anti-spermatozoïdes développés à la suite de la vasectomie(1). Une congélation de sperme est cependant toujours possible préalablement à l'intervention.

En Belgique, il n'existe pas de législation concernant la vasectomie, contrairement à la France qui prévoit un cadre légal clair (délai de réflexion de 4 mois notamment). Cependant, la plupart des médecins belges pratiquant l'intervention demandent à leurs patients de signer une déclaration stipulant qu'ils comprennent et acceptent l'intervention et ses conséquences(11).

L'efficacité de la procédure n'est pas immédiate et l'azoospermie peut prendre 3 à 4 mois pour s'installer(1). Le taux de complications est faible, avec 5% de complications précoces telles qu'un hématome, une infection, ou une épididymite. 1 à 2% des patients peuvent souffrir de douleur testiculaire chronique plus de 3 mois après l'intervention(15). Aucune association n'a été retrouvée entre vasectomie et cancer de la prostate ou maladie cardio-vasculaire dans les études. Factuellement, la vasectomie comporte vingt fois moins de complications que la stérilisation féminine et son coût est nettement moindre(13).

En Belgique, entre 2007 et 2017, l'INAMI a recensé une augmentation du nombre d'hommes ayant recours à une vasectomie (passant de 8 143 à 10 050 par an)(11), avec en parallèle une diminution du nombre de ligatures tubaires. La stérilisation féminine semble donc lentement céder la place à la vasectomie, même si l'on note une disparité nette sur le territoire belge, plus de trois quarts des vasectomies du Royaume ayant lieu en Flandre.

On le voit, les méthodes contraceptives réversibles et efficaces semblent réservées aux femmes, là où les hommes devraient choisir entre efficacité et réversibilité à l'heure actuelle. La vasectomie représente d'ailleurs l'avancée la plus récente en matière de CM. Pourtant, la recherche scientifique s'est penchée depuis longtemps sur le développement de moyens de CM modernes et réversibles. Retraçons ici les grandes étapes de la recherche internationale.

1.3. Le développement de la contraception masculine

Pour rappel, la pilule contraceptive féminine est approuvée par la Food and Drug Administration (FDA) en 1960 et devient le symbole de l'émancipation féminine et de la libération sexuelle. En Belgique, elle est légalisée en 1968. Elle est donc historiquement liée aux revendications des femmes et paraît dès lors associer la contraception au corps féminin. Dans les années qui ont suivi, de nombreuses

méthodes de contraception féminines hormonales et non hormonales ont été mises sur le marché, comme le dispositif intra-utérin, approuvé par la FDA en 1968. Le panel de méthodes disponibles est par la suite élargi, essentiellement en déclinant sous différentes formes ce qui existait déjà.

Pour la CM, le parcours est très différent. La recherche sur les méthodes de CM est lancée dans les années 70, soit directement dans la foulée après l'avènement de la pilule féminine. De multiples méthodes sont étudiées : hormonales, thermiques, chimiques, etc. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lève des fonds, des études à large échelle sont menées. Pourtant, 50 ans plus tard... toujours rien à l'horizon. Les médias annoncent régulièrement l'arrivée imminente d'une « pilule pour hommes », mais cette dernière se fait toujours attendre. Voyons ici les différentes pistes investiguées.

1.3.1. Les méthodes hormonales masculines

Le principe d'action de la contraception hormonale masculine (CHM) repose sur l'utilisation d'un freineur gonadotrope (androgènes ou hormones stéroïdes féminines), qui supprime la sécrétion de LH et FSH via un feedback négatif sur l'hypophyse. La diminution des taux de LH et FSH prive les testicules des signaux nécessaires à la spermatogenèse, ayant de ce fait une action contraceptive (voir Illustration A en annexe).

Dès les années 70, l'US National Institute of Health a ainsi lancé des essais cliniques utilisant des injections intramusculaires d'énanthate de testostérone, un dérivé de testostérone à courte durée d'action. La première étude multi-centrée, financée par l'OMS, a montré l'efficacité et la réversibilité des injections hebdomadaires d'énanthate de testostérone sur 271 volontaires en 1990(6). Les études ont permis la définition du seuil contraceptif d'oligozoospermie, d'abord fixé à une concentration de ≤ 3 millions de spermatozoïdes/mL de sperme, ensuite réévaluée à ≤ 1 million/mL en 2006 (pour rappel, la valeur normale est de 15-150 millions/mL). Le pourcentage de grossesses à ce dernier seuil est évalué à moins de 1% par an, ce qui est considéré comme équivalent aux méthodes hormonales féminines réversibles les plus efficaces(1). Le principal obstacle rencontré est la présence de non-répondeurs, dont le pourcentage varie selon l'origine ethnique.

D'autres molécules ont également été testées, comme des injections mensuelles d'undécanoate de testostérone, un dérivé à longue durée d'action(1). L'ajout d'un progestatif a démontré une augmentation de l'efficacité et de la rapidité de suppression de la spermatogenèse, permettant une diminution de la dose de testostérone nécessaire et donc des effets indésirables liés à celle-ci. Différentes combinaisons de dérivés de testostérone (gels et patchs transdermiques, injections, implants) et de progestatifs (gels transdermiques, pilules, implants) ont ainsi été étudiées(3).

L'utilisation de formulations orales de testostérone s'est longtemps heurtée aux obstacles d'hépatotoxicité et de clairance rapide, nécessitant plusieurs prises par jour(2). Récemment, un nouveau dérivé oral (diméthandrolone undécanoate) présentant un profil plus favorable a été testé. Il nécessite la prise de 4 comprimés en une prise par jour, après un repas riche en matières grasses, et semble à la fois acceptable et bien toléré(16). Le dérivé 11-β-méthyl-19-nortestostérone 17-β-dodécarboxylate (11-βMNTDC) semble également prometteur(2).

Des combinaisons de testostérone associée à des antagonistes de la GnRH se sont révélées très efficaces en termes de suppression de la spermatogenèse, mais le prix exorbitant et la fréquence d'administration sous-cutanée qu'ils nécessitent en limitent grandement l'utilisation à large échelle. Des formulations orales ou dépôt à longue durée d'action seront nécessaires pour investiguer davantage cette piste(2).

Des études récentes ont confirmé l'efficacité, la réversibilité et la sécurité à court terme de la CHM.

En regroupant les données de plusieurs études, établissant ainsi un pool de 1100 hommes qui atteignent le seuil de ≤ 1 million de spermatozoïdes/mL de sperme, le taux d'échec a été estimé à 0.6% par an (intervalle de confiance à 95% : 0.3-1.1%)(17).

La réversibilité de la CHM semble complète. Un certain nombre de facteurs (type de préparation utilisée, âge, origine ethnique, durée de traitement) influencent la vitesse mais pas le degré de restauration de la fertilité, qui suit un pattern bien défini et prévisible(17,18).

Les effets secondaires ont également été caractérisés. Ils semblent varier en fonction des molécules et de la voie d'administration. Une étude utilisant une combinaison testostérone/progestatif, randomisée et en double aveugle avec placebo, a mis en évidence les effets indésirables suivants : acné, sudations nocturnes, prise de poids et troubles de l'humeur ou de la libido (le plus souvent augmentation)(17). Il n'y a pas de mise en évidence d'influence de la CHM sur le volume prostatique ou le taux de PSA, ni de conséquence sur la grossesse ou le fœtus pendant ou après l'utilisation de CHM dans les essais cliniques(17). Les effets cardio-vasculaires sont peu clairs, et de façon générale, les effets sur le long terme sont mal connus étant donné la durée réduite du suivi dans les études. La sécurité et la réversibilité ont en effet été étudiées sur une durée maximale de 30 mois(17).

En pratique, une méthode de CHM est utilisée hors AMM par l'équipe du docteur J-C. Soufir à Paris. Elle consiste en l'administration hebdomadaire de 200mg d'énanthate de testostérone en intramusculaire. Le seuil contraceptif est généralement atteint en 1 à 3 mois de traitement et la durée d'utilisation maximale recommandée est de 18 mois. Un guide pratique reprenant la marche à suivre, les contre-indications et le suivi nécessaire a été publié en 2012 dans la revue Andrologie(19).

1.3.2. *Les méthodes thermiques*

Les premières observations concernant la dépendance thermique de la spermatogenèse datent de 1941, confirmées par d'autres expériences par la suite(20). Il faudra toutefois attendre 1991 pour que soit publiée la première étude sur l'efficacité contraceptive de la chaleur chez l'homme(13).

Pour rappel, chez l'homme, la température testiculaire au niveau du scrotum est inférieure de 2 à 4°C à la température corporelle centrale et cette diminution relative de chaleur est nécessaire au bon déroulement de la production de gamètes. Le mécanisme de la contraception thermique repose sur un arrêt quasi complet de la production de spermatozoïdes via l'apoptose thermo-induite des cellules germinales de types spermatocytes et spermatides(21).

Pour ce faire, différents procédés ont été testés chez l'homme : élévation de la température corporelle totale ou localisée au scrotum, élévation intense et courte ou modérée et prolongée, etc. Les procédures utilisées varient également : utilisation d'une source de chaleur externe (bain chaud, sauna, lampe chauffante) ou de la chaleur corporelle (cryptorchidie chirurgicale, port d'un slip serré remontant les testicules et les réchauffant grâce à la chaleur du corps)(20). Beaucoup de ces méthodes ont rapidement été abandonnées, mais un certain nombre s'est montré à la fois efficace et acceptable.

Sur l'ensemble des protocoles étudiant les effets d'une élévation modérée (1.5 à 2°C) de la température testiculaire durant les heures d'éveil à l'aide d'un sous-vêtement adapté, 50 couples ont été suivis sur 537 cycles et une seule grossesse a été enregistrée (faisant suite à un arrêt du port du sous-vêtement pendant 7 semaines). Dans tous les protocoles, il y avait une restauration de la fertilité pour tous les participants, avec une normalisation des paramètres spermatiques dans les 3 mois suivant l'arrêt(20). Tous les participants ayant souhaité une grossesse par la suite ont pu l'obtenir et aucune anomalie ou fausse couche n'a été constatée. La durée maximale d'utilisation de cette technique dans les études est de 4 ans.

L'équipe française menée par le docteur R. Mieusset à Toulouse a établi un protocole consistant en une remontée des testicules à l'aide d'un sous-vêtement spécifique à porter 15h par jour (remontée artificielle des testicules au niveau de l'orifice externe du canal inguinal), permettant d'atteindre le seuil contraceptif de 1 million de spermatozoïdes/mL en 2 à 4 mois. Une illustration de cette technique est reprise en annexe (Illustration B). Une autre technique consiste en l'utilisation d'un anneau en silicone à placer à la base de la verge pour maintenir la remontée testiculaire.

Les explications concernant l'utilisation pratique de la CMT sont reprises dans le même guide que la CHM publié en 2012(19). Petit à petit, son utilisation s'étend, et si cette méthode reste relativement confidentielle, elle séduit tout de même de plus en plus d'hommes.

Le seul effet secondaire observé est une légère diminution du volume testiculaire (10 à 15%, soit 2 à 3 grammes par testicule), réversible à l'arrêt. Il n'y a pas d'influence sur la libido ni la puissance sexuelle, ni de changement des taux sanguins de testostérone(20). Le volume et l'aspect macroscopique du sperme est inchangé. Une altération réversible de l'intégrité de la chromatine et du nombre de chromosomes des spermatozoïdes peut être observée, raison pour laquelle il est déconseillé de procréer dans les 3 mois suivant l'arrêt (le temps nécessaire au renouvellement complet des spermatozoïdes, le cycle de production de gamètes étant d'une septantaine de jours). La cryptorchidie artificielle provoquée par ces dispositifs n'est pas douloureuse car il s'agit d'une position spontanément adoptée par les testicules dans certaines conditions.

Cette méthode simple, économique, sans hormone et « zéro déchet » s'inscrit dans la tendance actuelle de demande en contraceptifs naturels et eco-friendly. Elle permet également une auto-gestion de sa propre fertilité, encouragée en cela par le développement d'applications mobiles permettant de réaliser un spermogramme chez soi.

1.3.3. *Les méthodes différentielles*

Il existe actuellement une seule méthode de contraception différentielle : la vasectomie. Puisque cette méthode, très efficace et sûre, est considérée irréversible, des recherches ont été menées afin de développer des méthodes utilisant le même principe d'occlusion du canal déférent, mais qui assureraient une réversibilité irréprochable.

Dès les années 80, l'Inde, confrontée à une forte pression démographique, travaille sur une méthode nommée RISUG (Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance). Celle-ci consiste en l'injection échoguidée d'un polymère dans les canaux déférents. Ce polymère forme ainsi un gel qui occlut partiellement la lumière déférentielle et altère les spermatozoïdes qui passeraient au travers, les rendant impropres à la fécondation(15). Cette opération est théoriquement réversible par l'injection d'un complexe qui dissout le polymère. Les essais cliniques de phase I et II ont montré son efficacité et sa sécurité et les essais de phase III sont en cours afin de démontrer sa réversibilité chez l'homme.

Un autre type de polymère injectable, le Vasalgel, est en cours de développement aux Etats-Unis. Contrairement au RISUG, ce dernier n'a pas d'action pharmacologique sur les spermatozoïdes. Il agit de façon purement mécanique en formant un bouchon étanche empêchant le passage des spermatozoïdes dans le canal déférent.

D'autres méthodes sont également étudiées ailleurs dans le monde (Vas DeBlock au Danemark, Contraline aux États-Unis).

Bien que la réversibilité de ces différentes méthodes doive encore être prouvée chez l'homme, leur potentiel semble énorme, car elles combinent de nombreux avantages tels que l'absence d'effets secondaires liés à la prise d'hormones exogènes, la longue durée d'action et l'absence d'échec dû à un problème de compliance. Des projections montrent que la mise sur le marché de telles méthodes pourrait diminuer le taux de grossesses non désirées de 5.2% par an aux États-Unis et jusqu'à 38% au Nigéria(7).

1.3.4. *Les méthodes chimiques*

Les méthodes de CM chimiques ciblent des processus spécifiques de la reproduction sans utiliser les circuits hormonaux (donc sans administration d'hormones exogènes ni influence sur la sécrétion ou l'action des hormones endogènes)(1). Elles ont pour avantage de ne pas exposer à des effets indésirables hormonaux (au niveau systémique et sur la fonction sexuelle) et de ne pas poser de problème en cas de contrôle antidopage pour les sportifs(1). La diversité des substances investiguées ne permettrait pas de toutes les reprendre dans ce présent travail. Ces molécules peuvent cibler différents processus comme la spermatogenèse, la maturation épидидymaire, les interactions entre spermatozoïdes et ovules, etc.(22). Des chercheurs tentent d'identifier des cibles présentes chez l'homme comme chez la femme afin de développer un prototype de contraception unisexe(23). Ces méthodes chimiques en sont actuellement au stade expérimental et pratiquement aucune n'a été testée sur l'homme.

1.3.5. *Essai de classification des contraceptifs masculins*

Il existe différentes façons d'intervenir sur le cycle de reproduction masculin et on peut classer les contraceptifs masculins en fonction de l'étape sur laquelle ils agissent ainsi qu'en fonction du mécanisme d'action. Je propose un essai de classification des moyens de CM dans le Tableau C ci-dessous. Ce tableau, non-exhaustif, reprend différentes méthodes utilisées actuellement ou en cours d'étude. Il permet d'illustrer ce qui a été discuté dans ce chapitre et donne un aperçu de ce à quoi pourrait ressembler la CM dans quelques années : un panel de méthodes et de modes d'action variés, à l'instar de ce qui existe pour les femmes.

Tableau C : Essai de classification de différents moyens de contraception masculine (validés ou en cours d'étude) en fonction du mode d'action

Suppression de la spermatogenèse	
Méthodes hormonales	Testostérone ± progestérone / antagoniste GnRH
Méthodes thermiques	Slip chauffant, anneau thermique
Méthodes chimiques	Inhibiteur de la voie de l'acide rétinolique (initiation de la méiose lors de la spermatogenèse)
	Inhibiteur de la protéine BRDT (remodelage de la chromatine lors de la spermatogenèse)
Inhibition du potentiel de fécondation des spermatozoïdes	
Méthodes chimiques	Adjudine et H2-gamendazole (inhibition de la maturation des spermatozoïdes via une altération de l'interaction entre les cellules de Sertoli et les cellules germinales)
	Inhibiteurs de canaux ioniques (CatSper, KSper) spécifiques aux spermatozoïdes (inhibition de la motilité des spermatozoïdes)
	Spermicides : selon le type, inhibition de la motilité ou de l'acrosine, destruction osmotique des spermatozoïdes
Barrières physiques empêchant les spermatozoïdes d'atteindre le site de fécondation	
Méthodes mécaniques ou mixtes	Préservatif masculin
	Vasectomie
	Méthodes diverses d'occlusion réversible du canal déférent (exemples : RISUG, Vasalgel, etc.)

Tableau basé sur les sources suivantes :

- Amory JK. Male Contraception. *Fertil Steril.* nov 2016;106(6):1303-9.
- Roth MY, Amory JK. Beyond the Condom: Frontiers in Male Contraception. *Semin Reprod Med.* mai 2016;34(3):183-90.
- Soufir J-C. Hormonal, chemical and thermal inhibition of spermatogenesis: contribution of French teams to international data with the aim of developing male contraception in France. *Basic Clin Androl [Internet].* 13 janv 2017 [cité 28 avr 2020];27. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237323/>
- Long JE, Lee MS, Blithe DL. Male Contraceptive Development: Update on Novel Hormonal and Nonhormonal Methods. *Clin Chem.* 2019;65(1):153-60.

2. Etude qualitative

Pour rappel, l'objectif de cette étude est d'étudier les connaissances, habitudes, attitudes et attentes des médecins généralistes autour de la CM, ainsi que d'identifier les freins et les leviers à son développement et son utilisation.

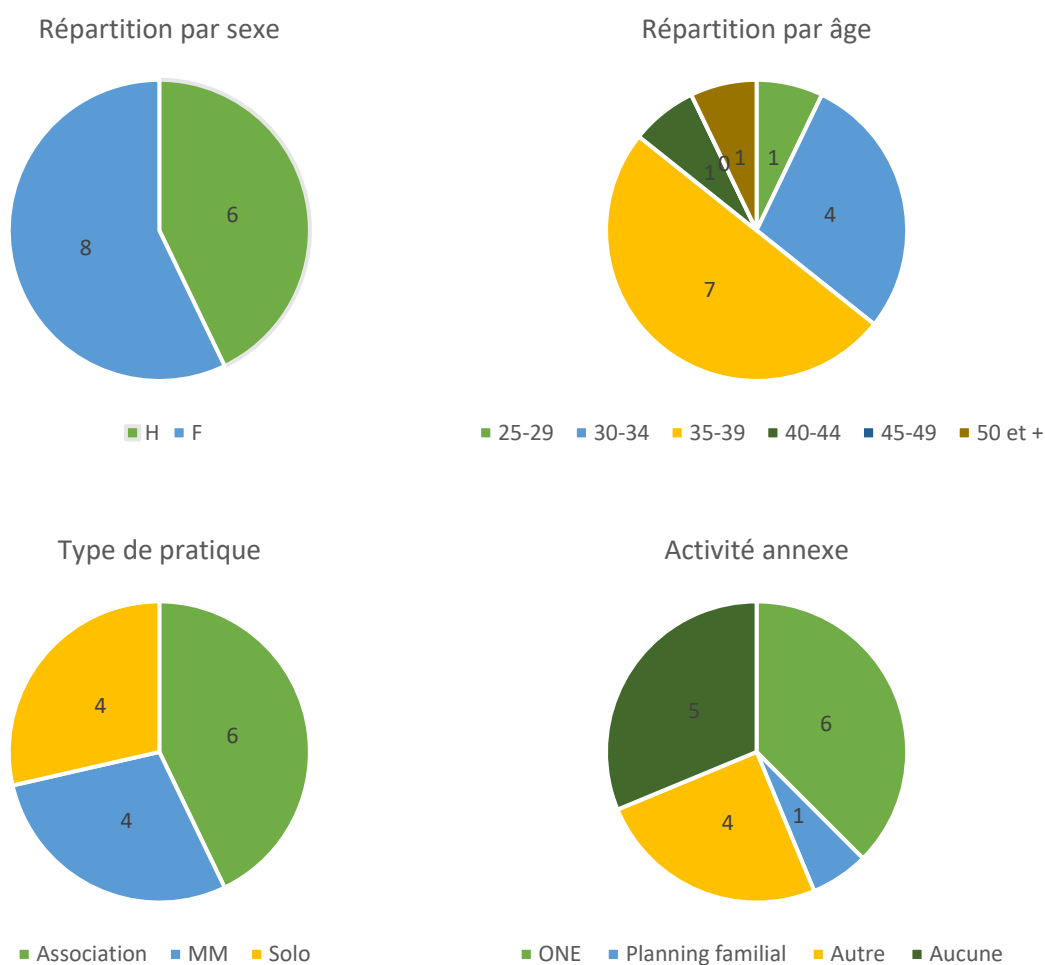
2.1. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon est constitué de 14 médecins généralistes, dont 1 assistant de première année. Les lettres A à L concernent le focus groupe, les lettres M et N les entretiens individuels. Les caractéristiques des participants sont reprises dans le Tableau D et illustrées dans les graphiques suivants.

Tableau D : Caractéristiques des participants de l'étude

Participant	Sexe	Âge	Type de pratique	Activité annexe
A	H	39	Association	/
B	H	32	Association	/
C	F	31	Association	Autre
D	F	37	MM	ONE + Autre
E	F	31	MM	/
F	F	39	Solo	ONE
G	H	39	Association	ONE
H	F	38	MM	Autre
I	F	37	MM	ONE + Planning familial
J	F	40	Solo	ONE
K	H	39	Solo	Autre
L	F	31	Association	ONE
M	H	28	Association	/
N	H	51	Solo	/

Figure A : Représentation graphique des caractéristiques de l'échantillon



Le focus groupe étant composé de deux fois plus de femmes que d'hommes, j'ai choisi deux hommes pour les entretiens individuels afin de tendre vers un meilleur équilibre.

On le voit, la répartition par tranche d'âge dans le focus groupe est essentiellement centrée autour des 30-39 ans. Afin de couvrir un spectre d'âge plus large, j'ai choisi d'interroger individuellement un assistant et un médecin de plus de 50 ans. Les extrêmes d'âge restent cependant peu représentés.

La saturation des données n'a pas été obtenue, suggérant que l'obtention d'entretiens supplémentaires aurait pu enrichir l'analyse. A noter qu'il a été compliqué d'obtenir une interview avec un médecin de plus de 50 ans, la démarche ayant nécessité 8 appels pour obtenir une réponse positive, là où le premier appel a été concluant pour l'assistant.

2.2. Résultats de l'étude qualitative

2.2.1. Quelques généralités sur la contraception

Les entretiens ont débuté par quelques questions sur la contraception de façon globale, afin de mieux cerner leur sollicitation et leur positionnement en tant que MG par rapport à celle-ci. Cela a également permis de débiter la discussion sur un sujet maîtrisé et d'avoir une réflexion par comparaison.

2.2.1.1. La contraception, un enjeu central

Les médecins généralistes interrogés attribuent une place centrale à la contraception et reconnaissent son importance au niveau médical et sanitaire, voire démographique. Pour certains, la question de la contraception fait d'ailleurs partie de l'anamnèse de base en consultation.

A : « Ben en même temps c'est tellement central, je veux dire la proportion de gens qui utilisent un moyen de contraception est tellement élevée, c'est ... Ouais c'est un axe majeur de la médecine en fait. »

G : « [...] en général j'aborde le sujet, ne fut-ce que pour savoir si elles prennent des médicaments et ça en fait partie. »

M : « Euh on sait que sur terre, le chiffre en tout cas commence à augmenter considérablement euh j pense que ça c'est des études qu'ils font beaucoup en ce moment [...] D'ici vingt - trente ans, on sait pas combien on sera sur terre, donc j pense que c'est quelque chose qu'il faut attaquer maintenant. »

2.2.1.2. Un motif de consultation fréquent

Tous les participants se disent confrontés à la question de la contraception dans leur pratique, qu'il s'agisse d'initier une contraception, la renouveler, ou simplement ouvrir la discussion. La fréquence rapportée diffère beaucoup d'un médecin à l'autre, et ils relèvent plusieurs facteurs pouvant expliquer cette variabilité, comme l'âge et le genre du praticien, le type de pratique ou le lieu de travail.

A : « Ben renouveler la pilule c'est très fréquent, initier le débat de novo c'est pas si fréquent que ça en fait pour moi qui travaille en solo à la cambrousse. »

B : « Ouais j'suis d'accord, moi pour prescrire c'est très fréquent, initier pas tellement, surtout que je travaille avec des collègues femmes, qui préfèrent, 'fin qui, donc les patientes préfèrent aller chez les femmes pour initier un traitement. »

M : « Oui euh assez souvent, je dirais en moyenne une à deux fois par semaine. Et moi ici [...] le mot circule qu'il y a un jeune médecin, donc les jeunes garçons et les jeunes filles sont plus à l'aise et viennent me voir. »

N : « Au moins une fois par jour. »

Aborder le sujet de la contraception semble quelque chose de naturel et spontané pour beaucoup. Outre l'anamnèse médicamenteuse de base, les raisons indirectes d'aborder le sujet sont nombreuses : vaccination HPV, discussion sur les MST, période du post-partum, etc. A noter qu'ils mentionnent quasi exclusivement les femmes à ce stade.

G : « [...] chaque fois que je vois une femme je pose la question au niveau contraception, c'est plutôt un réflexe. »

H : « Moi j'en parle beaucoup, même j'en parle très tôt aussi parce que j'en parle par exemple autour de la vaccination HPV quand j'ai les jeunes filles qui arrivent avec cette question-là. »

H : « On parle contraception euh assez vite en fait euh parce que on parle protection MST et donc euh protection contraception, protection bébé quoi. Donc euh, et en effet chez les, chez les plus âgées aussi ou post-grossesse en fait on en parle beaucoup [...] »

2.2.1.3. Le médecin généraliste ou le gynécologue ?

Plusieurs médecins généralistes s'attribuent un rôle central dans la contraception. Ils se disent bien placés pour avoir un rôle de coordinateur grâce à leurs connaissances du patient dans sa globalité d'une part et la qualité du lien avec le patient d'autre part.

A : « Ben moi je trouve que on a les outils pour avoir un rôle central [...] Je pense que en termes de connaissances, de relation qu'on a avec les patients, on a tout à fait les moyens d'avoir un rôle central et d'être dans la coordination de ce truc-là euh ... sans problème quoi. »

K : « [...] notre rôle de médecin généraliste pour moi il est là aussi, c'est de prendre plus la globalité et d'aller effectivement ce dont on disait les MST, et caetera, donc plus large que la contraception et aussi évidemment le le les facteurs de risque en lien avec le tabagisme, enfin de d'être pas juste des simples prescripteurs techniques euh d'une pilule, je dis pas que les gynécos ne sont que ça ou que tous ne font que ça, mais voilà nous on a quand même un rôle plus large par aussi une meilleure connaissance de nos patientes euh et caetera quoi. »

D'autres s'estiment moins qualifiés que le spécialiste pour ce qui est de l'instauration d'un moyen contraceptif et pensent plutôt avoir un rôle de continuité.

M : « Euh techniquement je pense que non c'est pas vraiment mon rôle en tout cas euh de de l'instaurer mais si c'est dans la continuité, ça je peux l'être. Mon rôle pour moi ça serait pas de l'instaurer mais plutôt qu'il soit suivi par quelqu'un de spécialisé [...] »

N : « Non, le gynéco est mieux. »

2.2.2. Aux origines de la féminisation de la contraception

2.2.2.1. Les facteurs biologiques

L'actuelle responsabilité féminine de la contraception s'explique pour certains par des facteurs biologiques. En effet, la physiologie reproductive des femmes diffère de celle des hommes sous bien des aspects, ce qui pourrait expliquer au moins en partie cette sexuation de la contraception.

Par exemple, le fait que la grossesse concerne le corps des femmes ne leur permet pas de nier leur implication dans cette grossesse, contrairement aux hommes.

A : « Non mais c'est vrai, quand t'es enceinte, t'es enceinte, tu peux dire c'est pas moi c'est un autre, ben c'est quand même dans ton ventre quoi tu vois, donc c'est plus compliqué. »

Cela rendrait ainsi les femmes plus fiables et plus responsables en ce qui concerne la contraception. Un homme pourrait de son côté se sentir moins concerné par une grossesse non désirée, qui ne se produit pas dans son corps, et serait donc moins compliant.

M : « Mais les hommes j'ai l'impression qu'ils seraient moins compliants, moins réguliers, ils seraient plus je-m'en-foutistes, parce qu'au final c'est pas eux qui portent l'enfant, donc euh au final ils vont penser comme ça égoïstement peut-être, c'est ce que je me dis. »

Un autre élément rapporté est la limite de la fertilité des femmes, qui est constituée par la ménopause. Renoncer à leur fertilité et accepter l'idée d'une contraception ou une stérilisation serait plus simple pour elles que pour les hommes, qui sont eux fertiles toute leur vie.

F : « J pense y'a quand même un aspect qui fera que ça sera jamais égal je pense, c'est un peu vieux jeu mais je pense que c'est une réalité, c'est que les hommes restent fertiles toute leur vie et pas les femmes. Et donc je pense que les femmes elles sont prêtes à faire le deuil d'un enfant après un certain âge, parce que jusqu'ici quand même, c'est pas illimité. »

2.2.2.2. Le contexte historique

Au niveau historique, le développement de la contraception, représenté par la commercialisation de la pilule féminine, répondait à l'époque à un besoin prégnant d'émancipation des femmes et d'acquisition de leur autonomie reproductive. Il était donc logique dans ce contexte de se tourner d'abord vers les femmes pour assurer la tâche contraceptive.

A : « Ben voilà évidemment le contexte y'a 40 - 50 ans fait que les recherches se sont axées sur les femmes et que les méthodes réversibles et relativement "sécures" s'adressent aux femmes, hormis le préservatif. »

K : « Ouais c'est ça qui est beau, c'est qu'en plus au début c'était un facteur d'émancipation de la femme quoi. »

2.2.2.3. Des habitudes rapidement ancrées

Cette chronologie a permis d'avoir à ce jour un recul important vis-à-vis des méthodes contraceptives féminines, qui leur confèrerait un niveau de confiance élevé de la part des prescripteurs vis-à-vis de leur efficacité, leur sécurité et leur réversibilité. La variété et la disponibilité de ces méthodes féminines sont également reconnues comme un atout, ainsi que leur remboursement, bien organisé.

A : « [...] cet historique-là fait que les méthodes les plus réversibles, les plus performantes, qui ont le moins d'effets secondaires entre guillemets, à vérifier, ben ben voilà c'est des méthodes qui s'adressent à elles quoi tu vois. »

A : « On a d'un côté une réversibilité, une accessibilité qui est énorme [...] »

M : « Donc euh je sais que les femmes elles sont remboursées pour la pilule par exemple. Ou pour certains moyens de contraceptions. »

Tous ces facteurs concourraient ainsi à pérenniser la responsabilité féminine de la contraception dans notre société actuelle et la remise en question de ce modèle semble compliquée.

K : « Oui mais de nouveau comme y'a quand même une vague très très forte de dire ben la femme porte ça, et puis ça a toujours été comme ça, y'a pas de raison de changer [...] »

2.2.3. La contraception masculine et ses spécificités

2.2.3.1. Des médecins généralistes peu (in)formés ?

Parmi les trois méthodes masculines actuellement reconnues, la vasectomie et le préservatif sont les plus fréquemment mentionnées. La méthode du retrait, quant à elle, est pratiquement absente des discussions. Les méthodes hormonales, thermiques et déférentielles ont toutes été citées au moins une fois mais ne sont pas connues de tous. Aucun n'a évoqué les méthodes chimiques.

Certains ont cité les spermicides, l'abstinence et la méthode du calendrier. Une participante rapporte également la possibilité de changer les pratiques sexuelles, se décalant de la représentation de la sexualité basée sur la pénétration vaginale classiquement présentée.

C : « On peut faire l'amour autrement. »

Les connaissances sont assez variables d'un médecin à l'autre, surtout en ce qui concerne les « nouvelles » méthodes. Plusieurs médecins n'ont jamais entendu parler de ces méthodes, ou ont des connaissances erronées.

F : « Y'en a qui viennent de citer l'anneau pour les hommes mais je ne sais pas ce que c'est. »

A : « [...] ton caleçon chauffant, j'imagine que pour créer de la chaleur il doit y avoir une pile ou j'en sais rien, 'fin c'est foireux quoi. »

H : « Il faut pas le mettre en fonction du cycle de la femme aussi ? Je crois que c'est les quinze premiers jours 'fin... »

D'autres au contraire maîtrisent le sujet et connaissent les détails pratiques du fonctionnement et de l'utilisation.

I : « ... ça bloque voilà, c'est le même principe que le caleçon sauf que c'est un anneau qui permet de maintenir les testicules plus proches du corps, et donc de les augmenter d'un ou deux degrés... »

K : « ... tu dois tu dois porter ça des heures par jour puis refaire un spermogramme [...] »

Presque tous les participants estiment que leurs connaissances sur la CM sont mauvaises.

G : « Je dirais humblement qu'elles sont assez mauvaises. »

F : « A part la vasectomie en effet moi je me sens pas à l'aise. »

M : « Ah franchement pour moi euh je devrais dire euh que je survole le sujet, que je ne maîtrise pas suffisamment le sujet en tout cas, que je suis pas suffisamment à l'aise pour moi pour introduire un quelconque traitement avec un patient. »

Seul l'aîné des participants semble satisfait de ses connaissances en la matière.

N : « Euh je pense que, enfin comme tout le monde dans la moyenne quoi, suffisantes. »

Leurs connaissances viennent majoritairement de leurs recherches personnelles, faisant suite à des questions venant soit de patients, soit de leurs proches. Une participante cite son mari urologue comme source de connaissances.

K : « Les demandes des patients. »

B : « Perso moi c'est ... perso moi c'est des potes qui me demandent " ah tiens est-ce que tu connais, qu'est-ce que tu sais sur la vasectomie " et d'où bah je dois commencer à chercher parce que à l'unif on n'apprend pas grand-chose. »

A : « C'est plutôt les lectures sur Internet quoi, je veux dire tu trouves des sources un peu fiables et t'essaies de chercher des connaissances un peu dignes de ce nom quoi, comme souvent. »

H : « J'avoue que je triche avec euh, j'ai un mari urologue, donc j'avoue que mes sources viennent de là. »

Ils se disent globalement peu formés sur le sujet par l'université, qui semble aborder davantage la santé sexuelle des hommes (comme l'impuissance) que la santé reproductive (dont la contraception).

M : « Au final, même dans mon cours d'urologie, c'est à peine si c'est cité euh les contraceptifs tu vois masculins [...] On va voir surtout chez l'homme, on va surtout voir les problèmes d'impuissance mais... Au niveau contraception, à part euh les préservatifs, ou citer quelques spermicides [...] »

Un médecin rapporte quant à lui tirer toutes ses connaissances de ses études à l'université.

N : « Ça coule de source oui. Je pense que j'ai rien appris depuis ma sortie de l'école, fin de l'unif. Y a rien eu de neuf de toute façon. »

Si des formations complémentaires sur la contraception existent bel et bien, elles semblent cibler uniquement les femmes et n'abordent pas le côté masculin. Le stage de gynécologie est d'ailleurs un passage obligé pour les étudiants, contrairement à celui d'urologie.

M : « Séminaires, des séminaires on en a oui, on a eu des séminaires sur la contraception et encore une fois c'était vraiment ciblé sur les femmes. Et d'ailleurs c'était durant mon stage de gynécologie [...] mais en uro j'ai pas pu passer malheureusement. »

N : « Non, non ça n'existe pas la contraception masculine. [rires] »

Beaucoup sont demandeurs d'informations sur ce qui existe car ils souhaitent être plus à l'aise avec la CM en consultation. Durant les entretiens, un certain nombre de participants posent des questions techniques et attendent des informations concernant les méthodes de CM.

M : « Le peu de fois où je serais confronté à ça bien sûr que j'aimerais bien pouvoir gérer [...] »

K : « [...] moi honnêtement euh, à part venir à un focus group et espérer avoir des réponses euh... »

Un médecin estime qu'il serait inutile de se former davantage étant donné l'absence de demande.

N : « Non parce que, autant les femmes consultent souvent pour ça, les mecs jamais. »

2.2.3.2. La contraception masculine dans la consultation du médecin généraliste

Une discussion peu fréquente, initiée par le patient plutôt que par le MG

Globalement, les médecins abordent peu l'option de la CM de leur propre initiative, ou alors uniquement dans un contexte particulier, par exemple lorsqu'ils sont confrontés à une patiente ayant des difficultés avec sa contraception.

A : « Moi j'en parle, j'en parle surtout quand une femme me fait part de de allez, de son mécontentement par rapport à son moyen contraceptif à elle, et du coup j'dis " ben vous savez y'a d'autres façons d'envisager les choses " quoi tu vois, mais pas forcément spontanément. »

L'option de la vasectomie semble être peu évoquée spontanément par le médecin car il est supposé que les patients connaissent cette option et viendront d'eux-mêmes en parler s'ils le souhaitent.

N : « Mais on leur propose pas la vasectomie, ils savent déjà quoi. 'fin bon je suppose que y a peut-être des patients qui sont pas au courant mais bon, j'en ai pas encore rencontré. »

Le sujet de la CM semble donc plutôt amené par le patient et ces demandes concernent essentiellement la vasectomie ou le préservatif.

M : « Mais niveau contraception donc masculine, c'est très très rare. C'est très rare qu'on me pose la question, si ce n'est le préservatif, mais autrement les autres techniques non. »

N : « Si, oui, [ils consultent] pour la vasectomie. »

Des profils types de patients : une contraception de deuxième ligne

Dans le cas de la vasectomie, ils évoquent le profil typique du patient déjà père à plusieurs reprises qui souhaite éviter une nouvelle paternité, parfois de sa propre initiative, parfois à la demande de sa partenaire qui souhaite arrêter sa contraception.

A : « Il y a le profil du type qui a déjà six pensions alimentaires à payer et qui commence à se poser quand même la question de la vasectomie 'fin tu vois. »

N : « Ben ils ont déjà trop de gosses. Et madame elle en veut plus. Et madame elle veut plus prendre la pilule et caetera. »

Ils décrivent aussi le patient issu d'un milieu plutôt favorisé et dont le couple a atteint le nombre d'enfants désiré. Ce type de patient arrive déjà bien décidé à la consultation et attend de son médecin des informations complémentaires, un avis et une recommandation de chirurgien.

A : « Des gens qui viennent à deux et qui dit voilà on a réfléchi, souvent des gens d'un niveau euh socio-éducatif assez élevé on va dire quoi, et qui sont plutôt en quête d'un bon chirurgien. »

*K : « Idem que ***, en tout cas qui sont en quête d'avoir un avis un peu plus euh circonstancié ou un peu plus informé que ce qu'ils ont pu trouver par eux-mêmes en quelques clics sur Google quoi. »*

N : « Mais en fait ils arrivent et ils savent déjà ce qu'ils veulent quoi. [...] Un mot pour aller chez l'urologue. »

Des patients sont parfois à la recherche d'une alternative qui soit réversible. C'est plutôt le cas d'un patient jeune et dont le couple fait face à des difficultés liées à la contraception féminine (problème de compliance, effets indésirables, refus des hormones ou autre). Le préservatif est une option mais qui n'est pas toujours bien acceptée.

M : « [...] par exemple les deux jeunes qui étaient venus chez moi, ils avaient une copine qui était peu compliant au niveau de la pilule et qui l'oubliait très souvent, donc moi à ce moment-là je conseillais clairement de quand même garder le préservatif [...] »

M : « Et euh le patient qui avait la trentaine lui c'était différent, donc lui euh lui il 'fin sa femme ne supportait pas les moyens de contraception justement [...] donc pas de pilule, pas de contraception, pas de DIU, elle voulait rien et à ce moment lui a demandé qu'est-ce qui était possible euh de faire sachant que il aimait pas avoir de rapports avec préservatif vu que c'était pas les mêmes sensations et caetera. »

Certains abordent les « nouvelles » méthodes en consultation, même si cela semble compliqué à gérer.

I : « [...] récemment j'ai un jeune qui est venu me poser des questions sur euh, sur euh les méthodes de donc autres que vasectomie puisque c'était pas l'objectif pour lui oui. [...] Ben pareil je pouvais euh citer les méthodes qui existent mais je savais pas bien en expliquer les, la fiabilité euh euh et la réelle efficacité. »

On le voit, dans l'ensemble la CM semble être envisagée comme une contraception de deuxième ligne, en relais d'une contraception féminine problématique. Lorsqu'ils sont confrontés à cette demande, les médecins se sentent souvent dépourvus.

2.2.3.3. Les médecins généralistes et la contraception masculine : confiance ou méfiance ?

Préservatif, vasectomie et retrait : le trio imparfait

Les médecins interrogés ont un point de vue parfois discordant ou ambivalent sur les différentes méthodes de CM actuellement reconnues.

Plusieurs présentent le préservatif et le retrait comme des méthodes peu fiables. Certains n'identifient d'ailleurs pas le préservatif comme contraception en tant que telle, mais lui attribuent plutôt le rôle de protection contre les IST.

F : « J'sais pas si c'est une vraie contraception. C'est pas le premier but de la, du préservatif. [...] ça reste pas le plus fiable quoi c'est pas, c'est loin d'être le meilleur indice de Pearl. »

D : « Ouais, y'a le retrait aussi que, voilà, on sait l'efficacité hein... »

L'irréversibilité de la vasectomie est parfois vécue comme un obstacle par le médecin, qui craint que le patient regrette sa décision de ne plus avoir d'enfant par la suite. Certains estiment qu'il s'agit d'un acte invasif ayant de multiples conséquences (psychologiques, familiales, financières).

G : « Moi j'ai la croyance et peut-être que je me trompe que c'est peu réversible, et compte tenu des changements d'avis assez réguliers dans les familles, c'est pas une stratégie vraiment à recommander. »

G : « 'fin une intervention chirurgicale c'est quand même lourd et cher, ça a un impact psychologique, familial, c'est quand même pas la même chose que de prendre une pilule [...] »

D'autres, au contraire, en parlent positivement et/ou les recommandent. La vasectomie est globalement considérée comme efficace et sûre.

N : « Ben moi je pense que c'est parfait, que c'est sûr et efficace, 'fin pour la vasectomie hein. »

Le préservatif est quant à lui apprécié pour son absence d'effet secondaire ainsi que sa protection contre les IST. Il est également perçu par certains comme fiable, à condition d'être bien utilisé.

N : « La capote c'est moins sûr mais y a pas d'effet secondaire, à part l'allergie. »

M : « Moi je sais bien qu'au niveau de l'indice de Pearl j pense que le préservatif ça reste quand même le meilleur si j'dis pas de bêtise ça reste le meilleur indice. »

H : « Ben là je vais revenir avec le préservatif mais je trouve ça quand même bizarre qu'on le prenne pas comme un moyen de contraception alors qu'il n'y a pas d'effets secondaires ni sur l'homme ni sur la femme, qu'il est pas invasif, alors oui faut penser à le mettre mais quand il

est bien utilisé il marche et c'est vrai que moi je le... je le prescris beaucoup beaucoup chez les jeunes parce que c'est d'une pierre deux coups et euh, enfin on a les MST aussi [...] »

Même la méthode du retrait, globalement très peu discutée, semble pouvoir donner une expérience satisfaisante dans certains cas.

D : « Ben moi j'ai des patients qui sont venus au bout de sept ans de retrait pour un avortement. »

H : « Bon indice de Pearl finalement ! »

Les méthodes en développement : des preuves qui restent à faire

Pour les « nouvelles » méthodes de CM, les craintes sont bel et bien présentes. Certains praticiens ont été marqués par des problèmes de pharmacovigilance dans le passé. Ils font dès lors preuve d'une attitude prudente et attendent un recul suffisant. Les craintes semblent concerner essentiellement les méthodes hormonales, mais les méthodes thermiques ne sont pas épargnées non plus.

N : « Ben tout ce qui est chimique c'est ben les effets secondaires quoi. T'imagines que que t'avais le softenon puis le DES aussi, diéthylstilbestrol qui était une pilule qu'on donnait et puis en fait on a remarqué [...] des malformations et des cancers donc euh c'est ça le problème d'une pilule pour l'homme, on verra 'fin faudra vingt-cinq ans pour savoir ce que ça donne quoi. »

M : « [...] maintenant au niveau hormonal aussi, maintenant j'ai peur que... est-ce que y'a pas des effets secondaires, donc euh différents de l'acné, différents de tous ces p'tits effets secondaires-là. Est-ce qu'il y a pas d'effets secondaires sur la fertilité au long terme [...] ? »

K : « [...] on parlait de de l'anneau, des caleçons chauffants euh, j'ai l'impression qu'ils présentent ça comme une méthode miracle réversible sans aucun risque mais euh, je m'demande bien quel à quel point ça a été étudié [...] »

2.2.3.4. Une place à prendre à l'avenir ?

Une question d'égalité

Tous ceux qui se sont exprimés sur ce sujet estiment qu'il serait opportun de partager la responsabilité contraceptive de façon plus équitable, ce qui semble loin d'être le cas actuellement. Développer la CM permettrait ainsi d'avoir une meilleure égalité dans le couple.

D : « Moi je pense que ça devrait être 50/50, c'est pas le cas et je pense pas que dans la tête des gens c'est le cas non plus. »

N : « Et alors ce serait, ça permettrait d'équilibrer le couple complètement quoi. »

Cette question de répartition de la charge contraceptive est spontanément mise en lien avec le courant féministe par des participants.

G : « J'avais une question par rapport à tout ça, qu'est-ce que les féministes en pensent finalement ? »

K : « Elles sont pour une inversion, ou en tout cas, elles sont pour une charge partagée du poids de la contraception évidemment. »

D : « Et en fait ça dépend un p'tit peu aussi des courants féministes quoi hein. Y'a celles qui disent euh indépendance et donc tu portes la charge contraceptive, tu sais ce que tu fais euh tu sais 'fin voilà... et puis y'a le partage de la charge. »

Si le partage de la charge contraceptive semble revendiqué, il apparaît également important de préserver l'autonomie contraceptive des femmes pour celles qui le souhaitent.

Éviter le « bébé dans le dos »

Développer d'autres méthodes de CM permettrait aux hommes d'avoir davantage le contrôle de leur propre fertilité, évitant ainsi la paternité imposée, le fameux « bébé dans le dos ». Actuellement, ils disposent pour ce faire de peu de moyens.

N : « Le mec il a pas trente-six solutions. Si il veut se protéger de se faire alpaguer par une bonne femme, soit il a intérêt à mettre trois capotes [rires], ou faire une vasectomie. Le problème de la vasectomie c'est que c'est irréversible donc il est un peu coincé. »

Soulager les femmes

Plusieurs médecins rapportent être confrontés à des patientes qui ne veulent pas d'hormones ou ne trouvent pas de contraceptif qui leur convienne. Donner le relais aux hommes serait une piste pour faire face à cette problématique féminine. Cela diminuerait également l'exposition des femmes aux divers effets secondaires des contraceptifs féminins.

F : « [...] parfois des femmes de 40 ans qui chipotent encore, qui savent pas ce qu'elles vont faire, qui prennent plus rien parce qu'elles veulent plus d'hormones [...] »

N : « C'est ça ouais, hein ou alors dans un couple où ben madame sait pas prendre la pilule, pour une raison X et caetera ben monsieur peut la prendre quoi. Et ils espacent un peu leurs naissances. »

M : « En tout cas euh comme avantages par rapport aux femmes j'dirais que que bon, on a toujours dit que la pilule elle a beaucoup d'effets néfastes, donc forcément les femmes seraient moins exposées à ces effets [...] »

Plusieurs médecins rapportent d'ailleurs une tendance à sous-estimer les effets indésirables des contraceptifs féminins, voire un biais sociétal qui tend à minimiser l'inconfort lié aux moyens contraceptifs féminins et à le surestimer chez les hommes.

G : « Là où il y a un énorme biais, c'est que j'ai vu lors d'une hospitalisation une jeune fille de 17 ans qui a fait un AVC sérieux sur une pilule contraceptive [...] Et je pense qu'on est peu, à tort, sensibilisés par les effets secondaires des pilules hormonales. »

K : « Après je pense aussi qu'effectivement dans les représentations, à mon sens, on sous-estime euh l'impact euh psychologique de la contraception hormonale chez la femme quoi.

A : Et on surestime le risque de la chirurgie probablement. »

I : « Enfin l'idée du caleçon chauffant ou d'cet anneau euh à manipuler 'fin ça fait, je trouve qu'ils f- qu'ils tirent vite des yeux très effrayés... »

D : « [...] je pense que y'a aussi un tout p'tit peu du du culturel là-dedans quand tu dis à une, quand t'as une fille de 18 ans qui s'dit « oui j'vais mettre un stérilet » euh et y'en a de plus en plus, on est dans quelque chose qui est beaucoup plus agressif qu'un caleçon chauffant quoi. »

La question de l'inconfort lié aux contraceptifs féminins et notamment le scandale des pilules de 3^e et 4^e génération est amenée lors du focus groupe. Pour certains, il constitue un signal clair d'une volonté de changement de la part des femmes. Pour d'autres, il s'agit d'un phénomène tout à fait marginal n'ayant pas (encore) d'impact sur leur pratique.

A : « Mais en tant que médecin ça serait intéressant aussi de connaître euh le degré d'insatisfaction des femmes par rapport à leur contraception quoi, qui est aussi un peu un tabou quelque part quoi tu vois. Nous on considère que ça roule et que c'est comme ça. »

D : « Bah non hein, depuis le scandale euh c'était euh pas "Diane", c'était l'autre là "Yasmine" je sais plus... 'fin vers 2012 je pense que c'était 2012 euh c'est assez clair qu'y a un inconfort féminin pour la contraception [...] »

K : « [...] je pense que c'est hyper marginal et qu'on se leurre un p'tit peu sur les connaissances et le degré de liberté de juste se poser la question euh, si tu prends la population féminine belge en âge de procréer je crois que ça c'est vraiment euh très marginal. »

Si la volonté de changement émerge doucement, le chemin qui mène à une répartition équitable de la charge contraceptive semble encore long et semé d'embûches.

2.2.3.5. Les obstacles à surmonter et les pistes pour y faire face

Des méthodes à mettre en valeur dans le discours des MG

On l'a vu, les méthodes de CM semblent actuellement peu mises en avant en consultation de médecine générale et le discours des médecins les concernant n'est pas toujours positif. Certains pensent qu'il y aurait un intérêt à donner plus de visibilité aux méthodes masculines qui sont disponibles mais encore peu ancrées dans les mentalités. À titre d'exemple, le MG pourrait proposer de façon plus systématique la vasectomie dans le panel contraceptif.

A : « Moi j'pense qu'il y aurait plus de candidats euh « vasectomisables » en fait, c'est juste quelque chose qui est pas encore culturellement euh présent dans les débats quoi tu vois, mais je pense qu'il y a beaucoup de gens d'un certain âge qui se diraient « ben oui au vu de ce qu'on sait sur les hormones, de ce qu'on craint sur les hormones, moi ça me dérange pas de me faire vasectomiser, si j'peux épargner ça à ma femme ». [...] avec un débat simple, je pense c'est une pensée qui ré... ouais, qui récolterait un peu d'adhésion moi je pense. »

Parler plus positivement de ces méthodes masculines en exposant leurs avantages pourrait favoriser leur utilisation dans la population : l'absence d'effet indésirable et la protection contre les IST du préservatif en font un atout appréciable. Il pourrait également être intéressant de le présenter davantage comme une réelle contraception, car il ne semble pas toujours perçu comme tel.

H : « Ben là je vais revenir avec le préservatif mais je trouve ça quand même bizarre qu'on le prenne pas comme un moyen de contraception alors qu'il n'y a pas d'effets secondaires [...] »

M : « Maintenant je pense que les hommes sont pas assez sensibilisés là-dessus, donc on leur a toujours dit "prenez le préservatif, protégez-vous", on leur a jamais dit "protégez-vous de quoi" parce que on pense que c'est que les maladies, mais c'est vrai que c'est aussi un moyen de contraception [...] »

Des croyances socio-culturelles à déconstruire

Les participants pointent un rejet de la CM lié au contexte culturel. Les constructions sociales autour de la virilité et la perte de cette virilité qui serait liée à la contraception d'un homme semblent être un obstacle au développement de la CM.

N : « La peur pour sa virilité. »

Il semble établi dans la société que la contraception est une affaire de femmes, qui ont tous les moyens nécessaires pour s'en charger et cela peut être difficilement remis en question.

G : « Moi j'ai une croyance par rapport à ça c'est la suivante : je crois, peut-être par erreur, que la population générale considère que la contraception est une affaire de femmes, point. »

K : « [...] y'a quand même une vague très très forte de dire ben la femme porte ça, et puis ça a toujours été comme ça, y'a pas de raison de changer [...] »

M : « [...] la contraception euh féminine est tellement bien développée qu'elle risque de freiner indirectement la contraception masculine parce que l'homme va se dire "bah en fait la femme a déjà tout ce qui faut, pourquoi nous on doit, pourquoi nous on va se rentrer dans ce entre guillemets dans cette catégorie-là". »

Pour certains, l'émergence du questionnement du modèle actuel mènera au développement de nouvelles méthodes contraceptives masculines. Pour d'autres, au contraire, c'est la disponibilité de telles méthodes qui permettra une remise en question du schéma enraciné.

A : « Puis y'a le climat culturel, qui, qu'émerge un climat culturel où la femme se sente libre d'interroger le fait de porter seule le poids de la contraception quoi tu vois, que même en amont de connaissances vraiment bien installées, on puisse commencer ne fut-ce qu'à se poser la question, c'est l'émergence de la question qui fera que derrière ça suit quoi tu vois. »

K : « Oui mais en même temps je pense que l'inverse est vrai aussi tu vois, c'est-à-dire que tu peux te poser la question à partir du moment où tu sais qu'y a une alternative possible, mais si dans ta tête y'a pas d'alternative possible, ben à un moment donné tu fermes la porte... »

Un cercle vicieux dont il paraît compliqué de sortir...

Un manque de méthodes contraceptives masculines à combler

La variété, l'accessibilité, la sécurité et la réversibilité des contraceptifs masculins ne sont actuellement pas équivalentes à leurs homologues féminins. Le développement de nouvelles méthodes contraceptives masculines peut donc être vu comme un prérequis indispensable à l'augmentation de l'implication masculine dans la contraception.

A : « [...] ce serait une équivalence de méthodes, une équivalence et là et là y'aura un vrai débat philosophique tu vois de dire : vous avez la pilule bleue pour les hommes, la pilule rose pour les femmes. Ou p't'être même l'inverse, ce serait complètement fou, rose pour les hommes, et de dire voilà, y'a y'a deux trucs un peu équivalents maintenant voilà, faites votre choix. »

L : « Le problème c'est que pour le moment si on a un couple qui arrive de bonne volonté en se disant ça peut être 50/50 autant l'homme que la femme ben on va avoir tout un panel de choses à proposer à la femme, et y'aura trop rien pour l'homme à part la vasectomie [...] »

Les médecins pointent surtout un manque de méthodes réversibles, sûres et peu invasives.

N : « Il manque une pilule ! Ou autre chose, un implant, ou n'importe quoi mais euh. Il manque une euh une stérilisation chimique. »

M : « J pense qu'il faudrait qu'on qu'on étudie un peu plus le sujet, ça c'est, ça c'est sûr, donc trouver le meilleur compromis, donc forcément avec le moins d'effets secondaires possible, quelque chose de facile à prendre, le moins invasif possible et qui serait réversible. »

Des craintes vis-à-vis des nouvelles méthodes à apaiser

S'il y a un souhait de développer ces « nouvelles » méthodes de CM, on note aussi une certaine appréhension. On l'a vu précédemment, les médecins éprouvent eux-mêmes des craintes vis-à-vis de ces méthodes, qui semblent souvent liées à un manque d'informations claires. Ils rapportent également une peur des effets secondaires des médicaments dans la population générale, bien illustrée actuellement par le rejet du vaccin contre la Covid-19.

N : « Oui c'est un peu comme euh regarde, on sort des vaccins pour euh Pfizer pour le covid et là « aargh »... »

Des patients et des médecins à sensibiliser et informer

Du côté des patients, les jeunes seraient un public à cibler via des campagnes de sensibilisation, en utilisant notamment les réseaux sociaux. Informer les jeunes à l'école via des cours d'éducation sexuelle en abordant la CM permettrait également d'ouvrir le débat très tôt. Cela les amènerait à davantage questionner leur rôle dans la responsabilité contraceptive.

K : « Ouais. Clairement, clairement, j pense qu'y a un manque d'infos criant à la fois du côté des patients et des médecins [...] »

I : « [...] c'est p't'être plutôt un un public jeune qu'on devrait cibler, donc c'est vrai que les réseaux sociaux les y'a de tout hein y'a y'a à boire et à manger, mais si y'a des campagnes

ciblées euh avec un langage simple, éventuellement des p'tites vidéos, 'fin voilà ce genre de choses qui pourraient sensibiliser, et p't'être amener certains jeunes à venir en parler en consultation [...] »

M : « Moi j'pense que tout simplement commencer à l'école dans l'enseignement tu vois, parce que quand quand t'es jeune t'as 10 - 12 ans t'as des cours d'éducation sexuelle, moi c'est ce que j'avais à l'école, on savait comment faire un bébé, on savait comment tchic comment tchac, on savait comment on utilisait déjà les préservatifs, on nous avait fait une démonstration, mais à cet âge-là on n'a pas parlé du reste tu vois. »

S'il est important de toucher les potentiels utilisateurs, il semble également primordial de sensibiliser et d'informer les prescripteurs de façon claire et précise sur ce qui existe.

A : « Ben encore faut-il convaincre les intervenants-mêmes des soins, c'est-à-dire nous les médecins... »

La santé reproductive des hommes à promouvoir

La santé reproductive des femmes est bien balisée, avec un référent clair, le gynécologue, qui représente la première ligne et s'occupe de prévention. L'équivalence pour les hommes n'est pas aussi clairement établie ni acceptée.

F : « Parce qu'y a moins de prévention en uro qu'en gynéco. »

A : « C'est vrai que socialement parlant, euh l'homme n'a pas son référent euh identifié autour de ces questions-là quoi tu vois... il est admis que la femme a le gynéco qui fait un peu de première ligne, y'a pas l'équivalent euh chez l'homme quoi tu vois. »

K : « Et donc la place du généraliste. »

I : « Oui c'est ça y faut ... y faut nous remettre au centre là... »

Promouvoir la santé reproductive masculine serait ainsi un bon moyen d'impliquer les hommes dans la gestion de la contraception et vice-versa. Un rôle qui pourrait être assuré par le MG ? C'est ce que pensent certains participants, qui s'estiment bien placés pour assurer le suivi médical de la santé sexuelle et reproductive masculine et donc pour répondre à cette demande en CM.

DISCUSSION

1. Discussion des résultats

1.1. Rappel des principaux résultats

Comme présenté dans la section précédente, les MG interrogés se sentent dans l'ensemble concernés par la question de la contraception et certains s'estimeraient bien placés pour prendre en charge la CM. Le principal obstacle cité est le modèle socio-culturel de la féminité de la responsabilité contraceptive, très ancré. Ils soulignent également une mauvaise visibilité de la CM, un manque d'informations claires pouvant générer des inquiétudes chez les médecins et dans la population générale, ainsi qu'un manque de méthodes contraceptives masculines qui soient réversibles et sûres. Sensibiliser la population et les médecins ainsi que développer de nouvelles méthodes semble donc important pour favoriser l'implication masculine dans la contraception à l'avenir.

L'originalité de cette étude réside dans l'approche qualitative (peu utilisée dans la littérature) et le fait qu'elle soit ciblée sur les MG. Un certain nombre des items abordés dans cette étude peuvent être comparés aux données de la littérature.

1.2. La contraception féminine et masculine dans le discours des participants

Durant les entretiens, on peut noter que, lorsque l'on parle de contraception sans précision, il est d'emblée question de méthodes féminines et de patientes. La contraception semble être un sujet facilement abordé par les médecins avec les femmes, que ce soit spontanément à l'initiative du médecin pour toute patiente en âge de procréer se présentant en consultation, ou au détour d'une conversation sur les IST (et notamment la vaccination HPV), la période du post-partum, etc. Il semblerait plus simple encore d'aborder le sujet pour les médecins de sexe féminin et/ou d'âge jeune. Des formations et des séminaires sur la contraception féminine existent et les étudiants en médecine passent tous en stage de gynécologie. Les médecins sont globalement confiants envers ces méthodes féminines, quoiqu'une possible sous-estimation des effets indésirables soit évoquée.

En ce qui concerne la CM, elle semble être un sujet très peu abordé à l'initiative du médecin. La question n'est pas posée au détour d'une consultation consacrée à une autre problématique. La CM ne semble pas faire partie du panel de contraceptifs de base que l'on propose aux patients ; il s'agit davantage d'une contraception de deuxième ligne que l'on peut envisager lorsque la contraception féminine est écartée pour l'une ou l'autre raison. Les médecins se disent peu formés et émettent des

doutes concernant l'efficacité et la sécurité de ces méthodes. Ils semblent néanmoins intéressés d'en savoir plus sur le sujet, hormis l'ainé de l'échantillon qui a un point de vue quelque peu divergent de celui des autres participants. Même s'il s'agit du seul médecin de la catégorie d'âge des plus de 50 ans (et donc peu représentatif de cette dernière), on peut évoquer un possible effet de génération autour de la question de la CM, les médecins plus jeunes semblant plus sensibilisés et plus informés par rapport à celle-ci. En atteste également la relative difficulté à recruter un participant dans cette tranche d'âge pour cette étude.

1.3. La contraception masculine et la société

Les médecins généralistes interrogés dans cette étude rapportent un modèle d'attribution féminine de la charge contraceptive bien ancré dans notre société, qui semble difficile à remettre en cause. Ils évoquent différents arguments biologiques, historiques et socio-culturels qui l'auraient instauré et contribueraient à maintenir cette charge contraceptive sur les épaules des femmes.

1.3.1. Une féminisation de la contraception récente ?

B. Spencer rapporte que la responsabilité féminine dans la contraception est en fait un concept plus récent qu'il n'y paraît(13) : « [...] même si certaines méthodes féminines (cape, diaphragme) existent depuis le XIXe siècle, les statistiques montrent qu'avant la diffusion du contraceptif oral, les hommes avaient des responsabilités plus importantes dans ce domaine. La baisse du taux de natalité en Europe au cours du XIXe siècle est largement attribuée à la pratique du coït interrompu. En 1970 encore, la méthode de régulation des naissances la plus utilisée au Royaume-Uni était toujours le préservatif. » (*La contraception masculine*, 2013, p. 193).

Jusqu'il y a peu, les hommes étaient plus activement impliqués dans la prévention d'une grossesse non désirée, avec une utilisation majoritaire de méthodes masculines telles que le coït interrompu ou le préservatif. C'est l'apparition de moyens contraceptifs modernes médicalisés, destinés aux femmes, qui a changé la donne en matière de contrôle de la contraception : un changement plutôt récent, donc.

1.3.2. Une menace pour la virilité

La question de la virilité comme obstacle à la CM a également été discutée dans cette étude. Elle serait un frein important à une répartition plus équitable de la charge contraceptive.

Selon C. Desjeux, la CM représenterait en effet une menace pour la virilité des hommes sur le plan biologique, symbolique et social(24,25). Au niveau biologique et physiologique, on retrouve la peur des hommes d'être confrontés à des effets indésirables (trouble de la libido, prise de poids, etc.). A cela s'ajoute la construction d'un parcours pratique qu'on rapproche de l'expérience vécue par les femmes : aller chez l'andrologue, se soumettre à des examens médicaux réguliers (prise de sang, toucher rectal), parcours balisé pour les femmes mais considéré comme rébarbatif par beaucoup d'hommes(25). Au niveau symbolique, la crainte de l'impuissance est très représentée et s'exprime particulièrement vis-à-vis de la vasectomie. Un amalgame est parfois fait entre stérilité et impuissance, ce qui peut être la source d'une opposition catégorique de la part des hommes. Enfin, au niveau social, la CM remettrait en question le statut de l'homme dans la famille, face à la perte de ses capacités reproductrices(24).

Concernant la vasectomie, outre la confusion (symbolique ou réelle) avec la castration, D. Welzer-Lang émet l'hypothèse de l'influence particulière de la culture latine(13). Celle-ci contribuerait à la réticence voire l'angoisse à l'idée de toucher au système reproductif masculin, plus marquée dans la culture latine qu'elle ne l'est dans la culture anglo-saxonne par exemple, comme en témoigne la différence du taux d'utilisation de la vasectomie entre la France et l'Angleterre (méthode contraceptive du couple déclarée par 20% des femmes au Royaume Uni contre 0.2% en France)(26). Même à l'échelle de la Belgique, on note que plus des trois quarts des vasectomies du pays ont lieu... en Flandre. Ces différences ne peuvent être expliquées par l'offre et la disponibilité technique de la méthode, mais semblent liées aux préférences des usagers, elles-mêmes influencées par les représentations sociétales et culturelles.

1.3.3. Des hommes incompetents et non concernés par la contraception ?

Dans la présente étude, un participant a amené l'idée d'une meilleure compliance et d'une fiabilité supérieure des femmes pour la prise régulière d'un contraceptif, car elles sont directement concernées par l'échec de celui-ci.

Dans son essai sur la responsabilité contraceptive, A. Shahvisi rapporte que, dans les représentations collectives traditionnelles, l'homme serait en effet jugé irresponsable et incompetent en matière de contraception(10). Tout ce qui a trait à la sphère domestique, en ce compris la charge de la planification familiale, serait une tâche traditionnellement attribuée aux femmes. Les hommes, gouvernés par leur libido, seraient incapables de gérer le domaine de la sexualité de façon responsable, alors même qu'ils sont considérés plus rationnels et davantage maîtres de leurs émotions que les femmes dans les autres domaines (par exemple plus aptes à assurer un poste à haute

responsabilité dans le domaine professionnel). Elle relève ce paradoxe et pointe les conséquences pour les hommes de cette supposée incompétence concernant la tâche contraceptive : une sexualité libre de considération des risques, une absence d'invasion de leur corps et une absence d'implication morale dans une grossesse non désirée. Trois éléments qui incombent bel et bien aux femmes.

L'idée que les hommes ne seraient pas preneurs d'une CM est également abordée. Certains médecins interrogés pensent que les patients n'envisageraient pas de prendre en charge la contraception car ils considèreraient qu'il s'agit d'une affaire de femmes.

L'acceptabilité de la CM a été étudiée dans la littérature. Une enquête de 2015 auprès de 3368 hommes français montre un taux d'acceptabilité hypothétique d'une pilule contraceptive masculine de 61.88%(27). Quant au taux de satisfaction lors de l'utilisation pratique de la CM, une étude sur l'efficacité d'injections hormonales montre que 66% des participants du groupe ayant reçu les injections déclarent qu'ils utiliseraient une méthode hormonale si elle était disponible et que 92% des participants de l'étude estiment que les hommes devraient partager la responsabilité contraceptive avec les femmes(28). Une revue de la littérature reprenant les enquêtes menées auprès du public masculin estime qu'au moins 25% des hommes utiliseraient une CHM au niveau mondial, tous milieux confondus, et bien davantage dans la plupart des pays(29). Les préférences en termes de mode d'administration (intramusculaire, transdermique, orale, implant) semblent influencées par des facteurs d'ordre culturel et varient fortement d'un pays à l'autre, tout comme c'est le cas pour les méthodes féminines(30). Tous ces chiffres doivent évidemment être interprétés avec prudence, mais s'ils ne montrent pas une volonté univoque de changer radicalement les choses, ils témoignent tout de même d'un marché potentiel non négligeable pour la CM.

1.3.4. Des femmes prêtes à laisser la place aux hommes ?

Dans cette étude, la plupart des participants estiment que la charge contraceptive devrait être partagée de façon plus équitable et que les femmes aimeraient passer le relais à leur partenaire.

Dans la littérature, une étude menée sur 1894 femmes en Ecosse, Afrique du Sud et Chine a montré que seulement 2% d'entre elles ne feraient pas confiance à leur partenaire pour l'utilisation d'une méthode contraceptive hormonale(28). Il semblerait qu'elles soient davantage confiantes lorsqu'il s'agit d'un partenaire stable plutôt qu'occasionnel(29). D'autres études montrent des taux variables mais globalement favorables à ce partage de la charge contraceptive, et si parfois les répondantes expriment des doutes quant à la capacité des hommes à prendre la pilule de façon régulière, c'est aussi le cas pour les hommes, qui ne font pas toujours confiance à leur partenaire non plus(28).

La question du point de vue des féministes a également été débattue dans cette étude. Selon C. Desjeux, le concept de la CM divise le courant féministe. D'une part, en s'appropriant leur fertilité, les hommes reprennent le contrôle des capacités reproductrices des femmes, ce qui peut être un moyen de réaffirmer la domination masculine. D'autre part, le partage de la charge contraceptive peut être vu comme une responsabilisation plus égalitaire envers la parentalité(24).

Il semble donc que le contexte socio-culturel soit un frein au développement de la CM, mais qu'un certain nombre d'hommes soient tout de même prêts à s'investir dans la contraception et que leurs partenaires féminines accepteraient pour la plupart de partager cette charge avec eux.

1.4. La contraception masculine et les prescripteurs

1.4.1. Une formation insuffisante ?

Parmi les obstacles fréquemment cités dans cette étude qualitative, on trouve le manque de connaissances et de formation des médecins sur le sujet. On voit que la vasectomie et le préservatif sont deux méthodes masculines bien identifiées par les médecins généralistes de cette étude. Cela semble être déjà moins le cas pour la méthode du retrait. Les connaissances concernant les méthodes actuellement non reconnues semblent très variables d'un médecin à l'autre. Bien qu'il ne s'agisse pas ici de résultats quantitatifs statistiquement significatifs, on peut tenter une comparaison avec les données de la littérature.

Une étude française a été menée en 2018 auprès d'internes, médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens de moins de 2 ans d'expérience afin d'étudier leurs connaissances, intérêt et préférences en termes de CM. Celle-ci montre que si le préservatif est une méthode de CM largement connue par les prescripteurs (connu par 99.3% d'entre eux), c'est déjà moins le cas pour la vasectomie et le retrait (88% et 70.3% respectivement), et cela chute encore bien davantage pour les méthodes hormonales et thermiques (24.7% et 15%)(21).

En ce qui concerne la formation médicale universitaire, la plupart des participants de cette étude ne l'identifient pas comme principale source de connaissances concernant la CM. Comme le rapportent A. Jardin et V. Izard, « *La santé sexuelle est incontestablement le parent pauvre des études médicales* » (*La contraception masculine*, 2013, p. 134)(13). De mon expérience personnelle et de celle de certains médecins interrogés, les méthodes de CM n'y sont pratiquement pas abordées. Durant mon cursus, l'implication masculine dans la contraception n'a pas été discutée et aucune des méthodes en cours d'étude n'a été mentionnée, là où, dans d'autres disciplines, des traitements encore expérimentaux sont parfois présentés.

1.4.2. Un discours en demi-teinte

Un autre élément intéressant est la façon dont les médecins généralistes interrogés parlent de la CM. On l'a vu dans cette étude qualitative, aborder la CM en consultation n'est pas forcément aisé et le discours des MG pas toujours positif, avec un manque de confiance envers le préservatif et des réserves concernant l'irréversibilité de la vasectomie par exemple.

Cela concorde avec ce que l'on peut trouver dans la littérature. Dans une étude de 2018 sur le discours des praticiens lors d'une consultation sur la contraception, K. Kimport met en évidence une sous-représentation et une dévalorisation des méthodes contraceptives masculines comparativement aux méthodes féminines(14). Elle montre qu'ils abordent peu les méthodes masculines en consultation et ont tendance à mettre l'accent sur leurs inconvénients (efficacité moindre du retrait et du préservatif, irréversibilité de la vasectomie) et à passer sous silence leurs avantages (efficacité élevée de la vasectomie, absence d'effets secondaires du préservatif et du retrait).

B. Spencer rapporte des critiques particulièrement virulentes de la part du corps médical envers le retrait et le préservatif, fréquemment dévalués. Il s'interroge sur l'origine de ce rejet, qui pourrait provenir du fait qu'il s'agisse de méthodes qui soient à la fois non médicales et de plus utilisées par des hommes(13).

1.4.3. La santé reproductive et sexuelle des hommes moins balisée

Un autre facteur identifié est le fait que la santé sexuelle et reproductive des femmes est bien encadrée, avec son référent clairement identifié, le gynécologue. Chez les hommes, elle est abordée par différentes spécialités médicales (andrologie, urologie, endocrinologie) et n'est donc pas centralisée chez un seul et même intervenant.

Une étude belge menée en 2017 par l'institut Solidaris montre que, si la première personne vers qui les femmes se tournent pour des conseils sur la contraception est leur gynécologue, pour les hommes en revanche, il s'agit de leur partenaire(8) ! Cela montre bien le manque de référent culturellement inscrit pour la santé reproductive des hommes.

De façon intéressante, la santé reproductive des hommes semble spécifiquement mise de côté, comparativement à leur santé sexuelle. L'absence relative des hommes dans la plupart des études démographiques à large échelle étudiant la fécondité illustre ce phénomène, contrairement à leur omniprésence dans les enquêtes sur la sexualité(31). On peut également évoquer la disponibilité d'options thérapeutiques pour les dysfonctions sexuelles masculines, là où les options concernant les

problèmes de fertilité ou la contraception manquent. Ces éléments contribuent à faire de la sexualité un aspect central de la masculinité, davantage que la reproduction.

Dans son article publié en 2017 dans la revue *Basic and Clinical Andrology*, J-C. Soufir estime que le développement de la recherche sur la CM aiderait ainsi à mieux comprendre et donc traiter les problèmes de fertilité chez les hommes, actuellement mal connus. Il note d'ailleurs que la prise en charge de ces derniers repose actuellement sur des procédures lourdes et compliquées (comme la PMA) qui incombent... aux femmes(20).

1.5. La contraception masculine et la recherche scientifique

Les participants de cette étude déplorent le manque de données fiables sur la sécurité et l'efficacité des méthodes de CM. Ils s'inquiètent particulièrement de la réversibilité et des effets indésirables des « nouvelles » méthodes.

Après des débuts timides, le nombre de publications sur le sujet de la CM a augmenté de façon exponentielle ces dernières années, mais la visibilité limitée de cette littérature et l'absence de campagne d'information ne jouent pas en sa faveur.

L'efficacité des méthodes de CM a été étudiée dans la littérature et dépend bien entendu du type de méthode. L'indice de Pearl du préservatif, du retrait et de la vasectomie sont bien connus (voir Tableau B). Pour la CHM, le taux d'échec a été estimé à 0.6% (intervalle de confiance à 95% : 0.3-1.1%), soit satisfaisant comparativement aux méthodes hormonales féminines(17). L'efficacité des méthodes thermiques est difficilement estimable au vu de la petite taille des échantillons dans les études. Davantage d'essais cliniques seront nécessaires afin de préciser les chiffres.

Les effets indésirables des méthodes de CM, notamment hormonales, sont un sujet d'inquiétude de la part des médecins interrogés. Comme expliqué précédemment, les effets indésirables de la CHM comprennent de l'acné, des sudations nocturnes, une prise de poids et des troubles de l'humeur ou de la libido (généralement augmentation, parfois diminution)(17). Ce tableau n'est pas sans rappeler ce que l'on peut retrouver chez les femmes lors de l'utilisation d'une méthode hormonale.

Des chercheurs ont ainsi comparé la survenue d'effets indésirables entre les méthodes contraceptives hormonales féminines et masculines. Ces recherches révèlent une incidence d'effets indésirables similaire des deux côtés, et un taux de discontinuation lié à ces effets plus faible pour la CHM. Un essai clinique de phase II sur des injections hormonales masculines a par ailleurs été stoppé prématurément pour cause d'effets indésirables jugés inacceptables (troubles de l'humeur, douleur au site d'injection

et augmentation de la libido), alors que plus de 75% des utilisateurs déclaraient vouloir utiliser cette méthode si elle était disponible(22), posant la question d'un possible biais dans l'évaluation et le poids accordé aux effets indésirables en fonction du genre des utilisateurs(32).

Dans la présente étude qualitative, les méthodes de contraception féminines sont globalement considérées comme sûres et performantes par les prescripteurs. Le recul important que l'on a sur celles-ci leur confère un degré de confiance élevé. Plusieurs personnes interrogées rapportent cependant une possible sous-estimation des effets indésirables des méthodes hormonales féminines, mentionnant notamment une faible sensibilisation des médecins aux effets secondaires de la pilule oestro-progestative et évoquant le scandale des pilules de 3^e et 4^e génération.

Pour rappel, fin 2012, un rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament en France met en garde par rapport aux pilules dites de 3^e et 4^e génération quant au risque accru de thrombose veineuse et artérielle. Le scandale qui en découle marque profondément la population et le profil d'utilisation des contraceptifs oraux combinés se modifie dans les années qui suivent : la part des contraceptifs de 3^e et 4^e génération décroît rapidement en France et, parallèlement, une augmentation d'utilisation des stérilets et implants est observée(33). Les répercussions touchent également la Belgique, comme le montre l'enquête de santé de Sciensano de 2018, avec une diminution de l'utilisation de la pilule associée à une forte augmentation de l'utilisation du stérilet et une légère augmentation du recours aux méthodes naturelles(34).

Une remise en question des contraceptifs hormonaux est parfois ressentie en pratique par certains MG interrogés, mais tous ne rapportent pas cette tendance. Les effets secondaires sont pourtant le premier désagrément cité par 61% des utilisatrices interrogées sur leur contraception en 2017(8).

Concernant les effets indésirables, il est intéressant de noter que, dès le début de la recherche internationale sur la CM, la préservation des fonctions sexuelles (puissance et libido) a été placée d'emblée au centre des préoccupations et monitorée de façon prioritaire. En atteste le questionnaire utilisé dans les essais dirigés par l'OMS début des années 80 sur la CHM, comprenant 30 questions sur la sexualité, alors que le questionnaire de l'essai expérimental de l'anneau vaginal pour les femmes à la même époque ne comportait qu'une seule question sur le sujet(13). Il aura d'ailleurs fallu attendre plus de 30 ans après la mise sur le marché de la pilule féminine avant qu'aient lieu les premières investigations sur l'impact des contraceptions hormonales féminines sur le comportement sexuel, investigations qui ont d'ailleurs été menées à la demande des utilisatrices qui s'en plaignaient(13,35).

Les effets à long terme de la CHM, notamment cardio-vasculaires et prostatiques, ne sont pas clairement établis, la durée de suivi dans les études étant limitée. Les données sur les traitements au

long cours dans l'hypogonadisme sont toutefois rassurantes. S'il paraît tout à fait légitime de s'en préoccuper, on peut toutefois se rappeler que la pilule féminine a été mise sur le marché moins de 10 ans après sa conception, sans recul sur les effets au long terme(13,28). Bien sûr, à l'époque de la diffusion de la pilule contraceptive féminine, la balance bénéfices-risques penchait largement en sa faveur lorsque l'alternative impliquait grossesses non désirées et avortements clandestins potentiellement mortels(36). Définir les effets secondaires de la CM au long terme nécessitera sans doute une commercialisation préalable permettant des études de phase IV, et tant que l'AMM n'est pas octroyée par peur de ces effets, on se retrouve dans un cercle vicieux difficile à briser(28). Au niveau santé publique, alterner la prise contraceptive entre les hommes et les femmes permettrait pourtant de limiter ces risques qu'elles sont aujourd'hui seules à porter(11). En retardant la diffusion de la CM, on continue de ce fait à exposer les femmes à des effets indésirables qu'on caractérise de plus en plus comme étant problématiques (risque thrombo-embolique, augmentation du risque de cancer du sein, etc.), sans possibilité de partage de cette charge avec les hommes.

1.6. Accorder une place à la contraception masculine dans le futur ?

Favoriser l'implication des hommes dans la planification familiale représente un enjeu important dans la promotion de l'égalité des genres, et cela fait d'autant plus sens lorsqu'on voit le recul des moyens de contraception hormonaux chez les femmes. Un certain nombre de femmes présentent en effet des contre-indications ou une non-tolérance à certains contraceptifs, et la contraception à certains stades de la vie, comme la période du post-partum, peut s'avérer compliquée pour certains couples. Quant aux hommes, les moyens de contrôle de leur fertilité dont ils disposent restent peu nombreux, limitant de ce fait leur autonomie en la matière. L'accès à une contraception adaptée reste donc à ce jour imparfait, pour les femmes et surtout pour les hommes.

Le développement de nouvelles méthodes de CM permettra-t-il de régler cette problématique d'inégalité de genre ? Selon B. Spencer, cela aiderait certainement mais ne serait pas suffisant pour inclure les hommes dans la contraception à part égale, face à une problématique sociétale qui se joue à différents niveaux : social, psychologique et économique(13).

Si l'on en croit la psychologue A. Shahvisi(10), il ne serait d'ailleurs pas suffisant de partager la charge contraceptive de façon équivalente. Pour elle, il serait intéressant de reconsidérer la contraception selon un tout autre angle. En effet, puisque les femmes subissent déjà les conséquences directes d'un éventuel échec de contraception, ce serait en première intention aux hommes de prendre en charge cette dernière, ses exigences et ses effets secondaires, sans quoi les femmes portent la double charge de la prise contraceptive d'une part et de ses conséquences en cas d'échec d'autre part.

Alors comment faire bouger les choses ? Les participants de cette étude proposent différentes pistes, comme informer davantage les généralistes sur les CM reconnues et les « nouvelles » méthodes. Certains se disent bien placés pour s'occuper eux-mêmes de la CM en consultation, à condition d'avoir la formation nécessaire. Ils suggèrent également de sensibiliser la population via les réseaux sociaux et l'école (notamment dans les cours d'éducation sexuelle).

En France, l'Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (ARDECOM) milite depuis de nombreuses années pour la diffusion d'informations à destination des centres de Planning Familial afin de mettre en place des consultations dédiées à la CM. En Belgique, l'association FEMMESProd a lancé son premier programme en ligne sur la CMT.

Les choses bougent, mais lentement et il sera peut-être nécessaire d'avoir une mobilisation citoyenne de la part des hommes, comme cela a été le cas pour les femmes jadis, pour réclamer ce droit à la contraception.

2. Méthode : forces, biais et limites

2.1. Echantillonnage, récolte et analyse des données

L'échantillon du focus groupe a été constitué dans un GLEM préexistant. Cela présente l'avantage d'être un groupe de participants qui se connaissent et peuvent donc interagir plus facilement, mais implique également un biais de représentativité. Les participants n'ont pas été choisis sur base individuelle afin de maximiser la diversité des profils et donc des idées rapportées. Afin de remédier partiellement à cette limite, j'ai choisi d'ajouter deux entretiens individuels avec un profil non représenté dans l'échantillon du focus groupe.

Mon point de vue en tant qu'investigatrice était conscient et a pu influencer les réponses obtenues, malgré le fait que j'aie tenté autant que possible de ne pas exprimer mon opinion personnelle et de laisser à tout un chacun la possibilité de donner son propre avis.

La tenue du focus groupe en distanciel au vu des mesures sanitaires a pu influencer négativement la qualité des données recueillies, avec une participation active moindre de la part des différentes personnes interrogées et une difficulté d'interaction entre les participants et avec l'investigatrice.

A noter qu'un biais important a pu être induit par mon manque d'expérience en termes de recherche qualitative, aussi bien pour la récolte que pour l'analyse des données, limitant leur qualité.

2.2. Validité interne, externe et représentativité

La validité interne a été favorisée par l'utilisation d'un guide d'entretien structuré dont les items ont été inspirés d'études quantitatives de la littérature et adaptés à mon objectif. Tous les entretiens ont été entièrement enregistrés et retranscrits mot à mot, limitant l'interprétation subjective. Afin de renforcer cette validité interne, j'ai soumis la retranscription des deux interviews individuelles aux participants afin d'avoir une relecture et une validation de l'écrit. L'analyse des données n'a pas bénéficié d'une triangulation, ce qui implique une certaine subjectivité d'interprétation.

Une comparaison avec les données de la littérature a été réalisée afin d'évaluer la validité externe, mais a été limitée par la méthodologie et la taille de l'échantillon. Les résultats obtenus sont très peu extrapolables pour les mêmes raisons.

2.3. Critères d'analyse de qualité par Mays et Pope

Pour évaluer la qualité de ma recherche, je me suis également basée sur les critères d'analyse de qualité des études qualitatives proposés par Mays et Pope(37).

Triangulation	Dans ce travail, plusieurs approches ont été utilisées : revue de la littérature, étude qualitative (focus groupe et entretiens semi-dirigés auprès de MG) et participation à un colloque sur la CM.
Member checking	J'ai envoyé aux participants la retranscription des deux entretiens individuels et j'ai fait parvenir une présentation informative sur la CM à ceux qui ont manifesté leur intérêt.
Reflexivity	Le choix de ce sujet donnait évidemment une idée de mon opinion sur la question. Consciente de ce biais, j'ai tenté de rester la plus objective possible en encourageant les participants à exprimer leur propre point de vue quel qu'il soit.
Clear exposition of methods of data collection and analysis	Le processus d'échantillonnage, du recrutement et des entretiens ainsi que la méthode d'analyse des données de l'étude ont été explicités dans la partie méthodologie du travail.
Attention to negative cases	Dans l'analyse des données, j'ai pris en compte les différents ressentis des participants en prêtant attention aux avis qui divergent de la majorité.
Fair dealing	Différentes perspectives sont ouvertes dans la discussion des résultats et la conclusion.
Relevance	Cette étude conforte certaines données de la littérature et en apporte de nouvelles, notamment le point de vue spécifique des généralistes sur la question. Elle permet également d'apporter une certaine visibilité à ce sujet face à des acteurs qui sont directement concernés.

CONCLUSION

1. Message clé

Dans ce travail, j'ai cherché à savoir où en était la recherche sur la CM et à connaître le point de vue des MG afin d'identifier les freins et les leviers à son développement et son utilisation.

En retraçant les avancées de la recherche sur la CM, j'ai pu constater qu'il existe une littérature riche sur l'étude de nouvelles méthodes. Certaines méthodes hormonales et thermiques sont déjà utilisées en France par exemple, mais leur diffusion est freinée par de nombreux facteurs, comme le fait qu'elles ne soient pas officiellement reconnues et le manque de visibilité. On peut voir également que, même pour les méthodes de CM reconnues, le taux d'utilisation varie énormément d'un pays à l'autre, et ce malgré la bonne disponibilité de ces méthodes. C'est le cas notamment pour la vasectomie, questionnant l'influence socio-culturelle sur la responsabilité de la charge contraceptive. Ce contexte sociétal semble jouer un rôle jusque dans les études scientifiques, soulevant la question d'une hiérarchisation sexuée de la santé autour de la contraception.

Dans cette étude qualitative, les MG interrogés éprouvent pour la majorité un intérêt manifeste pour la CM. Leurs connaissances concernant la CM et surtout les « nouvelles » méthodes sont variables, mais ils s'accordent sur le fait qu'il serait intéressant d'avoir un partage plus équitable de la charge contraceptive. Ils identifient de nombreux freins à ce changement, l'essentiel étant le modèle socio-culturel de l'attribution de cette charge aux femmes et le manque d'information sur ce qui existe, et proposent plusieurs pistes pour y parvenir, comme des campagnes de sensibilisation de la population et d'information claire destinée aux professionnels.

Au vu de ces données, il semblerait donc qu'il y ait une certaine volonté d'impliquer davantage les hommes dans la contraception. Les freins au développement et à l'utilisation de la CM restent nombreux, mais différentes pistes sont envisagées pour y parvenir et les médecins généralistes pourraient y jouer un rôle non négligeable.

2. Limites, ouverture des perspectives et mise en application

Cette étude comporte des limitations liées aux contraintes temporelles, matérielles et humaines, ne permettant pas d'exhaustivité sur le sujet. Elle pourrait être avantageusement complétée par une approche quantitative à large échelle, davantage extrapolable et généralisable à la Belgique, ainsi que par l'étude des attentes des patients dans notre pays. Il serait également intéressant d'interroger des

médecins spécialistes afin d'évaluer leur rôle dans les futures méthodes de CM et aider à (re)définir l'organisation médicale autour de la santé reproductive masculine.

Au vu de la possible implication croissante des MG dans la gestion de la CM, il pourrait être envisagé de les y sensibiliser davantage durant leur cursus, voire de mettre en place des formations spécifiques pour ceux souhaitant approfondir le sujet.

A son échelle, ce travail contribue ainsi modestement à la promotion de la CM. Améliorer le panel de contraceptifs disponibles en impliquant davantage les hommes pourrait permettre de diminuer le nombre de grossesses non désirées, réduire les inégalités de genre, ainsi qu'offrir la possibilité à chacun, homme ou femme, de contrôler sa propre fertilité avec des moyens qui conviennent à ses attentes et ses projets.

ANNEXES

Tableau A : Recherche bibliographique

Moteur de recherche	Equation de recherche	Résultats et sélection
Niveau 1 : Studies		
PubMed	Search ("Contraceptive Agents, Male"[Mesh]) OR "Contraceptive Devices, Male"[Mesh] NOT HIV Sort by: Best Match Filters: Clinical Trial; Review; Full text; published in the last 5 years; Humans	10 résultats, dont 7 avec un angle d'approche pertinent.
Embase	('male contraceptive agent'/exp OR 'male contraceptive agent') AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [male]/lim AND [adult]/lim AND [humans]/lim AND [2016-2020]/py Filtre additionnel : male contraceptive agent	28 résultats, dont 8 non disponibles en full text : sélection de 12 articles pertinents.
PsycINFO	(male contraceptive) OR (male contraception) AND (provider) Filtres additionnels : >2015, male, adulthood, masculin	65 résultats, dont 6 pertinents.
Niveau 2 : Systematic Reviews		
Cochrane Library	Mesh "Contraceptive Agents, Male" all fields	5 essais non pertinents. 1 revue pertinente.
Niveau 3 : Systematically Derived Recommendations (guidelines)		
Minerva	'Contraception masculine'	0 résultat
Niveau 4 : Synthesised Summaries for Clinical Reference		
DynaMed	'Male contraceptive'	51 résultats dont 1 seul pertinent.
Ebpracticenet	Recherche avancée : 'contraception AND male', filtre 'médecin généraliste'	3 résultats dont 1 pertinent.
Métamoteurs		
TripdataBase	Recherche groupe de mots "male contraception", année de publication 2015-2020. Filtres : suppression essais cliniques en cours et blogs.	Sélection de 15 articles pertinents.
Doc'cismef	((contraceptifs masculins.ti) OU (contraceptifs masculins.mc))	13 résultats, dont 5 pertinents.

A noter qu'il existe plusieurs « doublons » (articles identiques retrouvés via différents moteurs de recherche) et que certains articles sélectionnés n'ont par la suite pas été utilisés ni cités pour cause de redondance d'information.

Illustration A : Mode d'action de la contraception hormonale masculine

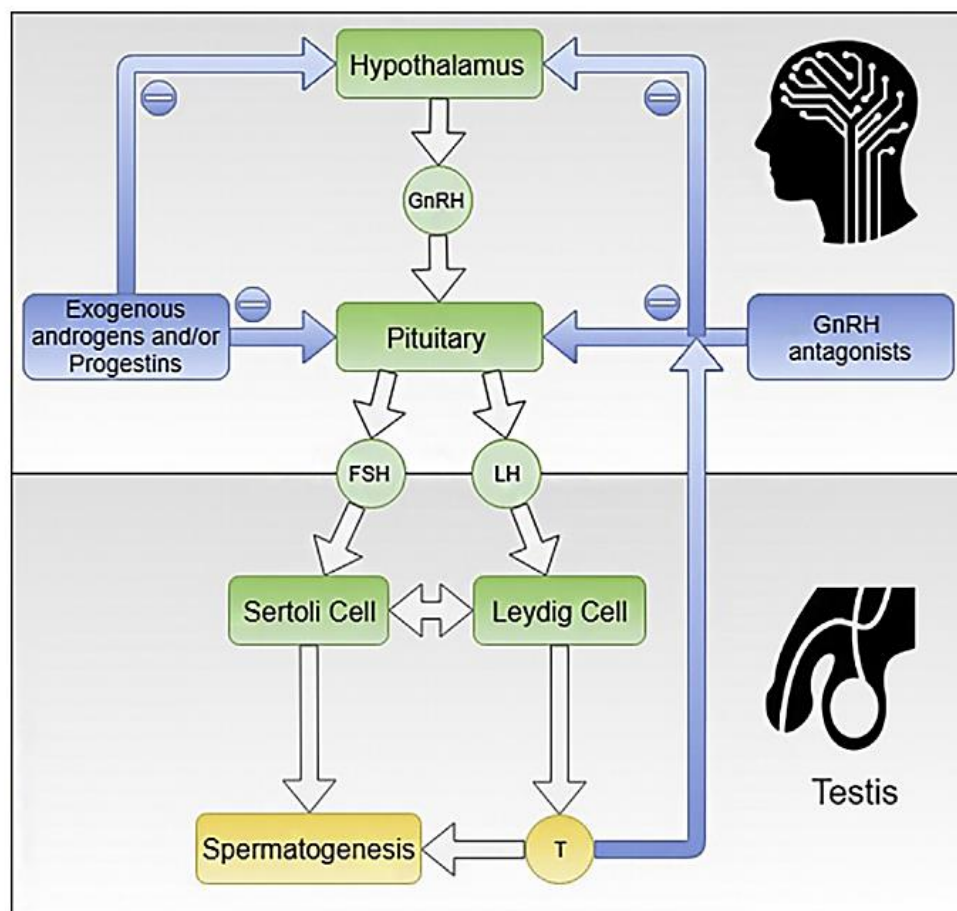
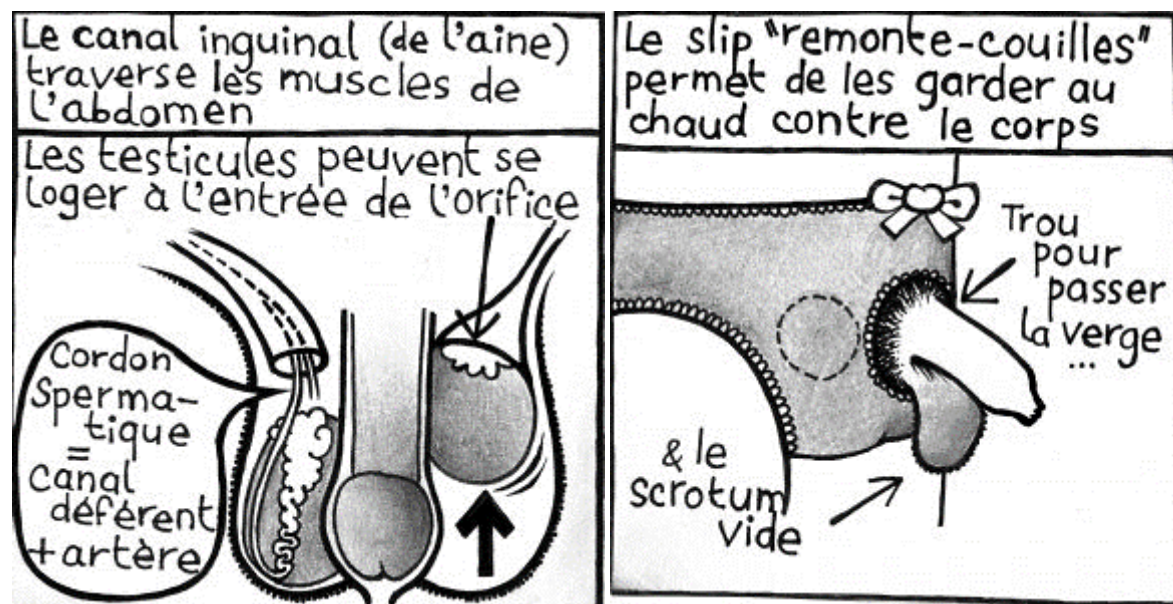


Fig. 1. This figure shows the hypothalamic-pituitary-testis axis. Spermatogenesis is dependent on the high testosterone concentration within the testis and FSH acting on the Sertoli cells to allow the completion of qualitatively and quantitatively normal spermatogenesis. Exogenous androgens and/or progestins or Gonadotropin-Releasing Hormone (GnRH) antagonists suppress the production of LH and FSH leading to low intratesticular testosterone and low Sertoli function resulting in the suppression of spermatogenesis. Androgen action in the men is sustained by the exogenously administered testosterone or another androgen. This is the basis of hormonal male contraception.

Source: Yuen F, Nguyen BT, Swerdloff RS, Wang C. Continuing the search for a hormonal male contraceptive. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 19 févr 2020 [cité 29 avr 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420300304>

Illustration B : La contraception thermique : exemple du « slip chauffant »



Source : <http://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-thermique-en-schemas/>

Thèmes	Questions	Sous-questions
Expérience personnelle avec la contraception en général	À quelle fréquence êtes-vous sollicités pour des questions de contraception en consultation ?	
	Comment définissez-vous votre rôle dans la contraception en tant que MG ?	Pensez-vous avoir un rôle d'information, de guide, de renvoi au spécialiste ? Pensez-vous être le mieux placé pour faire le bon choix de contraception ?
Connaissances sur la contraception masculine	Quelle(s) méthode(s) de CM connaissez-vous ?	
	D'où vous viennent ces connaissances ?	Formation universitaire, expérience personnelle, formation complémentaire ?
	Comment estimez-vous vos connaissances concernant ces méthodes de CM ?	Pensez-vous les maîtriser suffisamment ? Souhaiteriez-vous en savoir plus sur ces méthodes ?
La contraception masculine en consultation	À quelle fréquence et comment abordez-vous les méthodes de contraception masculine en consultation ?	Trouvez-vous cela aisé ? Quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées ?
	Avez-vous déjà été confronté à une demande de contraception masculine ?	Si oui : de qui venait-elle et pourquoi ?
Attitudes et attentes vis-à-vis de la contraception masculine	Que pensez-vous des méthodes de CM actuelles ?	Que pensez-vous de leur efficacité, sécurité, compliance ?
	Quelle est la place de la contraception masculine selon vous ?	Pensez-vous que la CM a sa place dans le panel de contraceptifs ? Pensez-vous que la CM devrait avoir plus ou moins de place à l'avenir ?
	Quelles sont vos attentes concernant la contraception masculine en tant que MG ?	Pensez-vous que le nombre et la variété de méthodes disponibles actuellement sont suffisants ? Avez-vous des attentes quant au développement futur de nouveaux moyens de CM ?
Freins et leviers au développement et à l'utilisation de la CM	Quels sont les facteurs influençant positivement ou négativement le développement et l'utilisation de la CM selon vous ?	Du côté des patients ? Du côté des médecins ? Du côté de la société ?

Ressources utiles

Sites informatifs sur la contraception masculine :

- <http://www.contraceptionmasculine.fr/>
- <https://www.o-yes.be/contraception-dite-masculine/>
- <https://www.malecontraceptive.org/>

Guide pratique pour l'instauration et le suivi de la CHM et la CMT :

- Soufir J-C, Mieusset R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique. Basic Clin Androl. sept 2012;22(3):211-5.

Formations sur la CM :

- En Belgique : Plateforme Shoukria (Formation sur la CMT) :
<https://femmesprod.com/workshop/classes-en-ligne/>
- En France : Société d'Andrologie de Langue Française (DPC Contraception Masculine) :
https://www.salf.fr/?page_id=178

BIBLIOGRAPHIE

1. Amory JK. Male Contraception. *Fertil Steril*. nov 2016;106(6):1303-9.
2. Yuen F, Nguyen BT, Swerdloff RS, Wang C. Continuing the search for a hormonal male contraceptive. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 19 févr 2020 [cité 29 avr 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420300304>
3. Roth MY, Amory JK. Beyond the Condom: Frontiers in Male Contraception. *Semin Reprod Med*. mai 2016;34(3):183-90.
4. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
5. Khourdaji I, Zilliox J, Eisenfrats K, Foley D, Smith R. The future of male contraception: a fertile ground. *Transl Androl Urol*. mai 2018;7(Suppl 2):S220-35.
6. Meriggiola GG Maria Cristina. Update on male hormonal contraception - Giulia Gava, Maria Cristina Meriggiola, 2019. *Ther Adv Endocrinol Metab* [Internet]. 14 mars 2019 [cité 29 avr 2020]; Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/doi/full/10.1177/2042018819834846>
7. Dorman E, Perry B, Polis CB, Campo-Engelstein L, Shattuck D, Hamlin A, et al. Modeling the impact of novel male contraceptive methods on reductions in unintended pregnancies in Nigeria, South Africa, and the United States. *Contraception*. 1 janv 2018;97(1):62-9.
8. Contraception-2017_FINAL.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2020]. Disponible sur: https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf
9. Le Guen M, Ventola C, Bohet A, Moreau C, Bajos N, FECOND group. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. *Contraception*. juill 2015;92(1):46-54.
10. Shahvisi A. Towards responsible ejaculations: the moral imperative for male contraceptive responsibility. *J Med Ethics* [Internet]. 27 mars 2020 [cité 29 avr 2020]; Disponible sur: <https://jme-bmj-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/content/early/2020/03/26/medethics-2019-105800>
11. Stevelinck L. Contraception : où sont les hommes ? Essai sur une responsabilité partagée L'exemple de Thomas Bouloù. 2018.
12. efficacite-methodes-contraceptives.pdf [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
13. Soufir J-C, Mieusset R. La contraception masculine [Internet]. Paris; New York: Springer; 2013 [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10649375>
14. Kimport K. Talking about Male Body-Based Contraceptives: The Counseling Visit and the Feminization of Contraception. *Soc Sci Med* 1982. mars 2018;201:44-50.

15. Frankiewicz M, Połom W, Matuszewski M. Can the evolution of male contraception lead to a revolution? Review of the current state of knowledge. *Cent Eur J Urol*. 2018;71(1):108-13.
16. Nguyen BT, Farrant MT, Anawalt BD, Yuen F, Thirumalai A, Amory JK, et al. Acceptability of oral dimethandrolone undecanoate in a 28-day placebo-controlled trial of a hormonal male contraceptive prototype. *Contraception* [Internet]. 13 avr 2020 [cité 29 avr 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782420301098>
17. Piotrowska K, Wang C, Swerdloff RS, Liu PY. Male hormonal contraception: hope and promise. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2017;5(3):214-23.
18. Liu PY, Swerdloff RS, Christenson PD, Handelsman DJ, Wang C, Hormonal Male Contraception Summit Group. Rate, extent, and modifiers of spermatogenic recovery after hormonal male contraception: an integrated analysis. *Lancet Lond Engl*. 29 avr 2006;367(9520):1412-20.
19. Soufir J-C, Mieusset R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique. *Basic Clin Androl*. sept 2012;22(3):211-5.
20. Soufir J-C. Hormonal, chemical and thermal inhibition of spermatogenesis: contribution of French teams to international data with the aim of developing male contraception in France. *Basic Clin Androl* [Internet]. 13 janv 2017 [cité 28 avr 2020];27. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237323/>
21. Amouroux M, Mieusset R, Desbriere R, Opinel P, Karsenty G, Paci M, et al. Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations: New fathers and new providers. *PLOS ONE*. 29 mai 2018;13(5):e0195824.
22. Long JE, Lee MS, Blithe DL. Male Contraceptive Development: Update on Novel Hormonal and Nonhormonal Methods. *Clin Chem*. 2019;65(1):153-60.
23. Lishko PV. Contraception: Search for an Ideal Unisex Mechanism by Targeting Ion Channels. *Trends Biochem Sci*. 2016;41(10):816-8.
24. Desjeux C. Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte. *Basic Clin Androl*. sept 2012;22(3):180-91.
25. Desjeux C. Histoire de la contraception masculine [L'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979-1986)]. *Rev Polit Soc Fam*. 2010;100(1):110-4.
26. Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir: Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines. :604.
27. Blanc L. Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine : enquête auprès de 3368 hommes français. 25 juin 2015;59.
28. Swainston LD Anna Van Wersch, Katherine. Social constructions of the male contraception pill: When are we going to break the vicious circle? - Lorelle Dismore, Anna Van Wersch, Katherine Swainston, 2016. *J Health Psychol* [Internet]. 4 juill 2014 [cité 29 avr 2020]; Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/doi/10.1177/1359105314539528>
29. Glasier A. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception*. 1 nov 2010;82(5):453-6.

30. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in contraceptive use worldwide, 2015. 2015.
31. Andro A, Loû AD du. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. Autrepart. 28 déc 2009;n° 52(4):3-12.
32. Abbe C, Roxby AC. Assessing safety in hormonal male contraception: a critical appraisal of adverse events reported in a male contraceptive trial. BMJ Sex Reprod Health. 1 avr 2020;46(2):139-46.
33. Etude de l'impact de la modification récente des méthodes de contraception sur la survenue d'embolies pulmonaires chez les femmes de 15 à 49 ans - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etude-de-l-impact-de-la-modification-recente-des-methodes-de-contraception-sur-la-survenue-d-embolies-pulmonaires-chez-les-femmes-de-15-a-49-ans-Point-d-Information>
34. RH_FR_2018.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/RH_FR_2018.pdf
35. Kammen J van, Oudshoorn N. Gender and risk assessment in contraceptive technologies. Sociol Health Illn. 2002;24(4):436-61.
36. Willot I. Contraception: et si les hommes prenaient aussi leurs responsabilités? [Internet]. Site-LeVifWeekend-FR. 2020 [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://weekend.levif.be/lifestyle/beaute/bien-etre/contraception-et-si-les-hommes-prenaient-aussi-leurs-responsabilites/article-normal-1278847.html>
37. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 1 janv 2000;320(7226):50-2.

Retranscription focus groupe

INVESTIGATEUR : On va pouvoir commencer alors. Hem, donc j'avais juste quelques petites questions à vous poser concernant la contraception de façon générale pour commencer. Hem je voulais savoir à quelle fréquence est-ce que vous êtes sollicités déjà pour des questions de contraception en consultation.

A : Par des hommes ?

INVESTIGATEUR : De façon générale, là c'est vraiment des questions sur la contraception de façon globale, hommes, femmes, tout confondu.

B : Pour initier la contraception ou pour des questions simples d'une contraception déjà en cours ?

INVESTIGATEUR : De façon générale. Est-ce que c'est quelque chose que vous rencontrez souvent euh en consultation, tout ce qui concerne la contraception.

A : Ben renouveler la pilule c'est très fréquent, initier le débat de novo c'est pas si fréquent que ça en fait pour moi qui travaille en solo à la cambrousse.

B : Ouais j'suis d'accord, moi pour prescrire c'est très fréquent, initier pas tellement, surtout que je travaille avec des collègues femmes, qui préfèrent, 'fin qui, donc les patientes préfèrent aller chez les femmes pour initier un traitement.

INVESTIGATEUR : Et les femmes du coup ? Qu'est-ce qu'elles en pensent ?

A : Moi je fais pas ça une fois par mois, même pas une fois par mois un débat de novo sur la contraception.

C : Moi je dirais que c'est plus que deux fois par mois ouais.

D : Ouais, moi aussi.

E : Ouais, moi souvent aussi j'ai pas mal de jeunes filles en consultation, donc euh des initiations j'en fait quand même facilement une fois par mois et des continuités ou des petits changements de contraception, je dirais quand même deux à trois fois par mois facilement.

F : Mouais, moi j'initie beaucoup, 'fin pas toujours initier mais en tout cas je lance le débat. Voilà première question c'est est-ce que vous avez une contraception et parfois des femmes de 40 ans qui chipotent encore, qui savent pas ce qu'elles vont faire, qui prennent plus rien parce qu'elles veulent plus d'hormones et puis y'a un p'tit quatrième qui se pointe.

[rires généralisés]

F : Donc oui moi je l'aborde souvent, c'est pas pour autant que je lance mais euh .

[brouhaha]

F : Alors la fréquence, si tu veux un chiffre. Tu veux un chiffre Noémie ?

INVESTIGATEUR : Oui par exemple.

F : Euh [rires].

A : Ben c'est vrai que c'est pas un débat qu'on lance nous spontanément, c'est, ça fait vraiment partie des questions où on attend d'être sollicités par les patientes je trouve, en tout cas pour ma part quoi.

G : Alors moi je trouve qu'au contraire chaque fois que je vois une femme je pose la question au niveau contraception, c'est plutôt un réflexe.

A : Ah ouais ! C'est bien, moi pas.

F : Ouais, moi aussi.

G : ... pas forcément euh une grande discussion mais en général j'aborde le sujet, ne fut-ce que pour savoir si elles prennent des médicaments et ça en fait partie.

A : Ouais nan c'est vrai.

[divers signes d'approbation]

INVESTIGATEUR : Et comment est-ce que vous définissez votre rôle en tant que médecin généraliste alors par rapport à la, à la contraception ? Qu'est-ce que vous diriez ?

A : Ben moi je trouve que on a les outils pour avoir un rôle central. Après, faut il faut être perçu comme tel par les patients et comme disait quelqu'un précédemment il a des membres de son équipe qui sont féminins et donc les gens vont plus spontanément vers les membres féminins de l'équipe, mais je pense que en termes de connaissances, de relation qu'on a avec les patients, on a tout à fait les moyens d'avoir un rôle central et d'être dans la coordination de ce truc-là euh ... sans problème quoi.

G : Moi j'ajouterais que non seulement on a un rôle central mais en plus on devrait avoir, on devrait prendre ce rôle central.

[Divers mouvements d'approbation]

A : Mouais assez d'accord.

D : Moi aussi.

F : Oui [mouvement d'approbation]

K : Moi aussi.

A : Plus un pour moi aussi.

[Quelques rires]

INVESTIGATEUR : Ça semble faire l'unanimité.

H : Moi j'en parle beaucoup, même j'en parle très tôt aussi parce que j'en parle par exemple autour de la vaccination HPV quand j'ai les jeunes filles qui arrivent avec cette question-là.

D : Ouais moi aussi.

H : On parle contraception euh assez vite en fait euh parce que on parle protection MST et donc euh protection contraception, protection bébé quoi. Donc euh, et en effet chez les, chez les plus âgées aussi ou post-grossesse en fait on en parle beaucoup euh, c'est peut-être parce que je suis une fille mais moi j'en parle beaucoup à beaucoup de gens, et j'initie le débat.

[Brouhaha]

A : Ben en même temps c'est tellement central, je veux dire la proportion de gens qui utilisent un moyen de contraception est tellement élevée, c'est ...

G : C'est toujours le...

A : Ouais c'est un axe majeur de la médecine en fait.

G : Clairement.

[murmures d'approbation]

H : Et j'ai même beaucoup de gens qui viennent me trouver en effet pour des questions, ben j'veux plus d'hormones donc je vais mettre un stérilet, ou bien est-ce que je fais l'anneau 'fin donc euh ouais on nous pose des tas de questions sur les différents moyens de contraception. Et j'ai quelques hommes qui viennent me poser des questions sur la vasectomie ouais.

F : Sur la vasectomie ouais. Moi c'est les femmes qui me parlent de la vasectomie de leur homme.

[rires généralisés]

D : C'est ce que j'allais dire aussi.

I : C'est un peu les deux.

A : Ouais les deux hein. Il y a le profil du type qui a déjà six pensions alimentaires à payer et qui commence à se poser quand même la question de la vasectomie 'fin tu vois.

INVESTIGATEUR : Ben justement pour faire la transition du coup sur la contraception masculine, est-ce que vous savez me citer toutes les méthodes de contraception masculine que vous connaissez ?

A et H, en même temps : L'abstinence.

[Rires généralisés]

A : Le préservatif.

G : Ouais mais c'est pas le meilleur hein mais...

D : Le retrait.

A : Ben que je connais, que je connais.

H : Le retrait ouais.

A : La vasectomie évidemment.

H: La vasectomie.

J : La vasectomie ouais.

A : Les trucs hormonaux.

[brouhaha]

K : Les caleçons chauffants, non y'a les caleçons chauffants là.

I : Et l'anneau.

C : L'anneau ouais.

A : Ah ouais les caleçons chauffants.

H : Ah ouais l'anneau.

C : On peut faire l'amour autrement.

A : Le calendrier, le calendrier c'est un peu une méthode mixte ça non ? Ça peut être considéré comme une méthode mixte.

INVESTIGATEUR : En général c'est considéré comme une méthode plutôt féminine ou plutôt mixte que masculine.

B : Le confinement.

[rires généralisés]

F : Ça c'est radical.

I : Et puis y'a aussi des pilules contraceptives, des pilules hormonales je pense pour les hommes qui existent notamment en France.

INVESTIGATEUR : Hm hm y'a des choses qui se profilent en tout cas. Oui OK, d'autres idées éventuellement ou ça va ? On a déjà fait un peu le tour je pense. Hum et alors d'où est-ce que ces connaissances vous viennent en fait concrètement ? Est-ce que vous avez appris ça à l'université ? Est-ce que voilà c'est votre recherche personnelle ? Ou d'autres choses qui ont façonné vos connaissances sur la contraception masculine ?

K : Les demandes des patients.

A : Ouais.

K : Ça nous oblige à creuser les questions quoi.

A : Mouais je pense pas qu'on puisse dire que c'est à l'unif hein.

[Murmures d'approbation]

A : C'est plutôt les lectures sur Internet quoi, je veux dire tu trouves des sources un peu fiables et t'essaies de de chercher des connaissances un peu dignes de ce nom quoi, comme souvent.

B : Perso moi c'est ... perso moi c'est des potes qui me demandent « ah tiens est-ce que tu connais, qu'est-ce que tu sais sur la vasectomie » et d'où bah je dois commencer à chercher parce que à l'unif on n'apprend pas grand-chose.

K : Non non c'est vrai.

INVESTIGATEUR : Est-ce que...

F : Et l'anneau ?

INVESTIGATEUR : ... vous avez fait des formations peut-être aussi sur le sujet ?

Plusieurs personnes en même temps : Non.

H : J'avoue que je triche avec euh, j'ai un mari urologue, donc j'avoue que mes sources viennent de là.

D : Formation à domicile.

[rires]

F : Ouais mais juste pour la vasectomie.

H : Ouais mais du coup il sait un peu les autres techniques aussi, on en a déjà parlé mais y'en a pas beaucoup qui marchent.

F : Oui moi l'anneau personnellement je connais pas bien donc euh.

A : L'anneau ?

F : Ben oui ça existe.

H : Ah oui.

A : Quoi l'anneau ?

F : Y'en a qui viennent de citer l'anneau pour les hommes mais je ne sais pas ce que c'est.

A : Et ça se met où ?

F : Ben ... je ne sais pas !

[rires]

A : Autour du poignet ?

F : Un p'tit cours pratique.

I : Non ça sert à, ça sert à remonter les testicules pour que les testicules soient plus au chaud et que du coup...

K : C'est comme les caleçons...

I : ... ça bloque voilà, c'est le même principe que le caleçon sauf que c'est un anneau qui permet de de maintenir les testicules plus proches du corps, et donc de les augmenter d'un ou deux degrés...

A : Et de pas avoir cet écart de température quoi ouais.

I : Ouais et alors ça bloque la spermatogenèse.

A : Ok, tcheu !

INVESTIGATEUR : Très bien. De façon générale comment est-ce que vous estimez vos connaissances en termes de contraception masculine. Comment vous jugez vos connaissances ? Est-ce que vous êtes satisfaits ?

A : Moi je connais tout sauf l'anneau apparemment.

[rires]

C : Ben on est quand même peu confrontés en pratique hein.

G : Humblement je dirais [coupure son]

INVESTIGATEUR : Pardon ? J'ai pas compris.

G : Je dirais humblement qu'elles sont assez mauvaises.

B : Moi pas grand-chose. Franchement pas grand-chose.

D : Moi je trouve aussi.

I : Mouais elles sont mauvaises je pense.

K : Ce qu'il y a c'est que les citer c'est encore plus ou moins facile, mais le problème c'est euh que comme on est peu confrontés en pratique, quand on nous pose la question moi honnêtement euh, à part venir à un focus group et espérer avoir des réponses euh... Dernièrement c'était le ... voilà l'efficacité de cette méthode de caleçon euh chauffant ou anneau ou quoi, est-ce que c'est efficace, quel est le risque au long terme, à part lire sur le site internet publicitaire du truc, euh je savais pas vraiment quoi répondre, quoi. Et donc j'espère que tu as des réponses, j'en profite pour poser ma question et la placer subtilement ... ou pas.

INVESTIGATEUR : Y'aura des réponses après...

F : A part la vasectomie en effet moi je me sens pas à l'aise.

D : Même la vasectomie, la technique euh vraiment pffff.

A : Ils coupent en fait ...

D : Oui, ça oui d'accord mais ...

F : Ouais en fait j'en ai vu en stage moi je crois donc je sais...

A : Moi aussi, j'ai même vu des réparations de vasectomie.

K : C'est ça ... Le pourcentage de réparation...

A : Le chirurgien, le chirurgien était au bout de sa vie il arrivait pas à réanastomoser le truc, il pétait un plomb.

[rires généralisés]

H (à son mari à côté) : Tu diras après.

INVESTIGATEUR : OK.

F : Y'a l'urologue qui intervient. [rires]

INVESTIGATEUR : Voilà je voulais vous poser maintenant quelques questions sur euh la contraception masculine en consultation. A quelle fréquence et comment est-ce que vous abordez les méthodes de contraception masculines en consultation ? Est-ce que vous les abordez déjà ?

K : Activement tu veux dire ?

INVESTIGATEUR : Oui.

D : Non.

C : Non.

D : Euh si, oui, en fait oui.

F : Oui si.

D : Mais avec les femmes, pas avec les hommes.

F : Les deux.

K : Ça, ça compte pas ça.

[Quelques rires]

A : Moi j'en parle, j'en parle surtout quand une femme me fait part de de allez, de son mécontentement par rapport à son moyen contraceptif à elle, et du coup j'dis « ben vous savez y'a d'autres façons d'envisager les choses » quoi tu vois, mais pas forcément spontanément.

H : Ouais. Même chose que *** moi.

I : C'est quand même plus rare, hein.

INVESTIGATEUR : Et y'a d'autres circonstances où vous pourriez le, l'aborder, euh, que face au dépit des femmes alors, c'est plutôt ça que j'entends ?

F : Non.

L : Euh, moi j'ai eu deux fois la la question venant euh d'hommes en consultation parce que le leur femme avait déjà tout essayé et supportait rien et.... donc voilà, j'étais un peu désespérée aussi.

INVESTIGATEUR : Et c'était du coup à la demande euh de des hommes ou à la demande de madame ?

L : Oui, d'hommes, d'hommes seuls qui venaient en... pour voir si y'avait pas un autre moyen pour eux pour que leur leur femme puisse arrêter la contraception quoi.

INVESTIGATEUR : Mmh mmh.

L : Et à part la vasectomie j'avais rien su citer d'autre.

H : Moi j'ai plusieurs fois des hommes qui sont venus avec euh vraiment le désir de faire la vasectomie, d'en avoir réfléchi en couple et d'être, de venir chercher l'avis de quel urologue aller voir quoi, donc euh décidés avant de venir en consultation.

INVESTIGATEUR : D'autres personnes qui ont été euh confrontées à des demandes comme ça ?

A : C'est souvent le cas de figure moi aussi que j'ai le plus rencontré. C'est des gens qui viennent à deux et qui dit voilà on a réfléchi, souvent des gens d'un niveau euh socio-éducatif assez élevé on va dire quoi, et qui sont plutôt en quête d'un bon chirurgien.

K : Idem que ***, en tout cas qui sont en quête d'avoir un avis un peu plus euh circonstancié ou un peu plus informé que ce qu'ils ont pu trouver par eux-mêmes en quelques clics sur Google quoi.

INVESTIGATEUR : Et donc c'est essentiellement pour euh pour la vasectomie alors que vous êtes ... ?

F, H et d'autres : Oui.

B : Oui et souvent la décision est presque déjà prise, donc euh ils veulent juste avoir vraiment la petite confirmation en plus de euh du médecin de famille, de confiance.

I : Ouais moi aussi c'est c'est pareil, récemment j'ai un jeune qui est venu me poser des questions sur euh, sur euh les méthodes de donc autres que vasectomie puisque c'était pas l'objectif pour lui oui.

INVESTIGATEUR : Mhh mhh et vous avez été plus ou moins à l'aise pour répondre ou c'était compliqué ?

I : Ben pareil je pouvais euh citer les méthodes qui existent mais je savais pas bien en expliquer les, la fiabilité euh euh et la réelle efficacité.

INVESTIGATEUR : Mhh mhh ok. Euh, alors au niveau de des méthodes de contraception masculine qui sont disponibles actuellement, hem qu'est-ce que vous en pensez, que ce soit au niveau efficacité, sécurité, compliance, disponibilité, de façon générale ?

A : Ben moi je pense que la vasectomie ça m'a l'air assez efficace quoi [rires], j' imagine que qu'une fois qu'on a fait ça, ça doit quand même avoir un impact sur la fertilité quoi. Ben je dirais que j'suis un niveau à un niveau de confiance sur la méthode assez élevé.

INVESTIGATEUR : Mhh mhh.

A : Le reste j'connais pas du tout euh les pertes d'efficacité qui doivent probablement exister par rapport au gold standard qu'est la vasectomie.

H : Ah si y'a quand même la la con- la contraception qu'on connaît bien, c'est le préservatif, on connaît son utilisation...

A : Ouais c'est vrai.

H : ... son taux de réussite, de savoir comment le mettre, 'fin ça on n'en parle pas assez comme une contraception mais c'est une vraie contraception.

A : Ouais c'est vrai. Ouais ouais on a oublié presque.

F : Une vraie j'sais pas. J'sais pas si c'est une vraie contraception.

D : De quoi ?

A : Ben si.

H : Si, c'est une vraie contraception.

D : Ah oui hein !

F : C'est pas le premier but de la, du préservatif.

K : Ah ça tu n'en sais rien hein.

D : Moi j'ai eu des patientes qui ...

K : Ça dépend des couples hein ...

F : Oui mais enfin ça reste pas l'fin bon, ça reste pas le plus fiable quoi c'est pas, c'est loin d'être le meilleur indice de Pearl.

G : Mais c'est quand même clairement étudié quoi.

H : Non, bien utilisé, il a un bon indice de Pearl. Le problème c'est qu'il est mal utilisé, mais bien utilisé son indice de Pearl est bon.

A : Ouais toi tu l'as utilisé *** que quand t'étais bourrée tu vois, mais sobre ça marche du tonnerre hein !

[rires généralisés]

F : Ben ça va, j'en ai que trois hein donc euh, j'ai bien géré hein !

[légers rires]

D : Ouais, y'a le retrait aussi que, voilà, on sait l'efficacité hein...

H : Ouais, on connaît l'efficacité.

F : On la connaît ...

D : Ben moi j'ai des patients qui sont venus au bout de sept ans de retrait pour un avortement.

C : Oh ça va !

D : C'est... ben franchement !

H : Bon indice de Pearl finalement !

I : Ils ont eu de la chance parce que... moi j'en ai eu d'autres, après une fois c'était bon hein.

D : Oui c'est ça. Y'a aussi eu ceux-là.

INVESTIGATEUR : OK. Hem. Qu'est-ce que vous pensez de, quelle est la place de la contraception masculine selon vous hem aujourd'hui, ou ce qu'elle est actuellement, ce qu'elle devrait être, qu'est-ce que vous en pensez ?

G : Ce qu'on en pense nous, ou ce qu'on pense que les patients en pensent ?

INVESTIGATEUR : Ben les deux pourquoi pas, ça peut être intéressant les deux.

D : Moi je pense que ça devrait être 50/50, c'est pas le cas et je pense pas que dans la tête des gens c'est le cas non plus. 'Fin ouais.

B : Je suis d'accord, dans la tête des gens...

A : Moi j'ai pensé qu'il y aurait plus de candidats euh « vasectomisables » en fait, c'est juste quelque chose qui est pas encore culturellement euh présent dans les débats quoi tu vois, mais je pense qu'il y a beaucoup de gens d'un certain âge qui se diraient « ben oui au vu de ce qu'on sait sur les hormones, de ce qu'on craint sur les hormones, moi ça me dérange pas de me faire vasectomiser, si j'ai pu épargner ça à ma femme ».

F : Qu'est-ce t'en penses *** ?

A : Quoi ?

F : Qu'est-ce t'en penses ?

A : Ben oui moi je pense un peu ça et je pense que c'est répandu dans la dans la ... avec un débat simple, je pense c'est une pensée qui ré... ouais, qui récolterait un peu d'adhésion moi je pense. J'ai vu dire ben ouais en fait y'a ça dans le panel, on n'y avait pas pensé, mais pourquoi pas.

G : Moi j'ai la croyance et peut-être que je me trompe que c'est peu réversible, et compte tenu des changements d'avis assez réguliers dans les familles, c'est pas une stratégie vraiment à recommander. Mais bien sûr j'aimerais bien avoir votre avis sur la question.

D : Ça dépend hein, je veux dire on a toujours la demande euh ...

G : Et donc celles par exemple qui ont subi des clips sur leurs trompes et qui se font décliper parce que le projet familial évolue, c'est pas rare quand même ça. Et donc je suppose, c'est possible que chez l'homme aussi ... [mauvaise connexion] ...

K : Ben moi si j'ai une réserve un peu c'est celle-là hein. Je rejoins ... je rejoins un peu *** effectivement dans la mesure où moi ce qui euh la différence en tout cas que je mets c'est qu'il y a beaucoup d'incertitude en fait euh, et que la contraception masculine est beaucoup moins connue, elle est moins connue du grand public mais aussi moins connue médicalement euh quant à son efficacité, quant à sa réversibilité, quant aux risques, on parlait de de l'anneau, des caleçons chauffants euh, j'ai l'impression qu'ils présentent ça comme une méthode miracle réversible sans aucun risque mais euh, je m'demande bien quel à quel point ça a été étudié. Euh la vasectomie quel est l'impact de ça, est-ce que c'est réversible, à quel pourcentage, on n'en sait pas trop grand-chose non plus euh. Et donc voilà moi j'ai l'impression que c'est surtout cette méconnaissance qui euh qui empêche de vraiment poser le débat justement de manière égalitaire quoi.

INVESTIGATEUR : Mhh mhh.

F : J pense y'a quand même un aspect qui fera que ça sera jamais égal je pense, c'est un peu vieux jeu mais je pense que c'est une réalité, c'est que les hommes restent fertiles toute leur vie et pas les femmes. Et donc je pense que les femmes elles sont prêtes à faire le deuil d'un enfant après un certain âge, parce que jusqu'ici quand même, c'est pas illimité. Les hommes peut-être qu'ils peuvent euh ils sont fertiles toute leur vie, je pense qu'on n'arrivera jamais à un 50/50, parce qu'y a toujours des hommes qui voudront toujours garder leur fertilité euh mais c'est ...

D : Oui mais la que- la question ...

A : D'où la question de la réversibilité que *** évoquait en fait tu vois.

D : Oui c'est ça...

F : Oui, oui...

K : Oui oui mais alors à la limite on peut même aussi se poser la question dans ce cadre-là de se dire ben voilà c'est vrai que, quitte à prendre des hormones, autant les prendre pendant une durée plus limitée de la vie que toute la vie par exemple. C'est aussi un argument auquel j'avais jamais pensé mais que que tu lèves un p'tit peu là quoi.

F : Oui.

G : Moi j'ajouterais que euh y'a aussi un côté non négligeable, c'est le caractère agressif de l'intervention, 'fin c'est quand même une chirurgie, par opposition à une contraception qui a aussi des effets secondaires majeurs comme les AVC, je pense qu'on n'en tient déjà pas assez compte, mais pour moi euh 'fin une intervention chirurgicale c'est quand même lourd et cher, ça a un impact psychologique, familial, c'est quand même pas la même chose que de prendre une pilule ou mettre ...

A : C'est sûr dans les représentations et dans les craintes, c'est pas sur un pied d'égalité, ça il faut pas euh ouais ...

K : Après je pense aussi qu'effectivement dans les représentations, à mon sens, on sous-estime euh l'impact euh psychologique de la contraception hormonale chez la femme quoi.

A : Ouais tout à fait.

A : Et on surestime le risque de la chirurgie probablement.

K : Parce que c'est quelque part 'fin, je veux dire c'est une sorte de de de 'fin j'sais pas, y'a quand même une sorte de modification chimique, 'fin quand tu vois le... la modification cyclique de l'humeur, enfin voilà de nouveau c'est pas pour utiliser une espèce d'image un petit peu euh voilà, mais malgré tout on sait bien qu'y a une modification tout au long du cycle et donc clairement si on prend une hormone qui veut aller modifier ça ben, on modifie aussi quelque part euh l'humeur et et le caractère, c'est peut-être beaucoup dire mais en tout cas l'énergie ou la le enfin, j'sais pas la manière d'être au monde de la femme en lui faisant prendre une contraception hormonale. Donc je pense que l'implication psychologique d'une opération certes, mais on peut pas non plus dire que de l'autre côté y'a pas d'implication psychologique à mon sens.

G : Tout est banalisé hein... Moi je voudrais ajouter quand même quelque chose qui est pas négligeable, c'est les effets secondaires. Là où il y a un énorme biais, c'est que j'ai vu lors d'une hospitalisation une jeune fille de 17 ans qui a fait un AVC sérieux sur une pilule contraceptive, et ça franchement on le néglige mais régulièrement. Pourtant ça existe.

[Divers mouvements approbateurs]

G : Et je pense qu'on est peu, à tort, sensibilisés par les effets secondaires des pilules hormonales. Et pourtant leur impact n'est pas négligeable.

K : Ouais, ce qui nous fait revenir en arrière finalement dans dans notre rôle de médecin généraliste pour moi il est là aussi, c'est de prendre plus la globalité et d'aller effectivement ce dont on disait les MST, et caetera, donc plus large que la contraception et aussi évidemment le le les facteurs de risque en lien avec le tabagisme, enfin de d'être pas juste des simples prescripteurs techniques euh d'une pilule, je dis pas que les gynécos ne sont que ça ou que tous ne font que ça, mais voilà nous on a quand même un rôle plus large par aussi une meilleure connaissance de nos patientes euh et caetera quoi.

I : Et donc d'y faire attention même quand on represcrit et pas que quand on initie.

D : Oui.

INVESTIGATEUR : Mhh mhh ok. Et par rapport au nombre et à la variété de de méthodes de contraception masculines disponibles, est-ce que vous trouvez que l'offre actuelle est satisfaisante, qu'est-ce que, qu'est-ce que vous attendriez dans le futur par exemple ?

G : Ben ça dépend du besoin de ... [coupure]

INVESTIGATEUR : Pardon ?

G : Ça dépend du besoin de l'homme, parce que si y'a pas de rapport pas besoin de contraception.

INVESTIGATEUR : Mais de façon générale, le nombre de méthodes masculines qui sont disponibles pour le moment, est-ce que vous pensez que ça peut répondre suffisamment à la demande des patients ou ...?

G : Ce n'est pas un argument pour... [coupure]

F : Ouais c'est sûr qu'il y en a moins chez l'homme que chez la femme.

C : Et que c'est quand même plus contraignant 'fin...

B : Et moins connu et moins connu surtout, moi l'histoire des caleçons et tout ça, je connaissais pas trop, bêtement je sais même pas où on les trouve donc je n'aurais jamais proposé donc euh. C'est vrai que quand on parle de contraception masculine on pense directement à la vasectomie, donc...

K : Ouais, je suis tout à fait d'accord avec ça, moins connu et et aussi sur leur efficacité, effets secondaires, 'fin c'est un peu se répéter mais clairement je pense que ...

I : Et puis quand on cite quand on explique ça aux jeunes, ça paraît vite effrayant pour eux. Enfin l'idée du caleçon chauffant ou d'un anneau euh à manipuler 'fin ça fait, je trouve qu'ils f- qu'ils tirent vite des yeux très effrayés...

INVESTIGATEUR : Vous en avez déjà parlé ?

I : Et du coup pas très attractif.

INVESTIGATEUR : En consultation vous l'avez déjà abordé plusieurs fois avec des patients ?

I : Beuh ça m'est arrivé euh l'une ou l'autre fois oui euh, y'a pas très très longtemps effectivement.

A : Non mais c'est sûr que caleçon chauffant, 'fin je veux dire c'est vraiment pas la bonne piste quoi, tu dis ça caleçon chauffant c'est c'est ... parce que ...

I : C'est clair, c'est pas très attractif. C'est pas facile à vendre en tout cas.

A : Ah ouais caleçon caleçon chauffant, pourquoi pas. T'imagines la logistique quoi. Ah merde j'ai oublié mon caleçon chauffant.

[rires collectifs].

B : Surtout en été.

A : Tu vois !

[rires]

D : Mais en même temps tout le monde dit ça mais je pense que y'a aussi un tout p'tit peu du du culturel là-dedans quand tu dis à une, quand t'as une fille de 18 ans qui s'dit « oui j'vais mettre un stérilet » euh et y'en a de plus en plus, on est dans quelque chose qui est beaucoup plus agressif qu'un caleçon chauffant quoi.

A : Ah c'est pas une question d'agressivité...

D : Oui oui mais...

A : ... c'est une question c'est une question de charge mentale, une question de soins, une sorte ... le stérilet il est mis il est mis quoi... ton caleçon chauffant, j' imagine que pour créer de la chaleur il doit y avoir une pile ou j'en sais rien, 'fin c'est foireux quoi.

K : Non non non non pas du tout éh les gars... c'est pas un caleçon chauffant, c'est pas comme les gants au ski hein, j'veux dire c'est juste un caleçon qui chauffe tes testicules parce qu'il les, il les rétracte...

I : Il les rapproche du corps.

K : ... en fait à l'intérieur de l'abdomen. Par contre, par rapport à cette technique, il faut quand même savoir qu'au début pour la mettre en place tu dois faire des spermogrammes tous les mois j' pense 'fin, j'veux dire y'a un peu ce côté-là quoi c'est chaud de devoir faire un ...

A : T'as pas le côté magique de la pilule quoi...

K : ... tu dois tu dois porter ça des heures par jour puis refaire un spermogramme, et puis je crois que tous les trois mois enfin bon c'est euh, y'a y'a quand même un peu ce côté-là aussi qui voilà qui ...c'est un peu contraignant.

F : Ah ouais c'est contraignant.

H : Il faut pas le mettre en fonction du cycle de la femme aussi ? Je crois que c'est les quinze premiers jours 'fin...

K : Non ça j' pense pas, non non en fait il faut avoir une une comment dire, tu dois avoir un comptage spermatique sper- spermato, enfin pas trop de spermatozoïdes quoi en gros pendant X spermogrammes et puis une fois que t'as atteint ce truc-là et ben voilà, on dit que c'est bon quoi en gros.

A : Si je devais choisir la méthode qui va s'imposer dans les dix prochaines années, j' miserais pas sur celle-là quoi. J'vais pas mettre mes billes dans les actions des caleçons chauffants j't'avoue.

[rires généralisés]

H : Ben là je vais revenir avec le préservatif mais je trouve ça quand même bizarre qu'on le prenne pas comme un moyen de contraception alors qu'il n'y a pas d'effets secondaires ni sur l'homme ni sur la femme, qu'il est pas invasif, alors oui faut penser à le mettre mais quand il est bien utilisé il marche et c'est vrai que moi je le ...

A : J'suis bien d'accord, je suis à 100% d'accord.

H : ... je le prescris beaucoup beaucoup chez les jeunes parce que c'est d'une pierre deux coups et euh, enfin on a les MST aussi et euh, 'fin voilà je trouve que c'est vraiment sous-utilisé comme moyen de contraception, euh voilà dans un couple.

B : Entièrement d'accord.

H : Et euh même on parle pas assez du du le préservatif féminin par exemple on en parle jamais, or il peut être mis avant l'acte si euh voilà 'fin yyy j'ai ...

D : Il est pas glam hein !

H : Quoi ?

D : Il est pas glam.

H : J'avoue que j'ai jamais vu.

D : C'est pas glamour.

H : Non non non non.

A : C'est quoi ?

H : Ben c'est large j'crois non.

D : C'est une espèce de tente comme ça.

H : Ouais c'est ça.

A : Comment ça ? Et ça c' ça dépasse fort de l'orifice ?

[rires]

D : C'est une espèce de montgolfière en gros 'fin ça ... qui sort au niveau de la vulve et t'as un ...

A : Donc ça peut même faciliter l'intromission quoi, chez les jeunes ça peut indiquer l'entrée quoi...

[rires]

D : Si si y'avait besoin d'un fléchage peut-être mais ...

[brouhaha]

A : Mais attends, moi j'dirais que tu sais, y faut faciliter les premières fois hein.

D : Ouais ça j'suis pas sûre que ce soit bon pour la première fois.

I : Non pour la toute première fois peut-être pas ...

[brouhaha]

A : Psycho-choc quoi.

K : D'abord avec ta poupée gonflable et puis avec euh ...

INVESTIGATEUR : OK hem [rires]. Peut-être qu'on pourrait terminer un peu par un petit brainstorming sur tout ce qui est freins et leviers euh au développement et à l'utilisation de la contraception masculine. J'sais pas si vous savez euh identifier des facteurs qui pourraient freiner le l'utilisation de la contraception masculine, d'autres qui pourraient justement euh la promouvoir, que ce soit du côté des patients, du côté des médecins, du côté de la société. Voilà, réfléchir un peu à tous ces facteurs négatifs ou positifs qui pourraient influencer la contraception masculine.

G : Négatif, le premier c'est peut-être le principal, c'est les croyances masculines que ça ne concerne que les femmes, tout simplement.

B : Exactement certaines mentalités qui sont un peu trop ancrées.

G : Peut-être bien oui.

F : Alors on l'a cité, nos connaissances.

K : Ouais. Clairement, clairement, j'pense qu'y a un manque d'infos criant à la fois du côté des patients et des médecins et je pense même même d'infos tout court en fait 'fin, après tu pourras nous en dire plus mais est-ce qu'y a vraiment des infos disponibles un peu fiables, un peu sérieuses sur les les risques, les l'efficacité, la réversibilité je pense c'est un peu les trois piliers.

A : Puis y'a le climat culturel, qui, qu'émerge un climat culturel où la femme se sente libre d'interroger le fait de porter seule le poids de la contraception quoi tu vois, que même en amont de connaissances vraiment bien installées, on puisse commencer ne fut-ce qu'à se poser la question, c'est l'émergence de la question qui fera que derrière ça suit quoi tu vois.

K : Oui mais en même temps je pense que l'inverse est vrai aussi tu vois, c'est-à-dire que tu peux te poser la question à partir du moment où tu sais qu'y a une alternative possible, mais si dans ta tête y'a pas d'alternative possible, ben à un moment donné tu fermes la porte ...

A : C'est sûr, c'est sûr...

K : ... par défaut, donc 'fin. J'crois qu'à un moment donné...

A : Ouais t'as raison, t'as raison ouais ouais c'est c'est c'est deux ... Mais j'pense que le la le savoir qu'une alternative existe, il commence à se répandre quoi. L'information précise peut-être pas, mais le fait qu'il existe des alternatives c'est quelque chose voilà qui qui se sait quoi.

K : Oui mais de nouveau comme y'a quand même une vague très très forte de dire ben la femme porte ça, et puis ça a toujours été comme ça, y'a pas de raison de changer, et donc du coup si tu veux quand même te sentir suffisamment assis pour pouvoir aborder cette question qui est, qui peut quand même être difficile certainement dans énormément de milieux voilà, euh ben il te faut quand même avoir plus d'informations que juste « y'a des trucs qui existent » quoi parce que là tu tu 'fin tu te fais envoyer promener à mon avis si tu...

A : Nan c'est sûr .

K : ... si tu dis juste à un mec qui est pas un peu ouvert y'a des trucs qui existent, ben oui c'est bon 'fin et quoi et comment et qui...

A : Et ce qui serait intéressant aussi...

K : Et c'est risqué, t'imagines pas et qui qui t'a dit ça, où est-ce que t'as entendu voilà ...

A : Mais en tant que médecin ça serait intéressant aussi de connaître euh le degré d'insatisfaction des femmes par rapport à leur contraception quoi, qui est aussi un peu un tabou quelque part quoi tu vois. Nous on considère que ça roule et que c'est comme ça.

D : Bah non hein, depuis le scandale euh c'était euh pas "Diane", c'était l'autre là "Yasmine" je sais plus...

A : Ouais y'a six sept ans là ...

D : ... 'fin vers 2012 je pense que c'était 2012 euh c'est assez clair qu'y a un inconfort féminin pour la contraception et qu'y en a de plus en plus ...

A : C'est pas si clair que ça, c'est pas si clair que ça parce que c'est pas quelque chose qui nous remonte aux oreilles alors qu'on voit 25 patients par jour ou 'fin t'vois on voit beaucoup de gens quoi, c'est pas si clair que ça quoi.

[Brouhaha].

K : Moi je suis d'accord avec ***, j'pense qu'y a vraiment...

D : Ben moi j'en entends beaucoup.

F : Moi je trouve qu'on en entend beaucoup oui.

A : C'est pas c'est pas encore vraiment un sujet de société quoi je veux dire.

K : Non non clairement pas, j'suis d'accord.

A : Moi aussi donc euh ...

D : Ben peut-être que ça ça dépend euh 'fin j'sais pas...

K : De la population que tu suis... Clairement.

D : On dirait, ou alors euh ... parce qu'on est une femme...

K : Et du niveau d'éducation tu vois et du niveau d'éducation mais...

A : Ça c'est sûr le niveau d'éducation.

K : Je pense que globalement..

A : Faudrait créer un hashtag, il manque un bon hashtag je pense y'a y'a. Ce sujet là n'a pas encore trouvé son hashtag.

D : Mais mais si, y'en a eu plein.

A : Me too ?

D : Non, avant y'a eu euh, y'en a eu.

[rires]

A : Tellement connus que t'arrives à les citer avec facilité [rires].

D : Oui c'est ça ! [rires] Non y'a eu tout un truc contre la violence euh gynécologique. Et y'a eu dans ce truc sur la violence gynécologique, y'a eu un truc sur la pilule. Y'a eu tout un, y'a eu la consultation gynécologique, y'a eu la pilule, y'a eu la charge contraceptive euh mmh des femmes, donc y'a eu tout ça.

K : Je pense quand même que ça reste hyper marginal honnêtement, si on prend vraiment une étude de toute la population féminine, je pense que c'est hyper marginal et qu'on se leurre un p'tit peu sur les connaissances et le degré de liberté de juste se poser la question euh, si tu prends la population féminine belge en âge de procréer je crois que ça c'est vraiment euh très marginal.

D : Oui peut-être 'fin moi j'ai étudié la question et j'ai j'ai travaillé en planning 'fin j'pense que j'ai peut-être un biais de ... mais voilà. Et peut-être un biais de discussion par rapport aux patientes aussi.

G : Moi j'ai une croyance par rapport à ça c'est la suivante : je crois, peut-être par erreur, que la population générale considère que la contraception est une affaire de femmes, point.

B : Exactement, tout à fait.

A : Ouais et n'a pas envie de questionner ça d'ailleurs.

G : Tout à fait.

A : Tu vois tout le monde tout le monde est à l'aise avec cette idée-là quoi.

[quelques mots incompréhensibles]

INVESTIGATEUR : Mhh mhh donc au niveau des freins y'a y'a ce problème de société où on considère que c'est l'affaire des femmes et le fait qu'on soit pas bien informés surtout que j'entends, aussi bien les patients que les médecins. Est-ce que vous voyez d'autres obstacles ou au contraire des choses qui pourraient euh faire changer les choses, des leviers sur lesquels on pourrait s'appuyer pour euh ...

G : Machisme ...

INVESTIGATEUR : Pardon ?

G : Peut-être que un des obstacles est le machisme.

INVESTIGATEUR : Mhh mhh...

F : Mais ça c'est la société.

G : Mais non c'est individuel le machisme, c'est pas la société en fait j'suis pas d'accord.

INVESTIGATEUR : Oui individuellement aussi, ça peut.

G : Et l'orgueil...

D : Et nos et nos connaissances, oui s'cuse moi ***.

G : Non je disais simplement que euh au sein d'un couple, c'est pas une affaire de société c'est une affaire de de de ...

D : Ça a coupé.

G : Je pense que c'est une affaire d'individu plus qu'une affaire de société.

D : Moi je pense que c'est les deux.

G : Peut-être oui.

D : Tu vois y'a jamais eu de campagne de santé publique sur euh le partage de la charge contraceptive à part pour euh les MST avec le préservatif où on peut p't'être considérer que ... mais ... léger quoi.

C : Ben le problème c'est aussi l'accessibilité, on sait pas où ça... où on en trouve euh pour les caleçons chauffants et caetera, on n'sait même pas où les obtenir, c'est pas disponible facilement, on sait pas les prescrire avec notre programme informatique euh ...

D : Non.

G : Ben j'en sais rien en fait.

K : Si si en fait les caleçons chauffants on peut on peut se les faire soi-même y'a des sites internet qui expliquent très très bien comment se les construire donc c'est pas très, c'est pas très compliqué voilà ...

F : De nouveau, y a...

K : Tout ça existe quoi.

B : Ça va, ça tombe bien c'est bientôt Noël.

D : Après les masques les caleçons (rires)

F : Mais y a la question de la fiabilité ...

K : Je m'demande si y'a pas même moyen d'en faire avec un masque d'ailleurs.

(rires)

A : Un p'tit tricot un p'tit tricot de Noël.

F : Et la fiabilité derrière tout ça parce que les masques aussi les faits maison y'a de tout hein.

G : Mais... le spécialiste, est-ce que la femme va régulièrement voir son gynécologue alors que l'homme ne va quasiment jamais voir un urologue ? Y'a aussi ce biais-là.

F : Parce qu'y a moins de prévention en uro qu'en gynéco.

G : Y'a moins de contact effectivement. Après je ne jette pas la pierre aux urologues, je me pose la question ...

F : Non non mais...

G : Le fait d'aller régulièrement chez le gynéco n'est pas aussi une raison pour laquelle la contraception est une affaire de femmes, plus qu'une affaire d'homme ?

A : C'est vrai que socialement parlant, euh l'homme n'a pas son référent euh identifié autour de ces questions-là quoi tu vois... il est admis que la femme a le gynéco qui fait un peu de première ligne, y'a pas l'équivalent euh chez l'homme quoi tu vois.

[brouhaha tout le monde parle en même temps ...]

A : Et donc la place du généraliste.

K : Et donc la place du généraliste.

I : Oui c'est ça y faut ... y faut nous remettre au centre là...

K : Y'a un biais de disponibilité énorme quoi, parce que la disponibilité, un couple un jeune couple qui se pose la question de la contraception c'est clair que la disponibilité d'une contraception féminine est hyper large et hyper facile et on trouve tout de suite les réponses, alors que si on veut juste se poser la question au niveau masculin euh c'est pas disponible quoi, forcément.

F : Donc c'est l'information quoi.

L : Le problème c'est que pour le moment si on a un couple qui arrive de bonne volonté en se disant ça peut être 50/50 autant l'homme que la femme ben on va avoir tout un panel de choses à proposer à la femme, et y'aura trop rien pour l'homme à part la vasectomie, on n'a pas un autre moyen euh qui est vraiment simple qui peut être réversible et qui est efficace comme euh pourrait l'être une sorte de de pilule contraceptive masculine...

K : Exact exact...

L : ... et donc spontanément on va plus se tourner vers la, vers la femme en lui demandant ce qu'elle préférerait, et euh 'fin la vasectomie qui est pour le moment le le seul truc qui moi me paraît vraiment efficace en dehors du préservatif, ben ça s'adresse quand même à, à des hommes d'un certain âge qui ont p't-être déjà eu des enfants qui n'ont plus l'envie d'en avoir parce que c'est quand même difficilement réversible. Et euh ouais du coup moi c'est pas une solution que je vais spécialement proposer si j'ai un couple jeune devant moi ... je ne vais pas non plus proposer une ligature des trompes à une femme de 25 ans quoi.

K : Mouais et c'est vrai que c'est p't-être du coup, c'que tu dis c'est p't-être un frein c'est qu'effectivement l'initiation se fait souvent du côté féminin par réversibilité, facilité, disponibilité et du coup une fois que c'est initié ben hop c'est un fait acquis et ...

A : C'est p't-être ça le principal frein du coup finalement...

K : Exactement.

A : ... c'est une question de facilité et de réversibilité. On a d'un côté une réversibilité, une accessibilité qui est énorme, et de l'autre côté une accessibilité qui est plus compliquée, qui est invasive, qui est moins réversible, et d'autres méthodes sur lequel on est beaucoup plus euh suspicieux par rapport à l'efficacité quoi... Donc fatalement la charge pèse sur les femmes. Le plus facile et efficace, on sait où il est.

K : En conclusion ça doit rester comme ça quoi en fait, on vient de conclure que ...

A : Personne n'a envie de ...

F : Non...

A : Est-ce qu'y a vraiment des forces puissantes qui vont inverser ça ? T'as une méthode avec pas des masses d'effets secondaires avec un historique énorme et qui est réversible, tu vois y faudrait de la solide force pour aller vers autre chose quoi.

K : Hein d'office ben non mais j'disais ça c'est clair que c'est c'est c'est un état de fait quoi.

B : Moi j'ai peut-être une bête question mais concernant les caleçons et tout ça qu'en est-il de du remboursement ?

A : Toi t'es fan des caleçons je le sens, y'en a un qui va, qui va s'y mettre bientôt.

[rires généralisés]

INVESTIGATEUR : Ben j'y reviendrai j'y reviendrai par la suite mais niveau remboursement y'a y'a... quand même...

B : Oui niveau remboursement qu'en est-il parce que ... oui y'a l'opération mais...

K : Ben justement je moi j'devais appeler le labo pour me renseigner sur le prix du des spermogrammes pour mon patient mais j'l'ai toujours pas fait. [rires]

A : Mais apparemment l'anneau avec une bonne paire d'élastique ça, ça marche aussi hein donc c'est peu cher hein.

F : Oui mais ça c'est irréversible.

[rires]

K : Oui mais c'est des spermogrammes que tu dois faire tous les mois et ça coûte ça aussi.

A : Nan c'est vrai ça coûte ouais. Ça à mon avis ça c'est mal remboursé.

F : Ça coûte et c'est contraignant quoi 'fin.

K : Mais à mon avis c'est remboursé que dans un cadre de euh de bilan d'infertilité quoi tu vois et donc du coup euh...

A : Ouais c'est ça.

K : Quand tu le fais juste pour euh parce que tu veux te mettre un élastique autour des couilles à mon avis ils t'envoient balader quoi.

[ricanements]

G : J'avais une question par rapport à tout ça, qu'est-ce que les féministes en pensent finalement ?

D : Ah ah !

K : Ben non non, on sait bien ce qu'elles en pensent. Mais maintenant j'ai ...

A : C'est ce que j'allais dire, à ton avis ? Elles sont super pour la pilule en fait, elles sont vraiment pour la pilule des femmes dès 11 ans [rire ironique].

[rires généralisés]

K : Elles sont pour une inversion, ou en tout cas, elles sont pour une charge partagée du poids de la contraception évidemment.

F : Ouais une meilleure répartition oui.

D : Et en fait ça dépend un p'tit peu aussi des courants féministes quoi hein.

G : Bien sûr.

D : Y'a celles qui disent euh indépendance et donc tu portes la charge contraceptive, tu sais ce que tu fais euh tu sais 'fin voilà... et puis y'a le partage de la charge.

K : Ça ça dépend des moments de ta vie, ça dépend des moments de ta vie.

D : Oui, oui.

INVESTIGATEUR : Est-ce que, parce que je vois qu'on a beaucoup parlé des des des freins, est-ce que vous savez identifier quelques leviers, des choses qui peuvent faire que on favorise, euh ou c'est difficile ? J'suis d'accord que c'est pas...

[croisements de plusieurs conversations inintelligibles]

I : ... chez les jeunes 'fin... donc, j'pense que maintenant la contraception euh masculine c'est un sujet assez neuf, et d'une certaine façon euh c'est sur- 'fin c'est p't'être plutôt un un public jeune qu'on devrait cibler, donc c'est vrai que les réseaux sociaux les y'a de tout hein y'a y'a à boire et à manger, mais si y'a des campagnes ciblées euh avec un langage simple, éventuellement des p'tites vidéos, 'fin voilà ce genre de choses qui pourraient sensibiliser, et p't'être amener certains jeunes à venir en parler en consultation peut-être plus spontanément que ils ne le feraient parce qu'actuellement, comme on le disait en tant que soignant on n'a pas beaucoup d'informations, donc on est moins à l'aise d'en parler et donc on n'en parle pas spontanément. Mais si la question vient d'eux ben du coup de fil en aiguille ça peut éventuellement débloquent un peu euh donc comme sujet quoi.

A : Ben encore faut-il convaincre les intervenants-mêmes des soins, c'est-à-dire nous les médecins...

D : Ouais...

A : On parle de leviers, des leviers pour aller vers quoi, pour aller vers une inversion de la charge ? OK mais si ... tu ne vas pas euh présenter par euh 'fin si si les les intervenants de santé n'ont pas connaissance d'une méthode qui est un peu plus réversi- réversible, qui ne peut pas un peu plus s'appliquer à un panel large de la population, c'est-à-dire toutes les tranches d'âge, ben y seront pas eux-mêmes acteurs du changement tu vois. Moi-même à l'heure actuelle, quand je vois euh le désir de contraception des jeunes, j'vois mal quelle méthode masculine leur proposer quoi, j'sais pas si j'm'exprime bien quoi tu vois.

D : Mhh mhh.

K : C'est clair, c'est clair.

A : C'est pas comme si y'avait deux équivalents, et que en fait chaque fois c'est la femme qui doit faire le sien alors que l'homme pourrait faire la même chose. Non ! A l'heure actuelle les méthodes ne sont pas les mêmes tu vois.

K : Tout à fait.

D : Oui donc le ...

A : Si si y'a un poids sur les épaules de la femme, c'est évidemment parce que historiquement on a développé des méthodes pour elle parce que euh elle avait qu'à s'occuper de ça. Mais toujours est-il que cet historique-là fait que les méthodes les plus réversibles, les plus performantes, qui ont le moins d'effets secondaires entre guillemets, à vérifier, ben ben voilà c'est des méthodes qui s'adressent à elles quoi tu vois.

K : Et les plus connues sur le long cours aussi malgré tout.

A : En plus, en plus...

K : Historiquement quoi, et connues depuis des plombes quoi donc du coup, y'a y'a une safety qui est quand même assez aboutie.

A : Oui peut-être que si y'a 60 ans on s'était directement axé sur les hommes on aurait un discours tout à fait inverse, en disant que c'est quand même fou y'a que les hommes qui prennent cette pilule. Ben voilà évidemment le contexte y'a 40 - 50 ans fait que les recherches se sont axées sur les femmes et que les méthodes réversibles et relativement "sécures" s'adressent aux femmes, hormis le préservatif.

F : Parce que c'est les femmes qui sont enceintes...

A : ... moi j'trouve qu'on en revient au préservatif...

F : Parce que c'est la fille qui est enceinte à mon avis qui fait qu'on a commencé par la femme.

A : Oui ben oui oui oui oui la femme qui est enceinte 'fin j'en sais rien, les raisons de ouais, après on peut faire un débat philosophique sur les raisons des inégalités hommes/femmes. Y'a probablement cette histoire de grossesse ouais là-dedans.

D : Moi je pense aussi euh que y'a eu aussi un choix pharmaceutique des firmes pharmaceutiques de s'axer sur les femmes, parce que moi il me semble qu'on avait parlé des, on a parlé de pilule euh masculine assez tôt, mais ça s'est pas développé.

A : Oui, y'a un truc qui a circulé d'ailleurs sur Facebook et tout ça qui disait ouais qui disait ça, mais qu'c'est mouais j'pense que la charge à l'époque de gérer une grossesse non désirée bah ...

D : C'est féminin ...

A : ... ben ouais les mecs en n'avaient rien à foutre quoi tu vois. Y peut toujours se barrer et dire c'est pas moi c'est un autre.

K : Oui...

A : Non mais c'est vrai, quand t'es enceinte, t'es enceinte, tu peux dire c'est pas moi c'est un autre, ben c'est quand même dans ton ventre quoi tu vois, donc c'est plus compliqué.

K : Ouais c'est ça qui est beau, c'est qu'en plus au début c'était un facteur d'émancipation de la femme quoi.

[mouvement d'approbation]

F : Donc y faut répondre à Noémie, c'est quoi les leviers ... [rires].

K : Mais est-ce Noémie ne peut pas nous répondre en nous donnant toute l'information qui va être un super levier dans nos consultations bientôt ?

A : Voilà les leviers c'est un moyen qui serait plus, qui serait moins invasif, dire c'est c'est c'est une conviction des soignants et des prescripteurs en fait quelque part tu vois, ce serait une équivalence de méthode, une équivalence et là et là y'aura un vrai débat philosophique tu vois de dire : vous avez la pilule bleue pour les hommes, la pilule rose pour les femmes. Ou p't'être même l'inverse, ce serait complètement fou, rose pour les hommes, et de dire voilà, y'a y'a deux trucs un peu équivalents maintenant voilà, faites votre choix. On n'en est pas là, on n'en est pas là.

K : Ouais, 100% d'accord.

A : Le vrai levier ce serait ça en fait.

F : Le vrai levier ce serait pas une équivalence, ce serait une mei-, ce serait une pilule encore plus, moins dénuée 'fin avec moins d'effets secondaires quoi pour les hommes que pour les femmes.

K : Ah ce serait le paradis tu veux dire.

A : Oui oui mais on en est encore moins là alors, 'fin tu vois, l'idée c'est de dire ...

F : Ça ce serait un vrai levier, c'est pas une expérience, c'est qu'c'est mieux, ce serait mieux pour les hommes.

K : Voilà c'est ça.

INVESTIGATEUR : Ok, ben je pense qu'on a fait un p'tit peu le tour, en tout cas au niveau du du focus groupe, sauf si vous avez encore d'autres remarques ou d'autres choses à dire pour clôturer un peu la la discussion par rapport à ça.

XX : Et qu'est-ce que tu en penses ?

INVESTIGATEUR : Ben du coup moi je vais lancer ma présentation, on pourra encore un peu débattre par rapport, une fois qu'y aura de nouvelles informations et et d'autres choses.

A : Merci.

F : Merci.

Retranscription interview M

INVESTIGATEUR : Première petite question, je voulais savoir à quelle fréquence est-ce que tu es sollicité pour des questions de contraception, pas spécialement contraception masculine mais de façon générale. Est-ce que c'est quelque chose que tu rencontres souvent ?

M : Oui euh assez souvent, je dirais en moyenne une à deux fois par semaine.

INVESTIGATEUR : OK. Ah oui, une à deux fois.

M : Et moi ici fréquemment ce que j'ai, je sais pas si c'est parce que je suis plus jeune ou pas, comme j'attire plus les jeunes en ce moment, le mot circule qu'il y a un jeune médecin, donc les jeunes garçons et les jeunes filles sont plus à l'aise et viennent me voir, j'ai eu euh en l'espace de trois mois j'ai eu deux ou trois garçons déjà qui avaient des problèmes à ce niveau-là et aussi des filles, ça m'est encore arrivé hier, une jeune fille qui a demandé à introduire une contraception voilà.

INVESTIGATEUR : D'accord, OK. Donc, ...

M : Assez fréquemment je dirais minimum deux fois ouais deux fois semaine.

INVESTIGATEUR : Instaurer, renouveler, les deux ?

M : Déjà questionnement, qu'est-ce que la contraception. Des filles de 15 ans qui disent "Docteur, j'ai entendu dire que la pilule c'est mauvais na na ni na na na". Donc j'introduis déjà le sujet. Forcément j'essaie toujours de guider vers un gynéco pour la première prise en charge parce ce que je dis que c'est le mieux, dans le cas des filles en tout cas. Sinon dans le cas des garçons, en soi euh instaurer non mais instaurer les les principes de contraceptifs de base, donc préservatifs, et caetera, ça j'ai déjà eu des discussions plusieurs fois chez des jeunes garçons, dont leur jeune copine était tombée enceinte, donc là j'ai réintroduit le sujet, j'ai insisté. Euh et instaurer la pilule je l'ai fait une fois euh mais elle avait déjà eu un essai de sa gynécologue, elle avait stoppé puis je l'ai reprise, en gros c'est c'est simplement ça.

INVESTIGATEUR : D'accord. Je vois.

M : Donc elle avait déjà été instaurée en fait.

INVESTIGATEUR : OK OK. Et donc j'entends que tu penses que c'est lié à ton profil aussi de jeune que du coup avec les jeunes ça passe assez facilement.

M : J'ai l'impression que, oui parce que souvent euh, je ressens que je dois creuser un peu dans mon anamnèse et puis j'arrive à un stade où en général quand ils sont accompagnés c'est plus compliqué, donc souvent je demande à voir le jeune une deuxième fois, c'est ce que j'ai fait plusieurs fois et à chaque fois ils se sont plus libérés, euh notamment les rapports non protégés, et caetera, tu vois, quand ils sont accompagnés des parents, c'est compliqué. Donc je demande à voir le jeune, je prétexte un autre truc, d'autres raisons. Et alors, elle va se livrer à moi en me disant qu'effectivement elle a des rapports non protégés et donc là on discute des possibilités.

INVESTIGATEUR : OK. Oui c'est ça.

M : Mais d'eux-mêmes je sens qu'ils sont pas encore très chauds mais une fois que j'ai introduit le sujet en général ils sont, ils parlent ouvertement. Voilà, c'est peut-être parce que je suis plus jeune, je sais pas, mais ...

INVESTIGATEUR : Et du coup c'est aussi un sujet que toi tu amènes, que c'est pas toujours forcément amené par les patients, mais c'est aussi toi quelque chose que tu discutes assez facilement ?

M : Euh, la plupart du temps, c'est moi qui vais l'amener, donc ...

INVESTIGATEUR : Ah oui d'accord.

M : Que ça soit une prise en charge euh si je fais bêtement à la base c'était une prise de sang et caetera, je vais tout doucement diriger mon anamnèse aussi et donc vers les éléments recherchés par exemple dans la prise de sang et vers le fait qu'il y a des relations sexuelles non protégées. Si c'est le cas on peut en discuter, voir les solutions, et caetera. Donc, souvent, je vais je vais ramener le sujet quand je vais sentir que c'est nécessaire.

INVESTIGATEUR : D'accord, OK. Et donc j'entends que tu parles aussi pas mal de jeunes patients, c'est aussi un sujet que t'abordes avec des patients plus âgés ?

M : Euh ça m'est arrivé les patients plus âgés en général ils savent très bien ce qu'ils veulent, y'en a qui sont plus plus gênés que d'autres d'en discuter mais en général c'est eux qui vont amener le sujet. Donc souvent, chez les femmes, quand c'est la contraception, qui a été stoppée, ou reprise ou changée, ben c'est d'elles-mêmes qu'elles vont poser la question. Les hommes sont un peu plus euh timides, j'ai l'impression, quand c'est un homme face à eux, je ne sais pas mais en tout cas, ça m'est arrivé aussi de devoir creuser avec les hommes d'une trentaine, quarantaine. Mais euh là c'est plus d'autres questions, c'est pas lié à la contraception mais plus d'autres d'autres problèmes sexuels on va dire.

INVESTIGATEUR : D'accord, oui c'est ça.

M : Mais niveau contraception donc masculine, c'est très très rare. C'est très rare qu'on me pose la question, si ce n'est le préservatif, mais autrement les autres techniques non.

INVESTIGATEUR : OK. Et euh quel quel est le rôle pour toi du médecin généraliste dans la contraception ?

M : Euh, déjà dans la contraception, que ce soit féminine ou masculine, je pense que, on va dire qu'il a pour moi un rôle, ça peut être un rôle primaire dans le sens où si tu as face à toi des patients qui ne passent jamais par des spécialistes donc une fille qui n'est pas suivie du tout par un gynécologue, à ce moment-là tu deviens quand même le rôle central, t'as le, t'as le premier rôle.

INVESTIGATEUR : Mmh oui.

M : Maintenant, si c'est des patients qui sont déjà suivis par des spécialistes, tu dois avoir ce rôle de continuité secondaire qui est très important parce que ils vont te voir plus souvent toi médecin généraliste que leur spécialiste sur l'année. Tu dois introduire toujours ce dialogue-là donc moi j'essaie systématiquement de le faire, quand par exemple je y'a des patients qui viennent pour euh ça m'est déjà arrivé plusieurs fois qu'ils viennent pour eh une prescription simplement de médicaments et je

vois dans sa liste qu'il y a la pilule, ben je lui rappelle "ah votre pilule, vous en avez encore ?". Et plusieurs fois, "ah oui je l'ai oubliée". Donc je garde ce rôle de continuité. Je dirais pas que je suis premier premier rôle mais en tout j'essaie toujours de d'avoir un rappel quoi.

INVESTIGATEUR : D'accord. OK.

M : Donc ça c'est ce que j'essaie de faire.

INVESTIGATEUR : Et est-ce que tu penses que tu serais l'intervenant le mieux placé pour euh pour agir au niveau de la contraception ?

M : Pour euh l'instaurer ou pour agir en règle générale ?

INVESTIGATEUR : De façon générale. Est-ce que tu es un intervenant de choix concernant la la contraception ?

M : Euh techniquement je pense que non c'est pas vraiment mon rôle en tout cas euh de de l'instaurer mais si c'est dans la continuité, ça je peux l'être. Mon rôle pour moi ça serait pas de l'instaurer mais plutôt qu'il soit suivi par quelqu'un de spécialisé ou alors effectivement de spécialiser les médecins généralistes parce que ils le sont pas tous. Je suis sûr que 80% des en tout cas des médecins généralistes maîtrisent très peu le sujet sur la contraception masculine. Donc on est très peu formés là-dessus je pense. Maintenant je pense pas que je devrais être le rôle principal.

INVESTIGATEUR : Pour la contraception masculine ou féminine-masculine confondue ?

M : Ben c'est ça qui est un petit peu compliqué, c'est que féminine c'est assez 'fin c'est assez répandu, c'est assez connu, j'ai l'impression que les hommes ont la vie plus facile, euh, ils vont pas se contenter de prendre des contraceptifs autres que le que le préservatif par exemple en règle générale, donc ça va pas être un dialogue qui va s'instaurer facilement. Avec les femmes c'est beaucoup plus simple. Donc avec les hommes y'a encore ce blocage-là et pense que que c'est triste à dire mais j'arrive à dissocier un peu les deux dans mon cerveau, contraception masculine et féminine, féminine je la maîtrise ça va, je peux être à l'aise, masculine un peu moins parce que on manque de patients demandeurs et on manque de en tout cas d'enseignements à ce niveau-là je pense.

INVESTIGATEUR : OK. Et justement niveau de tes connaissances, quelles méthodes de contraception masculine est-ce que tu peux citer ?

M : Euh donc pour moi y'a les méthodes de contraception euh masculine de type thermique et y'en a d'autres qui sont plus hormonales, donc les thermiques ça peut être les les y'a des culottes qui ont été créées spécialement pour euh pour tenir les testicules à une certaine température et cætera et souvent y va y avoir un certain temps pour eh pour que ça soit efficace, hein donc euh ça peut aller jusqu'à trois mois avant que qu'il y ait une diminution vraiment réelle des quantités de spermatozoïdes actifs. Et puis y'a la méthode hormonale. Donc la méthode hormonale ça c'est encore autre chose et euh ça va être la même chose mais bon elle va aussi avoir des effets secondaires, soit de l'acné, de la prise de poids, voilà y'a beaucoup d'effets secondaires aussi. Donc ça c'est ce que je connais. Et puis y'a des méthodes un peu plus invasives qui sont connues, c'est par exemple la vasectomie. Après vasectomie, et le moins invasif de tous, c'est le préservatif. Donc voilà. Maintenant je sais pas si les spermicides rentraient dans dans le dans la catégorie hormonale.

INVESTIGATEUR : Ça dépend vraiment des classifications dans la littérature.

M : Ah ben c'est ça. Parce que j'avais lu une fois un article là-dessus et aussi qu'y avait des nouvelles techniques maintenant qui étaient étudiées, notamment en Inde et aux USA, ils avaient deux deux produits différents, le nom le nom indien c'était "RISUG", j pense que c'est, j'avais lu ça, et américain je sais plus du tout, mais je sais que c'était débattu aussi parce que ils étaient en phase de test actuellement et que c'est c'est une nouvelle technologie qu'ils sont en train de développer entre guillemets, mais sinon je connais pas plus que ça.

INVESTIGATEUR : Mais c'est déjà beaucoup je trouve.

M : Ah ça va... [rires]

M : Ben j'ai lu j'ai lu ...

INVESTIGATEUR : Ah, tu as triché en fait. Non je plaisante ! [rires]

M : Ah non non non non non, c'est surtout de ma connaissance mais j'avais dit j'aborderais plus dans les détails avec toi sur le sujet.

INVESTIGATEUR : D'accord. Et d'où, d'où te viennent tes connaissances en fait ? C'est des choses que tu as lues de ta propre initiative ?

M : Oui bien sûr, bien sûr, bien sûr, moi je, des fois je lis des bêtes articles hein, j'avais sur euh, ou alors on m'envoie, beaucoup d'amis à moi, on a un groupe, on aime bien s'envoyer des trucs, donc j'ai des amis qui sont, par exemple qui sont en anesthésie, eux ils ont leur spécialité à eux, ben dès qu'y'a un truc intéressant ils m'envoient. On essaie un p'tit peu de toucher comme ça, mais euh honnêtement je pense que dans ma formation j'ai manqué beaucoup de, on a manqué beaucoup de de ce genre de choses en fait hein on passe à côté parce qu'on se dit que c'était pas important. Au final, même dans mon cours d'urologie, c'est à peine si c'est cité euh les contraceptifs tu vois masculins c'est très c'est très, cité à peine, c'est vraiment pas détaillé, donc euh.

INVESTIGATEUR : Aui c'est ça, donc à l'université, c'est, qu'est-ce que, ils parlent de quoi en gros à l'université en fait euh ?

M : Ah, on va voir les pathologies les plus fréquentes, on va voir, en tout cas on va voir euh surtout, on va voir surtout chez l'homme, on va surtout voir les problèmes d'impuissance mais ...

INVESTIGATEUR : Au niveau contraception ...

M : Au niveau contraception, à part euh les préservatifs, ou citer quelques spermicides, leur fonctionnement et euh voilà limite, comme tu disais les culottes chauffantes on nous le cite pas, on nous dit juste qu'il faut pas trop remonter les jeans et caetera parce que infertilité qui peut qui peut qui peut en découdre mais en soi euh j'trouve qu'on manque assez de de d'informations là-dedans, donc ça c'est un p'tit peu ce que j'ai soulevé. Maintenant je sais pas si c'est ré- si c'est réseau UCL ou ULB qui diffère, je pense que l'UCL, c'est plus thé- plus théorique, donc p't-être que vous vous avez eu ça. Nous en tout cas à l'ULB on l'a pas eu.

INVESTIGATEUR : Mhh mhh et est-ce que tu as fait des formations sur le sujet ou est-ce que tu as eu l'occasion d'avoir des séminaires ... d'autres choses là-dessus ?

M : Séminaires, des séminaires on en a oui, on a eu des séminaires sur la contraception et encore une fois c'était vraiment ciblé sur les femmes.

INVESTIGATEUR : D'accord.

M : Et d'ailleurs c'était durant mon stage de gynécologie, j'avais plein de séminaires et c'était surtout ciblé chez les femmes euh p't'être parce qu'on avait quand même six mois euh c'était trois mois de stage à ce moment-là en gynéco, je ne sais pas, mais en uro j'ai pas pu passer malheureusement, donc j'ai pas j'ai pas entendu parler de ce sujet quoi.

INVESTIGATEUR : Ah oui d'accord oui. OK. Et comment est-ce que tu estimes tes connaissances en matière de contraception masculine ?

M : Ah franchement pour moi euh je devrais dire euh que je survole le sujet, que je ne maîtrise pas suffisamment le sujet en tout cas, que je suis pas suffisamment à l'aise pour moi pour introduire un quelconque traitement avec un patient, quoi qu'il arrive je je redirigerai surtout vers un spécialiste s'il s'avère que qu'il y a des soucis à ce niveau-là ou que le patient est demandeur lui-même, moi je lui dirais honnêtement pour l'instant j'maîtrise pas le sujet, je serais transparent avec lui.

INVESTIGATEUR : OK et est-ce que c'est quelque chose que tu souhaiterais euh approfondir, que tu jugerais utile pour ta pratique ?

M : Oui forcément, j pense que euh des patients qui vont être demandeurs c'est pas, ça court pas les rues, y'en a très peu, y'en a même très peu je pense qui savent qu'y a des contraceptions masculines, les hommes eux-mêmes la plupart ne savent pas et euh mais le peu de fois où je serais confronté à ça bien sûr que j'aimerais bien pouvoir gérer, j'aimerais bien pouvoir gérer si ce n'est peut-être introduire un traitement euh le commencer parce que je sais que des patients pour avoir un rendez-vous en urologie c'est six mois, donc si limite si je peux déjà introduire quelque chose, jusqu'au moment où il voit son spécialiste, le trai-, peut-être que le bon traitement aura été démarré et que qu'il a plus qu'à continuer, donc euh oui franchement, c'est intéressant, c'est intéressant.

INVESTIGATEUR : OK. Et donc euh au niveau fréquence, tu me parlais de la fréquence de des questions de contraception en consultation assez fréquent tout confondu, si on parlait uniquement de la contraception masculine, tu dirais à quelle fréquence tu as été euh confronté à cette question-là spécifiquement chez les hommes ?

M : Très honnêtement euh, j'l'ai eu euh j'l'ai eu trois fois pendant, en, durant les trois derniers mois. Donc ça veut dire une fois par mois en moyenne, pas plus que ça et honnêtement j'fais quand même des consultations ... bon ici moi je démarre mais j'ai quand même minimum 25 patients par jour, ben j'ai eu que trois cas, trois cas et j'm'en rappelle très bien parce que c'est c'est les trois sont jeunes.

INVESTIGATEUR : C'était trois jeunes, oui.

M : Donc c'est, y'en a un qui avait la trentaine et les deux autres avaient la vingtaine, donc euh.

INVESTIGATEUR : Et quelles étaient leurs demandes concrètement ?

M : Ben leurs demandes concrètement c'était que donc c'était surtout lié aux moyens de contraception, donc qu'est-ce qui était mieux pour eux euh et c'était surtout lié à des on va dire à des

questions plutôt sur les risques que madame tombe enceinte malgré qu'elle prend la pilule ou non, donc la plupart des ... par exemple les deux jeunes qui étaient venus chez moi, ils avaient une copine qui était peu compliante au niveau de la pilule et qui l'oubliait très souvent, donc moi à ce moment-là je conseillais clairement de quand même garder le préservatif surtout qu'ils ne vivaient pas ensemble, que c'était des rapports assez distanciés tu vois dans le temps, donc là je j'insistais mais j'suis pas parti sur les autres moyens parce que c'est des jeunes, donc ils ne demandent pas une contraception volontaire euh pour limiter on va dire leur fertilité, donc j'pouvais pas me permettre de proposer autre chose de de plus invasif mais juste le préservatif, je l'ai ré-introduit parce qu'ils m'ont posé la question. Et euh le patient qui avait la trentaine lui c'était différent, donc lui euh lui il 'fin sa femme ne supportait pas les moyens de contraception justement, elle ne voulait pas non plus si vous voulez elle était anti hein donc c'était une femme qui était un peu paranoïaque euh sur les médicaments en général, donc parano à ce niveau-là donc pas de pilule, pas de contraception, pas de DIU, elle voulait rien et à ce moment lui a demandé qu'est-ce qui était possible euh de faire sachant que il aimait pas avoir de rapports avec préservatif vu que c'était pas les mêmes sensations et caetera. Donc là on a un petit peu creusé mais sans plus non plus donc euh c'était des pistes que je lui donnais, mais je lui ai conseillé aussi vivement d'aller euh d'aller poser la question à un spécialiste. Voilà.

INVESTIGATEUR : Oui c'est ça OK. Et donc c'était plutôt un, des moyens que sa femme n'avait pas supportés ou qu'elle ne voulait pas prendre des hormones ou euh ou un mélange des deux ?

M : En fait, sa femme avait testé donc le dispositif intra-utérin, ça elle avait eu des complications, donc ça elle avait complètement banni, la pilule elle prenait mais jusqu'au moment où on lui dit qu'elle allait devenir fertile donc fini pour elle elle voulait plus de pilule, tout ce qui est implant il fallait pas lui rentrer dans dans le bras et caetera, donc c'était assez compliqué, l'anneau peut-être que limite c'était la seule chose qu'elle avait pas accepté mais j'ai pas j'ai pas j'ai jamais vu sa femme en fait moi, j'ai jamais vu sa femme, lui me disait que c'était lui qui devait trouver un moyen parce qu'il avait 'fin sa femme voulait pas et qu'il voulait pas, que c'était pas une période pour lui pour euh pour que sa femme puisse tomber enceinte. Donc je sais pas si honnêtement sa démarche était euh était préméditée ou s'il avait partagé avec sa femme du fait qu'il allait venir me trouver, demandant un moyen de contraception ou pas masculine.

INVESTIGATEUR : Et c'est lui qui est venu seul ?

M : Oui il est venu seul, je ne sais pas, donc j'ai préféré garder le secret, j'ai pas j'ai pas demandé à voir sa femme parce que c'était peut-être pas voulu, il voulait peut-être pas le déclarer, donc voilà à ce moment on a un petit peu creusé mais j'pense que c'est un travail qui va se faire au long terme, c'était le mois dernier donc y va peut-être revenir me voir et me dire j'suis prêt à commencer, je n'sais pas mais en tout cas voilà c'était pas en couple, c'était pas une visite de couple.

M : OK. Et qu'est-ce que tu penses des méthodes de contraception masculine qui sont disponibles actuellement, que ce soit au niveau efficacité, disponibilité, variété et euh sécurité ?

M : Alors là au niveau efficacité, donc si je m'abuse y'avait l'indice de, c'est c'est catégorisé encore par l'indice de Pearl il me semble donc euh on sait bien que... même même même au niveau masculin, c'est l'indice de Pearl ? Ça reste l'indice de Pearl ? On peut l'utiliser ?

INVESTIGATEUR : Oui on peut on peut utiliser ça.

M : Moi je sais bien qu'au niveau de l'indice de Pearl j pense que le préservatif ça reste quand même le meilleur si j dis pas de bêtise ça reste le meilleur indice, maintenant au niveau hormonal aussi, maintenant j'ai peur que... est-ce que y'a pas des effets secondaires, donc euh différents de l'acné, différents de tous ces p'tits effets secondaires-là. Est-ce qu'il y a pas d'effets secondaires sur la fertilité au long terme, que ça soit les dispositifs donc de culottes chauffées euh parce qu'on sait que, chauffer trop longtemps les testicules c'est pas très bon non plus, donc moi je connais, j'suis pas très connaisseur des effets secondaires au long terme donc euh disons que je ne connais pas trop bien ces effets-là, je connais pas trop bien l'effi- l'efficacité non plus, donc encore une fois c'est un sujet que je maîtrise pas à 100% donc euh c'est ça que je veux dire eeuh.

INVESTIGATEUR : Oui y'a pas y'a pas de souci vis-à-vis de ça.

M : Donc je sais pas si ça répond à la question euh.

INVESTIGATEUR : Une bonne une bonne confiance par rapport au préservatif en tout cas au niveau de l'efficacité j'entends, ça oui.

M : Ouais moi je pense que oui pour moi ma confiance elle se placerait là-dessus si ce n'est euh évidemment que la meilleure des contraceptions aussi viendrait pour moi pour éviter le risque total donc une contraception qui viendrait aussi de son de sa compagne...

INVESTIGATEUR : Double alors ?

M : Double, peut-être pas double euh 'fin si oui, double mais bon, un patient qui veut pas par exemple prendre le préservatif parce que sa compagne a la pilule, ça va être compliqué de lui dire de prendre aussi le préservatif, de lui faire comprendre qu'il doit le prendre aussi s'il veut zéro zéro risque, donc ça ça va être compliqué à lui faire comprendre. Donc ça j'ai pas encore eu le cas non plus je vous avoue.

INVESTIGATEUR : OK. Et niveau euh vasectomie par exemple, qu'est-ce que tu, qu'est-ce que tu penses, niveau sécurité, efficacité ?

M : Au niveau vasectomie, euh je sais que l'efficacité elle est là, maintenant euh c'est le problème de la vasectomie, c'est quand même, si je ne m'abuse c'est irréversible. Donc euh tu peux avoir une réversibilité quand même ?

INVESTIGATEUR : Y'a un certain degré de réversibilité mais on la présente comme irréversible en tout cas.

M : Voilà, donc c'est quand même quelque chose d'invasif, donc quelqu'un de trente ans qui vient te voir, euh qui a besoin d'une contraception je pense pas qu'il va directement demander une vasectomie sauf si... J'avais déjà lu des cas aussi des articles là-dessus des des jeunes qui étaient vraiment demandeurs de vasectomie mais très jeunes, la trentaine, et qui ont été faire jusqu'à faire l'opération, parce qu'ils veulent pas d'enfant et qu'ils sont déterminés à ne pas vouloir d'enfant, c'est leur choix, je respecte, mais euh clairement je mettrais toujours en garde par rapport à la vasectomie parce que je me dirais que c'est quelque chose d'assez invasif et qu'on peut pas revenir en arrière. Et puis tu dois très bien lui expliquer le, qu'il peut congeler ses spermatozoïdes parce qu'on sait jamais les risques, et caetera. Faut être assez complet je pense avec ce genre de technique.

INVESTIGATEUR : Mhh mhh, tout à fait. OK. Et quelle euh, pour toi quelle devrait être la place de la contraception masculine euh dans un couple, dans la société ?

M : Euh c'est c'est assez compliqué euh la contraception, la place de la contraception masculine.

INVESTIGATEUR : C'est une large question. [rires]

M : C'est compliqué étant donné que bon, si on prend la vision euh de de l'être humain en général, j pense que là bon dans un couple dans la vie en général la vie c'est toujours 50/50, donc y'a la relation entre deux personnes euh qu'ça soit... donc entre une femme et un homme c'est 50/50, donc la décision doit venir pour moi des deux forcément, à partir du moment où il y a une bonne entente. Si maintenant c'est une relation plutôt euh qui viendrait plutôt d'un individu par exemple de lui-même parce qu'il a pas forcément de partenaire fixe, euh à ce moment ça deviendrait sa propre décision. Mais la place que je donnerais donc c'est euh je je je honnêtement j'sais pas trop me me prononcer là-dessus parce que euh j'ai du mal à me mettre à la place de ces personnes qui sont demandeuses, en tout cas à la place des hommes qui sont demandeurs d'une d'une contraception autre que le préservatif j'ai du mal à me mettre à leur place, donc euh honnêtement j'sais pas te donner de réponse à cette question. Tu me poses une colle.

INVESTIGATEUR : Est-ce que tu penses qu'il y a quand même une place pour la contraception masculine ...

M : Oui ...

INVESTIGATEUR : ... ou que ce serait plutôt aux femmes de se charger de la contraception ?

M : Non non j pense que forcément y'a une place aussi pour la contraception masculine euh à partir du moment où même, c'est même, comme je disais, c'est bien dans ce genre de de consultation que tu peux avoir donc si c'est lié à la contraception pourquoi pas introduire le sujet, donc si encore une fois y'a un partenaire fixe ou non fixe, introduire le sujet, d'en discuter avec le partenaire, si le partenaire est d'accord de venir également ici présent, de voir un p'tit peu son avis aussi par rapport à sa place par rapport à la contraception. Comme ça y'a personne qui se sent forcé, mais faut trouver forcément un terrain d'entente à partir du moment où on veut pas avoir un bébé, 'fin y'a des décisions à prendre quoi, qu'ce soit l'un ou l'autre mais faut que ça soit fait ensemble, j'forcerais jamais quelqu'un à prendre une contraception parce que son mari le demande ou autre hein, j pense que chacun est maître de de de ses décisions. Maintenant je pense que les hommes sont pas assez sensibilisés là-dessus, donc on leur a toujours dit "prenez le préservatif, protégez-vous", on leur a jamais dit "protégez-vous de quoi" parce que on pense que c'est que les maladies, mais c'est vrai que c'est aussi un moyen de contraception et y'a d'autres moyens de contraception qu'on n'a pas développés avec eux. Donc j pense que les hommes sont très peu sensibilisés sur ça. Donc la femme a l'impression que c'est à elle, que ce rôle-là c'est le sien mais c'est pas forcément le sien, ça doit se décider ensemble, donc j pense que ça c'est quelque chose que je que je mettrais directement en tout cas au point au niveau de la discussion.

INVESTIGATEUR : D'accord. Et euh quels pourraient être les avantages et les inconvénients euh de la contraception masculine justement par rapport à ce rôle euh de la contraception ? Qu'est-ce que ça pourrait apporter aux hommes ou comme avantages ou comme désavantages par rapport aux femmes ?

M : En tout cas euh comme avantages par rapport aux femmes j'dirais que que bon, on a toujours dit que la pilule elle a beaucoup d'effets néfastes, donc forcément les femmes seraient moins exposées à ces effets, la pilule ou autre moyen de contraception, que ça a des effets néfastes en tout cas sur son anatomie, sur son corps, sur certaines pathologies qui peuvent en découdre aussi. Donc les femmes seraient protégées d'une certaine manière. Et y'a des moyens contraceptifs qui sont forcément un p'tit peu moins invasifs pour l'homme, ça protégerait les femmes à la fois et l'homme ça n'en tiendrait pas rigueur à l'homme non plus. Donc j pense que ça a sa place, maintenant peut-être voir s'il faut pas développer d'autres moyens de contraception ou alors développer en tout cas la communication par rapport à ça, la communication vis-à-vis des hommes, parce qu'j pense qu'ils sont pas très au courant des différents moyens.

INVESTIGATEUR : C'est ça, donc par rapport aux femmes, ça pourrait les soulager des effets secondaires éventuels et caetera.

M : Bien sûr. J pense que ça pourrait les soulager et euh y'a beaucoup de femmes qui me disent elles-mêmes qui me disent "ouais mais quand on prend ce médicament-là, on a l'impression que OK ce qui est bien c'est que ça régularise les cycles et caetera" mais elles perdent entre guillemets euh une certaine auto- 'fin le corps perd son autonomie entre guillemets, donc elles aiment pas ce côté-là, moi c'est des discussions que j'ai déjà eues avec certaines femmes. Et le côté forcément le le risque d'infertilité qui peut en découdre euh les risques avec la pilule notamment les femmes par exemple qui fument. Donc y'a y'a des p'tits désavantages qu'on peut trouver, ça les, en tout cas ça retirerait ces désavantages-là si l'homme s'occuperait lui-même de la contraception, ça c'est sûr. Donc ça c'est j pense que c'est ça, maintenant le désavantage j pense que l'homme est beaucoup moins patient que la femme, donc euh j'sais pas si en règle générale il arriverait à, à entre guillemets être assez régulier assez sérieux à ce niveau-là parce que je sais que les femmes le sont très très bien à ce niveau-là en tout cas, elles sont, j'ai jamais eu de souci, en tout cas vis-à-vis des patientes, mais les hommes j'ai l'impression qu'ils seraient moins compliants, moins réguliers, ils seraient plus je-m'en-foutiste, parce qu'au final c'est pas eux qui portent l'enfant, donc euh au final ils vont penser comme ça égoïstement peut-être, c'est ce que je me dis. Le désavantage ce serait plutôt ça.

INVESTIGATEUR : Oui c'est ça... comme c'est pas eux qui portent l'enfant, ils seraient p't'être moins prudents et moins attentifs ?

M : Bien sûr s'il était à la place de la femme, j pense qu'il ferait très très attention, donc y'a le côté égoïste de l'homme qui faut pas oublier et chez la plupart de mes patients, y'en a beaucoup que je sens qui sont égoïstes vis-à-vis de leur épouse donc ça faut euh faut pas négliger aussi, pour moi c'est important.

INVESTIGATEUR : Oui, c'est ça mhh mhh OK. Et est-ce que ça pourrait apporter quelque chose de positif euh aux hommes aussi ?

M : Euh quelque chose de positif ... euh ... ouais quelque part, qu'est-ce que tu pourrais avoir de positif ? C'est de se dire que que au final il a un certain contrôle euh à ce niveau-là, donc euh donc il aura pas le risque de, comme on dit, de d'avoir mis enceinte sa femme, sa compagne, sa copine, peu importe, donc il aura, on va dire qu'il maîtrise ce côté-là. Maintenant euh, bon quelque chose d'autre de positif, euh, qu'est-ce que je pourrais dire, je vois pas d'autre euh, j'vois pas d'autre point positif.

INVESTIGATEUR : D'avoir le contrôle de sa fertilité quoi ?

M : Moi je dirais le contrôle c'est important et surtout un homme quand il a le contrôle, il est content [rires], donc ça va être entre guillemets le point réel positif que je peux en tirer euh personnellement mais euh j'vois pas d'autre point positif, donc je sais pas ce que je ... si c'est complet ou pas mais ...

INVESTIGATEUR : C'est déjà très bien. Euh et est-ce que tu penses que la contraception masculine devrait euh gagner un peu plus de place à l'avenir ou au contraire y'a pas tellement de place pour la développer ?

M : Non non, j pense que ça devrait gagner un peu plus de place parce qu'on l'a bien fait avec les femmes, pourquoi pas avec les hommes premièrement, donc euh, mais dans un pays de droits et d'égalité. Euh on sait que sur terre, le chiffre en tout cas commence à augmenter considérablement euh j pense que ça c'est des études qu'ils font beaucoup en ce moment, ils font beaucoup d'études sur euh sur la fertilité des des femmes, sur euh sur la reproduction, sur la démographie parce que ça commence à faire peur. D'ici vingt - trente ans, on sait pas combien on sera sur terre, donc j pense que c'est quelque chose qu'il faut attaquer maintenant. Je n dis pas qu'il faut instaurer des des obligations aux gens de prendre une contraception mais du moins apporter l'information c'est super important pour moi parce qu'ils doivent savoir que ça existe, y'a des hommes comme je vous disais ils veulent pas du tout être parent, donc euh pourquoi les priver d'un moyen qui existe, donc il faudrait mettre plus au courant, j pense qu'on n'est pas assez au courant de de ce qui est possible quoi.

INVESTIGATEUR : OK. Et qu'est-ce que tu penses du nombre et de la variété de méthodes de contraception masculine qui sont disponibles actuellement ? Est-ce que tu penses qu'il y en a assez, est-ce que c'est... ?

M : Ben écoute, moi déjà , comme j te l'ai cité, j'en connaissais, donc je connaissais par la voie thermique, mais dans la voie thermique y'a plusieurs éléments qui en découlent, la voie hormonale, euh la voie chirurgicale, euh y'avait encore une autre voie, donc c'était plus médicamenteux, si j dis pas de bêtise, c'est pas forcément des hormones, c'était des médicaments, euh je connais quatre méthodes on va dire entre guillemets mais j'ai l'impression que c'est pas encore suffisamment développé. Parce que euh dans les quatre méthodes qu'on voit y'en a quand même qui font euh qui font qui font peur, y'en a qui sont irréversibles, d'autres qui sont réversibles mais y'a des complications, donc j pense qu'il faudrait qu'on qu'on étudie un peu plus le sujet, ça c'est, ça c'est sûr, donc trouver le meilleur compromis, donc forcément avec le moins d'effets secondaires possible, quelque chose de facile à prendre, le moins invasif possible et qui serait réversible. Ça ce serait le top du top.

INVESTIGATEUR : Mmh mmh oui, c'est ça.

M : Donc euh ça je pense que ce serait idéal de trouver ça mais ...

INVESTIGATEUR : La contraception idéale.

[rires]

M : Ouais c'est la contraception idéale, ce qui est pas évident.

INVESTIGATEUR : Mmh mmh OK. Hem, et donc ce que tu attendrais d'une future contraception idéale justement, ce serait quelles quelles caractéristiques ? Donc tu dis plus de sécurité, moins d'effets secondaires j'entends.

M : Oui bien sûr, bien sûr bien sûr, plus de sécurité, moins d'effets secondaires, forcément euh je je pense que, je ne sais pas si actuellement donc euh je sais que les femmes elles sont remboursées pour la pilule par exemple. Ou pour certains moyens de contraceptions.

INVESTIGATEUR : Oui.

M : Est-ce que les hommes pour l'instant le sont avec les moyens de contraception qui existent ? Ils le sont aussi ? Pas toujours. Donc déjà p't'être voir à ce niveau-là aussi tu vois y'a plein de y'a plein de facilités qu'on peut essayer de trouver et qu'au final j pense que c'est le c'est le le gouvernement de la santé qui sera gagnant au final tu vois. Donc euh je pense qu'il y a des p'tits manquements à ce niveau-là qu'il faudrait rectifier euh et aussi c'que je voulais rajouter, c'était quoi que je voulais rajouter ? Ça y est j'ai oublié. [rires]

INVESTIGATEUR : Ça reviendra p't'être après.

M : J'avais une bonne idée en plus.

INVESTIGATEUR : D'accord. La contraception idéale : donc bien remboursée, moins d'effets secondaires.

M : Voilà moins d'effets secondaires, évidemment revoir les remboursements pour certains patients parce que certains patients ils vont venir chez toi et vont dire "oh Docteur c'est 10 € j'm'en fous j'la prends pas", parce que c'est 10 € quoi, alors que s'il est remboursé il va peut-être faire un effort. Donc euh déjà ce niveau-là. Touche au portefeuille des patients et ils sont contents euh. Et quelque chose d'autre que je voulais dire mais je ne sais plus, je ne sais plus, je ne reviens plus dessus.

INVESTIGATEUR : Ça reviendra peut-être après...

M : Ça va me revenir.

INVESTIGATEUR : Hem, est-ce que pour terminer tu saurais identifier quelques freins et quelques leviers au développement de la la contraception masculine ? Qu'est ce qui pourrait faire que on on réussirait à la développer plus et qu'est-ce qui pourrait justement freiner son développement ?

M : Euh qu'est-ce qui pourrait faire qu'on puisse la développer plus, déjà c'est les moyens de communication qu'on a aujourd'hui, donc très facile à faire véhiculer l'information, j pense que tu peux utiliser les réseaux. Tu peux utiliser des techniques d'approche plus plus on va dire plus douces par rapport aux jeunes. Tu peux t'adapter en fait en fonction des tranches d'âge grâce à ce qu'on connaît aujourd'hui, donc l'informatique et les réseaux. Euh les les les leviers aussi donc euh c'est de se dire qu'on a on a des arguments aussi pour euh pour utiliser la contraception, c'est-à-dire qu'aujourd'hui c'est difficile d'assumer d'assumer un enfant avec qu'un salaire, difficile d'assumer un deuxième, un troisième, donc t'as quand même suffisamment d'informations par rapport au vécu des gens par rapport à la situation actuelle dans la pandémie. Euh ensuite, un frein pour moi ce serait de se dire que la contraception euh féminine est tellement bien développée qu'elle risque de freiner indirectement la contraception masculine parce que l'homme va se dire "bah en fait la femme a déjà tout ce qui faut,

pourquoi nous on doit, pourquoi nous on va se rentrer dans ce entre guillemets dans cette catégorie-là". Donc ça ce serait un p'tit peu des idées arrêtées qui faudrait essayer de d'éviter. Moi j pense que tout simplement commencer à l'école dans l'enseignement tu vois, parce que quand quand t'es jeune t'as 10 - 12 ans t'as des cours d'éducation sexuelle, moi c'est ce que j'avais à l'école, on savait comment faire un bébé, on savait comment tchic comment tchac, on savait comment on utilisait déjà les préservatifs, on nous avait fait une démonstration, mais à cet âge-là on n'a pas parlé du reste tu vois. Donc peut-être introduire déjà le sujet chez les plus jeunes comme ça quand ils sont plus grands ils vont plus facilement euh ils veulent plus facilement accepter l'information qui va venir à eux tu vois tout simplement. Donc euh tout ça je pense que c'est des c'est rouages à, qu'on doit en tout cas rentrer comme on dit rentrer dans la chaîne, donc euh ça ça serait des freins et des leviers. Euh, puis quoi d'autre comme freins ? Euh ben ce serait comme je te disais donc le le point économique, donc si ça coûte cher ils vont pas se diriger vers ça, si ça coûte pas cher que c'est remboursé, ils vont plus, p't'être faire un plus grand effort, donc ça ce serait un frein qu'il faudrait retirer à l'avenir. Euh et voilà je pense que un autre, en tout cas un autre levier ce serait de voir le l'expansion de la démographie, des difficultés de vie et tout ça, donc c'est des études qui doivent être vraiment ciblées et ça pourrait débloquent en tout cas les mentalités, j pense que c'est quelques freins quelques leviers que j'aurais donnés.

INVESTIGATEUR : OK. Et du côté euh, donc ça c'est oui du côté global, du côté des patients et du côté des médecins, est-ce que tu penses qu'il y a aussi des choses qui peuvent se jouer au niveau des freins et des leviers ?

M : Ouais bien sûr parce que du côté des des des médecins t'as encore des médecins qui sont freinés par rapport à la contraception euh c'est très peu mais bon j'en connais qui vont dire euh qui vont dire euh ouais c'est pas quelque chose de naturel donc moi j'suis pas pour, moi j'introduis jamais de contraception, comme t'as des médecins qui refusent de faire des avortements ou autres, c'est un peu le, j'te fais le parallèle avec ça.

INVESTIGATEUR : Ouais ouais, et tu penses ...

M : Et t'as certains médecins qui sont contre, donc ça fait cette espèce de frein au niveau des mentalités qui existe toujours.

INVESTIGATEUR : La contraception alors de façon générale ?

M : Ouais générale.

INVESTIGATEUR : Mais si on parle plus de la masculine ?

M : Ben je pense que eux ils ont ils ont pour eux , ça reste une contraception, masculine ou pas, pour eux ça reste une contraception...

INVESTIGATEUR : Contre tout alors ?

M : Contre nature. C'est ça que je voulais utiliser comme terme, pour eux c'est contre nature. Donc y'en a quelques-uns qui sont encore comme ça, j'en connais moi-même, donc euh ceux-là peut-être euh leur retirer leurs freins je ne sais pas comment, p't'être en les informant un peu plus sur le sujet, qu'ils soient un peu plus rassurés, qu'ils, qu'on leur explique que c'est pas contre nature mais ça

reste le choix de la personne humaine, on est tous humains, donc euh, 'fin, on fait des choix, à partir du moment où je décide d'avoir une contraception, faut respecter ça. J pense qu'en tant que médecin tu dois respecter le patient que t'as devant toi, donc je pense qu'il faudrait plus passer par ces valeurs-là pour débloquer les freins de certains médecins. Euh sinon euh encore une fois le levier ça serait bien la communication vis-à-vis des médecins, organiser des conférences, encore une fois moi c'est la première fois que, en dehors de, allez, du peu de détails que j'avais eus dans mon cours d'uro, que j'entends parler de contraception masculine tu vois, donc c'est vraiment qu'on est très peu informés et qu'il y a pas suffisamment d'éléments sur le sujet, donc petite conférence de rappel, des trucs comme ça je pense que ça peut être positif aussi. Et y'en a pas assez pour moi, donc ça j'aurais dit ça, maintenant je ne sais pas quoi dire de plus euh si ce n'est que, pareil au niveau des firmes pharmaceutiques, on a souvent des délégués qui viennent, y'en a un par semaine, ben pff sur l'année y'en a zéro qui parle de contraception masculine tu vois, donc c'est pas c'est pas assez développé j'pense.

INVESTIGATEUR : OK. Ben c'est déjà bien bien complet j'pense comme réponse. Y'a beaucoup d'éléments en tout cas. Merci beaucoup.

M : Ben si ça peut t'aider, tant mieux.

INVESTIGATEUR : J'sais pas si y'a autre chose que tu voudrais ajouter sur le sujet ?

M : Ben à part cette idée qui était sortie de ma tête, je sais plus du tout mais euh je sais plus du tout ce que je voulais dire en fait.

INVESTIGATEUR : OK. Ben donc communication essentiellement, information euh qui pourrait vraiment être au centre.

M : Franchement ça serait intéressant parce que quand tu fais une formation ça te marque quoi t'as l'information elle rentre et voilà tu peux au bon moment tu vas la ressortir au bon patient qui avait besoin de cette information-là et voilà t'as dit - faut pas oublier qu'on a différents types de patients devant nous, t'en a plus qui vont pas parler d'eux-mêmes, qui sont peut-être plus timides, d'autres qui vont plus se lâcher, d'autres qui sont demandeurs mais qui vont jamais te demander directement, donc y faut qu'on qu'on essaie de d'avoir des formations et de détecter l'information chez le patient sans même qu'il te le demande en fait, mais si t'as l'information entre guillemets qui est bonne, t'auras les bonnes infos à lui donner et ça va découler tout seul, mais si toi-même t'es passé à côté du à côté de l'élément de son anamnèse ou autre, et ben voilà j'pense qu'il faut qu'on soit mieux formés en tout cas à ce niveau-là.

INVESTIGATEUR : OK. Le mot de la fin alors. Très bien merci beaucoup en tout cas.

M : De rien, avec plaisir.

Retranscription interview N

INVESTIGATEUR : Donc voilà je voulais vous poser, pour commencer vous poser quelques questions par rapport à la contraception de façon générale donc pas juste masculine. À quelle fréquence est-ce que vous êtes sollicité du coup pour des questions de contraception en consultation ?

N : Au moins une fois par jour.

INVESTIGATEUR : Une fois par jour, oui d'accord. Et comment est-ce vous définissez votre rôle dans la contraception en tant que médecin généraliste ?

N : Oh aussi bien initiateur que renouvellement ou conseil, modification.

INVESTIGATEUR : Donc pouvoir en discuter aussi. Et est-ce que vous pensez que vous êtes l'intervenant le mieux placé pour faire le bon choix de contraception ?

N : Non, le gynéco est mieux.

INVESTIGATEUR : Donc le gynéco plutôt en première ligne. Ok. Au niveau contraception masculine qu'est-ce que vous connaissez comme méthode masculine ?

N : Ben euh les capotes [rires] déjà. La vasectomie. Et alors bon à la limite mais ça ne se fait pas ça mais si on donne quelque chose pour le cancer, finastéride et caetera ça peut peut-être fonctionner aussi ? [rires].

INVESTIGATEUR : Des petits essais en vue ? [rires]. Et donc vous aviez parlé tout à l'heure de cette pilule masculine.

N : La pilule oui mais ça elle n'existe pas encore donc euh ouais.

INVESTIGATEUR : Oui c'est ça. Ok. Et d'où vous viennent ces connaissances par rapport aux contraceptions masculines ? Est-ce que c'est quelque chose que vous avez appris à l'université, ou vous avez fait des recherches par vous-même, ou c'est dans la pratique que... ?

N : Ben je pense que tout le monde connaît ces choses-là, 'fin on parlait de cette pilule quand j'étais à l'université donc euh c'est pas nouveau. Euh la vasectomie ben ouais je pense que y a rien d'extraordinaire quoi.

INVESTIGATEUR : Ces sont toutes des choses bien ancrées dans votre pratique.

N : Ça coule de source oui. Je pense que j'ai rien appris depuis ma sortie de de l'école, 'fin de l'unif. Y a rien eu de neuf de toute façon.

INVESTIGATEUR : Pas eu de formation ou de séminaire spécifiquement sur le sujet, c'est vraiment de là que ça venait quoi ?

N : Non, non ça n'existe pas la contraception masculine. [rires]

INVESTIGATEUR : Mmh, okay [rires]. Et comment est-ce que vous estimez vos connaissances en matière de contraception masculine. Vous estimez qu'elles sont suffisantes ?

N : Euh je pense que, enfin comme tout le monde dans la moyenne quoi, suffisantes.

INVESTIGATEUR : Ok. Est-ce vous seriez intéressé éventuellement de connaître un peu plus ces méthodes de contraception masculine, ou pas spécialement ?

N : Non parce que, autant les femmes consultent souvent pour ça, les mecs jamais.

INVESTIGATEUR : Ah oui c'est ça, pas de demande quoi.

N : Non jamais. Si, oui, pour la vasectomie. Mais en fait ils arrivent et ils savent déjà ce qu'ils veulent quoi. Voilà.

INVESTIGATEUR : Oui, ok. Et ils viennent vous voir pour quelle raison alors ?

N : Ben ils ont déjà trop de gosses. Et madame elle en veut plus. Et madame elle veut plus prendre la pilule et caetera.

INVESTIGATEUR : Et qu'est-ce qu'ils viennent chercher chez vous alors ?

N : Un mot pour aller chez l'urologue. [rires]

INVESTIGATEUR : Ah oui d'accord je vois. Être ré-orienté et...

N : Voilà c'est ça. Mais on leur propose pas la vasectomie, ils savent déjà quoi. 'fin bon je suppose que y a peut-être des patients qui sont pas au courant mais bon, j'en ai pas encore rencontré.

INVESTIGATEUR : Et vous c'est quelque chose que vous abordez de temps en temps spontanément avec les patients la vasectomie, ou comme vous dites c'est plutôt les patients qui viennent et qui savent ce qu'ils veulent déjà ?

N : Euh c'est plutôt eux qui demandent ben ouais c'est ça quoi.

INVESTIGATEUR : Oui, ok. Et ça ça arrive euh, ça vous est déjà arrivé régulièrement des patients qui viennent vous voir pour des questions sur la vasectomie ?

N : Oh, une fois par an.

INVESTIGATEUR : Une fois par an, oui c'est pas hyper fréquent non plus quoi. Est-ce que vous avez éventuellement d'autres demandes que la vasectomie au niveau masculin ?

N : Ça m'est déjà arrivé dans le temps de « Ah j'ai j'ai lu un truc sur une pilule pour les mecs ». J'ai dit « Baah j'en sais pas plus que vous ». Mais c'est arrivé une fois quoi.

INVESTIGATEUR : Ah oui, très rare aussi. Peu de demandes donc si j'entends bien en tout cas chez vous au niveau masculin c'est pas...

N : Pas fréquent non.

INVESTIGATEUR : Et qu'est-ce que vous pensez des méthodes masculines qui sont disponibles actuellement ? Que ce soit au niveau efficacité, au niveau sécurité, au... ?

N : Ben moi je pense que c'est parfait, que c'est sûr et efficace, 'fin pour la vasectomie hein. La capote c'est moins sûr mais y a pas d'effet secondaire, à part l'allergie. Par contre si y a une pilule ben faudrait voir si y a pas un effet pervers à long terme, et comme elle existe pas ben on sait pas, on en parle pas quoi. [rires]

INVESTIGATEUR : Ça bloque un petit peu le le débat du coup...

N : Oui c'est ça quoi.

INVESTIGATEUR : Et est-ce vous pensez que y a suffisamment de méthodes de contraception masculines ?

N : Non, il manque une pilule !

INVESTIGATEUR : Il manque une pilule justement ! [rires] Ou éventuellement autre chose...

N : Ou autre chose, un implant, ou n'importe quoi mais euh. Il manque une euh une stérilisation chimique.

INVESTIGATEUR : Oui c'est ça. Quelque chose qui soit alors plutôt réversible ?

N : Ouais c'est ça.

INVESTIGATEUR : Ok. Et vous pensez que ça pourrait apporter quoi d'avoir euh ça dans le dans le panel de contraception ?

N : Plus de contrôle pour le pour l'homme quoi. Maintenant encore une fois faut que ça rentre dans les mœurs.

INVESTIGATEUR : Oui mmh. Et pour vous donc quelle euh quelle est actuellement la place de la contraception masculine et qu'est-ce qu'elle devrait être à l'avenir ? Comment vous voyez un petit peu les choses ?

N : En fait moi comment je vois les choses... Le mec il a pas trente-six solutions. Si il veut se protéger de se faire alpaguer par une bonne femme, soit il a intérêt à mettre trois capotes [rires], ou faire une vasectomie. Le problème de la vasectomie c'est que c'est irréversible donc il est un peu coincé. Donc il a pas vraiment le choix. Et donc la place ça serait justement d'avoir de donner la possibilité à des jeunes qui ont une vie dissolue hein de se prémunir de faire des conneries quoi.

INVESTIGATEUR : Donc ce serait de pouvoir euh que l'homme puisse avoir ce contrôle-là aussi alors ?

N : Ouais ouais voilà c'est ça.

INVESTIGATEUR : Sans que ce soit quelque chose après avoir eu 5 enfants, définitif et caetera.

N : C'est ça ouais, hein ou alors dans un couple où ben madame sait pas prendre la pilule, pour une raison X et caetera ben monsieur peut la prendre quoi. Et ils espacent un peu leurs naissances.

INVESTIGATEUR : Ok. Donc pouvoir prendre le relais aussi de leur partenaire quoi.

N : Oui oui.

INVESTIGATEUR : Est-ce que vous avez euh des craintes par rapport à ce genre de méthodes...

N : Ben tout ce qui est chimique c'est ben les effets secondaires quoi. T'imagines que que t'avais le softenon puis le DES aussi, diéthylstilbestrol qui était une pilule qu'on donnait et puis en fait on a remarqué que les filles des mères qui avaient pris ça avaient des petits vagins, des petits utérus ou des petits vagins, 'fin des malformations et des cancers donc euh c'est ça le problème d'un d'une pilule pour l'homme, on verra 'fin faudra vingt-cinq ans pour savoir ce que ça donne quoi. Voilà.

INVESTIGATEUR : Et chez la femme on a déjà ce recul-là. Ça fait un petit temps qu'elle est bien instaurée.

N : Ouais. Ouais exactement, c'est ça.

INVESTIGATEUR : Donc j'entends que ce que vous attendez dans le futur ce serait donc une autre méthode de de contraception réversible hum. Et alors au niveau des freins et des leviers par rapport à la contraception masculine, qu'est-ce que vous identifieriez, comme freins à son développement tout d'abord... ?

N : Le frein ? Culturel.

INVESTIGATEUR : Culturel essentiellement ?

N : Ouais, ouais.

INVESTIGATEUR : D'autres choses éventuellement ?

N : Et le levier ben justement ben madame.

INVESTIGATEUR : Oui. Vous pensez que les femmes seraient demandeuses de... ?

N : Ben je pense aussi oui hein, ouais. Et alors ce serait, ça permettrait d'équilibrer le couple complètement quoi.

INVESTIGATEUR : Oui. Vous verriez des avantages aussi bien du côté féminin que du côté masculin ?

N : Ben oui. Sécurité 'fin si la pilule devenue masculine est safe, c'est tout c'est tout bénéf hein.

INVESTIGATEUR : Mmh mmh. Donc euh du côté de la société, du côté plutôt des médecins, du côté des patients, vous pensez que c'est quand même surtout quelque chose de culturel qui va faire frein ?

N : Au départ oui à mon avis oui. Oui c'est un peu comme euh regarde, on sort des vaccins pour euh Pfizer pour le covid et là « aargh »...

INVESTIGATEUR : Ouais, les craintes de façon générale euh de la population ?

N : Voilà.

INVESTIGATEUR : Et qu'est-ce que vous pensez précisément au niveau culturel qui va faire barrière : est-ce que c'est des idées reçues plutôt par rapport à la peur des médicaments ou... ?

N : Parce que oui, oui ou euh... La peur pour sa virilité. En gros tu vas mettre du finastéride à quelqu'un, probablement qu'il aura plus difficile d'avoir des enfants mais il va moins bander aussi.

INVESTIGATEUR : Oui donc la peur qu'il y ait des répercussions au niveau sexuel.

N : Ah beeen oui c'est ça à mon avis c'est ça, oui.

INVESTIGATEUR : Oui. Et vous pensez que c'est des images qui peuvent aussi concerner... ?

N : Faudra le temps que ça fasse son chemin, c'est tout.

INVESTIGATEUR : Ok. Et vous pensez que c'est des craintes qui pourraient aussi concerner les médecins eux-mêmes ?

N : Le... Le long terme. 'fin tout ce qui est pharmacovigilance en fait c'est plutôt ça.

INVESTIGATEUR : Oui donc pas tellement les craintes liées à l'impuissance et caetera...

N : Non non ça non. Maintenant si effectivement on voit que que les effets secondaires ben... 20% d'impuissance ben [rires]... Ils vont peut-être pas trop apprécier...

INVESTIGATEUR : Oui effectivement... Et alors au niveau des leviers vous avez cité euh les femmes qui seraient peut-être preneuses d'un relais...

N : Oui c'est ça.

INVESTIGATEUR : D'autres idées ?

N : Non pas vraiment.

INVESTIGATEUR : Ok je pense qu'on a fait un peu le tour de tout ça... Est-ce que vous avez des remarques ou d'autres questions ?

N : Non pas vraiment ça va.

INVESTIGATEUR : Merci à vous pour votre disponibilité.

N : Mais de rien.