



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Année 2016

N°

LE RÔLE DU JEUNE HOMME DANS LA CONTRACEPTION DU COUPLE

Enquête qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de 14 jeunes hommes
de 18-25 ans en région Rhône-Alpes

Thèse

Pour le diplôme d'état

de DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} mars 2016

Par

Alexandra CORBETT

Née le 19 juin 1986 à Paris

Président du jury :

Pr MOREAU Alain

Directrice de thèse :

Dr FIGON Sophie

Autres membres du jury :

Pr HUISSOUD Cyril

Pr ERPELDINGER Sylvie

Dr LYONNET Chrystèle

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1 – 2015/2016

PRÉSIDENT

François-Noël GILLY

PRÉSIDENT DU COMITE DE
COORDINATION DES ÉTUDES MÉDICALES

François-Noël GILLY

DIRECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES

Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MÉDECINE LYON EST

Doyen : Jérôme ETIENNE

UFR DE MÉDECINE LYON SUD-
CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directrice : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Directeur : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES
DE RÉADAPTATION (ISTR)

Directeur : Yves MATILLON

DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE HUMAINE

Directrice : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T.

Directeur : Christophe VITON

OBSERVATOIRE DE LYON

Directrice : Isabelle DANIEL

ÉCOLE SUPÉRIEURE DU PROFESSORAT
ET DE L'ÉDUCATION (ESPE)

Directeur : Alain MOUGNIOTTE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON-EST

Liste des enseignants 2015/2016

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

COCHAT	Pierre	Pédiatrie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GOUILLAT	Christian	Chirurgie digestive
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MAUGUIERE	François	Neurologie
NINET	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
PHILIP	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DISANT	François	Oto-rhino-laryngologie
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARTIN	Xavier	Urologie
MELLIER	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MOREL	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NEYRET	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie

NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Physiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUGEAT	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
BARTH	Xavier	Chirurgie générale
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie digestive
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUCERF	Christian	Chirurgie digestive
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie

KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERTENS	Patrick	Anatomie
MION	François	Physiologie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MUE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
RUFFION	Alain	Urologie
RYVLIN	Philippe	Neurologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Physiologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VALLEE	Bernard	Anatomie
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

ALLAOUCHICHE	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUCRAY	François	Neurologie
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
FAURE	Michel	Dermato-vénéréologie
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GILLET	Yves	Pédiatrie
GIRARD	Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUYEN	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Nutrition
PIGNAT	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
PONCET	Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAULT	Hélène	Physiologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

LETRILLIART	Laurent
MOREAU	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

FLORI	Marie
LAINE	Xavier
ZERBIB	Yves

Professeurs émérites

BAVEREL	Gabriel	Physiologie
BOZIO	André	Cardiologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DESCOTES	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PETIT	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie
VIALE	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
GERMAIN	Michèle	Physiologie
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
JOUVET	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PHARABOZ-JOLY	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
RIGAL	Dominique	Hématologie ; transfusion
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TIMOUR-CHAH	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
VOIGLIO	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
BARNOUD	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LESCA	Gaëtan	Génétique
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
RITTER	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROMAN	Sabine	Physiologie
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VENET	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
FIGON	Sophie

COMPOSITION DU JURY

Président du jury

Monsieur le Professeur Alain MOREAU,
Professeur associé de Médecine générale

Membres du jury

Monsieur le Professeur Cyril HUISSOUD
Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier du Service de Gynécologie de la Croix Rousse

Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER
Professeur associé de Médecine générale

Madame le Docteur Sophie FIGON
Docteur en Médecine et Maître de Conférence associé à la Faculté de Médecine de Lyon

Madame le Docteur Chrystèle LYONNET
Docteur en Gynécologie au Centre Hospitalier de Lyon Sud

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous remercie de votre gentillesse, de vos conseils et de votre disponibilité.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

À la directrice de thèse,

Madame le Docteur Sophie FIGON

Vous avez été à mes côtés tout au long de cette thèse. Je vous suis très reconnaissante pour tout ce que vous m'avez apporté et appris.

J'ai une grande admiration pour vous. J'aime la manière dont vous vous donnez auprès des étudiants dans l'enseignement et auprès de vos patients dans votre pratique.

Je ne peux que vous remercier également pour les six mois passés ensemble dans votre cabinet lors de mon dernier stage d'interne.

Je me suis mise à votre école.

Je garderai en mémoire pour ma future vie de médecin tout ce que vous m'avez appris.

Merci pour votre amitié, Sophie.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Cyril HUISSOUD

Le Docteur FIGON et moi-même, nous vous remercions sincèrement d'honorer cette thèse de votre présence dans le jury.

Votre présence en tant que gynécologue nous est très appréciable.

Nous vous assurons de notre gratitude et de notre profond respect.

Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER

Le Docteur FIGON et moi-même, nous vous sommes très reconnaissantes d'avoir accepté d'être membre du jury.

J'ai apprécié également vous rencontrer dernièrement.

Soyez assurée de nos sincères remerciements.

Madame le Docteur Chrystèle LYONNET

Je te remercie de tout cœur d'avoir accepté d'être là ce soir et je suis très sensible à ta présence dans ce jury de thèse.

Je garderai toujours un délicieux souvenir des lundis passés avec toi et Marie au CPEF de HEH. Ces mois sont passés bien trop vite mais l'aventure continue.

Je te redis toute mon amitié.

À mes proches,

À mes si chers parents,

Maman, vous m'avez aidée à garder la joie durant toutes ces années et durant les épreuves que nous avons dû traverser tous ensemble récemment. Vous étiez là, unique et douce et toujours présente. Je sais que vous êtes fière de moi. Je vous aime de tout mon cœur.

Daddy, vous avez cru en moi depuis le début et c'est vous qui m'avez aidée à garder la force pour aller jusqu'au bout dans cette longue entreprise que sont les études de médecine.

À mes frères et sœurs,

Loulou, mon grand frère ! Force et honneur. Tu as toujours cru en moi.

Vicky, ma grande sœur chérie, ma confidente, **David** mon beau frère et bien sûr les petits bouts que j'aime tant et qui font toujours ma joie : **Juliette**, **Roch** mon adorable filleul, et **Santiago**.

Cacou, mon petit frère avec qui j'ai tout vécu ! Te souviens-tu quand je révisais mes compositions de maths et physique et que toi tu dormais déjà : souvenirs... Tu m'as supportée toutes ces années et tu croyais en moi.

À tout le reste de ma grande famille,

Mes oncles et tantes, mes chers cousins, **Tahotte**, mon parrain **oncle Benoît** et ma marraine **Béatrice**, je vous garde dans mon cœur ! À **Domi et Quentin**, vous m'avez tant aidée pour la dernière ligne droite. C'était merveilleux de travailler à vos côtés, merci de tout cœur.

À mes amis d'ici ou d'ailleurs,

Les amis de la colo de Genève, **Pauline**, **Avril**, **Nadiejda** et les autres; Les JP de Valence, **Père Dom**, **Rebecca**, **Marie**, **Maylis**, **Céline**, **JB**, **les 3 compères** et les autres ; les copains de Lourdes, (j'y retournerai en tant que médecin cette fois-ci), les amis du Sénégal, à **Dr Mass DIOP** ; ceux du Mexique, **Rodrigo**, et **Kiara** « *y los Hermanos Theo, Alban y Joachim* » ; ceux de Versailles, **Anne Lise** ; ceux d'Annecy, **Marina et Frank**...

À mes amis internes,

De Paris : **Anaïs**, tu sais comme tu comptes pour moi. Nous nous sommes connues depuis le premier jour à la rentrée de la faculté de médecine PARIS OUEST et nous ne nous sommes plus quittées, vive PO ! **Doud** et **Constance** ! PARIS V en force ! Pour tous nos bons moments passés ensemble à bosser comme des fous les ECN à Laennec dans notre chère « salle du milieu », rue d'Assas où plus aucune boulangerie n'avait de secret pour nous. Vous me manquez. Je n'oublie pas aussi la bande du ski : **Riton, Oliv, Nico, Louise** ... et les autres.

D'Aubenas : **Fanny** ma première co-interne en cardio ! **Léa** avec son joli accent, **Claire, Pauline, Marine** et **Amélie** ! « *Peu cher !* » Merci **Hélène**, nous nous sommes soutenues pour nos thèses jusqu'au bout et aussi grâce à notre gym suédoise.

De Valence : Cet été fut complètement fou ! Le soleil, les fêtes et le Vercors entre les longues et rudes gardes aux urgences. **Ingrid, Laura, Lolo, Yann**, ma chère **Ax, Jonjon, Math, Paulo, Mélo**... « *Avalanche !* »

À l'équipe de choc de pédopsy de l'HFME: **Audrey** et **Robin**, mon lieutenant! On formait une belle équipe ! « *Kiffez la Life les Estrass !* »

À l'équipe de gériatrie Sainte Philomène de FOURVIÈRE : **Fouzia** et **Julien**, merci pour tout ce que vous m'avez appris pour comprendre nos patients âgés. Mes co-internes, **Amélie, Marion, Marine, Sandrine** et **Pauline**. Je n'oublie pas **Cyndie** et ses chocolats! Nous nous sommes motivées ensemble dans notre belle bibliothèque, « *la cours des miracles* »...

À mes maîtres de stage de Haute-Savoie, et de Lyon,

Philippe, vous m'avez tant appris et je vous en remercie ! Peut-être nous reverrons-nous sur le bord d'une piste de ski ? **Dominique**, nous riions tellement comme des « *petits radis* » ! **Catherine**, tu es comme ma « *maman de médecine* », je ne t'oublierai jamais.

À l'équipe d'hémato de MIGNOT et du CLB, un grand merci aux **Dr TAKSIN** et **Dr NICOLAS** !

Aux 14 jeunes qui ont accepté de participer à mes entretiens et au bibliothécaire.

Et à toi, mon amour, Mawuklo, un si grand bonheur de t'avoir rencontré ...

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

ABRÉVIATIONS

ANCIC : Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception

CSF : Contexte de la Sexualité en France

DIU : Dispositif Intra Utérin

ET : Énanthate de Testostérone

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

CiSMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

FSH : Folliculo-Stimuline Hormone

GIS : Groupe Information Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

Inpes : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IVG : Interruption Médicale de Grossesse

J1, J2 : Jeune 1, Jeune 2 etc...

LH: Hormone Lutéinisante

MeSH: Medical Subject Headings

MLAC: Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception

MLF: Mouvement Liberal des Femmes

MST: Maladies sexuellement Transmissibles

MT : Médecin traitant

PMA : Procréation Médicale Assistée

PSE : Prévention, Santé, Environnement

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience acquise

SMS : Short Message Service

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

SVT : Sciences de la Vie et de la Terre

UT : Undécanoate de Testostérone

WONCA World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

RISUG : Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	19
QUELQUES NOTIONS UTILES SUR LA CONTRACEPTION	21
1. HISTOIRE, ACTUALITE ET LEGISLATION SUR CONTRACEPTION EN FRANCE	21
1.1 <i>Histoire et actualité sur la contraception en France</i>	21
1.2 <i>Législation sur la contraception en France</i>	23
2. UNE CONTRACEPTION FEMININE AVANT TOUT	24
2.1 <i>« Révolution contraceptive », un nouveau concept</i>	24
2.2 <i>Émancipation des femmes</i>	24
3. VERS UNE CONTRACEPTION MASCULINE	26
3.1 <i>Un éventail très restreint de méthodes masculines possibles</i>	26
3.2 <i>Les « nouvelles méthodes » : hormonale masculine, élévation de la température et RISUG</i>	27
MATERIEL ET METHODES	31
1. HYPOTHESE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	31
1.1 <i>Hypothèse</i>	31
1.2 <i>Objectifs de travail</i>	31
2. L'ÉTUDE	32
2.1 <i>La technique par entretiens semi-dirigés</i>	32
2.2 <i>L'élaboration du guide d'entretien</i>	32
2.3 <i>La population de l'étude</i>	34
2.4 <i>Déroulement des entretiens</i>	35
3. RETRANSCRIPTION DES DONNEES	37
4. ANALYSE DES DONNEES	37
5. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	38
5.1 <i>Les mots clés utilisés pour la recherche bibliographique</i>	38
5.2 <i>Les principales bases de données scientifiques utilisées</i>	39

RESULTATS	40
1. DONNEES GENERALES DES ENTRETIENS	40
1.1 <i>Déroulement des entretiens</i>	40
1.2 <i>Description des jeunes hommes</i>	41
1.3 <i>Tableau récapitulatif</i>	45
2. RESUME DES ENTRETIENS	47
3. ANALYSE TRANSVERSALE	52
3.1 <i>Connaissances des jeunes hommes sur la contraception</i>	52
3.2 <i>Implication des jeunes hommes dans la contraception selon différentes situations</i>	60
3.3 <i>Responsabilités partagées</i>	83
DISCUSSION	91
1. LES PRINCIPAUX RESULTATS DE NOTRE ETUDE	91
1.1 <i>Les jeunes hommes étaient porteurs de savoir</i>	91
1.2 <i>Les jeunes hommes se sentaient impliqués</i>	91
1.3 <i>Les jeunes hommes partageaient les responsabilités contraceptives</i>	92
2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	93
2.1 <i>Les forces de l'étude</i>	93
2.2 <i>Les limites de l'étude</i>	94
3. DISCUSSION DES RESULTATS COMPARES A LA LITTERATURE.....	97
3.1 <i>Connaissances des jeunes hommes et sources d'information sur la contraception</i>	97
3.2 <i>Implication des hommes dans la contraception</i>	105
3.3 <i>Dynamisme et évolution concernant la contraception</i>	114
3.4 <i>Perspectives pour un meilleur partage des responsabilités dans la contraception du couple</i>	124
LES CONCLUSIONS	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
BIBLIOGRAPHIE	127
ANNEXES	131
1. ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE	131
2. ANNEXE II : RESULTATS BIBLIOGRAPHIQUES	133

A mes proches...

*« J'étais encore dans les entrailles de ma mère quand
il a prononcé mon nom »* Isaïe 49-1

INTRODUCTION

En 2010, l'Institut National de Prévention et d'Éducation sur la Santé lançait une campagne sur la contraception dont le slogan était : « Contraception : filles et garçons : tous concernés » (1). La maîtrise de la reproduction et des naissances se conjugue le plus souvent au féminin : elle reste bien souvent de la responsabilité de la femme. C'est pourtant un enjeu fondamental au sein du couple. Sexualité et fertilité restent indissociables, même si le rôle joué par la contraception pourrait aujourd'hui nous faire croire le contraire, en laissant bien souvent à la femme le soin de « gérer sa fertilité ». N'est-ce pas toujours aux femmes que l'on pense en premier quand on parle de contraception ? Mais qu'en est-il du côté de l'homme ?

La question de l'homme en matière de sexualité est bien souvent considérée du point de vue de la santé sexuelle, et beaucoup moins du point de vue de la santé de la reproduction (2). « La santé de la reproduction » est un concept introduit par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement du Caire en 1994, et qui désigne : « la possibilité pour tous, femmes et hommes, d'avoir une sexualité sans danger, de se reproduire ou non, en ayant le nombre d'enfants souhaités, au moment voulu, et ce, sans danger pour la mère et l'enfant (3) (4) ». Aujourd'hui cette ambition ne semble pas avoir été atteinte. La place de l'homme face aux enjeux de la reproduction apparaît encore souvent secondaire face à celle de la femme. L'accès à une contraception efficace dans la dernière partie du XX^{ème} siècle sous la pression des mouvements féministes, n'a-t-il pas en partie généré une « déresponsabilisation » des hommes (5) ? Mais pour autant, les jeunes hommes ne doivent-ils pas se sentir concernés par cette problématique de santé reproductive ?

Ce travail de thèse s'inscrit en cohérence avec mon parcours de médecin et les travaux de recherche déjà réalisés. Lors de mon stage chez le praticien, j'avais déjà effectué un mémoire de recherche sur le rôle du généraliste dans la prescription de contraception chez la jeune fille. J'ai voulu dans un deuxième temps me pencher sur le rôle du jeune homme dans la contraception du couple. De plus, il s'agit d'un sujet de préoccupation pour les médecins généralistes, qui rencontrent très souvent des jeunes femmes pour leur parler de

contraception et d'éducation sexuelle. Pourtant, lors des consultations de contraception, le rôle du jeune homme est rarement abordé et la jeune patiente, rarement accompagnée de son compagnon.

Dans ce contexte, il est d'autant plus utile et important de s'intéresser à cette question : quel rôle jouent les jeunes hommes dans la contraception du couple ? Peu de travaux de recherche ont encore été réalisés sur cette thématique. Cette recherche vise à approfondir notre compréhension du jeune homme en matière de contraception en observant leurs ressentis et attentes sur cette question. L'objectif de ce travail de thèse a consisté à analyser ce sujet en trois étapes successives : tout d'abord la compréhension de leurs connaissances, ensuite la compréhension de leurs implications, et enfin, celle de leurs responsabilités dans la contraception du couple. Pour cela, nous avons réalisé une enquête qualitative par entretien individuel auprès de jeunes hommes âgés de 18 à 25 ans.

QUELQUES NOTIONS UTILES SUR LA CONTRACEPTION

1. Histoire, actualité et législation sur contraception en France

1.1 Histoire et actualité sur la contraception en France

Avant l'apparition de moyens efficaces de contraception, c'était à l'homme que revenait la gestion de la fécondité du couple. Le souci portait moins sur la place du plaisir, que sur les moyens à utiliser pour éviter la survenue d'une grossesse. Constatant une baisse de la natalité en France, depuis la fin du XIX^{ème} siècle puis sortant de la Grande Guerre, l'État a été conduit à adopter une politique familiale nataliste interdisant strictement toute publicité contraceptive. Cette tendance était encore renforcée par la position de l'Église catholique, pour qui la fin première et essentielle du mariage était alors la procréation. La maternité était le destin obligé des femmes (6). Certes, il existait quelques méthodes féminines par l'usage d'herbes médicinales et de spermicides ou le préservatif féminin, mais les contraceptions masculines, comme le coït interrompu, auraient été les plus utilisées (5).

Il y a quarante ans, en France, la loi interdisait en effet aux femmes d'avoir recours à la contraception. Aujourd'hui celle-ci fait maintenant partie de leur quotidien et est marquée par une médicalisation croissante : en 2000, 8,5 millions, soit 74 % des femmes de 15 à 49 ans utilisent un moyen de contraception (7). Les experts en sciences sociales évoquent la notion de « norme contraceptive » pour caractériser les pratiques contraceptives socialement valorisées aux différentes phases de la vie sexuelle et reproductive. En France, cette norme se traduit par un recours au préservatif en début de vie sexuelle, à l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et au dispositif intra-utérin (DIU) comme alternative à la pilule à partir de 30 à 35 ans, une fois que les femmes ont eu au moins un enfant. La France se situe parmi les pays européens ayant une prévalence contraceptive élevée. Comme dans plusieurs autres pays européens, la pilule est la première méthode utilisée, soit globalement 45% des femmes concernées par la contraception. Le DIU est également assez fréquemment utilisé en France. L'usage de ce mode de contraception est

de manière générale plus fréquent en Europe qu'en Amérique du Nord ou en Australie. En revanche, dans ces régions, la stérilisation est beaucoup plus fréquente qu'en Europe (8).

La contraception s'utilise désormais a priori, en prévention d'une grossesse éventuelle et avant de connaître ses propres possibilités en matière de fécondité, ce qui conduit à devoir souhaiter consciemment une grossesse. Aucun délai n'est donc admis lorsque vient le moment de concevoir un enfant. S'il tarde, le recours aux techniques de procréation médicalement assistée (PMA) est envisagé. Devoir attendre ce que l'on désire n'est pas acceptable. On note bien une évolution des mentalités (6).

Malgré cette médicalisation croissante des méthodes de contraception en France, les résultats de la DRESS en 2013 montrent une persistance des IVG. 229 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France en 2013, dont 217 000 en Métropole, selon le rapport de la DRESS de juillet 2015 (9).

Un des enjeux est peut-être d'améliorer la maîtrise de la régulation des naissances en se préoccupant des hommes et de leur rôle dans la contraception. Le colloque sur « le Rôle des hommes dans la santé de la reproduction » organisé en 1998 par l'Union pour l'Étude Scientifique de la Population est l'un des seuls dans les sciences de la population et peu de recherches spécifiquement consacrées aux hommes ont été mises en œuvre (2). Une notion a été mise en avant par la conférence du Caire de 1994 : « La santé de la reproduction : c'est la possibilité pour tous, femmes et hommes, d'avoir une sexualité sans danger, de se reproduire ou non, en ayant le nombre d'enfants souhaité, au moment voulu, et ce, sans danger pour la mère et l'enfant (3) (4). »

En France, pour améliorer l'information sur la contraception, l'HAS cite ces objectifs dont nous en mentionnerons certains (8):

- Mettre en application et évaluer les dispositions légales concernant l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires et développer celle-ci dans les autres structures éducatives d'accueil des jeunes.
- Faciliter l'information du grand public sur les dispositifs spécifiques d'accès à la contraception et sur le rôle du médecin généraliste.
- Étendre le système du tiers payant pour les mineur(e)s et les jeunes de 18 à 25 ans.

- Évaluer, et le cas échéant généraliser, les dispositifs intégrateurs du type « Pass santé » pour l'accès à la contraception et à la prévention des jeunes.
- Développer un « bilan première contraception » gratuit pour les filles âgées de 15-18 ans.

1.2 Législation sur la contraception en France

De nombreuses lois ont été votées en France sur la contraception (10) :

- 28 décembre 1967 : La loi n° 67-1176 relative à la régulation des naissances, également appelée Loi NEUWIRTH, autorise la contraception et supprime des dispositions législatives antérieures (1920) qui l'interdisaient.
- 17 janvier 1975 : Loi « Veil » autorise l'interruption volontaire de grossesse (IVG) adoptée pour une période de 5 ans (loi n° 75-17).
- 20 novembre 1998 : Michèle UZAN, chef de service de gynécologie-obstétrique propose une campagne d'informations sur la contraception au plan national et local, un "programme national minimal intégré dans le cursus scolaire" sur l'éducation sexuelle, et une réflexion sur la notion de "majorité sanitaire" à l'âge de 16 ans.
- 13 décembre 2000 : La loi n°2000-1209 relative à la contraception d'urgence autorise la délivrance de la contraception d'urgence, dans des conditions définies par décret, aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies. Enfin elle autorise l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée.
- La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception supprime l'autorisation de l'autorité parentale pour les mineures et allonge le délai légal de 12 à 14 semaines d'aménorrhées. Elle précise également que la stérilisation masculine et féminine ne peut être pratiquée que sur une personne majeure. La même loi définit des conditions particulières pour les majeurs handicapés. Chez la personne majeure, mise à part un délai de réflexion de quatre mois et une volonté libre et délibérée, la législation ne requiert aucune condition d'âge, de nombre d'enfants, ou de statut marital.

2. Une contraception féminine avant tout

2.1 « Révolution contraceptive », un nouveau concept

« La révolution contraceptive » (11), c'est à dire le fait d'avoir accès à une contraception efficace, a bouleversé les rapports entre les hommes et les femmes dans la société française (12). La légalisation de l'avortement en France, en lien étroit avec la libéralisation de la contraception est un élément important de la révolution contraceptive (13). On note en 1973, la création du Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC), qui regroupe des militants du Planning Familial, du MLF (Mouvement de Libération des Femmes) et du GIS (Groupe Information Santé) (10).

La contraception hormonale féminine a été perçue par les milieux féministes comme un moyen de libération de la femme : cette dernière aurait enfin une maîtrise de sa fécondité et ne serait donc plus soumise au risque de grossesses non-désirées. Les mouvements féministes soutiennent l'idée que la contraception doit être féminine afin de garantir la liberté aux femmes, car les hommes ne seraient pas fiables. N'ayant pas à assumer physiquement une grossesse éventuelle, ils feraient preuve de désinvolture vis à vis de la contraception (14). La contraception doit rester féminine également pour leurs permettre de garder une forme de maîtrise de leur corps.

2.2 Émancipation des femmes

2.2.1 Émancipation sexuelle

Au début du XXe siècle, le désir sexuel chez une femme était considéré comme pathologique. Vers les années 1930, il devient admissible à la condition d'avoir été éveillé par son époux (15). De nos jours, la presse féminine regorge de conseils sur la sexualité et le désir et la satisfaction sexuelle sont clairement devenus des attentes légitimes. On parle de « révolution sexuelle » (15). L'enquête sur le contexte de la sexualité en France (CSF) montre que les tendances esquissées depuis les années 70 se prolongent : alors que nombre d'indicateurs d'activité sexuelle restent relativement stables chez les hommes, les déclarations des femmes attestent d'une évolution continue dans le sens d'une vie sexuelle

de plus en plus diversifiée. Mais les femmes, et dans une moindre mesure les hommes, adhèrent majoritairement à l'idée selon laquelle les hommes auraient « par nature plus de besoins sexuels que les femmes », (75% des femmes et 62% des hommes) (16).

2.2.2 Émancipation professionnelle

La contraception a permis pour la femme de poursuivre une double carrière maternelle et professionnelle. En effet, s'il était habituel que les jeunes femmes travaillent à la fin de leur scolarité, le mariage et surtout la naissance du premier enfant, signaient la fin de leur activité professionnelle. La diffusion de la contraception féminine a indéniablement contribué à cette mutation du rapport des mères à l'activité professionnelle, leur permettant ainsi de penser une carrière « d'actives continues ». Vie active et maternité peuvent se succéder harmonieusement et se conclure dans la gestion réussie d'une double carrière, maternelle et professionnelle. Mais puisque tout enfant doit être désiré, les femmes se doivent d'être les meilleures des mères pour cet enfant qu'elles ont décidé de mettre au monde. On parle désormais de « maternité idéale ». Il existe donc une concurrence entre l'enjeu professionnel et l'évidence de la maternité. Il n'est certes pas question de nier ici le rôle de la contraception dans l'émancipation féminine ; elle a eu un effet indéniable sur la sexualité des femmes, même si de fortes résistances s'ancrent dans le maintien d'une sexualité féminine qui ne peut se déprendre de la maternité comme essence de la féminité accomplie (12).

3. Vers une contraception masculine

3.1 Un éventail très restreint de méthodes masculines possibles

Selon l'HAS, trois méthodes sont utilisables chez l'homme : le préservatif masculin, la vasectomie, le retrait (17).

3.1.1 Méthodes masculines dites « naturelles »

L'abstinence périodique, le coït interrompu, le coït anal, sont historiquement les méthodes les plus utilisées, au moins depuis l'Antiquité. Elles sont aussi classiquement considérées comme les moins fiables. Le coït interrompu, qui consiste à se retirer avant l'éjaculation, fut enseigné aux femmes au XVIIe siècle. Pour autant, elle reste une méthode considérée comme masculine qui fut fortement utilisée avant l'arrivée des contraceptions féminines médicalisées (5).

3.1.2 Le préservatif

Le préservatif connu depuis au moins l'Antiquité grecque, est ce que l'on pourrait appeler une « méthode barrière » (7). Le préservatif a pris de nombreuses formes avant d'être fabriqué en latex ou en polyuréthane : dès l'Antiquité, on utilise des vessies ou des intestins d'animaux. En Asie au Xème siècle, les chinois utilisent du papier de soie huilée et les Japonais des accessoires en écaille de tortue ou en cuir. Dans les années 1840 commence la commercialisation de préservatifs fabriqués à base de caoutchouc vulcanisé, et vers 1880 est mis au point un préservatif en latex, mais il faudra attendre les années 1930 pour que son utilisation se répande (14).

Le préservatif ne deviendra un objet politisé qu'à partir du XVIème siècle. Il sera préconisé dans l'armée pour lutter contre la syphilis. Cependant, sous prétexte d'une faible croissance démographique, il sera par la suite interdit. L'apparition du VIH relancera son usage et la publicité de ce produit sera autorisée partir de 1987 en France (7). Aujourd'hui, il est fortement utilisé lors du premier rapport sexuel (90 %), surtout depuis le début des

campagnes de prévention, mais son usage décline par la suite. En effet, il est rapidement délaissé lors de la mise en couple, en particulier dans le cas de relations hétérosexuelles : ceux-ci privilégient la pilule comme moyen de contraception. Au final, les politiques de santé publique rappellent que le préservatif est un enjeu de prévention (MST), mais également de contraception (croissance démographique) (16).

3.1.3 La vasectomie

La vasectomie est une opération pour ligaturer les canaux déférents. Cette obturation empêche alors le passage des spermatozoïdes vers la verge et aboutit à une azoospermie. Elle est légalisée en France uniquement depuis 2001, mais peu utilisée. Selon l'HAS, cette méthode doit être présentée comme permanente et irréversible. Le taux de grossesses non souhaitées pour 100 femmes la première année est de 0,10 % en pratique optimale, et 0,15 % en pratique courante. La vasectomie n'a pas d'impact sur l'apparence physique, ne modifie pas la qualité de l'érection, de l'éjaculation, le désir et le plaisir sexuel. Elle n'est efficace qu'au bout de 8 à 16 semaines et environ 20 éjaculations pour la disparition des spermatozoïdes (18).

3.2 Les « nouvelles méthodes » : hormonale masculine, élévation de la température et RISUG

3.2.1 Les nouvelles méthodes contraceptives masculines non hormonales

Élévation de la température : une nouvelle technique de contraception masculine

On peut faire mention des essais du Docteur Mieuxset pour la recherche d'une contraception masculine non hormonale dans les années 1980. En utilisant un slip serré qui faisait remonter les testicules contre la paroi abdominale, leur température augmentait de 1°C à 2°C produisant une baisse du nombre de spermatozoïdes. L'efficacité de ces méthodes repose sur le fait physiologique que les testicules doivent être de 2 à 4°C plus froids que la

température corporelle pour pouvoir maintenir une spermatogenèse normale. En fait, ces méthodes par la chaleur semblent répondre à de nombreux critères d'une contraception masculine idéale : elles n'interfèrent pas avec l'acte sexuel, elles sont non chirurgicales, non hormonales, non systémiques, réversibles, sans effets secondaires systémiques et d'un faible coût. Ces méthodes apparaissent aussi être efficaces et relativement adaptées à partir des utilisations sur de courtes périodes (un à quatre ans) dans les études expérimentales chez l'homme.

Dans trois études expérimentales chez l'homme, à effectifs réduits, la mise en situation supra-scrotale des testicules ou l'isolation thermique du scrotum a entraîné une azoospermie ou une oligozoospermie sévère chez chacun des 51 sujets inclus ; pendant la phase contraceptive (6 à 24 mois), aucune grossesse n'est survenue chez les partenaires de ces hommes (536 cycles d'exposition). Elles montrent aussi une récupération complète de la fécondité après l'arrêt. Toutefois, certains pensent que des études sur de plus grands effectifs seraient rassurantes en ce qui concerne la récupération de la fécondité après des utilisations de longue durée (19).

RISUG, (Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance)

Le RISUG, « Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance » (inhibition réversible des spermatozoïdes sous guidage) : cette méthode a été développée en Inde depuis une quinzaine d'années. Un polymère (un gel) est injecté par la technique de la vasectomie sans scalpel. Lorsque les spermatozoïdes passent dans le canal au moment de l'éjaculation, ils entrent en contact avec la surface du polymère, dont la combinaison en charges positives et négatives induit des perforations de la membrane des spermatozoïdes et leur perte de mobilité. Cette méthode est presque immédiatement efficace, toutefois la réversibilité est l'une des questions non encore résolue. Il n'existe actuellement aucune autorisation d'utilisation du RISUG en dehors de l'Inde. Toutefois, une fondation nord-américaine centrée sur la recherche contraceptive, a obtenu début 2010 une licence pour développer le RISUG (19).

3.2.2 La contraception hormonale masculine

Mécanisme d'action de la contraception hormonale masculine

Le principe de la contraception hormonale masculine est de traiter un homme avec des hormones qui bloquent, par un rétrocontrôle négatif, la sécrétion des deux gonadotrophines hypophysaires, l'hormone lutéinisante (LH) et la folliculostimuline (FSH). De ces deux hormones, la LH est essentielle au maintien du taux élevé de testostérone intra-testiculaire, et la FSH agit en synergie avec la testostérone pour stimuler la spermatogenèse. En l'absence de l'action des gonadotrophines, la spermatogenèse est inhibée chez la plupart des hommes jusqu'à une azoospermie ou une oligospermie sévère, qui sont les objectifs du traitement contraceptif. Le traitement hormonal peut consister en de la testostérone seule, auquel cas les fonctions androgéniques et anaboliques extra-gonadiques (fonctions sexuelles et musculaires) sont maintenues. Si l'hormone contraceptive n'est pas androgénique, par exemple un analogue de l'hormone de libération des gonadotrophines ou un progestatif, le traitement doit être complété par la testostérone pour maintenir ces fonctions. La testostérone utilisée seule, ainsi que ses associations avec des progestatifs de synthèse, sont les traitements les plus couramment testés et présentant la plus grande efficacité : l'effet contraceptif est supérieur à 90 %, avec la prise en compte de l'azoospermie et de l'oligospermie sévère (concentration de spermatozoïdes inférieure à 1 million/mL) induites (19).

Histoire sur la recherche concernant la contraception hormonale masculine depuis 50 ans

De 1930 à 1940, des firmes pharmaceutiques ont impulsé des recherches dans la fabrication d'hormones dites masculines mais leur mise en pratique a trouvé plus particulièrement un intérêt dans l'armée allemande de la seconde guerre mondiale et les problèmes de fertilité masculine (5).

C'est en 1950 que l'on découvre une possibilité hormonale permettant aux hommes de maîtriser leur fécondité. Heller cherchant à stimuler la spermatogenèse par l'administration de propionate de testostérone (hormone masculine) à différentes doses, a observé que l'administration quotidienne de 25 mg de cet androgène pendant 24 à 99 jours consécutifs

provoquait une azoospermie (5). En 1965, MacLeod montrait qu'en utilisant un autre ester de la testostérone, l'énanthate (ET) à la dose de 50 mg, une seule injection par semaine devenait suffisante. Enfin, en 1978, Steinberger obtenait un effet analogue pour une dose hebdomadaire d'ET réduite à 200 mg. La fréquence hebdomadaire des injections limite l'usage de l'ET. La mise au point, de 1999 à 2009, d'une forme retard d'undécanoate de testostérone (UT) injectée une fois par mois résout partiellement cette difficulté (20).

Des freins économiques et culturels concernant cette contraception hormonale masculine

Le développement d'une contraception hormonale masculine ne répond pas vraiment aux enjeux économiques des laboratoires pharmaceutiques. Les recherches sur les hormones dites féminines ont été plus importantes. Par ailleurs l'énanthate de testostérone a obtenu une autorisation de mise sur le marché, mais pas dans un but contraceptif. Concernant la méthode combinant le progestatif et la testostérone, les demandes de financement faites auprès du Ministère de la Santé et au Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle à la fin des années 1970 ont été toutes refusées (5).

L'échec de la contraception hormonale masculine s'explique aussi par le poids des représentations et de l'influence négative des médias qui véhiculent l'image d'hommes n'arrivant pas à prendre une contraception quotidiennement ou à se faire une injection, jugée trop désagréable pour eux (5). Les principaux facteurs culturels psychosociaux comprennent l'acceptabilité, la confiance, la peur des effets secondaires et/ou de la perte des connotations de masculinité, ainsi que les perceptions de la responsabilité contraceptive qui, depuis le stérilet et la pilule, reposent plus sur les femmes que sur les hommes (21).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Hypothèse et objectifs de l'étude

1.1 Hypothèse

Les jeunes hommes ont un rôle à jouer dans la contraception du couple, en termes de responsabilité partagée, d'implication au quotidien et de porteur de savoir.

Nous émettons une hypothèse large, sachant bien que lors d'une étude qualitative, il est difficile de poser une hypothèse précise, les résultats pouvant être bien différents de ce que nous attendions.

1.2 Objectifs de travail

1.2.1 Objectif principal

Comprendre les ressentis et les attentes des jeunes hommes de 18 à 25 ans concernant leurs connaissances, leurs implications et leurs responsabilités dans la contraception du couple.

1.2.2 Objectif secondaire

Aider les médecins généralistes à mieux comprendre le rôle des jeunes hommes dans la contraception.

2. L'étude

2.1 La technique par entretiens semi-dirigés

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés individuels auprès de jeunes gens âgés de 18 à 25 ans (22).

Nous avons procédé à une technique par des entretiens semi-directifs. Cette technique nous a semblé la plus adaptée concernant notre travail. Elle présentait plusieurs avantages :

- L'anonymat et la confiance étaient conservés.
- Le guide permettait de diriger l'interlocuteur grâce à un guide d'entretien.
- Cette technique permettait une spontanéité du dialogue
- Ce guide d'entretien était sur papier, ce qui permettait de donner de l'assurance à l'enquêteur.

Notons que le jeune enquêté était souvent ravi de pouvoir aider un étudiant en médecine pour sa thèse, ce qui permettait un climat agréable et de confiance lors de l'entretien et un accueil assuré.

2.2 L'élaboration du guide d'entretien

2.2.1 Principe du guide d'entretien

Notre guide d'entretien nous a permis de passer en revue les trois thèmes importants sur la contraception à savoir les connaissances, les implications et les responsabilités partagées concernant la contraception du couple. Ces thèmes, qui constituaient le canevas, avaient été choisis grâce notamment aux données de la bibliographie.

Ces thèmes ont été détaillés en 13 questions semi-dirigées ouvertes, neutres et claires.

2.2.2 Validation du guide initial

Deux entretiens « pilotes » ont été organisés pour tester le guide d'entretien. Ceux-ci ont été inclus. Ils montraient que le canevas fonctionnait sans difficulté. Quelques modifications ont été apportées par la suite au guide d'entretien, mais qui ne modifiaient pas les idées générales. Nous avons adapté deux questions qui étaient mal comprises par les jeunes.

2.2.3 Le guide final (cf. annexe I : guide d'entretien)

1/Annonce de l'entretien : mise en confiance de la personne et ouverture de l'échange

- ✓ Présentation personnelle ainsi que du sujet et explication des objectifs de l'étude
- ✓ Demande de consentement oral pour l'enregistrement audio de l'entretien
- ✓ Explication du système d'anonymisation, choix d'un prénom d'anonymisation par l'entretenu.
- ✓ Recueil de données pratiques sur le jeune homme (âge, statut marital, enfants, croyance, études et profession)
- ✓ Début de l'enregistrement

2/Questions organisées en thèmes

Les connaissances et les sources d'information du jeune homme sur la contraception

- ✓ Définition du mot « contraception »
- ✓ Rôle du préservatif
- ✓ Sources d'information
- ✓ Rôle du médecin généraliste dans la contraception

Les implications du jeune homme dans la contraception dans différentes situations

- ✓ Lors d'une première rencontre avec une partenaire (ce thème regroupe deux questions)
- ✓ Dans les choix des méthodes de contraception

- ✓ Lors d'un oubli de pilule
- ✓ En cas de grossesse non désirée
- ✓ En couple stable

Les responsabilités partagées entre homme et femme

- ✓ Critique de l'injonction « La contraception, une affaire de femme ! »
- ✓ Rôle du jeune homme dans la sexualité
- ✓ Une pilule hormonale pour les hommes, et pourquoi pas ?

2.3 La population de l'étude

2.3.1 Critère d'inclusion

Critères d'inclusion

- Jeunes hommes de plus de 18 ans inclus et de moins de 25 ans inclus
- Être volontaire pour participer à l'étude
- Habiter dans la région Rhône-Alpes, pour des raisons matérielles

Nous avons choisi cette tranche d'âge de 18 à 25 ans. Il s'agit en effet de la période de post-adolescence qui est une période importante dans la vie d'un homme. Il y fait souvent des choix décisifs. Et il s'agit pour la plupart de la période des débuts de sa vie sexuelle.

2.3.2 Nombre de sujets à inclure

Le nombre de sujets était non déterminé en début d'étude. L'objectif était d'atteindre une saturation des données sachant qu'il est difficile de l'obtenir dans une étude qualitative.

2.3.3 Principe de variation maximale

Nous avons fait un échantillon raisonné incluant des jeunes hommes de 18 à 25 ans. Nous avons inclus des jeunes hommes, de milieux sociaux différents, de professions, d'études, et de croyances différentes. La variation maximale est un critère de qualité. Il nécessite un recrutement hétérogène.

Les variables pour notre travail étaient :

- l'âge
- les origines (Lyon centre, ZUP en banlieue, village en banlieue)
- l'existence d'une croyance ou non
- les études faites (filière générale, technologique ou professionnelle)
- la profession exercée ou orientation choisie
- le statut marital (en couple, marié, célibataire, avec ou sans enfants)

2.3.4 Méthode de recrutement

Au cours de nos consultations, nous demandions à chaque jeune patient rencontré s'il était intéressé pour réaliser un entretien sur la contraception.

Nous avons par la suite pris à nouveau contact par SMS, téléphone ou par message vocal pour convenir d'un RDV.

Nous avons choisi un lieu majoritaire d'inclusion : Lyon et sa banlieue.

2.4 Déroulement des entretiens

2.4.1 Choix du lieu

Les entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés dans 2 cabinets médicaux en priorité ainsi qu'au domicile de l'enquêteur et au domicile du jeune. Le jeune choisissait toujours lui-même le lieu à sa convenance, et pour le respect de son intimité.

2.4.2 Consentement et anonymisation

Un accord et un consentement oral préalable ont été demandés pour l'utilisation des données retranscrites et leurs analyses, ainsi que pour l'utilisation des données à des fins scientifiques. Le respect de l'anonymat et des opinions étaient obligatoires. Ceci était annoncé en début d'entretien.

La méthode d'anonymisation a été la suivante : chaque jeune interviewé choisissait en début d'entretien son prénom pour l'anonymisation. Il pouvait être le même que son vrai prénom et pouvait aussi être un pseudonyme.

2.4.3 L'enregistrement

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique emprunté à la faculté de médecine, pour recueillir toutes les informations. Ils devaient durer entre 10 minutes et une heure.

3. Retranscription des données

Chaque entretien a été retranscrit manuellement dans son intégralité par moi-même, sur un fichier Word, en respectant le discours parlé. La syntaxe et la structure grammaticale du discours n'ont pas été modifiées. Les expressions, type rires ou les silences, ont été notées entre parenthèses. Ceci constituait le « verbatim ». Lors de la retranscription, il y a toujours une perte d'informations malgré tous nos efforts de dactylographie. Nous avons décidé de ne pas faire corriger par les jeunes hommes pour garder toute la spontanéité d'un premier entretien.

Par facilité lors de la retranscription, nous avons choisi de ne pas citer les jeunes par le pseudonyme anonyme qu'ils avaient choisi eux mêmes, mais de nommer chaque jeune par les initiales J1, J2...signifiant Jeune 1, Jeune 2...Les autres prénoms ou lieu ont été supprimés.

4. Analyse des données

Les entretiens retranscrits ont été ensuite analysés de façon verticale puis horizontale. Nous avons pu extraire les « verbatim » clés pour les organiser en thème et sous thème, ce qui constituait l'encodage.

L'analyse des entretiens a été réalisée de la manière suivante :

- La synthèse verticale permettait de synthétiser ce que chaque jeune avait répondu à l'ensemble des thèmes donnés.
- La synthèse horizontale ou analyse transversale permettait de savoir ce que l'ensemble des jeunes avait répondu à un thème donné. Chaque thème donné était illustré par des citations pertinentes et récurrentes.

Nous avons finalisé l'analyse à l'aide d'une triangulation des données avec une autre étudiante en médecine, médecin remplaçant, Cyndie MILLIOT, en cours de rédaction de sa thèse. Ceci a permis d'une part de valider la cohérence de nos thèmes et d'autre part d'enrichir notre analyse transversale par des idées nouvelles.

5. Méthodologie de la recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en langue française et anglaise durant la période de novembre 2014 à février 2016 inclus.

Le logiciel ZOTERO gratuit a permis de faire une bibliographie.

5.1 Les mots clés utilisés pour la recherche bibliographique

5.1.1 Principe de la recherche bibliographique

Les mots MeSH (Medical Subject Headings) étaient traduits en anglais grâce au moteur de terminologie CiSMéF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française) pour une recherche pointilleuse.

Nous avons obtenu différents types de documents : livres, thèses d'exercice, articles de revues scientifiques et sociologiques, documents extraits de sites internet.

Il a été difficile de se procurer les thèses d'exercice car nous devions passer par un prêt payant entre bibliothèques. Nous avons tenté de rechercher les anciens thésards devenus médecins grâce à leur nom par recherche sur le moteur de recherche Google.

5.1.2 Les mots clés français utilisés pour la recherche bibliographique

- Contraception
- Jeune
- Homme
- Garçon
- Hormonale

5.1.3 Les mots clés anglais utilisés pour la recherche bibliographique

- Contraception
- General practice
- Adolescent
- Male
- Masculin
- Hormonal

5.2 Les principales bases de données scientifiques utilisées

Les principales bases de données utilisées étaient :

- PubMed,
- CiSMef (pour la terminologie)
- CAIRN
- Pascal
- Springer link
- SUDOC (Système Universitaire de Documentation),
- BDSP (banque de donnée de santé publique)
- Thèses.fr
- Google, et Google Scholar.

Le portail de recherche en ligne de la bibliothèque universitaire LYON 1 permettait une recherche simplifiée dans le catalogue de revues Science et Santé et dans les revues en ligne. La connexion, grâce à notre statut d'étudiant, fournissait un accès gratuit à certaines bases de données et revues en ligne.

RÉSULTATS

1. Données générales des entretiens

Un tableau à la fin de ce chapitre récapitule les données essentielles concernant ces entretiens. (Cf tableau 1.)

1.1 Déroulement des entretiens

1.1.1 Nombres d'entretiens : sujets inclus

14 entretiens ont été inclus.

1.1.2 Lieu des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés en région lyonnaise. 2 ont été réalisés au domicile du patient, 4 au domicile de l'enquêteur, 4 dans un cabinet médical du 3ème arrondissement de Lyon, 4 dans un cabinet médical à Chaponnay.

1.1.3 Période de recrutement et de réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 3 juin 2015 et le 16 septembre 2015, soit une période de 3 mois et 13 jours. Tous les jeunes hommes ayant eu une proposition d'entretien ont accepté de participer dans un premier temps et ont donné leurs coordonnées. Au total 25 jeunes hommes ont été contactés par le biais de trois cabinets : un cabinet lyonnais du 3ème arrondissement, un cabinet médical en banlieue Nord Est de Lyon à Rillieux la-Pape et un dernier cabinet médical en périphérie Sud-Est de Lyon à Chaponnay.

Certains des jeunes gens ont refusé l'interview, lors du contact téléphonique. Les motifs de refus ont été les suivants :

- Manque de temps
- Manque de conviction pour l'un d'eux

- Désintérêt pour le sujet

D'autres jeunes hommes n'ont pas répondu aux appels téléphoniques ni aux SMS.

1.1.4 Durée des entretiens

La durée minimale était de 12 minutes et la durée maximale de 39 minutes. La durée moyenne était de 23 minutes.

1.1.5 Arrêt des entretiens

Nous avons arrêté les entretiens après 14 patients, lorsqu'il n'y avait plus de nouvelles idées, lorsque les réflexions et réponses des jeunes étaient similaires aux autres entretiens.

1.2 Description des jeunes hommes

1.2.1 Données démographiques, origines et religions

Démographie

La moitié des jeunes venaient de Lyon, l'autre moitié de la banlieue lyonnaise dont 5 de Chaponnay, village du Sud-Est lyonnais et 2 de Rillieux-la-Pape, ZUP du Nord-Ouest lyonnais.

Origines et lieu de naissance

Les 14 jeunes étaient français : 7 lyonnais, 5 de Chaponnay et 2 de Rillieux-la-Pape. Parmi les 14, un jeune était d'origine algérienne né à Alger, et un autre d'origine arménienne par sa mère.

Religions

La moitié des jeunes avaient une croyance.

1.2.2 Âge des jeunes hommes

Les 14 jeunes hommes avaient entre 18 et 25 ans. La moyenne d'âge était de 21,6 ans.

1.2.3 Situation maritale et enfants

Nous avons recruté 4 célibataires et 10 jeunes en couple. Parmi eux, un jeune n'avait jamais eu de relations sexuelles.

Parmi les 10 jeunes en couple :

- 3 jeunes étaient mariés dont un en cours de divorce.
- 2 des jeunes mariés avaient un enfant de moins de 2 ans (1 an et 5 mois et 2 ans).
- 1 des 10 jeunes vivait en concubinage depuis moins d'un an.

Ces 10 jeunes étaient en couple depuis une durée de 3 ans et 3 mois en moyenne. La durée minimale était de 6 mois et la durée maximale était de 9 ans

1.2.4 Catégorie socio-professionnelle

Les études :

La moitié des jeunes avaient étudié en filière GÉNÉRALE

- 1 a fait un BAC ECONOMIQUE ET SOCIAL :
 - BAC ES +2. : étudiant en école de commerce à l'ECE de Lyon
- 1 a fait un BAC LITTERAIRE :
 - BAC L +3 : étudiant en licence de musicologie
- 5 ont fait un BAC SCIENTIFIQUE :
 - BAC S+0 : étudiant en 1ère année d'infirmier (IFSI)
 - BAC S+2 : étudiant en 1ère année du 1er cycle d'ingénieur en génie civil et urbanisme après des cours préparatoires intégrées à l'INSA de Lyon

- BAC S+3 : étudiant en licence de génie civil
- BAC S+5 : étudiant en 5ème année de médecine
- BAC S+5 : étudiant en dernière année du dernier cycle d'ingénieur général de l'école POLY-TECH LYON

Un avait fait une filière TECHNOLOGIQUE

- BAC STI électrotechnique

Les 6 autres ont fait une filière PROFESSIONNELLE dont 5 avec un BAC PROFESSIONNEL (BAC +0) et un 1 CAP :

- 1 a fait un BAC PRO COMMERCE
 - Licence de communication et marketing
- 1 a fait un BAC PRO ASSISTANT ARCHITECTURE
- 1 a fait un BAC PRO TECHNICIEN DU FROID ET DU CONDITIONNEMENT D'AIR+ BTS FLUIDE ET ENVIRONNEMENT en alternance
 - étudiant en 1ere année de MASTER CONDUITE DE PROJETS INDUSTRIELS ET INTERNATIONAUX
- 1 a fait un BAC PRO FORESTIER + BPA (Brevet Professionnel Agricole)
- 1 a fait un BAC PRO CUISINE + BEP CUISINE + une année de MENTION PATISSERIE
- 1 a fait un CAP MENUISERIE

La profession :

- 5 des jeunes avaient déjà un métier et étaient salariés :
 - 1 garde forestier
 - 1 chef d'entreprise dans le bâtiment
 - 1 cuisinier
 - 1 agent de sécurité
 - 1 employé dans la restauration (fast-food)

- 8 jeunes étudiants savaient ce qu'ils voulaient faire comme métier
 - 1 voulait devenir professeur de musique au collège
 - 2 voulaient devenir conducteur de travaux
 - 1 voulait devenir ingénieur en génie civil et urbanisme
 - 1 voulait devenir ingénieur en informatique
 - 1 voulait devenir médecin généraliste
 - 1 voulait devenir infirmier
 - 1 voulait devenir agent de marketing

- 1 jeune étudiant ne savait pas ce qu'il voulait faire comme métier

EN RÉSUMÉ

Nous avons pratiqué 14 entretiens. Les entretiens ont duré en moyenne 23 minutes et ont été effectués en 3 mois et 13 jours. La moitié des entretiens a été réalisée dans 3 cabinets médicaux, l'autre moitié au domicile de l'enquêteur ou celui du jeune adulte. Les 14 jeunes gens avaient une moyenne d'âge de 21,6 ans s'étalant entre 18 et 25 ans. Ils étaient français d'origine lyonnaise et sa banlieue. La moitié des jeunes avec une croyance. 10 des jeunes vivaient en couple dont 3 mariés et 2 avec enfants. La moitié des jeunes avaient étudié en filière générale, un avait fait une filière technologique et les 6 autres, une filière professionnelle. Ceci nous a permis d'établir un échantillon raisonné.

1.3 Tableau récapitulatif

Jeune	Âge (X ans)	Lieu	Durée (en min)	Origines et lieu de naissance	Religion	Études	Métier ou futur métier	Situation marital	En couple depuis X années Ou mois	Enfant
J1	25	Domicile de l'enquêteur	19	Lyon	Non	Étudiant en 5 ^{ème} année de MÉDECINE	Veut devenir médecin généraliste	Marié	5 ans	Oui
J2	25	Domicile de l'enquêteur	25	Rillieux-la-Pape (ZUP)	Non	Étudiant en CAP MENUISERIE	Employé salarié dans la restauration (Fast-Food)	En couple	10 mois	Non
J3	21	Domicile de l'enquêteur	35	Lyon	Oui	Étudiant en licence de MUSICOLOGIE	Veut devenir professeur de musique au collège	En couple	7 mois	Non
J4	21	Domicile de l'enquêteur	20	Rillieux-la-Pape (ZUP)	Non	Étudiant en licence de GÉNIE CIVIL	Veut devenir conducteur de travaux	Célibataire	0	Non
J5	22	Cabinet de Lyon 3	24	Lyon	Non	Étudiant en 1 ^{ère} année de MASTER CONDUITE DE PROJETS industriels et internationaux	Veut devenir conducteur de travaux	Célibataire	0	Non
J6	20	Cabinet de Lyon 3	31	Lyon	Oui	Étudiant, en 1 ^{er} cycle D'INGÉNIEUR en génie civil et urbanisme	Veut devenir ingénieur en génie civil et urbanisme	En couple	2 ans	Non
J7	18	Cabinet de Lyon 3	20	Lyon, Né à Alger (Algérie)	Oui	Étudiant en licence de communication et MARKETING	Veut devenir agent de marketing	Célibataire N'a jamais eu de rapports sexuels	0	Non

Jeune	Âge (X ans)	Lieu	Durée (en min)	Origines et lieu de naissance	Religion	Études	Métier ou futur métier	Situation marital	En couple depuis X années Ou mois	Enfant
J8	19	Cabinet de Lyon 3	17	Lyon	Oui	Étudiant en école de COMMERCE	Ne sait pas ce qu'il veut devenir	En couple	1an et 8 mois	Non
J9	24	À son domicile	31	Lyon	Non	Étudiant en dernière année D'INGÉNIEUR générale	Veut devenir ingénieur en informatique	Célibataire	0	Non
J10	24	À son domicile	39	Chaponnay	Oui	Étudiant en SYLVICULTURE	Garde Forestier Salarié	Marié	6 ans	Non
J11	22	Cabinet de Chaponnay	12	Chaponnay	Non	Étudiant en CUISINE et PATISSERIE	Cuisinier Salarié	En couple	5 ans	Non
J12	23	Cabinet de Chaponnay	14	Chaponnay Origine Arménie par sa mère	Oui	Étudiant en ÉLECTRO-TECHNIQUE	Chef d'entreprise dans le bâtiment	En couple	9 ans	Oui
J13	20	Cabinet de Chaponnay	16	Chaponnay	Non	Étudiant assistant ARCHITECTURE	Agent de sécurité salarié	En couple	6 mois	Non
J14	18	Cabinet de Chaponnay	17	Chaponnay	Oui	Étudiant en 1 ^{ère} année D'INFIRMIER	Veut Devenir Infirmier	En couple (concubin depuis 1 an)	3 ans	Non

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des données essentielles des entretiens

2. Résumé des entretiens

Voici en quelques lignes les résumés des entretiens avec les profils de jeunes hommes.

Les prénoms donnés ont été choisis par les jeunes pour garder l'anonymat.

Entretien 1 avec Pierre

Pierre est un jeune étudiant en médecine de 25 ans, qui finit sa cinquième année. Il a fait un BAC Scientifique (BAC +5). Il est salarié aux Hospices Civils de Lyon en tant qu'externe. Il veut devenir médecin généraliste. Il est d'origine Lyonnaise. Il n'a pas de religion. Pierre est marié depuis bientôt deux ans et a un enfant de cinq mois. Pierre est un étudiant sympathique et sérieux. Il sait ce qu'il veut et se sent responsable et surtout très concerné en matière de contraception. Lorsqu'il parle de contraception, il n'hésite pas à dire « nous » en englobant sa femme et lui même. Il semble être aussi un mari très soucieux. Nous avons passé un entretien très agréable.

Entretien 2 avec David

David est un jeune de 25 ans, salarié dans un restaurant fast-food. Il a fait un CAP menuiserie et agencement. Il vient de Rillieux la Pape et habite en ZUP. Il n'a pas de religion. Il est en couple depuis dix mois et n'a pas d'enfants. David se présente la tête rasée avec une longue barbe qui peut en impressionner plus d'un. Il ne rit pas beaucoup. David semble déterminé. Il dit avoir un passé douloureux qui l'a fait grandir et mûrir plus vite que prévu. David répond de façon brève et ferme et est convaincu par ce qu'il dit.

Entretien 3 avec Johan

Johan a 21 ans et est en licence de musicologie. Il a un BAC littéraire (BAC +3) et aimerait devenir professeur de musique au collège. Il est de Lyon. Il a une religion. Il est en couple depuis sept mois et n'a pas d'enfant. Il s'habille style hippy avec un piercing dans l'oreille. Il est de tempérament rieur et jovial et est très bavard. Il semble concerné par la question de contraception mais ses connaissances restent floues malgré tout.

Entretien 4 avec Julien

Julien a 21 ans. Il a fait un BAC Scientifique (BAC +3) et est en licence de génie civil. Il désire devenir conducteur de travaux. Il vient de Rillieux la Pape. Il n'a pas de religion et Il est célibataire sans enfants. Julien a fait preuve de volonté pour venir à l'entretien ce qui montrait déjà son implication. Julien n'hésite pas à me dire ce qu'il pense. Il ne fait pas confiance aux filles, c'est pourquoi de toute façon, il a toujours un préservatif sur lui. Il prend les choses au sérieux. Il a même dit que selon lui les hommes étaient des « machos », et qu'aucun macho ne viendrait répondre à mon enquête.

Entretien 5 avec Adrien

Adrien est un jeune homme de 22 ans, très sympathique et souriant. Il est d'origine lyonnaise. Il n'a pas de religion. Il a un BAC professionnel « technicien du froid et du conditionnement d'air », il fait un BTS « fluide énergie et environnement » en alternance, et il entre en Master « conduite de projet industriel en international » dans le but de devenir conducteur de travaux. Adrien est célibataire sans enfant. Il semble épanoui. Il répond de façon très naturelle et franche. Il dit se sentir impliqué mais au final il ne sait pas grand-chose sur la contraception de sa copine actuelle.

Entretien 6 avec Antoine

Antoine a 20 ans, a un BAC Scientifique (BAC +2). Il entre en première année de premier cycle d'ingénieur général en génie civil et urbanisme dans le but de devenir ingénieur pour diriger une équipe de génie civil. Il a une religion. Il est en couple depuis deux ans et n'a pas d'enfant. Antoine, de profil sérieux, parle très vite et est très sûr de lui. En matière de contraception, il est plutôt engagé. Il a déjà réfléchi avec sa copine aux différentes situations concernant la contraception. Mais les études sont une priorité pour lui. Il fera passer ses études avant les soucis de contraception.

Entretien 7 avec Fouad

Fouad a tout juste 18 ans. Il vient de finir son BAC pro commerce et rentre en licence de communication et marketing pour devenir agent de marketing. Il est né à Alger mais a toujours vécu en France, à Lyon. Fouad a une religion. Il se dit pratiquant. Fouad est célibataire et n'a jamais eu de relations sexuelles. Il a eu quelques copines mais ça n'a jamais été sérieux. C'est un garçon calme, discret et timide, qui n'ose pas dire les choses. Il a tout de même son opinion sur la question malgré sa moindre expérience. Pour lui la contraception est une affaire de couple. L'entretien fut rapide mais productif.

Entretien 8 avec Elliot

Elliot, jeune de 19 ans, sort d'un BAC ES, (BAC +2) et est en 2ème année d'école de commerce, l'ECE de Lyon. Il ne sait pas encore ce qu'il veut faire comme métier. Il vient de Lyon. Il a une religion. Il est en couple depuis un an et demi sans enfants. Elliot était disponible pendant l'entretien. Il a accepté de suite de répondre aux questions. Le sujet l'intéressait. Il semble s'impliquer dans la contraception de son couple.

Entretien 9 avec Thierry

Thierry a 24 ans, il a fait un BAC Scientifique (BAC +5) puis l'école poly Tech LYON, pour devenir ingénieur en informatique générale. Il vient de Lyon. Il n'a pas de religion. Il est célibataire sans enfant. Il n'a jamais eu de copines en couple stable. Thierry prend très au sérieux l'entretien. C'est un garçon réfléchi. Il prend le temps de la réflexion avant de répondre. Ses amies semblent lui avoir appris la majorité des connaissances sur la contraception.

Entretien 10 avec Méric

Méric, 24 ans est garde forestier après avoir fait un BPA (Brevet Professionnel Agricole) et un BAC PRO Forestier. Il vient de Chaponnay, un village à trente minutes de LYON. Il a une religion. Il est marié depuis un an et en couple depuis six ans, sans enfant. Méric semble un garçon sensible et investi dans son couple. Méric est un garçon entier et passionné.

Entretien 11 avec Benjamin

Benjamin a 22 ans. Il est cuisinier salarié, après avoir fait un BEP cuisine et un BAC pro cuisine avec une année de mention pâtisserie (BAC +0). Il vient de la banlieue Lyonnaise, de Chaponnay, Il n'a pas de religion. Il est en couple depuis cinq ans sans enfant. Benjamin répond très simplement aux questions et de façon très directe. C'est un garçon simple.

Entretien 12 avec Alexandre

Du haut de ses 23 ans, Alexandre est chef d'entreprise dans le bâtiment, après avoir fait un BAC technologique, STI électrotechnique, (BAC +0). Il est français, de Chaponnay, et d'origine arménienne par sa mère. Il a une religion. Alexandre est en instance de divorce. Il est marié depuis trois ans et en couple depuis huit ans avec une enfant de deux ans. Ils ont décidé de garder l'enfant ensemble, il s'agissait d'un accident de pilule. Il est simple. Il paraissait peu motivé lors de l'entretien. Il est soucieux de son divorce en cours et a peu de temps à me consacrer. Il dit que son implication dans la contraception est basée sur la confiance, donc il ne s'en soucie quasiment pas.

Entretien 13 avec Kevin

Kevin, 20 ans, a fait un BAC PRO d'assistant architecture, (BAC +0). Il est agent de sécurité salarié. Il vient aussi de Chaponnay. Il n'a pas de religion. Il est en couple depuis six mois. Kevin répond de manière très brève aux questions et de façon simple et abrupte. L'entretien fût rapide. Pour lui la contraception, c'est simple : on met le préservatif et si la fille est fiable, elle prend la pilule. Il n'y a pas d'espace de discussion.

Entretien 14 avec Thomas

Thomas, 18 ans, sort d'un BAC Scientifique (SSI option science de l'ingénieur), et vient d'entrer à l'école d'infirmiers de Lyon (IFSI). (BAC +0). Il vient également de Chaponnay. Il a une religion. Il est en couple depuis trois ans sans enfant. Il connaît sa copine depuis l'âge de 15 ans et n'a jamais eu d'autres copines avant. Il s'installe avec elle d'ailleurs cette année. Il est d'un tempérament plutôt joyeux et fort agréable. Il semble mûre du haut des ses 18 ans et largement impliqué dans la contraception de son couple.

3. Analyse transversale

3.1 Connaissances des jeunes hommes sur la contraception

3.1.1 Définition de la contraception selon les jeunes hommes

Protéger

Pour définir la contraception, « protection » était le premier mot qui venait à l'idée des jeunes hommes : « *Protection, protection est le premier mot qui me vient.* »(J2). J5, 6, 7, 10 et J14 ont employé aussi le mot « protection » ou « protéger » dans leur définition de la contraception. La contraception serait utile pour les jeunes contre deux grands risques majeurs, soit pour se protéger d'une grossesse non désirée, soit pour se protéger des MST. « *Se protéger des risques surtout de pas avoir d'enfants et des maladies c'est sûr.* » (J10)

Éviter une grossesse

La moitié des jeunes, (J1, 9, 10, 11, 12 et J13) définissait la contraception comme un moyen d'éviter les grossesses: « *Pour moi la contraception, c'est se protéger pour ne pas avoir d'enfants.* » (J13), ou « *Éviter l'accouchement d'une femme.* » (J11)

Un des jeunes en couple stable considérait que la maladie était rare, il craignait plutôt la grossesse non désirée : « *On pense plus à la peur d'avoir des enfants et la maladie c'est rare quoi. On se dit on est en bonne santé. Si chacun est en bonne santé, et qu'il n'y a pas de problème avant. Si on est tous les deux clean.* » (J10)

Éviter « les maladies » : une définition plus élargie de la contraception

Les jeunes donnaient pour la plupart une définition plus élargie du mot contraception. Pour eux la contraception, c'était éviter les deux **risques majeurs**. Ils disaient que la contraception était un moyen d'éviter de contracter des maladies sexuellement transmissibles. Certains font **l'amalgame avec une des grandes fonctions du préservatif**, qui est de celle de protéger contre les MST. Leur définition en était la preuve : « *Les moyens de se protéger*

dans un rapport sexuel : se protéger des maladies sexuellement transmissibles et de la création d'un enfant. » (J8) ; « C'est tout d'abord à mon niveau, plus l'utilisation du préservatif. Pour moi la contraception, c'est plus pour éviter d'avoir des maladies. » (J4) La contraception est associée au préservatif: « Plutôt contre les maladies en premier. » (J11)

3.1.2 Rôle du préservatif selon les jeunes hommes

Éviter les maladies en priorité

Pour plus de la moitié des jeunes, la fonction du préservatif était en priorité de se protéger contre les MST : « *Moi je suis plus stressé par les maladies que par les enfants. » (J5) ; « Heu pour la protection des maladies avant tout. » (J2).*

Un jeune considérait que le fait qu'il soit jeune, influence sa manière de voir le rôle du préservatif. Il pensait en premier au risque de MST. « *Moi comme je suis jeune, je pense d'abord aux maladies. » (J8)*

Mais aussi éviter les grossesses

Pour certains, le préservatif permettait également d'éviter une grossesse non désirée et il n'existait pas de priorité entre les deux principaux rôles de préservatif: « *Contre les MST et pour la contraception. Pas de priorité entre les deux. » (J9, qui est célibataire) Pour ceux qui étaient en couple stable, la priorité était plus de ne pas avoir d'enfant: « Vu que ma partenaire je la connais bien. (J6) C'est surtout pour ne pas avoir d'enfants. » . Un des jeunes, J10, a expliqué ne pas pouvoir mettre le préservatif.*

3.1.3 Sources d'information concernant la contraception du jeune homme

L'enseignement scolaire : les cours au collège pour la majorité ainsi que les cours au primaire, lycée et dans les études supérieures, source majeure d'information, mais souvent jugée insuffisante par le jeune ou qui restait un souvenir imprécis et flou dans la mémoire des jeunes

Pour tous, les cours en **primaire, collège et lycée** étaient la première source d'information soit durant **les cours de SVT** : « *Mes premières sources d'information, c'était au lycée : les cours de bio, ça faisait partie du programme.* » (J1), soit en **cours de PSE** ((Prévention, Santé, Environnement): « *Au collège avec l'éducation sexuelle, en cours de bio et une heure par semaine en cours de Prévention Sécurité Environnement. On parlait beaucoup de contraception.* » (J5), soit en **cours d'éducation sexuelle** : « *C'était un cours spécial éducation sexuelle. En cours on n'en a jamais parlé.* » (J4), soit d'**exposés** donnés pour l'un d'eux: «*Même une fois c'était au collège j'avais été faire un exposé sur les moyens de contraception.* » (J3), ou enfin soit lors d'**interventions particulières venant de l'extérieur, comme des associations**. Un des jeunes évoquait la venue d'intervenants d'une association : « *Les intervenants au collège et au lycée en SVT. Et même parfois des intervenants qui venaient nous parler que de ça justement. Je pense une fois par an peut être.* » (J8), un autre d'une intervention à l'école : « *L'école, des intervenants qui étaient venus au primaire quand on était plus jeunes.* » (J2)

Un étudiant a pu apprendre de façon plus précise grâce à ses cours de médecine dans ses **études supérieures** : « *Toute la diversité de la technique de contraception, je l'ai eue grâce à mes études.* » pourra nous confier J1.

Un des jeunes n'avait reçu, selon lui **aucune information lors de sa scolarité** : « *Non rien du tout.* » (J11)

L'information **reçue était jugée insuffisante** par les jeunes: « *On survole un peu tout quoi. C'est un peu une liste, c'est pas approfondi.* » (J6) ; « *J'ai un souvenir que vaguement à l'école on nous en parlé (...) Mais ça m'a pas marqué.* » (J10) ; « *Je dirai à l'école, au collège quoi, on a peut-être eu des cours. Je m'en souviens vaguement.* » (J13)

Les parents

Pour trois des jeunes, les parents ont pu être une source d'information : « *La première source : les parents. Ils m'ont appris les bases après on se fait chacun son opinion.* » (J2) ; « *Les parents, ils m'on appris sur le tas, quand j'ai commencé à avoir des copines, qu'il fallait se protéger.* » (J5). **Le rôle de la mère et la sœur était important** : « Y'a ma mère et puis ma sœur qui sont dans le médical aussi : ça a toujours été « tu mets un préservatif ». »

D'autres n'avaient **pas ou peu discuté avec les parents** comme pour J4, 5, 7, 8 et J12 : « *Les parents, j'en ai jamais vraiment parlé avec eux.* » (J4)

Les copains, les copines, la partenaire ou la femme, éducatrice

Les proches des jeunes pouvaient également être une source. Les amies de sexe féminin pouvaient avoir un rôle. J9 disait en parlant de sa colocataire : « *Elle m'apprend deux trois trucs, et mes autres copines aussi. Entre mecs on n'en parle pas trop souvent.* » **La partenaire avait naturellement un rôle éducateur dans l'information** : « *Oui ma femme m'a appris des choses. C'est sûr.* » (J10) Certains demandaient à leurs amis de sexe masculin pour avoir les renseignements : « *Je m'étais renseigné auprès des copains avant.* » (J14) ; « Généralement c'est de là que viennent mes informations » (J3)

Les médias : télévision, internet et radio

Pour J4, internet était une source et cela lui paraissait évident : « *Évidemment c'est sur internet qu'on trouve les info, principalement et les copains aussi.* » Pour J6, J7, J10 et J14 la publicité à la radio, à la télévision ou la publicité ailleurs comme à la pharmacie étaient des sources : « *C'est sûr que j'ai pu entendre genre des publicités ou la radio.* » (J6) ; « *La télé, les pubs, ou quand je passe devant une pharmacie.* » (J14) ; « *Après tu vois des publicités « Protégez vous ». Quand tu vois des affiches, ça flash.* » (J10)

Les connaissances des moyens contraceptifs cités par les jeunes hommes

Ont été cités comme contraceptifs : « *préservatif masculin* », « *pilule* », « *cape* », « *anneau vaginal* », « *implants* », « *DIU* » par J1, « *capote pour l'homme* », « *pilule* » et « *spermicide pour la femme* » par J3, « *préservatif* » et « *pilule* » par J13, « *préservatif masculin* » et « *pilule* » par J14.

3.1.4 Le rôle du médecin généraliste dans la contraception

Le rôle du généraliste était peu connu par les jeunes hommes :

« *Non, je connais pas les rôles du généraliste sur ce sujet.* » (J13) ; « *Non pas du tout. Je sais pas.* » (J4) ; « *Je suis pas sur que tous les généralistes sauraient informer les patients.* » (J9)

Pour certains le généraliste avait un rôle d'« écoute » (J10), **d'aide, d'accompagnement:**

« *C'est peut-être pour consoler, aider, diriger la personne vers les bonnes personnes.* » (J5)

Son rôle pour d'autres était plutôt une aide à posteriori, lorsqu'il y avait une grossesse non désirée, comme J11 ou J5 : « *Oui si ma copine était enceinte, j'y penserais.* » (J5) ou **lorsque c'était « grave »** (J13)

La plupart préféraient aller à l'hôpital, aux urgences ou consulter un autre spécialiste comme le gynécologue

Les jeunes n'iraient pas voir en premier lieu le généraliste mais préféreraient l'institution de **l'hôpital pour voir un spécialiste** : « *J'y aurais pas pensé. Plutôt l'hôpital, j'y aurais pas pensé à voir le généraliste.* » (J13) ; « *J'aurais plutôt pensé au gynéco mais pas le généraliste.* » (J9) Un des jeunes aurait d'abord pensé à voir les **paramédicaux** comme le pharmacien : « *(...) Plus en premier, le pharmacien. Ça me viendrait pas à l'idée d'aller voir le médecin traitant pour ça.* » (J14)

Les freins retenus pour aller voir le médecin généraliste

Un des freins pour aller consulter le médecin généraliste était la peur de le déranger : « *Ça me viendrait pas à l'idée d'aller voir le médecin traitant pour ça.* » (J14): « *J'aurais pas pensé à appeler mon généraliste, le déranger.* » (J3)

Le fait que le généraliste soit aussi le médecin de famille était aussi une difficulté : « *C'est pas évident d'y aller le voir* » (J10) Il aurait aimé une consultation pour les jeunes qui reste « *confidentiel pour que les parents ne soient pas au courant.* » (J10)

Certains aimeraient une consultation spéciale ou une intervention spéciale du généraliste auprès du jeune homme

J1 aurait aimé une intervention spéciale des généralistes auprès des jeunes : « *Je veux moi-même être médecin généraliste et j'aimerais que les médecins interviennent dans les formations à l'éducation sexuelle dans les lycées.*» (J1)

Un autre, J10 aurait voulu une consultation spéciale par le généraliste pour les jeunes hommes, et cela en dehors du cadre parental « *Moi, je pense qu'un médecin devrait forcément dire à un jeune de 14-16 ans les informations, discrètement parler des rapports sexuels, de la contraception, faire un test obligatoire confidentiel pour les jeunes pour vérifier. Confidentiel pour que les parents ne soient pas au courant. Moi j'aurais été content qu'on m'apprenne plus de chose.* » (J10)

Seulement un des jeunes disait qu'il irait voir son généraliste pour recevoir des informations

« *Oui, j'irai voir mon généraliste.* » (J8)

3.1.5 L'information donnée aux jeunes hommes

Les jeunes se sentaient informés pour la plupart

Cinq d'entre eux ont dit se sentir informés : « *Oui, je me sens informé.* » (J1) ; « *On va dire que je connais le nécessaire.* » (J4)

D'autres jeunes disaient avoir une carence d'information pour plusieurs raisons

Une des raisons était qu'ils ne se sentaient pas concernés : « *Très peu parce que moi je me sens pas concerné par ça mais heu. (...) Je pense pas assez, je pense que je suis pas assez informé je pense par rapport à l'importance que la contraception a.* » (J11) ; « *Parce que c'est pas un sujet que j'aborde énormément autour de moi.* » (J6)

Une autre raison était peut être le fait qu'ils ne savaient pas où s'informer : « *Quand je disais que j'étais bien informé, je me rends compte que je suis pas si bien informé. Pour être honnête, je serais pas ou m'informer.* » (J9)

Certains auraient aimé être davantage informés :

« *Je connais juste le préservatif masculin et un peu la pilule. Enfin je me sens bof informé sur ce que je dois savoir.* » (J14) ; « *Je m'arrête aux bases.* » (J8) ; « *Je pense que je ne connais pas tout. Je pense qu'il y a plein de méthodes moins utilisées mais que je ne connais pas.* » (J6)

Les nouvelles générations seraient moins guidées et plus laissées à elles mêmes

Un des jeunes disait sa peur pour l'avenir concernant l'information donnée aux jeunes des générations suivantes : « *On n'est pas assez sensibilisé sur ça. Quand je vois la génération de maintenant ils sont encore moins guidés que moi.* » (J4)

Transmettre aux jeunes n'est pas une chose facile

« C'est un sujet sensible. Je pense que c'est pas forcément évident pour ceux qui font de la publicité de transmettre aux jeunes. » (J10)

EN RÉSUMÉ

La définition que donnaient les jeunes sur la contraception était de se protéger d'une part d'une grossesse non désirée et d'autre part de se protéger d'une MST. Les jeunes ont fait l'amalgame entre la définition de la contraception et la définition du préservatif, contraception masculine la plus utilisée. Pour deux tiers d'entre eux le préservatif avait un rôle en priorité de protection contre les MST. Les moyens contraceptifs connus étaient surtout la pilule et le préservatif masculin ; l'implant, le DIU, l'anneau vaginal, les spermicides étaient aussi cités. Aucun jeune n'avait fait allusion à la vasectomie.

La source principale d'informations concernant la contraception était l'enseignement scolaire pour tous les jeunes. Ces informations reçues au lycée, collèges et primaire restaient imprécises dans leur mémoire et insuffisantes pour la plupart des jeunes. Les parents, les amis et les médias étaient aussi cités. On pouvait noter le rôle de la femme éducatrice, soit par le biais des amies de sexe opposé, soit par le biais de la partenaire ou encore de la mère. La moitié des jeunes ne connaissaient pas le rôle du médecin traitant dans la contraception. Pour eux, le médecin traitant avait son rôle a posteriori lorsqu'il y avait une grossesse non désirée. Ils préféraient s'adresser au spécialiste comme le gynécologue. Certains étaient freinés pour aller consulter leur médecin traitant, soit, car ils craignaient de le déranger, soit parce que c'était leur médecin de famille. Certains auraient apprécié une consultation spéciale ou une intervention dédiée à la contraception et aux jeunes hommes pendant la scolarisation, par le généraliste.

La majorité des jeunes se disaient informés, d'autres reconnaissaient une carence d'information et auraient aimé être davantage informés. Les nouvelles générations seraient moins guidées et plus laissées à elles mêmes. Un des jeunes a reconnu la difficulté à transmettre aux jeunes des informations sur la contraception.

3.2 Implication des jeunes hommes dans la contraception selon différentes situations

3.2.1 Lors d'une première rencontre avec une partenaire

Différents moyens de s'impliquer

La principale implication était **de prévoir le préservatif**

Onze d'entre eux ont parlé du préservatif en premier comme mode d'implication lors d'une première rencontre : « *Ça aurait été systématiquement le préservatif.* » (J1) ; « *J'sais pas ça vient tout seul de mettre le préservatif quoi.* » (...) « *Juste le préservatif avec une partenaire non fixe.* » (J12) ; « *Pour moi c'est normal de mettre une capote.* » (J9)

Parfois il y avait une **discussion, parfois pas de discussion**

Certains s'impliquaient **en discutant** avec la partenaire : « *Moi je me sens lié, j'en parlerais au moment donné. C'est 50/50. J'en parlerais avant. Peut être qu'elles se sentent plus touchées. Mais moi je me sens aussi lié donc j'en parlerais.* » (J8)

D'autres **n'en discutaient pas** : « *En fait, on n'a pas vraiment parlé. Quand ça s'est fait j'avais le préservatif sous la main.* » (J14) ; « *Heu mais non on en a même pas discuté.* » (J13)

La question de la contraception pouvait apparaître comme une normalité, un réflexe. Parler de la contraception ne posait pas de problèmes aux jeunes, ou au contraire les jeunes n'en parlaient pas parce que cela paraissait évident de ne pas en parler : « *Non, on n'en parle pas. Pour moi c'est normal de mettre une capote.* » (J9) ; « *C'est tellement normal que j'en parle automatiquement.* » (J4)

Parfois les jeunes demandaient **à leur partenaire si elle prenait la pilule**

Pour certains, c'était **systématique** : « *Je pense que c'est tout de suite au début. Moi je savais dès le début que ma copine avec qui je suis, qu'elle prenait une contraception.* » (J10, en couple stable) ; ou qu'il soit avec une partenaire non fixe « *Après même quand t'es bourré à*

une soirée, tu penses toujours à demander si la fille prend une pilule. T'es toujours un réflexe de le dire.» (J10).

Pour d'autres, c'était **occasionnel**: *« Ça m'est arrivé de demander parfois si elle prenait la pilule mais pas du tout à chaque fois. Faut espérer qu'elle craque pas la capote. » (J4)*

Parfois les jeunes demandaient à posteriori le lendemain si la fille était protégée :

« Les hommes ont beau être des cons, mais il y'a un gros pourcentage d'homme préventifs et qui auraient le réflexe d'appeler la nana le lendemain, pour savoir si elle a pris la pilule du lendemain. (...) Moi j'essayerais d'avoir un préservatif ou que le lendemain elle prendrait un truc, sur le coup je lui demanderais pas mais le lendemain. » (J10)

L'acteur principal était tantôt la fille, tantôt le jeune homme

Parfois l'acteur principal était le **jeune homme**: *« Le premier à en parler ce sera moi. » (J1) ; « Globalement c'est plus moi qui. (Silence), amène le sujet. » (J2)*

Parfois la fille était considérée comme **l'actrice principale**: *«Je pense que ce sera elle. Je pense qu'elles sont plus impliquées que nous dans cette histoire. » (J1)*

Les jeunes hommes commençaient à en parler dès le début des préliminaires :

« Franchement pour moi c'est tellement normal que j'en parle automatiquement au moment de le faire. » (J4) ; « Bah heu, on en parle au moment de l'acte. » (J5)

Différents ressentis

Sentiment d'être responsable

« Je me sens particulièrement responsable. C'est à dire que la partenaire ait ou pas une pilule contraceptive, dans tous les cas, ça sera pour moi forcément le préservatif. » (J1). Un autre jeune montrait qu'il était responsable car si toutes les protections n'avaient pas pu être prises, il était impuissant : « (...) Une fois je suis tombée sur une fille qui avait dix ans de plus que moi, et j'avais rien et elle n'avait rien non plus. Mais tellement j'y pensais à qu'il faille que je fasse gaffe, que j'ai pas réussi. » (J10)

Ne pas vouloir avoir d'enfants, crainte pour l'avenir :

« J'en veux pas d'enfants tant que j'ai pas trouvé la bonne. Ça m'embêterait quand même qu'elle tombe enceinte par ma faute. » (J4); « Même avec tout ça, (J10 parle du fait d'être alcoolisé et drogué aux soirées) ton cerveau a un minimum de jugeote. Tu réfléchis trop à ton avenir. » (J10)

La crainte d'une personne inconnue

« Bah oui impliqué car on connaît pas peut être encore assez bien la personne qui est en face donc autant se protéger. » (J11)

La sensation qu'elles étaient plus impliquées

« Je pense qu'elles sont plus impliquées que nous dans cette histoire. » ou J8 : « Peut-être qu'elles se sentent plus touchées. » (J11)

EN RÉSUMÉ

Concernant l'implication lors d'une première rencontre avec une partenaire :

Différents moyens de s'impliquer :

Le préservatif était pour la grande majorité la première réponse. Parfois, les jeunes discutaient de ce sujet avec leur partenaire, parfois ils vérifiaient si il y avait prise de pilule ou de la pilule du lendemain. Pour certains, évoquer la contraception avec la partenaire pouvait paraître comme une évidence, ou alors il n'était pas nécessaire d'en parler car cela allait de soi. Aborder la contraception se faisait pour la plupart dès le début des relations sexuelles, au moment des préliminaires.

Différents ressentis :

L'acteur principal était parfois l'un parfois l'autre mais avec une sensation que la partenaire était tout de même plus impliquée.

Les jeunes se sentaient pour la plupart responsables. Certains exprimaient la crainte d'avoir un enfant.

3.2.2 Dans les choix des méthodes de contraception

Différents moyens de s'impliquer

Il existait un espace de **communication** concernant les choix des méthodes de contraception.

Soit **en discutant avec sa partenaire** : « On en discute ensemble. Elle préfère ne pas reprendre la pilule et on utilise un moyen mécanique, plus classique. » (J1) ; « Dans un moyen ou long terme, si elle prend pas de contraception orale, je proposerais la pilule, mais j'imposerais pas. (...) Si le moyen de contraception concerne davantage la fille, ça sera elle qui prendra la décision en ayant discuté. Après si ça devait me concerner moi, ça serait moi qui prendrais la décision mais en parlant tous les deux ! » (J6).

Soit **en conseillant sa partenaire** : « *Je vais la conseiller car après la pilule c'est un peu dangereux quand même. Y'a des risques.* » (J5)

Pas de discussion tant qu'il n'y a pas eu de relation stable

«*Pour moi j'ai pas été en relation assez longtemps pour penser à autre chose que le préservatif.* » (J9)

Un avis auprès d'un tiers

« *On en a donc longuement discuté. Elle en a parlé avec ses parents. On avait 15 ans.* » (J14)

La fille, l'acteur principal

J2 suivait les choix de sa partenaire : « *C'est plutôt elle ce qu'elle préfère, elle. Je me sens quand même impliqué car on est deux.* » La partenaire de J4 prenait la décision finale : « *Si on avait discuté, mais c'est plutôt elle qui a pris la décision.* »

Le garçon pouvait être acteur aussi par la méthode du retrait ou l'abstinence

J10 s'impliquait en pratiquant **la méthode du retrait** en plus de la pilule de sa partenaire : «*L'homme peut pas faire grand chose hormis la méthode du retrait et les spermicides, (...) On s'est dit c'est notre méthode à nous de faire chacun attention de notre côté : elle la pilule et moi le retrait.* » J10 aurait aimé pratiquer une autre méthode naturelle, c'est à dire **l'abstinence** : « *J'ai appris y'a pas longtemps la méthode naturelle.* » **Il s'agissait pour lui d'un partage du fardeau contraceptif** : « *Je me suis dit pourquoi ma femme prendrait sur elle toutes les charges, pourquoi c'est elle qui souffrirait.* »

Différents ressentis

Se sentir impliqué

« *C'est important oui. (...) Ça me concerne aussi.* » (J8).

Ne pas se sentir impliqué

Certains jeunes comme J4, 7, 11 et J12 ne se sentaient pas impliqués dans les choix et se mettaient plutôt à distance : « *C'est plutôt elle qui s'en occupe, c'était plutôt pour elle. Me suis pas vraiment impliqué dans le choix.* » (J10) ; « *Non, elle prendrait sa pilule. Point.* » (J7)

Sensation d'injustice concernant les effets indésirables de la pilule sur la jeune fille

J10 trouvait cela injuste que sa partenaire soit la seule à devoir porter les conséquences de la pilule : « *Je suis impliqué mais c'est elle qui prend cher au niveau de sa santé avec cette foutue pilule. (...), d'ailleurs c'est un peu injuste.* »

EN RÉSUMÉ

Concernant l'implication dans les choix des méthodes de contraception :

Différents moyens de s'impliquer :

La plupart, mais pas tous, discutaient et conseillaient leur partenaire. Un jeune s'impliquait en utilisant la méthode du retrait pour plus de sécurité et pour un réel partage du « fardeau » de la contraception.

Différents ressentis :

Une partie des jeunes ne se sentaient pas impliqués dans le choix des méthodes, les jeunes filles étant considérées comme les actrices principales. Un des jeunes exprimait son sentiment d'injustice du fait que la femme soit seule à supporter les conséquences de la pilule.

3.2.3 Lors d'un oubli de pilule

Différents moyens de s'impliquer

Une discussion possible entre le jeune homme et sa compagne

« *Je pense on aurait décidé ensemble si il faut prendre la pilule du lendemain.* » (J6). Ils **donneraient leurs arguments chacun** : « *Déjà, on en discuterait forcément à deux, et je l'inciterais forcément si elle le souhaite à prendre la pilule du lendemain car pour moi ça serait irresponsable de laisser aller une grossesse sans être capable d'assumer la parentalité derrière.* » (J1)

L'accompagnement

« *Je vais faire les démarches avec elle* » (J2)

Le jeune actif, qui prend les décisions

Un des jeunes semblait penser **lui seul** trouver la solution : « *Je vais chercher à trouver moi la solution.* » (J2)

Parfois **les deux étaient considérés comme acteurs principaux** aussi bien l'homme que la femme : « *Nous, on était les acteurs principaux. Elle me demandait des conseils.* » (J10)

La jeune fille, considérée comme l'actrice principale

Pour certains, J6, 8, 9 et J10: « *Je pense que ça aurait été elle l'acteur principal, mais je l'aurais pas laissée tomber* » (J6) ; « *Bah disons que je la suivrais elle et ses idées plus que les miennes. (...) Elle serait l'acteur principal.* » (J9)

Demande d'aide auprès d'un tiers

Soit auprès du **pharmacien** : « *On a demandé dans une pharmacie si ça allait encore et ça n'avait pas dépassé les 12h..* » (J10)

Soit auprès du **médecin** : « *Elle avait aussi appelé son médecin.* » (J3)

La principale réponse était la **pilule du lendemain**.

« *On serait tous les deux intéressés pour aller chercher une pilule du lendemain, tous les deux ensemble.* » (J1). Ils étaient souvent motivés **pour se déplacer** pour l'acheter eux mêmes ou avec leur partenaire: « *On avait été ensemble chercher la pilule du lendemain*» (J14) ; « *Je vais faire les démarches avec elle pour aller chercher la pilule du lendemain. Je me sens impliqué ouais.* » (J2).

Si la majorité des jeunes hommes pensaient à utiliser cette pilule du lendemain, **rares étaient ceux qui connaissaient son mode d'emploi**, et qui savaient quand et comment l'utiliser : « *Je savais pas qu'il y avait un délai si long*» (J6)

Pour un des jeunes, l'attente de savoir que la partenaire était enceinte ou pas et l'inquiétude partagée était une manière de s'impliquer

J3 racontait une des expériences d'oubli de pilule par sa partenaire et où la prise de pilule du lendemain n'était plus possible: « *Elle avait oublié pendant quatre jours de prendre sa pilule. Évidemment pendant ces trois jours on avait eu un rapport. Alors là, mais gros stress pendant deux semaines mais des deux côtés. J'avais l'impression, peut être, d'être même moi plus stressé. Sur le coup, elle avait rattrapé toutes ses pilules de retard.* »

Utiliser la méthode du retrait, l'abstinence ou le préservatif était une autre forme d'implication

J4 se protégeait toujours **par un préservatif**: « *C'est déjà arrivé qu'elle oublie mais moi j'avais le préservatif quand même.* » J6 et sa partenaire avaient pratiqué **la méthode du retrait**: « *Du coup, voilà c'est déjà arrivé au moins deux fois. On a d'abord dit, on se retient, on n'avait pas le préservatif mais on s'est arrêté à temps quoi. On a fait attention.* » J13 et sa partenaire avaient pratiqué **l'abstinence**: « *On le faisait pas. On faisait pas l'amour. Si ça faisait que quelques heures elle la prenait quand même.* »

Un jeune ne voulait pas qu'elle prenne la pilule du lendemain et voulait garder l'enfant

J7 était contre la pilule du lendemain: « *J'essayerais de la convaincre de ne pas prendre la pilule du lendemain. (...) Bah tant pis on garde l'enfant.* »

Différents ressentis

Se sentir impliqué

Pour certains J1, 2, 11, et J14: « *C'est vraiment nous deux qui sommes impliqués là dedans.* »

Ne pas se sentir impliqué car elle est responsable

« *Bah je me sens pas du tout impliqué. (rire)* » (J5) **Pour lui la coupable est bien sa partenaire**: « *C'est de sa faute quoi, si elle a oublié. Y'a des alarmes et tout pour ça.* » (J5)

Se sentir soucieux et énervé contre sa partenaire

Certains étaient « **soucieux** » (J2), d'autres « **stressés** » (J4), d'autres enfin étaient énervés: « *Sur le coup je l'ai un peu engueulée. Faut faire gaffe quand même c'est pas sérieux.* » (J10)

Sensation de moins savoir :

« Je considère que les filles en savent plus que moi là dessus. » (J12)

EN RÉSUMÉ

Concernant l'implication lors d'un oubli de pilule :

Différents moyens de s'impliquer :

Encore une fois, les jeunes gens s'impliquaient pour la majorité en discutant avec leur partenaire. Ils accompagnaient également leur partenaire dans les démarches. La décision était souvent prise en couple, même si la partenaire était considérée comme l'actrice principale pour la plupart. Les jeunes hommes évoquaient en premier lieu la pilule du lendemain, dont le mode d'emploi n'était pas toujours connu. Un des jeunes était contre la pilule du lendemain. Les jeunes hommes s'impliquaient parfois en pratiquant l'abstinence, la méthode du retrait ou le port du préservatif. Parfois ils demandaient l'aide d'un tiers, auprès du médecin ou du pharmacien.

Différents ressentis :

Certains se sentaient soucieux ou énervés, d'autres ne s'impliquaient pas et avaient l'impression de moins savoir les choses, comparé à la jeune fille.

3.2.4 Lors d'une grossesse non désirée

Différents moyens de s'impliquer

L'accompagnement dans les démarches selon les situations :

« Là je vais m'impliquer jusqu'à la fin quoi, je vais m'impliquer dans toutes les démarches à suivre. Je serai là à disposition s'il faut l'accompagner, s'il faut parler etc. » (J5)

Les jeunes exprimaient **un doute quant à accompagner dans les démarches une partenaire non connue** : *« Oui. Enfin, si c'est une fille que je connais moins je sais pas si je l'accompagnerais. Après je me renseignerais si elle va bien. Il paraît que c'est quand même assez lourd niveau moral. » (J9) ; « Mais si je la connais pas bien, je l'accompagnerais pas. Si c'est le coup d'un soir, non. » (J4)*

Espace de dialogue ensemble :

« C'est un choix à discuter ensemble, même si l'un est pour et l'autre est contre. » (J10) ; « Avec une fille d'un soir, je pense que je ferais tout pour discuter avec cette personne. Pour savoir si elle a une situation, (...). Mais si c'est pas une fille qui a des capacités d'éduquer un enfant, (...) je ferais tout pour l'aider jusqu'au bout, je fuirais pas. Ça resterait mon enfant qui est dedans. » (J10)

J12 témoignait de sa propre expérience. C'est ensemble qu'ils ont décidé de garder l'enfant en en discutant même si c'était un accident, un oubli de pilule : *« Heu c'est tous les deux, on va garder l'enfant. On était ensemble, on a discuté ensemble. »*

Vouloir influencer la décision de la partenaire par la conviction, la persuasion ou la force :

« J'essayerais de la convaincre ou de la persuader que cela n'est pas raisonnable, qu'il y ait une grossesse. Dans ce cas là j'inciterais ma partenaire à un moyen de contraception d'urgence, je ne la forcerais jamais. » (J1) ; « Je l'accompagnerais. Si elle veut pas, je la force. » (J2)

Certains étaient prêts à suivre la décision de leur partenaire et à en assumer les conséquences même si celle-ci était différente de leur opinion:

« Après la décision, lui appartiendrait à elle, je ferais tout pour lui donner mon avis, j'aurais beau dire non ou oui à fond, ça resterait sa décision. C'est elle qui trancherait, ça lui appartient. » (J6)

Un moyen de s'impliquer était de penser aux solutions possibles devant une grossesse non désirée ; soit l'IVG, soit garder l'enfant et le reconnaître, c'est à dire d'envisager la paternité

L'IVG restait une des principales solutions pour les jeunes hommes: *« Je pense que je lui proposerais vivement l'avortement. » (J4) ; « Si on est dans les délais, je vais demander si ça l'intéresse ou pas d'envisager une IVG. » (J1) ; « Je lui proposerais l'avortement mais après si elle veut pas j'assumerais, mais je lui proposerais, je la forcerais pas, je m'enfuirais pas non plus. » (J14)*

Garder l'enfant et le reconnaître restait une éventualité : *« Je pense que elle serait plutôt d'avis de le garder par forcément parce qu'elle en veut un maintenant loin de là, mais parce qu'elle veut pas tuer un embryon. C'est un petit être vivant. On en a parlé y'a pas si longtemps que ça. » (J6).* Ce jeune avait déjà réfléchi avec sa partenaire en discutant du **statut de l'embryon humain:**

Certains parlaient de **« reconnaissance de l'enfant »:** *« Si il y a un bébé, si c'est avec quelqu'un avec qui je suis bien, tant mieux. Sinon, bah oui je reconnaîtrais l'enfant. » (J2) ; Je reconnaîtrais l'enfant. » (J1)*

La paternité était envisagée également : *« Car c'est difficile d'envisager de devenir parent, quand on y a pas réfléchi, quand on est pas sûr de pouvoir l'assumer autant sur le plan financier que sur le plan de la maturité émotionnelle. Et avec quelqu'un qu'on ne connaît pas c'est extrêmement compliqué. » (J1)*

Discussion avec un tiers

Après des **parents** : « *J'en parlerais à mes parents déjà. Elle, j'imagine qu'elle en ferait autant en tout cas je lui demanderais d'en faire autant. Et on prendrait une décision rapide ensemble.* » (J6)

Pas forcément une priorité pour certains

J6 mettait en priorité ses examens scolaires : « *Tout dépend à quel moment ça tombe, si ça tombe le jour d'un examen, là je l'accompagnerais pas.* » J12 ne voulait pas se mêler de ce que déciderait sa partenaire : « *L'acteur principal c'est elle. (...) Il y a la pilule du lendemain. Elle aurait fait seule je pense.* »

Différents ressentis

Le mécontentement :

« *Je vais pas être content.* » (J12). Un des jeunes, J11 **exprimait son manque de confiance** et se serait imaginé de suite que sa partenaire aurait fait exprès de tomber enceinte : « *Déjà je lui demande comment c'est possible si elle prend la pilule. Si elle a fait exprès on discuterait de la chose mais faut que les deux soient d'accord sur le principe.* » J12 aurait déclaré **sa copine comme coupable** de ce qui arrive : « *Bah, donc c'est de sa faute, c'est ça. L'acteur principal c'est elle.* » J1 aurait été **perturbé** si sa partenaire décidait de garder l'enfant : « *Si elle souhaite faire perdurer la grossesse, ça reste son choix. Je serais astreint à tous les problèmes d'ego qui y sont liés, je reconnaitrais l'enfant. Ça serait un évènement très perturbateur dans ma vie, je le reconnais.* »

La crainte et inquiétude pour l'avenir que l'enfant soit gardé ou non :

« *Je ressens des craintes, c'est pour ça que moi, le plus souvent j'suis protégé. La peur d'avoir un bébé. J'en veux mais pas maintenant.* » (J2) ; « *Bah déjà que le préservatif y craque, y'a toujours des risques. Ça j'y pense à chaque fois. J'ai toujours des craintes.* » (J4)

Un jeune, J6 **ne désirait pas être père étant donné qu'il était encore étudiant**: « *Si elle tombait enceinte aujourd'hui, je ferais tout pour heu que ça soit reporté, je me sens pas d'être papa, j'ai pas encore fini mes études, elle non plus.* »

J2 exprimait sa crainte par **une vérification que sa partenaire ait bien avorté**: « *Je vais m'assurer que le bébé soit plus là entre guillemet. Parce que si je la laisse toute seule, qui va me dire que vraiment elle a fait les démarches.* »

J5 exprimait **son manque de confiance et avait une crainte de se « faire 'faire' un enfant dans le dos »**: « *Alors qu'avec une fille d'un soir, peut être j'aurais peur qu'elle me fasse un bébé dans le dos. J'ai un pote qui a un enfant à mon âge et c'est ce qu'il s'est passé. Du coup je mets ma capote ou je vérifie.* »

La confiance :

« *C'est une relation de très longue durée et je sais qu'on peut se faire confiance. Je n'ai aucune inquiétude.* » (J1) ; « *Non, je lui fais assez confiance là dessus.* » (J14). J6 n'avait pas de crainte que sa partenaire lui « fasse un bébé dans le dos » : « *Non, non je lui fais confiance. J'ai pas ce genre de craintes* »

Se sentir responsable :

« *J'essayerais quand même d'assumer ma part de responsabilité si une parentalité non désirée arrivait quand même.* » (J1) ; « *Pareil en soi, si on part du principe que pour prendre la contraception c'est les deux, s'il arrive quelque chose c'est de la faute des deux quoi. (...) J'assume.* » (J14). **L'indifférence n'était pas envisageable** pour J6 : « *Je pourrais pas rester indifférent. Ça me concerne quand même plus que vachement quoi. Je serais quand même beaucoup responsable de ce qui se passe.* »

Culpabilité :

« C'est quand même en partie à cause de moi si elle est enceinte. Je me sentrais responsable. » (J7)

EN RÉSUMÉ

Concernant l'implication lors d'une grossesse non désirée :

Différents moyens de s'impliquer :

Les jeunes s'impliquaient par le biais de la discussion et de l'accompagnement dans les démarches de la partenaire. Parfois, ils voulaient avoir un rôle dans la décision finale à prendre en influençant leur partenaire. Certains s'impliquaient en cherchant des solutions comme l'IVG ou la reconnaissance de l'enfant ; certains envisageaient la paternité. D'autres ne mettaient pas en priorité cette grossesse non désirée.

Différents ressentis :

Les jeunes se sentaient parfois mécontents, la fille était considérée comme responsable et fautive. Certains présentaient une crainte ou une inquiétude que l'enfant soit gardé ou non. Certains avaient la crainte que la partenaire puisse être enceinte de façon intentionnelle sans leur consentement. D'autres avaient parfaitement confiance en leur partenaire et se sentaient eux même coupables et responsables.

3.2.5 En couple stable

Différents moyens de s'impliquer

En discutant en couple :

« On en discute à deux. Par exemple, même si c'est elle qui prend la pilule, c'est pas quelque chose d'anodin pour moi, surtout que elle, elle a déjà subi des effets secondaires. C'est quelque chose en tout cas que l'on discute à deux. Il n'y a jamais d'inégalité de ce côté là, même si c'est elle qui prenait les cachets, ça n'était jamais anodin pour moi. » (J1) **Il n'y avait pas pour ce jeune d'inégalité** dans son couple, c'était **un partage des responsabilités**.

Assurance et vérification que la pilule est correctement prise, dans certaines situations particulières

Huit des jeunes nous ont confié avoir vérifié la prise correcte de la pilule de leur partenaire : « Pour moi l'implication, c'est plutôt une sorte de vérification. Et je me sens impliqué. » (J5)

Certains jeunes y pensaient **lorsqu'ils sortaient du contexte du quotidien**: « Dès qu'on sort d'une routine, qu'on est ailleurs, qu'on fait quelque chose le soir, j'essaye de lui rappeler » (J1); « Ça m'est déjà arrivé de lui rappeler quand on était en soirée et que je sentais qu'elle pouvait l'oublier, quand on partait en vacances, on qu'on allait boire et faire la fête. Mais il y avait toujours ce système d'alarme qui marchait » (J10)

D'autres y pensaient s'ils sentaient que **la jeune fille était moins impliquée** : « Si je sens qu'elle s'implique pas assez. Je lui rappellerais qu'il faut qu'elle prenne sa pilule. » (J7)

D'autres se **sentait moins utiles comme si vérifier n'était pas nécessaire**. Ainsi J11 se sentait « spectateur » : « L'aider à prendre sa pilule de temps en temps mais je sais qu'elle est déjà très impliquée la dedans. Donc non, je suis pas très impliqué. Ça serait plutôt elle qui serait impliquée, et moi plutôt spectateur. » **L'alarme suffisait** : « Par contre je lui fais souvent penser à la prendre. Mais maintenant limite elle a plus besoin de son alarme. C'est devenu un réflexe. » (J14)

Participation par une contraception symbolique :

« Elle m'a offert des smarties et m'a dit de les prendre tous les jours à telle heure. Moi c'était plus pour lui faire plaisir et pour montrer que j'étais motivé. C'était sensé durer quatre mois, je l'ai fait pendant six semaines. » (J6). J6 nous a dit que cela avait été **difficile pour lui de s'astreindre à prendre ce bonbon et qu'il s'est bien rendu compte de ce que subissait sa partenaire** : « Je me suis bien rendu compte du coup que c'était pas du tout un réflexe pour moi. Avoir tout le temps l'alarme programmée, ça prend la tête. »

Rarement un partage financier :

« J'ai jamais acheté sa pilule. Pour moi, c'est son choix d'acheter la pilule. Pour le préservatif, c'est chacun son tour. » (J5) ; « Non acheter la pilule non. ». (J14)

Mais pour certains **il existait un partage financier**: « Si. Ça peut entrer dans les frais de ménage. » (J9) ; « On s'est déjà dit que si on utilisait le préservatif, ça reviendrait à plus cher. Ça serait un budget et on partagerait les frais. » (J6) ; « Achat de pilule oui. » (J8)

Rarement, un accompagnement chez le gynécologue

J1 nous dira avoir accompagné sa copine chez le gynécologue mais lors d'une **situation exceptionnelle** : « On a été une seule fois chez le gynécologue et une seul fois au planning familial ensemble mais c'était pour une situation d'exception mais le reste du temps elle va chez le gynéco seule. Je l'ai accompagnée au planning familial alors qu'elle avait 16 ans, elle n'était pas encore ma copine. Elle était alors enceinte d'un autre, un voisin de quartier, qui avait totalement disparu. »

Certains pensaient qu'ils iraient ensemble chez le gynécologue dans certaines conditions : soit s'il s'agissait d'une **relation de long terme** : « Bah heu, l'accompagner chez le gynécologue, ça je l'ai jamais fait, et je pense pas que je le ferais à court terme. Mais si ça devient du très long terme peut être je l'accompagnerais. » (J6), soit pour **des situations d'urgence**: « Et accompagnement chez le gynéco si jamais il y avait une urgence. » (J8)

Aucune implication matérielle ou pratique pour l'un d'entre eux, la confiance suffisait :

« *Non rien du tout rien. Rien de tout ça.* » (J12) La manière de s'impliquer de ce jeune était de faire confiance en partenaire: « *Si je me sens impliqué mais en fait c'est basé sur la confiance quoi.* » (J12)

Différents ressentis :

Sentiment d'être impliqué :

« *En relation,(...), je m'implique moi-même de ma volonté.* » (J2). J6 prenait également ses responsabilités très au sérieux **car les conséquences, soit de la pilule et de ses effets secondaires, soit du fait d'avoir un enfant, pouvaient être graves**: « *C'est des responsabilités dans notre mode de vie, ça changerait tout ! Et c'est des responsabilités sur le plan médical, surtout de la santé de ma copine.* »

Sensation d'être responsable quelque soit l'âge et influencé par l'éducation :

« *Moi à 18 ans j'aurais répondu de la même manière au questionnaire. Je suis toujours aussi impliqué si ce n'est plus.* » (J2) ; « *Ouais, c'est sûr, quand on prend conscience des risques en prenant de l'âge. Même si j'ai pas été irresponsable pour autant.* » (J5) Un des jeunes pensait que le fait d'être responsable venait de **l'éducation** qu'il avait reçue : « *Non, on s'en fout pas. C'est peut être l'éducation que j'ai eue aussi.* » (J2)

Sentiment de se rassurer :

« *C'est pour elle mais ça me rassure aussi.* » (J2)

Sentiment d'être responsable à deux :

« C'est son problème à elle mais on est deux. »

Sentiment d'être « éduqué » par la jeune fille : le rôle d'éducatrice des jeunes filles

La partenaire de J6 a joué un rôle dans l'éducation à la contraception du jeune homme en essayant de le soumettre à l'épreuve de la prise régulière d'un comprimé : *« (...) Elle voulait que je prenne conscience de la difficulté à prendre la pilule tous les jours. »*

Sensation de distraction:

« Si j'oublie pas, je lui ferais penser, mais je suis tête en l'air. » (J4)

EN RÉSUMÉ

Concernant l'implication dans le couple :

Différents moyens de s'impliquer :

Encore une fois la discussion restait le moyen de s'impliquer des jeunes gens. Ils s'assuraient pour deux tiers d'entre eux de la prise correcte de la pilule par leurs partenaires, surtout lors de contextes particuliers : soit lorsqu'ils sortaient du quotidien, soit lorsque la fille semblait moins impliquée. Les jeunes participaient rarement au financement de la contraception et à l'accompagnement chez le gynécologue.

Différents ressentis :

Tout d'abord, les jeunes se sentaient tous impliqués. Ils se sentaient responsables quelque soit l'âge. Le rôle d'éducatrice de la partenaire sur la difficulté à prendre correctement une pilule, avait été évoqué par un des jeunes.

3.2.6 Résumé des différents moyens d'implication du jeune homme et de ses ressentis, dans la contraception du couple

CONTEXTE	MOYENS D'IMPLICATION	RESSENTIS
<u>Lors de la 1^{ère} Rencontre</u>	<ul style="list-style-type: none"> - avoir un préservatif sur soi - discussion ou non - vérification que la pilule est correctement prise - vérification que la pilule du lendemain est prise - acteur principal : l'un ou l'autre - quand ? : dès les préliminaires 	<ul style="list-style-type: none"> - sensation d'être responsable - sensation qu'elles sont plus impliquées - crainte pour l'avenir d'avoir un enfant
<u>Dans le choix des méthodes de contraception</u>	<ul style="list-style-type: none"> - discussion ou non - avis auprès d'un tiers - actrice principale : la jeune fille - retrait et abstinence 	<ul style="list-style-type: none"> - sensation d'être impliqué ou pas - sensation d'injustice pour la partenaire
<u>Lors d'un oubli de pilule</u>	<ul style="list-style-type: none"> - discussion ou non - avis auprès d'un tiers - accompagnement dans l'achat de pilule du lendemain - pilule du lendemain / ou garde l'enfant pour un jeune - retrait/préservatif/ abstinence - attendre de savoir qu'elle n'est pas enceinte 	<ul style="list-style-type: none"> - sensation d'être impliqué ou pas - sensation de moins savoir - soucieux - énervé
<u>Lors d'une grossesse non désirée</u>	<ul style="list-style-type: none"> - discussion ou non - accompagnement dans les démarches - avis auprès d'un tiers - vouloir influencer la décision de la partenaire - penser à l'IVG/ penser à la paternité - pas toujours une priorité 	<ul style="list-style-type: none"> - se sentir responsable - confiance en la partenaire - mécontent - crainte pour l'avenir d'avoir un enfant - culpabilité
<u>En couple stable</u>	<ul style="list-style-type: none"> - discussion ou non - vérification que la pilule est correctement prise - rarement un accompagnement chez le gynécologue - rarement un partage financier - parfois aucune implication active : juste la confiance 	<ul style="list-style-type: none"> - se sentir impliqué - se sentir responsable à tout âge - sensation qu'elles sont plus responsables - sensation d'être étourdi ou incapable de lui rappeler la pilule - rôle éducateur de la partenaire

Tableau 2 : Résumé des différents moyens d'implications du jeune et de ses ressentis, dans la contraception du couple

3.2.7 Une implication paradoxale des jeunes hommes

Difficulté du jeune homme à participer à la contraception par le biais du préservatif

J10 était dans l'impossibilité de mettre le préservatif, ne pouvant être puissant. Il aurait eu ainsi des relations non protégées : « *Ah, je peux pas. (Silence) Je peux pas mettre un préservatif. J'y arrive pas. C'est psychologique je pense mais j'y arrive pas.* »

Difficulté du jeune homme à participer en s'impliquant dans la contraception féminine

Pour certains, il n'y avait **pas d'espace de discussion** : « *On n'en discute pas. (...) Ah non pas du tout.* » (J13). La contraception pouvait être considérée comme simple et basique, voir même triviale: « *Non, elle prendrait sa pilule. Point.* » (J7)

Pour la plupart il n'y avait **pas de partage financier**

Les jeunes hommes ne pensaient que rarement au partage financier : « *J'ai jamais acheté sa pilule. Pour moi, c'est son choix d'acheter la pilule.* » (J5)

La moitié des jeunes avouaient **n'avoir jamais accompagné leur partenaire chez le gynécologue**:

« *Chez le gynéco, j'suis jamais allé.* » (J11). J4 disait aussi qu'il **ne s'y sentirait pas bien** : « *Ça m'est jamais arrivé d'aller au gynéco mais ça me mettrait pas à l'aise.* »

Certains ne **s'assuraient pas de la prise correcte de la pilule** de leur partenaire

« *Je pense pas. Je ferais rien. Le nombre de filles qui ont leur alarme téléphone pour ça. Ça suffit bien.* » (J8)

La jeune fille pouvait être amenée à se retrouver seule dans certaines situations

Pour l'un d'entre eux, il ne savait pas que sa copine prenait une contraception. Elle prenait donc seule cette pilule et en assumait seule les effets secondaires :

« C'était plus par surprise que j'ai appris qu'elle prenait la pilule, elle me l'avait pas dit. » (J5)

Un jeune donnait la priorité à sa scolarité, et aurait laissé seule sa partenaire dans les démarches d'IVG :

« Tout dépend à quel moment ça tombe, si ça tombe le jour d'un examen, là je l'accompagnerais pas. » (J6)

Certaines jeunes filles seraient amenées à prendre la pilule du lendemain, seules :

« Je pense qu'il y a beaucoup de filles qui font ça le lendemain. Elles prennent la pilule du lendemain. J'ai des amies qui ont fait ça. » (J10)

Rôle passif du jeune homme dans la contraception et responsabilité totale donnée aux jeunes filles dans la contraception

Certains étaient impliqués uniquement en tant que « spectateur ». Ils ne vivaient la contraception que sur un mode **passif**. J11 *« Ça serait plutôt elle qui serait impliquée, et moi plutôt spectateur. J'ai confiance en elle. Elle gère bien. (...) Oui, je me sens impliqué car on est deux dans un couple. » (J11)* **Ils faisaient suffisamment confiance en leurs partenaires qu'ils ne jugeaient pas nécessaire de s'investir plus :** *« Si je me sens impliqué mais en fait c'est basé sur la confiance quoi. » (J12, en parlant des méthodes d'accompagnement à la contraception dans le couple)*

Les jeunes filles étaient rendues coupables lors d'accident de contraception **comme si elles étaient seules responsables**. Un des jeunes, J12 disait que s'ils avaient eu un enfant, sa femme en était responsable: « *On a eu notre enfant à cause d'un problème de pilule. (...) Bah, donc c'est de sa faute, c'est ça. L'acteur principal c'est elle. (...) Ouais, bah c'est un peu de la faute de la femme quoi.*» Certains jeunes utilisent le champs sémantique de la culpabilité: « *c'est de sa faute* » ; « *C'est de sa faute quoi, si elle a oublié. Y'a des alarmes et tout pour ça.* » (J5)

EN RÉSUMÉ

Les jeunes se disaient être impliqués dans toutes les situations, que ce soit pour une première partenaire, dans les choix des méthodes de contraception, lors d'un oubli de pilule, lors d'une grossesse non désirée ou que ce soit en couple stable.

Mais parfois leur implication semblait paradoxale. Certains jeunes présentaient des difficultés à s'impliquer dans la contraception. Soit ils ne parvenaient pas à utiliser les méthodes de contraception masculine comme le préservatif. Soit il n'y avait pas d'espace de discussion, pas de partage financier, pas d'accompagnement chez le gynécologue, ou pas d'assurance d'une prise correcte de la pilule.

La jeune fille pouvait être amenée à se retrouver seule dans certaines situations, soit en prenant seule sa contraception quotidienne ou sa pilule du lendemain sans que le jeune homme soit au courant ou soit en se retrouvant seule à faire les démarches d'IVG car le jeune homme avait d'autres priorités.

Parfois la responsabilité était laissée totalement aux jeunes filles, qui étaient donc jugées coupables ou fautives si il y avait eu un accident de contraception. Parfois le rôle du jeune homme semblait passif.

3.3 Responsabilités partagées

3.3.1 La contraception une affaire de couple pour certains, une affaire de femme pour d'autres

Une affaire de couple

Dix des jeunes, c'est à dire la grande majorité des jeunes, ont estimé qu'il s'agissait d'une affaire de couple : « *Mais non l'homme est aussi autant responsable que la femme dans la contraception. Une affaire de couple ! Les responsabilités pour les deux.* » (J14) ; « *Non, une affaire de tout le monde ! Du moment qu'on est deux, non ? On est à deux, c'est deux personnes. C'est l'affaire des deux personnes, c'est aux deux de se protéger.* » (J2)

Certains pensaient qu'il s'agissait d'une affaire de couple car **il y a des moyens de contraception masculins et féminins**: « *Alors que le préservatif c'est pour les hommes. Le mec a quand même une responsabilité quand il met le préservatif. Je dirais 25% 75% pour les femmes.* » (J9)

L'injonction « **La contraception, une affaire de femme** » paraissait **désuète ou révolue** pour la plupart des jeunes hommes: « *Mais je ne suis pas du tout d'accord avec le fait qu'il ne s'agit qu'une affaire de femme, pour moi, c'est la responsabilité d'un couple. Pour moi c'est quelque chose qui est dépassé.*» (J1) ; ou « **macho** » (J5) : « *C'est super **misogyne** quoi.* » (J5) ; « *Les hommes à cette époque s'en foutaient un peu. Avant si y'avait un gosse, c'était son problème.* » (J3), ou encore « **bidon** » (J5).

Certains pensaient que cette injonction était **restrictive** : « *Je suis pas trop d'accord, car c'est une affaire de couple. C'est vraiment restreint de dire une affaire de femme. (Silence). (...) En général, c'est deux personnes qui s'aiment, qui sont ensemble quoi.*» (J4)

Une affaire de femme

Certains ont évoqué **les droits de la femme**. Les femmes se sont battues pour acquérir leurs droits et leur liberté: « *Je pense que c'est une belle chose qu'elles se soient battues pour ça quoi. Je vois pas pourquoi c'est les femmes qui devraient en chier depuis des siècles. Ça porte*

bien son titre. C'est joliment dit, je dirais pas plus. » (J10) ; « On n'est pas là pour leur refuser leurs droits. (...) Non, elle a plus le choix que nous : elle a 80% de la décision alors que nous c'est 20%. » (J11)

D'autres ont pu soutenir qu'étant donné que **c'était le corps de la femme qui était majoritairement concerné**, il s'agissait d'une affaire de femme: « *Bah, ouais, c'est un peu vrai quoi. C'est la femme qui fait l'enfant, c'est elle qui le porte. Donc elle est plus concernée. Elle est plus responsable. » (J12) ; « Oui, parce qu'elles ont le droit de faire ce qu'elles veulent avec leur corps. » (J11)*

Sentiment que la femme souffre de sa contraception

La contraception était perçue comme une injustice et un déplaisir pour la partenaire par un des jeunes : « *C'est elle qui prend le risque d'être enceinte, celle qui souffre dans la salle d'accouchement, celle qui a des dérèglements hormonaux, des maux de tête, etc. Ça beau être un truc de couple, mais nous les mecs, on est des petites bites. C'est sur que le projet, c'est une affaire de couple dans les choix etc. Mais je pense que ça reste globalement quand même une affaire de femme, c'est leur corps qui est détruit et qui est mis à l'épreuve. (...) Faut pas oublier ça. La personne qui souffre le plus c'est elle qui doit être mise en avant. » (J10)*

Attente que les mentalités évoluent vers une parfaite égalité des sexes

J8 soulignait que **cela ne devrait pas être une affaire de femme seulement** : « *Ça concerne plus la femme aussi car c'est la femme qui porte l'enfant. C'est elles qui sont victimes des écarts, elles sont touchées. Ça devrait pas être une affaire de femme si c'est un couple stable. C'est une affaire de couple. »* ou J6 nous dira aussi : « *J'ai l'impression autour de moi que c'est une affaire perçue majoritairement comme étant quelque chose qui concerne plus la femme. C'est partagé ! On est autant responsable l'un que l'autre de ce qu'on fait ensemble. »*

J1 pensait que **les mentalités devaient évoluer vers une parfaite égalité des sexes au niveau de la contraception** : « *Oui quand on voit comment Simone Veil a été huée devant tous les parlementaires pour essayer de légaliser l'IVG, il y a seulement 30-40 ans, on voit que les choses n'ont pas fini d'évoluer.* »

J14 soumettait aussi l'idée qu'**une évolution était possible si l'homme s'impliquait plus dans la contraception** : « *Si l'homme s'impliquait plus il y aurait moins d'avortements.* »

3.3.2 Sexualité et contraception : comment concilier le rôle de l'homme dans la sexualité et son rôle dans la contraception?

Le rôle de l'homme dans la sexualité

Satisfaire sa partenaire, lui apporter du plaisir :

« *Il doit satisfaire sa partenaire au mieux quoi.* » (J2) ; « *Qu'il apporte le plaisir à la fille.* » (J13) ; « *Moi quand je le fais c'est que ça donne du plaisir à ma copine.* » (J6)

Partager, être complice :

« *Il apporte du plaisir à la femme comme l'homme apporte du plaisir à l'homme.* » (J12) ; « *Y'a jamais vraiment eu de rapport dominant dominé. On partage.* » (J13)

Le respect, la confiance :

« *Rester très respectueux. Ne jamais oublier que c'est une femme mais pas un objet.* » (J10)

Apport de la virilité, du réconfort, de la sécurité :

« Ouais, il apporte la virilité, la masculinité. Il apporte la sécurité, la confiance. » (J5) ; « De la sureté, du réconfort auprès de la femme. » (J14)

Le même rôle que la femme :

« Y' a pas de rôle particulier de chacun. » (J8). **Hommes et femmes devraient s'impliquer de la même manière lors d'une relation hétérosexuelle conventionnelle :** « Bah, déjà, il faut obligatoirement un homme et une femme pour avoir une relation plus conventionnelle quoi, sans garçon, ça marche pas. » (J9)

L'homme serait plus dans l'instant présent et ne penserait pas au risque de grossesse pendant l'acte sexuel

Neuf des jeunes hommes le pensaient: « L'homme est plus dans l'instant, et au moment de l'acte il ne pense pas forcément au fait qu'il y a un risque de faire un enfant. » (J1)

Pour certains jeunes hommes, les **jeunes femmes auraient effectivement une crainte pendant l'acte:** « Après c'est normal que les filles soient plus inquiètes quand on fait l'amour, c'est elles qui assument, le fait que le mec soit un connard si il l'est. » (J5) ; « C'est vrai que la femme a plus peur que l'homme d'avoir un enfant. Mais ça veut pas dire qu'elle soit plus responsable. » (J7). **Les femmes seraient plus dans la réflexion :** « Je pense que les filles réfléchissent plus. » (J11)

Être dans l'acte et dans l'instant présent pour l'homme prouverait sa virilité

J9 soutenait que pendant l'acte l'homme ne pouvait **pas réfléchir sinon il ne serait pas puissant :** « Si en tant que mec tu commences à penser comme ça, tu ne bandes pas. Il faut faire un peu abstraction de certaines choses. » L'homme devait être plus dans l'acte **pour**

garder une certaine virilité : « *Le garçon doit être plus présent dans l'acte, plus homme quoi.* » (J11)

La femme aussi était dans l'instant présent au moment de l'acte

« *Moi c'est sûr que ça me viendrait pas à l'esprit d'y penser qu'on puisse avoir un bébé pendant l'acte sexuel. Ça me viendrait pas à l'esprit ni ma copine je pense. En tout cas elle me l'a jamais dit. Elle était assez confiante. Comme on a pris nos précautions avant.* » (J6) ;
« *Sur le moment, les deux personnes sont détendues quoi, elles ont pas la tête à ça.* » (J2)

Mais pour un des jeunes, la femme et l'homme pouvaient tous les deux être dans la crainte d'avoir un enfant au moment de l'acte

« *Mais je pense qu'on a tous les deux cette crainte, car quand on fait l'amour, on donne. (...) Est ce que l'homme au niveau psychique, va t il tenir si on lui met un enfant dans les bras alors qu'il n'est pas prêt. Il fait attention pour protéger la femme mais aussi pour se protéger.* » (J10)

3.3.3 La femme, c'est elle qui porte l'enfant

Deux jeunes se sont exprimés sur le fait que peut-être la femme se sentirait plus concernée du fait qu'elle puisse porter physiologiquement l'enfant et non l'homme :

« *Parce que le corps humain est fait comme ça quoi, le bébé est dans le corps de la femme et c'est comme ça donc c'est elle qui tranche. On peut pas l'empêcher ou au contraire l'obliger à avoir un enfant. Si c'est nous qui portions l'enfant, on pourrait choisir le fait d'arrêter la grossesse.* » J6 dira encore : « (...) *Peut-être que elles, enfin que certaines, se sentent plus concernées. Je prends la pilule ou au contraire je la prends pas. Elles se disent c'est mon corps, donc c'est moi qui porterais éventuellement un enfant.* » (J6) ; « *L'homme ne connaîtra jamais cette crainte d'être enceinte.* » (J4)

3.3.4 Avis controversé concernant une pilule hormonale masculine

Un des jeunes avait pensé à cette pilule masculine avant même qu'on aborde cette question de l'entretien.

Certains **refusaient catégoriquement cette pilule hormonale masculine** :

« Non ! (Catégorique) Moi déjà j'encourage pas les filles à la prendre. » (J5) ; « Heu, j'pense pas. Trop dur, tout ça à la même heure, tous les jours. » (J12) ; « Heu. Non je pense pas. C'est pas bon pour la santé quoi. » (J13)

La plupart des jeunes **accepteraient de la prendre** :

« Je me sentirais prêt à prendre une pilule, si c'était une pilule à prendre tous les jours, et si je devais m'y astreindre, je me sentirais capable, surtout si il y a des avantages par rapport à une pilule féminine. » (J1) ; « Ça me dérangerait pas, non. Y'a pas de problème. Les effets secondaires me poseraient pas problème. » (J2)

Certains le feraient **par souci d'égalité vis à vis de la partenaire** : « Ouais pourquoi pas. Je vois pas pourquoi ça serait que elle qui devrait la prendre. Si je peux la prendre la pilule, je le ferais. » (J7) ; « Bah, je vois pas pourquoi je la prendrais pas, je vois pas pourquoi j'en chierais pas. » (J10)

D'autres la prendraient **s'il n'y avait vraiment pas d'autre solution**: « Si elle pouvait vraiment pas, ouais j'essayerais. Je pense j'y arriverais quand même. Je me dirais pas je m'en fout. Je mettrais une alarme. » (J13)

Une bonne alternative mais dans un couple stable :

« Moi je pense que la prendrais, mais que c'est quelque chose à envisager dans le cadre d'une relation stable. » (J1)

Beaucoup de jeunes gens la prendraient mais **avec prudence et parcimonie :**
Les freins à cette prise de pilule hormonale masculine

Crainte des effets secondaires :

« Je me renseignerais dessus sur les effets secondaires etc. (...) Après ça me dérangerait pas d'essayer et j'aimerais bien savoir si ça m'empêcherait pas d'avoir d'enfants après. » (J8) ;
« A mon avis, avant d'essayer, j'attendrais quand même qu'elle soit connue et mise sur le marché. » (J4) Ils exprimaient leurs **doutes concernant ces médicaments**. « Je vérifierais la merde qu'il y en a dedans. » (J10) ; « J'aime pas trop ces produits. » (J5)

Crainte de ne pas réussir à la prendre à heure régulière.

Les jeunes hommes se disaient souvent **étourdis** : « Je suis un peu tête en l'air. Je pense qu'il faudrait mieux que cela soit elle qui la prenne que moi. » (J11) ; « Pas sûr que je pense à la prendre tous les jours. » (J4)

Certains pensaient que ce serait plus difficile pour un homme que pour une femme de prendre une pilule correctement : « C'est con que ça soit plus dur à prendre pour un homme plutôt que pour une femme. Mais peut-être c'est tellement ancré dans les mœurs que ça soit les femmes qui prennent la pilule. » (J6) ; « Après je pense que l'homme est plus à même d'oublier que la femme. J'ai déjà la tête en l'air. (...) Mais je pense que dans notre couple, il faudrait mieux que ça soit elle qui la prenne. » (J14)

Crainte pour l'avenir de cette pilule hormonale: est ce vraiment la réponse au problème ?

La pilule hormonale masculine n'était peut être pas la solution pour résoudre le problème de la régulation des naissances:

« Mais la science est entrain de créer un truc pour l'homme, mais on sait déjà que ça pourrit la femme et pourquoi pourrit aussi l'homme ? » (J10) Celle-ci serait peut-être responsable dans l'avenir de nouveaux **problèmes de santé concernant cette fois ci l'homme**.

EN RÉSUMÉ

Pour la plus grande majorité, la contraception était une affaire de couple. Quelques-uns affirmaient qu'il s'agissait d'une affaire de femme avec d'ailleurs un certain sentiment d'injustice vis à vis de leur partenaire qui pouvait en subir les conséquences. Une affaire de femme, car les femmes avaient enfin acquis des droits, et leur liberté concernant la régulation des naissances ; une affaire de femme car c'était en leur corps qu'une grossesse pouvait physiologiquement exister.

Pour le jeune, le rôle de l'homme dans la sexualité était de satisfaire sa partenaire, lui apporter du plaisir, en partageant, tout en gardant le respect pour elle, et lui apportant le réconfort et la sécurité par sa virilité.

Pour la plupart, l'homme serait peut-être plus dans l'instant présent au moment de l'acte et ne penserait pas au fait qu'il y ait un risque de grossesse. Les femmes étaient en effet plus dans la crainte et la réflexion tandis que les hommes se devaient de rester dans l'acte pour garder leur virilité et rester puissants. Cet avis n'était pas partagé par tous.

Concernant le concept d'une contraception masculine hormonale, certains refuseraient de la prendre. D'autres accepteraient volontiers de la prendre par souci d'égalité envers la femme ou si il n'y avait pas d'autres solutions. Cela semblait une bonne alternative à envisager en couple stable. La plupart étaient prêts à essayer celle-ci mais avec prudence et parcimonie étant donnés les différents freins : c'est à dire les effets secondaires probables de cette pilule, le fait d'être étourdi ou incapable de la prendre correctement et enfin le fait que la pilule hormonale ne soit peut-être pas la solution idéale pour résoudre le problème de régulation des naissances.

DISCUSSION

1. Les principaux résultats de notre étude

1.1 Les jeunes hommes étaient porteurs de savoir

Au terme de ces 12 entretiens, on peut conclure que les jeunes hommes ont un rôle à jouer dans la contraception du couple en terme de porteur du savoir, d'implications au quotidien et de responsabilités partagées.

Ils connaissaient les différents moyens contraceptifs, en priorité le **préservatif** qui était le plus utilisé, et ils avaient recours à la contraception d'urgence si besoin. La source principale d'information concernant la contraception était **l'enseignement scolaire**. Les médias, les parents, et la femme, éducatrice pouvaient être une source également. La plupart **ne connaissaient pas le rôle du médecin traitant** dans la contraception et d'autant moins son rôle dans la prévention. Les jeunes **se sentaient informés**, ils auraient cependant aimé l'être davantage.

1.2 Les jeunes hommes se sentaient impliqués

Les jeunes hommes se disaient **être impliqués au quotidien** dans toutes les situations, que ce soit pour une première partenaire, dans les choix des méthodes de contraception, lors d'un oubli de pilule, lors d'une grossesse non désirée ou que ce soit en couple stable.

Le moyen d'implication principal était la **communication par le biais de la discussion**. Les autres moyens étaient : de prévoir le préservatif, d'aborder la contraception dès les préliminaires, de s'assurer que la pilule ou la pilule du lendemain soient correctement prises, de prendre avis auprès d'un tiers, d'être acteur de la contraception autant que la jeune fille, d'accompagner dans les démarches ou dans l'achat d'une pilule du lendemain, de pratiquer la méthode du retrait ou de l'abstinence si besoin, de vouloir influencer la décision de la partenaire, de penser à l'IVG ou à la paternité, et enfin de faire confiance.

Les jeunes avaient parfois la sensation de moins savoir ou d'être moins impliqués que les jeunes filles. Ils avaient parfois crainte pour l'avenir d'avoir un enfant. Ils éprouvaient parfois de la culpabilité ou un sentiment d'injustice, parfois du mécontentement ou de l'anxiété selon les situations.

Parfois **leur implication était paradoxale**. Soit ils ne pouvaient mettre le préservatif, soit ils présentaient des difficultés à s'impliquer dans la contraception du couple : il n'y avait parfois pas de discussion, pas de vérification de la prise correcte de pilule, rarement un accompagnement chez le gynécologue ou un partage financier. La jeune fille pouvait être amenée à se retrouver seule dans certaines situations ou jugée fautive lors d'erreur de contraception. Les jeunes hommes pouvaient être simplement « spectateur » de la contraception.

1.3 Les jeunes hommes partageaient les responsabilités contraceptives

Pour la grande majorité, la contraception était **une affaire de couple**. Pour certains, c'était une affaire de femme car les femmes avaient enfin acquis leurs droits concernant la régulation des naissances et que c'était en leur corps qu'une grossesse pouvait physiologiquement exister.

Concernant la **sexualité**, les jeunes hommes apportaient **plaisir et sécurité** à leur partenaire.

Au moment de l'acte, la plupart des **jeunes hommes n'étaient pas dans la réflexion** car ils se devaient de rester **virils et puissants**. Tandis que les jeunes filles, plus réfléchies avaient peut-être plus la crainte d'avoir un enfant, du fait d'avoir à le porter physiologiquement.

La plupart étaient **prêts à essayer la contraception masculine hormonale** mais **avec prudence** et parcimonie étant donné les différents freins : les effets secondaires probables de cette pilule, la difficulté à la prendre correctement, et enfin le fait que la pilule hormonale ne soit peut-être pas la solution pour résoudre le problème des régulations des naissances et qu'elle constituerait peut-être un nouveau problème de santé concernant les hommes dans l'avenir.

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Les forces de l'étude

2.1.1 Originalité du sujet et de la technique

Notre travail est original par son sujet. S'il est fréquent de trouver dans la littérature des articles et études concernant la contraception vue par la jeune fille, beaucoup moins d'études se sont penchées sur la question du rôle du jeune homme dans la contraception du couple.

2.1.2 La validité interne de l'étude

2.1.2.1 Le choix de l'étude qualitative

Dans notre étude, nous avons essayé de respecter les principaux **critères de fiabilité des résultats** définissant la recherche qualitative:

- ✓ la construction du canevas d'entretien sur la base des données de la littérature
- ✓ un canevas d'entretien permettant de diriger l'entretien, avec des questions ouverte pour laisser libre place à la parole de l'interviewé et de maintenir une dynamique évolutive aux entretiens
- ✓ la réalisation de deux entretiens « pilotes » pour valider le guide d'entretien
- ✓ le principe de variation maximum lors de la réalisation de l'échantillonnage raisonné afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème abordé
- ✓ le choix d'entretien semi-dirigé individuel permettant l'anonymat, et la spontanéité du dialogue
- ✓ l'obtention de la saturation des données, (même si l'on sait que 14 entretiens ne suffisent probablement pas pour obtenir cette saturation.)
- ✓ la triangulation des données

2.1.2.2 Limitation de certains biais

Biais de mémorisation

Les jeunes gens ont été confrontés récemment de loin ou de près à la question de la contraception. Ceci a permis de limiter le biais de mémorisation.

Biais d'intervention

Ce biais a été limité par :

- ✓ Le choix par le jeune du moment et du lieu de l'entretien
- ✓ Un lieu calme et sans témoin : entretien en tête à tête
- ✓ Un climat de confiance : discussion et non interrogatoire intimidant
- ✓ Une absence de pression du temps au moment de l'entretien
- ✓ Une absence de prise de notes écrites
- ✓ Une utilisation d'outils de communication appropriée :
 - l'écoute active et attentive
 - la reformulation
 - le recentrage
 - la relance lors de silence ou de gêne du patient
 - les techniques non verbales (contact visuel, pause active)

2.2 Les limites de l'étude

2.2.1 Biais internes

2.2.1.1 Biais de sélection et biais de confusion

Biais de volontariat

Tous les jeunes ayant accepté de participer à l'entretien étaient à priori des jeunes concernés, intéressés, motivés par la question de la contraception, et volontaires. En effet toutes les personnes à qui nous avons demandé s'il était possible de faire un entretien n'ont pas accepté par la suite d'y venir. Les raisons des ces refus étaient le manque de temps, le manque de conviction pour l'un d'eux et le désintérêt pour le sujet.

Biais de recrutement

Tous les jeunes ont été recrutés par le biais d'un circuit de soins. Les jeunes gens ne fréquentant pas les cabinets médicaux pour diverses raisons ne sont donc pas représentés dans notre échantillon.

Biais démographique

Les entretiens n'ont pas été effectués de manière multicentrique pour des raisons pratiques, ce qui a pu entraîner une perte d'information. L'étude a été réalisée au sein de la région Rhône-Alpes en France. Mais tous les jeunes interviewés ont été recrutés par l'intermédiaire des trois différents cabinets médicaux situés à des points stratégiques de la région pour cibler des populations variées.

2.2.1.2 Biais liés à l'enquêteur

Biais d'investigation

La manière de poser les questions par l'enquêteur pouvait influencer les réponses des jeunes selon son avis qu'il avait sur la question ou la réponse qu'il aurait aimé entendre. Nous avons tenté de limiter ce biais en utilisant des techniques de communication appropriées.

Cette étude s'adressait uniquement à un public masculin. Les jeunes étant souvent peu loquaces, leurs réponses étaient souvent succinctes et peu développées ce qui n'a pas facilité le travail d'investigation de l'enquêteur.

Biais de déclaration

La peur d'être jugé par l'enquêteur pouvait conduire l'interviewé à donner des réponses consensuelles et socialement acceptables plutôt que spontanées.

Biais de prévarication

La contraception est un sujet qui concerne l'intimité du jeune. Omissions ou fausses déclarations étaient possibles, notamment en ce qui concerne la sexualité.

Biais de bienséance sociale

L'enquêteur étant une femme, cela a pu empêcher les jeunes hommes de s'exprimer librement ou cela a pu les influencer durant l'entretien.

Biais de neutralité

L'enquêteur avait déjà vu en consultation auparavant tous les interviewés. Un lien patient-médecin avait donc déjà été établi, ce qui a limité la neutralité. L'enquêteur pouvait être amené à revoir les patients dans le cadre d'une consultation.

2.2.2 Biais externes

Biais de mesure

Ce biais a été possible lors de la retranscription des entretiens. Il a été limité par les enregistrements numériques avec retranscription dactylographiée intégrale des entretiens. Les silences, les expressions des sujets ont été retranscrites. Les attitudes des jeunes hommes n'ont pas été analysées, ce qui a occasionné un **biais de déperdition**. Nous avons choisi de ne pas faire relire les retranscriptions des entretiens par les interviewés. Car le but était de garder la spontanéité d'un premier jet de parole.

Biais d'interprétation et d'analyse

Un manque d'objectivité de la part de l'enquêteur dans l'analyse des données a pu exister. Il pouvait sans le vouloir suggérer ses opinions et interpréter selon ses propres conceptions, d'autant plus que l'enquêteur était une femme. La **triangulation des données** a permis de limiter ce biais.

3. Discussion des résultats comparés à la littérature

3.1 Connaissances des jeunes hommes et sources d'information sur la contraception

3.1.1 Une bonne connaissance en matière de contraception mais un niveau d'information jugé insuffisant

3.1.1.1 Niveau de connaissances

Perception et représentation de la contraception par les jeunes

Les jeunes interrogés dans le cadre de notre étude se représentaient la contraception soit comme un moyen de protection contre une grossesse non désirée, soit comme un moyen de protection contre des risques de MST. Il ressort donc de notre étude que les jeunes ont élargi la notion de contraception à celle de protection contre les MST. Ce résultat vient corroborer ceux de la thèse de SMET (23), dans son étude qualitative de 2012 en Rhône Alpes sur l'implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception.

Le rôle du préservatif

Pour deux tiers de nos jeunes, le préservatif joue d'abord un rôle de protection contre les MST. De la même manière, les travaux de LAMBOURG, (thèse qualitative de 2013 sur les connaissances et représentations des hommes de 18 à 20 ans sur la contraception en Bourgogne), ont montré que le préservatif, seul moyen à responsabilité masculine, était davantage considéré comme un moyen efficace de protection contre les infections sexuellement transmissibles plutôt que comme un moyen de contraception (24). Ce même rôle de protection a aussi été majoritairement cité par les hommes interrogés par SMET (24).

Les moyens contraceptifs connus

L'enquête a montré que parmi les moyens contraceptifs existants, les plus connus chez les jeunes étaient la pilule et le préservatif masculin. Cependant, d'autres moyens ont aussi été

cités, tels que l'implant, le DIU, l'anneau vaginal, les spermicides, ou la pilule du lendemain dans le cas d'accident de contraception. Tous ces moyens ont également été mentionnés dans la thèse de SMET (23), tandis que ceux qui l'étaient le plus dans la thèse de LAMBOURG (24), étaient la pilule contraceptive et la contraception d'urgence (dont l'utilisation, par ailleurs, n'était pas maîtrisée), le préservatif et le stérilet. Dans la thèse de SMET, ils connaissaient les buts de la contraception et quasiment toutes les méthodes, contraception d'urgence comprise, différenciées en fonction du genre (23). Quant à BIZET, elle a montré, dans une étude quantitative menée auprès de 221 hommes âgés de 18 à 70 ans évaluant leurs connaissances, leurs implications et leurs attentes dans la contraception, que les hommes connaissaient bien les méthodes les plus couramment utilisées (préservatif masculin, pilule, stérilet et retrait), mais que les autres méthodes restaient plus méconnues (25).

La vasectomie ainsi que la contraception hormonale masculine ont également été évoquées dans la thèse de SMET (23). A contrario, dans le cas de notre étude, aucun jeune n'a fait allusion à la vasectomie. Nous expliquons ce fait d'une part par la jeunesse des personnes interrogées, d'autre part par le fait que cette technique est peu pratiquée en France. Selon DESJEUX, dans son article de 2013 intitulé « *La contraception masculine, aujourd'hui, une réalité plurielle* », la stérilisation irréversible reste peu acceptée par la culture française, où elle apparait comme un symbole de « *castration ou d'eugénisme* » (7).

3.1.1.2 Une perception positive des jeunes sur leur niveau d'information concernant la contraception

Notre étude a montré que les jeunes hommes se sentent suffisamment informés concernant la contraception, ce qui corrobore les autres thèses françaises réalisées. Chez CADIERGUE, (dans sa thèse quantitative sur les connaissances des hommes de 15 à 55 ans, sur la contraception en région parisienne en 2015), la majorité des personnes interrogées déclaraient en effet, connaître parfaitement ou suffisamment les principales méthodes de contraception. Ils estimaient donc connaître les contraceptions qu'ils utilisaient. Ainsi, 75% des hommes s'estimaient suffisamment ou parfaitement informés (26). De la même manière, la thèse de DESLANDES sur la communication de la contraception au sein du couple

réalisée en 2015, a montré que 96,5% des jeunes interrogés, se disaient informés (27). En 2010 une autre étude qualitative réalisée par DELAUNAY auprès des 18-55 ans en Bretagne sur les connaissances, rôles et attentes des hommes dans la contraception, a montré également une bonne perception de leur connaissance des moyens courants de contraception (28).

3.1.1.3 Une information sur la contraception en réalité mal maîtrisée

Des connaissances qui se révèlent insuffisantes

Prenons l'exemple de la pilule du lendemain : les jeunes interrogés dans le cadre de notre étude l'ont effectivement évoquée mais beaucoup ne connaissaient pas son mode de fonctionnement et son utilisation. CADIERGUE a aussi montré que le niveau des connaissances pratiques des hommes sur les méthodes contraceptives et sur la contraception d'urgence restait limité, avec souvent de fausses idées ou des préjugés. Leur niveau moyen de connaissance atteignait 5.13 sur une échelle de -20 à 20, (26). LAMBOURG et DELAUNAY sont arrivés à des conclusions similaires (24) (28). Notons qu'un homme interrogé dans l'étude de SMET a admis n'avoir aucune connaissance des moyens contraceptifs (23).

Une minorité de jeunes hommes ne souhaitent pas s'impliquer d'avantage pour approfondir leurs connaissances des moyens de contraception.

SMET a pu conclure que certains hommes ne souhaitent pas s'impliquer davantage pour améliorer leur niveau de connaissance sur la contraception (23). Les résultats de notre thèse sont similaires. La carence d'information chez certains hommes s'expliquait par le fait qu'ils ne se sentaient pas directement concernés. C'est ce qu'a conclu LAMBOURG qui a pu noter qu'aucun besoin d'informations supplémentaires n'était ressenti par les jeunes interrogés, qui pensaient que leur niveau de connaissances était suffisant (24).

Certains hommes ont souhaité être davantage informés

Notre étude a également montré que pour certains jeunes hommes, un complément d'information serait utile et appréciable. Cela va dans le même sens que la thèse SMET qui a montré que certains souhaitaient un meilleur niveau d'information (23), ou que l'étude EKSTRAND (29). Celle-ci, réalisée en 2007 auprès de 40 jeunes garçons suédois de 17 ans, a montré un faible niveau de connaissance sur la reproduction et la contraception, mais également le souhait de bénéficier d'une formation plus poussée sur la sexualité et sur la régulation des naissances à l'école. Dans notre étude, certains jeunes ont d'ailleurs évoqué le fait de ne pas savoir où trouver la bonne source d'information sur ces sujets.

3.1.2 Des sources d'information nombreuses mais peu exploitées

3.1.2.1 L'enseignement scolaire

Source principale d'information

Notre étude a montré que la source principale d'information sur la contraception était l'enseignement scolaire. HAMI, dans sa thèse de 2013 réalisée auprès de 498 adolescents, jeunes filles et jeunes hommes en Hauts-de-Seine sur la place du généraliste dans l'information et la prévention dans la contraception, a pu confirmer que le collège restait le lieu privilégié par les adolescents dans l'apprentissage des moyens de contraception. Il restait « *un lieu de rencontre et d'échange pour les adolescents* ». C'était le lieu choisi par la majorité pour s'informer (30). GASCON a montré dans une revue québécoise de 2011 portant sur la communication dans le couple adolescent, l'importance de l'enseignement aux jeunes sur les questions de sexualité et de contraception: « *Il est pertinent que les enseignants et les intervenants abordent avec les jeunes la question de la communication en rapport avec la sexualité, et les incitent à en discuter avec leur partenaire* (31). »

Source insuffisante qui ne répond pas aux attentes des jeunes

Bien que les établissements scolaires soient reconnus comme des lieux d'information privilégiés par les jeunes, notre étude a montré que le niveau d'information délivré restait

insuffisant par rapport aux attentes de ces jeunes. Ce constat rejoint celui de LAMBOURG qui évoque le fait que les cours d'éducation sexuelle ne soient pas adaptés aux attentes des participants (24).

3.1.2.2 Le rôle des parents

Notre étude a relevé que seulement trois de nos jeunes se sont informés auprès de leurs parents. Ce constat diffère des résultats de la thèse de LAMBOURG où la principale source d'informations des jeunes était les parents, qu'ils jugent responsables de cet aspect de leur éducation (24). BERNARD, dans son enquête sur la contraception réalisée en 2010 auprès de jeunes filles et jeunes garçons de 16-22 ans dans les Yvelines, a montré que la mère avait un rôle d'information et de sensibilisation tandis que le père avait plus pour rôle de poser les limites concernant la sexualité et la contraception de ses enfants : « *Cette partition sexuée du rôle des adultes est intégrée par les hommes* » (32).

3.1.2.3 Le rôle des proches et de la partenaire

Notre étude a montré le rôle que pouvaient jouer les proches dans la transmission d'informations. Cet aspect a aussi été discuté par LAMBOURG et CADIERGUE (24) (26). Nous verrons ultérieurement, notamment grâce aux écrits de 2009 de DESJEUX, intitulé « *Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine* », les différents rôles que peut tenir la partenaire pour mieux impliquer l'homme dans la démarche de contraception (5).

3.1.2.4 Rôle des médias

Une autre source d'information qui a été identifiée dans notre étude correspond aux moyens de communication audiovisuels : internet, publicités à la radio, à la télévision ou encore dans les pharmacies. CARDIERGUE et LAMBOURG ont montré le rôle essentiel joué par les médias, que ce soit la télévision ou internet (24) (26). Pour LAMBOURG, Internet est la source d'information majeure, en raison de l'anonymat conféré à l'internaute (24).

3.1.3 Le rôle du médecin généraliste dans l'information sur la contraception auprès des jeunes hommes

3.1.3.1 L'étude a montré que les jeunes hommes ne consultent pas leur médecin de famille sur la contraception

Un seul des jeunes interrogés dans le cadre de notre étude a déclaré qu'il irait voir son généraliste pour recevoir des informations. C'est ce qu'ont montré aussi les autres thèses. Ainsi Hami a montré que le généraliste constituait le dernier recours des adolescents pour obtenir de l'information sur la contraception. (Les adolescents et adolescentes interrogés par HAMI ont classé leurs sources d'information de la façon suivante : le collège, les parents, l'infirmière scolaire, internet, les livres, le planning familial, les frères et sœurs, et enfin, et en dernière position, le médecin généraliste (30).) CADIERGUE a montré qu'un seul homme sur quatre a abordé le sujet avec son médecin (26). Enfin chez BIZET, deux tiers des hommes interrogés ont cherché à obtenir des informations sur la contraception, mais seuls 19% avaient déjà abordé le sujet avec leur médecin référent (25).

3.1.3.2 Le rôle du médecin traitant

Selon nos jeunes, le médecin traitant avait un rôle d'aide, d'écoute, et d'accompagnement. Dans le travail de DESLANDES, le médecin était également identifié comme la source d'information la plus fiable sur la contraception, et le premier interlocuteur pour obtenir des conseils (27). Chez CARDIEGUE, il était cité comme une source importante d'informations sur la contraception, même si ce sujet n'était pas souvent évoqué (26). Ce rôle du médecin traitant rejoint ce que la Wonca a établi en 2002 en donnant une définition consensuelle de la discipline de Médecine Générale. « *La médecine générale [...] a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté* » qui fait partie intégrante de son exercice, le médecin traitant ayant ainsi un rôle d'information, d'éducation et de prévention de la population générale (33).

3.1.3.3 Rôle de prévention du médecin généraliste méconnu

La moitié des jeunes de notre étude ne connaissait pas le rôle que pouvait tenir le médecin traitant dans la contraception, notamment en matière de prévention. LAMBOURG est arrivé à la même conclusion dans son étude. Elle a montré que le médecin traitant n'était pas considéré comme un interlocuteur de premier choix en matière de contraception, car il était davantage considéré comme un prescripteur. Selon elle, le médecin de famille était une personne de confiance mais ses missions de prévention étaient méconnues des jeunes patients (24).

3.1.3.4 Une préférence pour les spécialistes et les structures hospitalières

Notre étude a montré que les jeunes préféraient s'adresser à des spécialistes, et notamment à des gynécologues. De la même manière, LAMBOURG a évoqué le fait que les jeunes ne soient pas toujours certains de la compétence du généraliste en matière de contraception (24). Pour certains, ce sujet relevait uniquement de la compétence du spécialiste gynécologue. Et pourtant HAMI a montré dans sa thèse que les jeunes avaient plus recours au médecin généraliste que ce qu'ils laissaient entendre. Elle a d'ailleurs noté un bon niveau de satisfaction de ces personnes (30).

3.1.3.5 Les freins pour aller voir le généraliste

Dans notre étude, certains jeunes se sont montrés réticents à l'idée d'aller consulter leur médecin traitant sur ces questions. Dans l'étude de LAMBOURG, les jeunes ont aussi évoqué leur peur d'un manque de confidentialité vis à vis de leur famille en consultant leur généraliste, tout en affirmant la confiance qu'ils avaient en leur médecin (24). Ce motif de consultation était ressenti comme peu noble ou peu important par un des jeunes de notre étude.

3.1.3.6 La demande des jeunes concernant l'information par leur généraliste

Certains jeunes dans notre étude auraient apprécié une consultation ou une intervention spéciale d'un généraliste pendant leur scolarisation qui soit dédiée à la contraception et aux jeunes hommes. En 2004, Le Conseil de l'Europe avait déjà développé cette question du rôle de l'homme dans la contraception. Il préconisait que les services de planification familiale, les gouvernements, et les ONG réfléchissent aux moyens de toucher les jeunes hommes et de les guider dans leur choix : programmes spéciaux de sensibilisation pour les encourager à assumer la responsabilité de leurs comportements sexuels, à comprendre et à soutenir les femmes dans leurs choix contraceptifs et enfin à améliorer la communication entre les partenaires sur ce sujet (34).

3.2 Implication des hommes dans la contraception

3.2.1 Méthodes contraceptives masculines

3.2.1.1 Méthodes dites « naturelles »

Dans notre étude, seul un jeune disait s'impliquer dans la démarche de contraception en utilisant la méthode du retrait en plus de la pilule de sa partenaire, pour plus de sécurité. L'enquête de DESJEUX nous en apprend plus sur ces méthodes. Il nous rappelle en premier lieu que les méthodes qui ont pu être considérées comme masculines par les enquêtes à travers le temps étaient le coït interrompu, le coït anal et l'abstinence (7). Il a montré, en ce sens, que les hommes refusaient « *que la femme utilise une contraception chimique* » et désiraient un « *partage des charges contraceptives* ». L'abstinence était pratiquée par ces enquêtés en complément de la méthode du retrait, lorsqu'aucun des partenaires n'utilisait de contraception. Le coït anal était quant à lui utilisé à but contraceptif par un seul des enquêtés et pour des raisons religieuses par un autre. Ces méthodes dites « *naturelles* » et déconnectées du corps médical, pouvaient apparaître comme « *maîtrisables* » devant une contraception hormonale ressentie comme « *antinaturelle* ».

3.2.1.2 Le préservatif

Pour la majorité des jeunes de notre étude, le moyen de s'impliquer consistait à prévoir le préservatif. Parfois ils se disaient même les acteurs principaux de la démarche contraceptive. Dans son étude, BERNARD a montré la même idée : en ce qui concerne le préservatif, les garçons endossaient la responsabilité puisque selon eux, « *cette méthode est de leur unique ressort*. » Ils étaient garants du bon fonctionnement du préservatif et devaient remédier aux éventuels accidents en procurant à leur partenaire la pilule du lendemain. Les filles étaient décrites comme « *immatures et incapables de prendre des décisions adéquates (32)*. »

Le préservatif avait une double fonction de protection contre les MST et une fonction contraceptive. Dans l'enquête de DESJEUX (7), le préservatif avait également d'autres fonctions : permettre de faire perdurer le plaisir et assurer une fonction d'hygiène corporelle. Mais le préservatif pouvait apparaître comme un frein au bien-être sexuel selon DESJEUX : « *Mettre le préservatif participe à une certaine tension entre des pratiques*

érotiques et des pratiques techniques ». Un des jeunes de notre étude a évoqué également être dans l'impossibilité de pouvoir mettre le préservatif, restant impuissant. L'expérience du préservatif pouvait être contraignante pour certains jeunes de la thèse de SMET (23).

3.2.1.3 Méthodes masculines hormonales

La plupart de nos jeunes se sont dits prêts à essayer la contraception masculine hormonale. Un jeune a même pensé à cette pilule masculine avant même qu'on aborde cette question en entretien. Dans l'enquête de DESJEUX, et de LAMBOURG, certains ont également émis la possibilité d'utiliser une pilule pour homme, s'il en existait une, qui soit efficace et sans effet secondaire (24) (7). Nous étudierons cette notion dans la dernière partie de la discussion.

Il est peut être réducteur de parler de contraception masculine et de contraception féminine. DESJEUX montrait qu'un investissement contraceptif des hommes était possible, même lorsque c'est la partenaire qui en avait la charge : *« L'investissement des hommes dans la contraception ne se comprend pas uniquement à travers des méthodes qui agissent sur leur corps, mais il inclut également un ensemble de pratiques (7). »*

3.2.2 Participation à la contraception féminine

3.2.2.1 Implication des hommes variable selon l'âge, la stabilité des relations, et le gradient social

Dans le rapport d'étude quantitative et qualitative menée par ANCIC, (Association Nationale des Centre d'IVG et de la Contraception), la relation à la contraception variait de façon significative avec l'âge. Il a montré qu'environ 90% des moins de 30 ans disaient s'impliquer dans la contraception, mais seulement 75% des plus de 30 ans. L'explication probable était *« qu'avec l'âge et la stabilité des relations, l'homme déléguait davantage à sa partenaire le contrôle de la fécondité du couple (13). »* Dans la thèse de BIZET, ils étaient 86% à se dire impliqués dans la contraception et 76% à penser que les hommes devraient jouer un rôle plus important. L'âge mis à part, aucun gradient social n'avait été mis en évidence concernant l'utilisation ou l'implication contraceptive (25). Ce gradient social dans notre

thèse qualitative ne nous apparaît pas non plus comme un facteur influençant l'implication du jeune homme.

3.2.2.2 Implication pratique et morale des hommes au quotidien

Les jeunes hommes de notre étude se disaient être impliqués au quotidien de façon pratique et morale dans toutes les situations : que ce soit en couple stable, ou pour une première partenaire dans le choix des méthodes de contraception, lors d'un oubli de pilule, ou lors d'une grossesse non désirée.

Différentes formes de participation à la contraception féminine par les hommes ont été citées :

La communication

Le moyen d'implication principal

Le moyen d'implication principal mis en avant dans notre étude était la communication par le biais de la discussion. « *La communication dans le couple permettait une meilleure pratique contraceptive* » concluait POLIT-O'HARA, dans son enquête quantitative écrite en 1985 intitulée « *Communication and contraceptive practices in adolescent couples* », interrogeant des couples de 15-18 ans (35). MERK montrait également l'importance de la communication sur la contraception dans son enquête qualitative de 2008, intitulé « *Young unmarried men's understanding of female hormonal contraception* » (36). On constate dans les autres travaux que les hommes communiquaient effectivement. 59% des hommes interrogés par CADIERGUE avaient discuté avec leur partenaire des choix de méthode de contraception (26). Parmi les adolescents interviewés dans la thèse de DESLANDES qui déclaraient être ou avoir été en couple, 42,5% (dont 37 garçons et 40 filles) avaient déjà parlé de la contraception. L'intérêt de communiquer était reconnu par la grande majorité des adolescents. Selon eux, cela pouvait les aider à prendre la décision d'utiliser un moyen de contraception, et cela favorisait une bonne observance (27).

Facteurs favorisant la communication

L'étude de DESLANDES met en avant deux facteurs principaux qui interviennent dans la communication sur la contraception : le fait d'être actuellement en couple et l'expérience personnelle en termes de sexualité et de contraception (27). BERNARD quant à lui a noté d'autres facteurs: « *Être une fille plutôt qu'un garçon, avoir déjà vécu sa première expérience sexuelle, parler avec sa mère plutôt qu'avec son père, favorisent l'intensité de cet échange.* » Il a aussi montré que le fait de parler à un tiers pouvait parfois favoriser une bonne communication (32). Dans l'enquête de DESJEUX, les hommes communiquaient soit dans le couple, soit auprès de tiers comme le pharmacien, le médecin ou les parents, en particulier pour choisir une méthode de contraception adaptée (5). Ce constat est similaire aux résultats de notre enquête, qui a montré que le médecin, le pharmacien ou encore les parents avaient été consultés par les jeunes interrogés. DELAUNAY a montré que les hommes se disaient prêts à parler de contraception mais admettaient qu'il fallait que la discussion soit entamée par une tierce personne (28).

Difficultés à communiquer au sein du jeune couple

Dans notre étude, certains jeunes ne discutaient pas avec leur conjointe de contraception : la question de la contraception apparaissant comme un réflexe, il n'était pas nécessaire selon eux d'en discuter. Certains auteurs ont cherché à mieux comprendre les raisons de ces difficultés de communication. GASCON a évoqué la peur des jeunes à communiquer. Selon une étude réalisée auprès de 522 adolescents montréalais en 2000, près de la moitié d'entre eux ne parlaient pas de protection sexuelle avec leur partenaire. Le manque de confiance en soi, la peur d'être jugé et la peur de voir sa partenaire réagir de manière négative, constituaient pour eux des raisons susceptibles de les empêcher d'aborder le sujet. « *Le garçon ou la fille qui propose d'utiliser le condom pourra craindre de passer pour quelqu'un d'un peu trop actif sexuellement, pour quelqu'un qui n'a pas confiance en l'autre, ou pour quelqu'un qui a une infection transmissible sexuellement* (31). » De la même manière, COLEMAN a exploré les difficultés de communication sur la contraception chez 56 jeunes hommes de Southampton en 1999. Il a montré que discuter de contraception se faisait surtout dans le cadre d'une relation à long terme (37). Selon WIDMAN dans son étude de

2006 sur la communication sur la sexualité et sur la contraception chez les jeunes adolescents en couple, « *le fait qu'à l'adolescence, les relations amoureuses soient souvent éphémères (les jeunes en sont au stade de l'expérimentation)* » constituait aussi un frein. Selon lui, 30 % des jeunes n'avaient pas communiqué lors de leur premier rapport réalisé sans protection contraceptive. Presque la moitié des couples admettaient qu'ils n'utilisaient pas de contraception à chaque relation sexuelle (38). SMET tout comme WIDMAN, a observé que lors des relations de courte durée ou au sein d'un couple récent, le préservatif était le moyen privilégié par certains, car ils les dédouanaient de s'informer de la contraception de leur partenaire et d'en discuter (23).

Une communication « *plus ouverte* » selon WIDMAN (38) et « *plus précoce* » selon GASCON (31) en matière de sexualité favoriserait sans doute l'utilisation d'une méthode de protection et de contraception dans le couple adolescent.

La vérification de la prise correcte de la contraception de la partenaire

Dans notre étude, les jeunes en couple vérifiaient occasionnellement que la pilule soit correctement prise. Cela avait lieu dans deux cas de figure : soit lorsqu'ils sortaient du contexte du quotidien, soit lorsqu'ils sentaient que la jeune fille était moins impliquée. Ceux qui étaient célibataires s'assuraient que la partenaire prenait bien une contraception, ou a posteriori la pilule du lendemain. DESJEUX montrait les mêmes constats dans son enquête. Les hommes qui vérifiaient souvent la prise correcte de la pilule étaient ceux qui avaient eu une expérience avec des femmes qui l'oubliaient souvent (5). Un des nos jeunes interrogés avait la même méfiance, n'ayant jamais de rapport sans préservatif.

La contraception symbolique

Notre étude a montré que certains jeunes avaient recours à une contraception « symbolique ». Ainsi un de nos jeunes a tenté, à la demande de sa partenaire, de prendre un bonbon pendant 3 mois à la même heure, pour se rendre compte de la difficulté de prendre la pilule. « *La participation masculine à la contraception peut être symbolique. Dans*

ce cas, elle n'a aucun effet sur l'efficacité contraceptive, mais elle participe à baisser la contrainte mentale ou à mettre à l'épreuve les compétences masculines de contraception », concluait DESJEUX sur cette contraception symbolique (5).

L'accompagnement dans les démarches d'IVG ou dans l'achat de la pilule

La plupart de nos jeunes auraient accompagné leur partenaire dans les démarches d'IVG. Dans l'étude d'HAMI, 86,7% des garçons s'inquiétaient également de la possibilité d'une grossesse non désirée chez leur partenaire en cas d'accident de contraception (30). Accompagner leur partenaire lors de l'achat de la pilule du lendemain apparaissait aussi comme quelque chose de possible pour nos jeunes. Mais selon DESJEUX, en ce qui concerne l'achat de la pilule, la démarche d'aller chercher la contraception semblait plus difficile et plus ponctuelle. *« En effet, cela demande une ordonnance qui permet à la femme de maîtriser cette démarche en la rendant ou non possible. Cette délimitation des règles du jeu par la partenaire participe à créer le cadre en ce qui concerne la répartition des responsabilités contraceptives (5). »*

Le partage des frais financiers

Toutes les contraceptions ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale ou seulement partiellement. Dans l'enquête de DESJEUX, certaines femmes faisaient participer leur partenaire au financement de la contraception (5). En revanche les jeunes de notre enquête ne participaient que rarement au financement de la contraception. Un des jeunes pensant à une future vie de couple a tout de même évoqué: *« Ça peut entrer dans les frais de ménage. »* Cela montre que le fait de participer financièrement à la contraception implique de s'inscrire d'ores et déjà dans une vie de couple alors que cela semble moins réalisable dans le cas de relations ponctuelles ou de courte durée. Quant à DESJEUX, il évoque le fait que ce soit difficile de parler d'argent dans une relation amoureuse (5).

L'accompagnement lors des visites gynécologiques

Certains de nos jeunes ont dit qu'ils pourraient accompagner leur partenaire chez le gynécologue dans certains cas de figure : soit s'il s'agissait d'une relation de long terme, soit dans le cas d'une urgence. Dans l'étude de DESJEUX, une gynécologue interrogée disait laisser toujours les hommes dans la salle d'attente et sans les laisser entrer dans la salle de consultation (7). Elle distinguait deux logiques masculines : l'une active selon un schéma dit « égalitaire », l'autre selon un schéma dit « patriarcale ». *« J'ai repéré deux profils. Les premiers sont vraiment là à la demande de leur femme : ils ne font vraiment qu'accompagner ou ils essaient de mettre en place une gestion contraceptive plus égalitaire. Les autres sont plus problématiques. En discutant avec leur femme, je vois bien qu'ils ne sont pas venus à sa demande, mais pour vérifier et contrôler qu'elle prenait bien une contraception ».*

L'implication morale

Certains jeunes de notre étude ont dit vouloir influencer la décision de leur partenaire par la persuasion dans certaines situations, par exemple dans le cas d'une grossesse non désirée. *« La figure masculine est régulièrement perçue comme une menace, celui qui imposerait sa décision. »* selon l'ANCIC (13). De la même manière, dans l'étude de BERNARD, les garçons ne s'interdisaient pas d'inciter leur partenaire à avoir recours à l'IVG. *« Les filles paraissent plus hésitantes, mais ne s'accordent jamais la liberté entière de décider. Les jeunes filles ont souvent des représentations de la maternité et de l'IVG ne les autorisant pas à prendre aisément la décision d'avorter. (...) Avorter est souvent considéré comme un meurtre (32). »* En revanche, dans l'étude faite par EKSTRAND, la plupart des participants pensaient que le droit à l'avortement restait la décision de la jeune femme, mais certains disaient leur frustration de ne pouvoir influencer cette décision. Ceci rejoint notre enquête qui a montré que certains de nos jeunes étaient prêts à suivre la décision de leur partenaire et à en assumer les conséquences, même si celle-ci était différente de leur opinion (29).

Un autre moyen de s'impliquer moralement était de réfléchir aux solutions possibles devant une grossesse non désirée par exemple : soit de penser à l'IVG, soit de garder l'enfant et d'envisager la paternité. Un jeune avait même déjà réfléchi avec sa partenaire en discutant

du statut de l'embryon humain. Certains hommes interrogés par SMET avaient également relaté leur vécu en parlant « d'accident », et du choix commun de garder ou non l'enfant (23).

Les jeunes de notre étude s'impliquaient sur le plan moral en manifestant leurs sentiments : sentiment de crainte vis-à-vis d'une possible grossesse, sentiment de culpabilité, d'injustice ou parfois d'anxiété selon les situations. Les garçons interrogés par BERNARD craignaient aussi, plus que les filles, les grossesses non désirées, même si ce n'était pas eux qui en subissaient les conséquences directes (32).

3.2.3 Un paradoxe entre la posture affichée et la réalité des faits

Notre étude a montré que les jeunes hommes se disaient impliqués dans toutes les situations, mais nous avons cependant constaté que la nature de leur implication restait parfois paradoxale voire contraire à ce qui était affirmé.

Ainsi, les jeunes gens éprouvaient en fait des difficultés à utiliser la contraception masculine, comme l'un des jeunes qui ne pouvait mettre le préservatif. D'autres études ont aussi montré la difficulté que les hommes avaient à utiliser le préservatif. BAJOS ET FERRAND, dans leur article de 2004 intitulé « *La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine* », ont rappelé que certaines grossesses non désirées survenaient parce que les hommes étaient réticents à l'usage du préservatif ou refusaient de le mettre alors que la partenaire le demandait (12). WANG dans son étude quantitative faite en 2004 à Taiwan sur les facteurs influençant l'implication des jeunes hommes dans la contraception « *Potential factors associated with contraceptive intention among adolescent males in Taiwan* » a montré aussi que les femmes devaient parfois faire face au refus de leur partenaire de mettre le préservatif (39). BALAIAH, dans une étude quantitative intitulée « *Contraceptive knowledge, attitude and practices of men in rural Maharashtra* », réalisée en Inde (Thane) en lieu rural auprès de 172 hommes mariés, a décrit que les hommes n'acceptaient pas les méthodes de contraception masculine (40).

Nos jeunes présentaient également des difficultés à s'impliquer dans la contraception du couple, ce qui semblait paradoxal avec ce qu'ils affirmaient. Pour beaucoup, il n'y avait

parfois pas de communication, pas de vérification de la prise correcte de pilule, rarement un accompagnement chez le gynécologue ou un partage des frais financiers. DESLANDES constatait également cette opposition entre ce que pensaient les jeunes, (c'est à dire qu'ils se sentaient impliqués), et ce qu'il se produisait en réalité. En effet, la gestion de la contraception à cet âge était assez stéréotypée. « *le garçon s'occupait du préservatif en début de relation, la responsabilité de la contraception retombait ensuite sur la fille* » (27).

Nous avons pu constater dans notre étude que la partenaire pouvait être amenée à gérer la situation seule : soit en prenant seule sa contraception quotidienne ou sa pilule du lendemain (sans que le jeune homme soit au courant) et en assumant seule les effets secondaires, soit en menant seule la démarche d'IVG. Certains jeunes interrogés exprimaient aussi un doute sur le fait d'accompagner une partenaire non connue dans les différentes démarches. L'enquête menée par ANCIC a révélé que quatre femmes sur cinq se rendent seules, sans leur partenaire, dans un centre d'IVG. Selon l'ANCIC, les hommes seraient « *à la fois extérieurs à ces pratiques et s'y investiraient peu, voire pas du tout (13)* ». Cette donnée témoigne du grand isolement des femmes à un moment difficile de leur vie. C'est ce que montre Bernard : les jeunes filles qu'il interroge disent regretter que le jeune homme soit rarement présent le jour de l'avortement. Il en conclut que cet évènement peut « *en fonction de la manière dont il est géré, créer une rupture dans l'histoire du couple : il peut, à l'inverse, constituer un point d'ancrage solide et durable du couple (32).* »

3.3 Dynamisme et évolution concernant la contraception

3.3.1 Évolution sociétale concernant la contraception

Les changements sociaux récents, comme l'émancipation de la femme, la modification des structures familiales ou le changement d'attitude des hommes envers la santé modifient les manières de penser et d'agir de la société.

3.3.1.1 La contraception, « une affaire de femme » depuis la « révolution contraceptive »

Depuis la « *révolution contraceptive* » (11) de la fin du XX^e siècle qui a permis l'accès à une contraception efficace sous la pression des mouvements féministes, « *le pouvoir de décision et de gestion en la matière passait aux femmes* », écrit AVON dans son article sociologique de 2007 intitulé « *Contraception, 40 ans de pratiques : questions pour aujourd'hui* » (6). Quelques-uns parmi les jeunes de notre étude, affirmaient en effet que la contraception était de la responsabilité des femmes, et ceci d'autant plus qu'elles s'étaient battues pour acquérir leurs droits et leur liberté. SMET constatait que pour la majorité des hommes peu investis dans une relation, la contraception était « une affaire de femme » (23).

3.3.1.2 Double carrière maternelle et professionnelle

La diffusion de la contraception féminine, selon BAJOS et FERRAND, a permis aux femmes de penser à une carrière « *d'actives continues* ». Selon eux, la contraception renforce symboliquement la « *valence différentielle des sexes* » et contribue « *à souligner comme première la responsabilisation maternelle* ». Pour autant, ni les politiques sanitaires concernant les lois sur la contraception et celles sur l'avortement, ni les politiques sociales « *ne semblent, en définitive, avoir réellement amélioré les positions féminines dans le monde du travail* ». On parle désormais de « *concurrence entre carrière maternelle et carrière professionnelle* » (12). A titre d'illustration, un jeune homme de notre étude donnait la priorité à sa scolarité et aurait laissé seule sa partenaire dans les démarches d'IVG. La

partenaire de ce jeune homme n'aurait-elle pas le droit aussi de prioriser ses études par rapport à l'IVG qu'elle devra peut-être pratiquer ?

3.3.1.3 Peut-on parler de « dé-responsabilité des hommes » ?

Nous avons noté dans notre étude le rôle passif du jeune homme, impliqué uniquement en tant que « spectateur », dans une contraception dont la responsabilité totale revient aux jeunes filles. La question d'une déresponsabilisation des jeunes hommes se pose. En effet, dans plusieurs autres articles, se retrouvait la notion de « *dé-responsabilité* » des hommes : selon AVON, les femmes avaient mis des siècles pour conquérir la maîtrise de leur sexualité mais elles devaient assumer le « *coût de la liberté* » lorsqu'elles étaient confrontées à la « *déresponsabilisation des hommes* » (6). De même, l'enquête menée par l'ANCIC soulignait « *l'image d'irresponsabilité associée aux hommes* ». La relation des hommes à la contraception est en effet un thème peu investi par les sciences sociales comme par la recherche médicale et ceux-ci disposent de peu de moyens pour que les hommes puissent avoir une part active dans la contraception (13). Dans l'enquête de CUSSAC, une thèse qualitative de 2013 en Rhône-Alpes sur « *Les implications des hommes dans la contraception vue par des femmes* », la plupart des femmes émettaient des doutes quant à la responsabilisation et la maturité des hommes dans le domaine contraceptif. Cela était probablement lié aux représentations sociales dans ce domaine. Dans notre étude, certains de nos jeunes faisaient confiance à leurs partenaires et ne jugeaient pas nécessaire de s'investir davantage (41). Dans l'étude faite par EKSTRAND, les garçons pensaient également que les jeunes filles avaient une plus grande responsabilité dans la maîtrise de la contraception et leurs faisaient souvent une « *confiance aveugle* » pour la prise des contraceptifs oraux (29).

Cependant, à travers l'article de DESJEUX, nous comprenons qu'il est réducteur de parler « d'irresponsabilité » masculine : « *La place des hommes dans la contraception se construit dans une dynamique d'interaction avec les partenaires et la prise de conscience des difficultés contraceptives des femmes favorise la construction d'une sensibilité contraceptive pour les hommes* » (5).

3.3.2 Évolution de la sexualité

Avec la médicalisation de la contraception, selon DESJEUX les femmes ont pu « *se libérer d'une partie de l'emprise des hommes sur leur corps et leur sexualité (7).* »

3.3.2.1 Plaisir et sexualité

Émancipation féminine et révolution sexuelle : maîtrise de la sexualité par les femmes

La « révolution sexuelle » par laquelle les femmes se sont émancipées, leur permet désormais de maîtriser leur sexualité. Pour les jeunes de notre étude, la femme pouvait bien sûr avoir le droit au désir tout comme l'homme. Le rôle principal de l'homme dans la sexualité était de satisfaire sa partenaire, lui apporter du plaisir, tout en la respectant et en lui apportant réconfort et sécurité. Alex COMFORT soulignait également dans son livre « *The Joy Of Sex* » que « *le sexe devrait être l'union parfaitement harmonieuse de deux êtres qui s'aiment, à la suite de quoi ils se sentent détendus, satisfaits et désireux de répéter l'expérience (42).* »

Selon BAJOS et FERRAND, en libérant en grande partie les femmes de l'angoisse de la grossesse non souhaitée et en permettant une « *dissociation totale entre l'acte sexuel et la procréation* », la contraception médicale « *place théoriquement les femmes dans une position équivalente à celle des hommes face aux risques pris dans les rapports sexuels* ». Une « *norme contraceptive* » dont parle BAJOS, se développe ainsi. Elle encourage les femmes à ne pas avoir de rapports sexuels sans contraception, ce qui favorise le plaisir et le désir sexuel aussi bien féminin que masculin (12).

La place du corps dans la sexualité : plaisir et sécurité, est-ce possible ?

Pour la plupart de nos jeunes, les hommes se devaient de rester « *dans l'instant présent* » pour garder leur virilité et rester puissant lors de l'acte sexuel, tandis que les femmes qui étaient plus dans la crainte et la réflexion, n'auraient pas « *l'esprit tranquille* » concernant un éventuel risque de grossesse. « *On nous propose de faire l'amour l'esprit tranquille ! (43)* », c'est-à-dire en toute sécurité vis-à-vis d'une potentielle grossesse. Mais est-ce

vraiment possible ? La crainte d'une grossesse persiste toujours et cela d'autant plus pour les femmes. Cette crainte persistante met en perspective un fait intéressant : l'être humain ne se réduit pas à un organe ou à un sexe, il est un tout, un « être vivant », pour lequel la tradition religieuse, par exemple, dit qu'il est un « *corps animé, né de la poussière du sol et du souffle divin (44)* ». En ce sens, AVON nous dit que « *c'est une illusion totale de croire que l'homme peut séparer ressentis physiques et affects psychologiques. Il est relation avec et dans son corps* ». Selon elle, le plaisir concerne la totalité de la personne. On ne peut pas parler de « *neutralité* » lors d'un acte sexuel. AVON nous dit encore : « *La rencontre sexuelle, si elle résulte d'une pulsion, d'un attrait, d'une émotion, est aussi l'aboutissement d'un choix, d'une décision (6).* »

3.3.2.2 Reproduction et sexualité

Nous avons pu voir dans notre introduction le concept présenté lors de la conférence du Caire de 1994, « *La Santé de la Reproduction* » (3) (4). La reproduction est vécue différemment selon les sexes : d'une part la domination masculine persiste, d'autre part la femme se sent concernée physiologiquement par la grossesse.

Domination masculine

Les femmes portent les grossesses et enfantent. Les hommes, selon ANDRO et DESGRÉE dans leur article de 2009 intitulé « *La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive: enjeux et difficultés* » (2), sont les « *partenaires sexuels* », les « *détenteurs d'une grande part du pouvoir de décision au sein de la sphère conjugale et familiale* », les « *détenteurs majoritaires du pouvoir politique et économique* ». En matière de sexualité et de procréation, le rôle des hommes et des femmes n'est pas « *équivalent* », selon ANDRO et DESGRÉE (2). C'est ce qu'exprimaient les hommes de notre étude qui se devaient de rester dans l'instant présent lors de l'acte et qui éprouvaient moins la crainte d'une grossesse non désirée. N'est-ce pas déjà l'expression d'une forme de domination masculine ?

Physiologie du corps de la femme qui porte l'enfant

Certains jeunes de notre étude ont déclaré qu'étant donné que c'était le corps de la femme qui était surtout concerné, la contraception était une affaire de femme : « *Oui, parce qu'elles ont le droit de faire ce qu'elles veulent avec leur corps.* » soutenait un de nos jeunes. Les femmes interrogées par CUSSAC ont en effet estimé que leur partenaire se sentait fréquemment dédouané de toute responsabilité contraceptive car il n'était pas concerné physiologiquement par la grossesse (41).

ANDRO et DESGRÉE soulignent que lorsque l'on évalue la fertilité d'un couple, on s'intéresse quasi exclusivement aux caractéristiques biologiques de la femme : la fertilité mensuelle, la reproduction qui se déroule dans le corps de la femme, la ménopause. Mais n'oublions pas que « *le niveau de fertilité des hommes est lui aussi variable (2).* » Les femmes vivent donc leur sexualité différemment puisque la reproduction est inscrite dans leur corps physiologiquement.

3.3.3 Évolution des méthodes contraceptives

3.3.3.1 Vers des nouvelles méthodes contraceptives hormonales masculines

La contraception hormonale masculine : un nouvel équilibre du couple

Selon DESJEUX, « *La contraception hormonale masculine serait un moyen d'impliquer l'homme (7).* » Nous avons pu constater que les jeunes de notre étude se montraient favorables à l'usage d'une pilule masculine contraceptive. Ceci rejoint les constats de SMET qui a montré que les jeunes souhaitaient le développement de méthodes masculines efficaces et réversibles afin de partager la responsabilité de la contraception à différents moments de leur vie (23). Il est intéressant de noter le point de vue des femmes, développé dans la thèse de CUSSAC. Les femmes interrogées étaient unanimes sur l'idée d'une contraception masculine de longue durée, réversible, qui écarterait ainsi le risque d'oubli (41).

DESJEUX a identifié quatre motivations concernant la contraception hormonale masculine (5) :

- le « *souci d'égalité homme-femme devant la contraception féminine* ». De la même manière, les jeunes que nous avons interrogés prendraient cette pilule par souci d'égalité envers la femme, ou encore s'il n'y avait pas d'autres solutions.
- le « *relai d'une contraception féminine, lorsque la partenaire pourrait être psychologiquement instable* ». Certains de nos jeunes se préoccupaient de la contraception s'ils sentaient que la jeune fille était moins impliquée, ou peut être plus instable.
- les « *intérêts scientifiques pour l'expérimentation* ». Cette motivation n'a pas été décrite par les jeunes hommes de l'étude.
- le « *refus de se faire faire un enfant dans le dos* ». Cette crainte avait été vécue par un de nos jeunes, qui mettait donc systématiquement un préservatif.

Les limites de cette technique

Dans notre étude, l'idée d'une contraception masculine hormonale n'a pas emporté l'adhésion de tous. La plupart se disaient prêts à essayer, mais avec prudence et parcimonie étant donnés les différents freins identifiés. Ces freins sont aussi décrits par DESJEUX (5), par BERNARD (32), et par MARCEL dans son étude qualitative de 2012 qui porte sur la contraception hormonale masculine du point de vue d'une minorité afro-américaine (45). Il s'agit des points suivants :

- Des « *craintes fantasmatiques autour de l'éjaculation et de l'érection* », avec une peur d'impuissance (5). Nos jeunes n'en avaient pas parlé explicitement.
- Des « *craintes en matière d'identité de genre liées au risque de féminisation* (5) ». Dans l'étude de BERNARD, les garçons restaient réticents à l'idée d'utiliser cette pilule masculine, celle-ci étant considérée comme « *une pratique féminine* ». Envisager celle-ci participerait à « *une confusion de genre* » et le statut de l'homme dans le couple et la famille en serait ébranlé (32).
- Des « *craintes liées aux difficultés pratiques inhérentes aux modalités d'utilisation des méthodes masculines* » (5). Chez DESJEUX, les hommes avaient peur des modalités

d'utilisation comme l'injection. Les jeunes de notre étude craignaient les effets secondaires probables de cette pilule. Les hommes interrogés par MARCEL avaient quant à eux peur d'utiliser de nouveaux médicaments (45).

- Des craintes liées au fait de ne pas être suffisamment rigoureux et consciencieux pour prendre correctement la pilule. Ces craintes ont été évoquées par les jeunes interrogés dans notre étude.
- Les femmes interrogées par DESJEUX exprimaient aussi des doutes quant à la capacité des hommes à prendre en charge la contraception, n'étant pas eux-mêmes directement concernés par le risque de grossesse (5). MARCEL en est venu à la même conclusion en notant que les hommes risqueraient de ne pas l'utiliser efficacement (45).
- Enfin des doutes exprimés sur l'efficacité de la pilule hormonale pour résoudre le problème de régulation des naissances, comme le suggère un de nos jeunes : « *Mais la science est en train de créer un truc pour l'homme, mais on sait déjà que ça pourrait la femme et pourquoi pourrait aussi l'homme ?* »

DESJEUX a analysé ces craintes et ces freins en évoquant une tension entre d'une part, une contraception de plus en plus médicalisée et d'autre part, « *un corps qui se veut de moins en moins médicalisé dans le domaine de l'anticonceptionnel (5)* ».

Les conceptions sont contrastées selon les thèses et les auteurs. Ainsi, SOUFIR voit dans la pilule hormonale une solution pour garantir l'équilibre au sein du couple : « *C'est une voie qu'ouvre la contraception masculine, qui établit un nouvel équilibre dans le couple (46)*. » Mais selon SPENCER, dans son étude « *La contraception pour les hommes, une cause perdue* », la technique n'est pas un miracle, car d'autres facteurs politiques, économiques, sociaux et psychologiques sont à considérer et prendre en compte (47).

3.3.3.2 Partage des responsabilités contraceptives pour une vraie libération : la contraception, une affaire de couple

Nous parlions dans les chapitres antérieurs de « *déresponsabilisation* » des hommes depuis la révolution contraceptive et nous assistons désormais à un retournement de situation. La contraception de l'avenir, « *la vraie libération* » consisterait à « *partager le fardeau de la contraception avec l'homme (6).* »

La contraception, une affaire de couple

Pour la grande majorité des jeunes interrogés dans le cadre de notre étude, la contraception était considérée comme une affaire de couple. L'expression : « *La contraception, une affaire de femme* », paraissait désuète ou révolue pour la plupart des jeunes hommes. Pour 86,1% des jeunes interrogés par DESLANDES, la contraception était un sujet qui concernait la fille et le garçon (27).

DESJEUX dans son article intitulé « *Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte* », a montré que la « *diversité des engagements contraceptifs* » des hommes variait selon une double dynamique. D'une part les femmes participaient à « *la sensibilisation contraceptive des hommes* ». Pour cela, elles diffusaient une image négative et contraignante de la contraception. D'autre part, les hommes passaient par une « *phase d'appropriation masculine* » autonome. Ils ressentaient un sentiment de culpabilité ou de méfiance vis-à-vis des femmes ce qui motivait leur implication dans la contraception (48).

Le souhait exprimé par les jeunes hommes d'une égalité et d'une recherche de réciprocité dans les responsabilités contraceptives

Un des jeunes de notre étude pensait que les mentalités devaient évoluer vers une parfaite égalité des sexes au niveau de la contraception. La majorité des jeunes interrogés par SMET pensait également que la responsabilité contraceptive était trop inégalitaire et qu'ils devraient s'investir à un moment donné dans leur couple. Quelques hommes ont émis le

souhait d'une utilisation autonome, partagée ou alternative de la contraception orale (23). DESJEUX parle de la « *conscientisation du masculin* » selon trois composantes : la sexualité, la paternité, et la fertilité. Le modèle « *hétérosexuel relationnel* » évoqué par DESJEUX montre qu'il existe une recherche de réciprocité et d'équilibre entre les hommes et les femmes dans le contrôle de la fécondité. Les hommes cherchent à « *partager la charge contraceptive (49)* ». Selon lui, les représentations et les attentes contraceptives des hommes recouvrent « *des domaines plus larges que celui de la maîtrise de la fécondité* » : le corps, la sexualité, la famille. On note une « *dynamique conjugale avec une communication des partenaires* », par exemple lors des choix de méthodes contraceptives. Les effets secondaires de la pilule féminine sont souvent mal vécus par l'homme. La contraception était de la même manière, perçue comme une injustice et un déplaisir pour la partenaire selon un de nos jeunes (5). Ce modèle hétérosexuel est une recherche d'égalité dans la différence, dans la mesure où seules les femmes peuvent être enceintes.

Le rôle des femmes dans le partage des responsabilités contraceptives

Nous avons pu noter lors de notre enquête que les femmes pouvaient jouer un vrai rôle d'éducatrice auprès des jeunes hommes, qu'il s'agisse de la partenaire, d'amies, ou encore de la mère.

Selon l'étude de DESJEUX, le niveau de participation des hommes à la contraception est dépendante de ces différentes figures féminines (5). Celles-ci peuvent jouer :

- un rôle « *d'initiatrice* » : les amies et les sœurs peuvent avoir un rôle particulier pour transmettre l'information ou pour faire évoluer la manière d'appréhender la contraception ;
- Un rôle « *d'éducatrice* » : notamment la mère ;
- Un rôle de « *prescriptrice* » : la partenaire va exercer une influence en préconisant certaines pratiques de gestion de la contraception.

Un partage des responsabilités qui doit être accepté par la femme

Deux grandes questions sont soulevées par SOUFIR dans son livre de 2013 intitulé « *La contraception masculine* » (46) :

- « Les hommes veulent-ils assumer la responsabilité contraceptive ? »
- « Les femmes veulent-elles la leur laisser ? »

Nous voyons que le partage des responsabilités en matière de contraception n'est pas chose évidente dans la pratique, notamment parce que la femme n'accepte pas encore que l'homme puisse avoir un droit en la matière. CUSSAC concluait que le choix contraceptif était actuellement sous la maîtrise des femmes qui en portaient fréquemment seules la responsabilité. Elle a montré néanmoins qu'elles semblaient prêtes à partager la tâche contraceptive sous certaines conditions (41). DESJEUX, à l'inverse, estime que l'esprit de la société évolue, en montrant que se construit peu à peu l'image « *d'hommes aptes à partager les contraintes contraceptives* » (5). DUMONT, dans sa thèse sur les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence chez les adolescentes de 15-18 ans en Rhône-Alpes (2015), a montré que les jeunes femmes n'étaient pas toujours enclines à intégrer leur partenaire à leurs démarches contraceptives. Ainsi les jeunes femmes interrogées ont mentionné le fait de ne pas juger utile de prévenir leur partenaire du recours à la contraception d'urgence dans le cas d'une relation occasionnelle ou d'un partenaire jugé non fiable. Les adolescentes ont pu exprimer leur opinion sur le fait que la contraception devait rester une affaire de femme, notamment pour le choix de la méthode contraceptive (50). Ceci soulève la question d'une certaine réticence des femmes à partager la responsabilité de la contraception avec l'homme. Réticence qui peut s'expliquer une remise en question de leur droit à disposer de leur corps librement, alors même que la révolution contraceptive et la force des mouvements féministes avaient permis de grandes avancées en la matière. SPENCER s'est aussi intéressé à cette question en montrant comment la femme pouvait se sentir dépossédée de la maîtrise de son corps : « *Une revendication clé du mouvement féministe était la maîtrise par les femmes de leurs corps. (...) L'utilisation de la contraception par les hommes ne pourrait-elle pas être vécue par les femmes comme une reprise de pouvoir, les dépossédant de nouveau de la maîtrise de leur corps ?* (47) »

3.4 Perspectives pour un meilleur partage des responsabilités dans la contraception du couple

Notre étude a montré que les jeunes hommes se sentent impliqués dans la contraception du couple. Nous avons pu montrer leur implication, ou leur volonté de s'impliquer pour comprendre et connaître les différents moyens de contraception, mais également pour choisir et mettre en pratique la méthode adaptée. Ils ont tous montré leur sens des responsabilités dans ce domaine : pour eux la contraception est « une affaire de couple ».

Ainsi, le travail que nous avons réalisé a deux ambitions :

- D'une part permettre aux jeunes de prendre encore davantage conscience de leurs responsabilités.
- D'autre part, permettre aux praticiens de faire évoluer leurs pratiques quand il s'agit de contraception, en intégrant et en impliquant de manière systématique le partenaire lors des consultations.

Cette étude a permis de soulever de nouvelles questions sur le rôle du jeune homme dans la contraception :

- Comment améliorer les connaissances des jeunes hommes sur la contraception ? Selon nous, celles-ci pourraient être améliorées d'une part en impliquant plus le praticien sur ce versant pédagogique, et d'autre part en intensifiant les campagnes de prévention et d'éducation sexuelle, déjà existantes.
- Comment comprendre le décalage entre le niveau de responsabilité que veulent endosser les jeunes et la réalité de leur implication ? Comment y remédier ? Comment mieux les accompagner ?
- Enfin, connaître l'opinion des jeunes femmes et leurs attentes concernant le rôle du jeune homme dans la contraception du couple, ne serait-il pas intéressant ? Il nous semble en effet qu'un meilleur partage des responsabilités contraceptives ne peut avoir lieu sans prendre en compte la perception de celles qui portent en elles la fertilité.

LES CONCLUSIONS

« Le rôle du jeune homme dans la contraception du couple » : Notre étude a permis de mieux cerner cet enjeu grâce à des entretiens individuels réalisés auprès de 14 jeunes hommes âgés de 18 à 25 ans.

Les jeunes jugeaient leur niveau de connaissances satisfaisant. Le niveau d'information, provenant principalement de l'enseignement scolaire, des parents, de leur partenaire ou des médias, était pour autant jugé insuffisant par ces mêmes jeunes. Les différentes sources d'information à leur disposition se sont révélées peu exploitées, en particulier le rôle que pourrait jouer le médecin généraliste. Les jeunes ont exprimé le souhait d'une intervention plus forte de sa part, en tant qu'informateur et conseil.

Concernant l'implication des jeunes hommes, notre étude a pu montrer un certain paradoxe entre le niveau de responsabilité que les jeunes disaient endosser et la réalité de leur implication. Ainsi le port du préservatif est apparu, pour eux, comme le moyen principal de s'impliquer dans la contraception. Par ailleurs, les jeunes hommes s'impliquaient aussi aux côtés de leur partenaire en participant à la contraception féminine, principalement par la communication, mais aussi par la vérification de la prise contraceptive ou par une contraception symbolique. Notre étude a montré que la participation des jeunes hommes aux démarches médicales ou encore le partage des charges financières apparaissaient rarement, confirmant un décalage entre la perception du rôle tenu et la réalité des pratiques.

Les entretiens ont été révélateurs d'une dynamique évolutive de la contraception de ces dernières décennies. Face à l'évolution de la société, la « révolution contraceptive » a en effet généré une certaine « déresponsabilisation » des jeunes hommes, et entraîné une certaine passivité dans la contraception. La place du désir sexuel chez la femme a aussi évolué en lui laissant la même place que chez les hommes. Les jeunes hommes interrogés ont en ce sens expliqué l'importance de rester dans l'instant présent lors de l'acte sexuel, afin de satisfaire le désir de leur partenaire et garder leur virilité sans craindre une grossesse non désirée. Ils ont expliqué se sentir dédouanés de leurs responsabilités contraceptives puisque non concernés physiologiquement par la grossesse. L'évolution des méthodes contraceptives pourrait se traduire à l'avenir par l'arrivée de nouveaux contraceptifs hormonaux masculins. Les jeunes hommes se sont dits favorables à son usage dans la mesure où cela permettrait de

respecter un principe d'égalité avec leur partenaire et de faire face à la peur d'une potentielle instabilité psychologique de la partenaire. Cependant, cette nouvelle technique se heurterait encore à de nombreux freins, ce qui ne règle pas totalement la question de l'implication des hommes dans la démarche contraceptive. Pour les jeunes hommes, la contraception est une « affaire de couple », qui nécessite une recherche de réciprocité dans les responsabilités contraceptives. Nous avons noté le rôle d'éducatrice des femmes dans ce partage contraceptif. Or, le partage contraceptif nécessiterait que la femme accepte que l'homme puisse avoir un rôle dans la maîtrise de la régulation, ce qui pourrait représenter une remise en question de leur droit à disposer de leur corps. Pour autant, cette solution pourrait contribuer peu à peu à faire évoluer les mentalités, et à construire l'image de l'homme conscient de ses responsabilités en matière de régulation.

L'acquisition d'un réel partage des responsabilités contraceptives au sein du jeune couple pour mieux maîtriser la régulation des naissances constitue un enjeu clé pour l'avenir. Ce partage des responsabilités pourrait être amélioré par une information du médecin généraliste auprès des jeunes hommes, en intégrant de manière systématique le partenaire lors des consultations consacrées à la contraception et en intensifiant les campagnes de prévention et d'éducation sexuelle déjà existantes. Encore faut-il que les jeunes femmes acceptent que le jeune homme puisse avoir un rôle dans la contraception du couple.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président

Signature *NOREAU Alain*

[Signature]

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **04 FEV. 2016**

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est

[Signature]


Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

[Signature]

Professeur François-Noël GILLY

BIBLIOGRAPHIE

1. Inpes. Contraception : filles et garçons, tous concernés ! [En ligne]. 2010. Disponible: <http://www.inpes.sante.fr/>
2. Andro A, Desgrées du Loû A. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. *Autrepart*. 28 déc 2007;52(4):3-12.
3. Les Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire; sept 1994.
4. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Santé de la reproduction et droits humains: intégrer la médecine, l'éthique et le droit. Masson; 2005. 557 p.
5. Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. *Autrepart*. 28 déc 2009;52(4):49-63.
6. Avon B. Contraception 40 ans de pratique questions pour aujourd'hui. Laennec. 1 août 2007;55(2):31-42.
7. Desjeux C. La « contraception masculine » aujourd'hui. Une réalité plurielle. Dans: Soufir J-C, Mieusset R. *La contraception masculine*. Springer Paris; 2013. p. 3-30.
8. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [En ligne]. avr 2013 p. 50. Disponible: <http://www.has-sante.fr/>
9. DRESS. Publications et statistiques - Ministère des Affaires sociales et de la Santé: Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. juill 2015 [cité le 4 janv 2016];(924). Disponible: <http://www.drees.sante.gouv.fr/>
10. La Documentation française. Chronologie: Contraception et IVG, 25 ans après la loi Veil [En ligne]. 2001. Disponible: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>
11. Baulieu E-E, Héritier F, Leridon H. *Contraception : contrainte ou liberté ?* Odile Jacob; 1999. 316 p.
12. Ferrand M, Bajos N. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sci Soc Santé*. 2004;22(3):117-42.
13. ANCIC. Enquête qualitative et quantitative sur le rapport des hommes à l'IVG [En ligne]. 2011. Disponible: <http://www.ancic.asso.fr/>
14. Chatot M. *La contraception masculine* [En ligne]. 2012. Disponible: <https://www.academia.edu/>

15. Bland L. Purity, motherhood, pleasure or threat? Definitions of female sexuality 1900-1970s. Dans: Cartledge S, Ryen J. Sex & love : new thoughts on old contradictions . The Women's Press, London. 1983. p. 8-29.
16. Bajos N. Premiers résultats de l'enquête CSF: Contexte de la sexualité en France. mars 2007.
17. HAS. Contraception chez l'homme [En ligne]. avr 2013. Disponible: <http://www.has-sante.fr/>
18. HAS. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme [En ligne]. avr 2013. Disponible: <http://www.has-sante.fr/>
19. Huhtaniemi I, Mieusset R. Le futur de la contraception masculine. Dans: Soufir J-C, Mieusset R. La contraception masculine. Paris : Springer Paris; 2013. p. 113-26.
20. Soufir J-C. Contraception hormonale masculine par les androgènes seuls. Acquis et perspectives. Andrologie. 23 août 2012;22(3):131-5.
21. Soufir J-C, Mieusset R. La longue marche de la contraception masculine. Andrologie. 23 août 2012;22(3):129-30.
22. Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5.
23. Smet L. L'implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception: étude qualitative en Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. France : Université de Saint-Étienne- Jean Monnet. UFR de médecine; 2012.
24. Lambourg A. Connaissances et représentations des hommes de 18 à 20 ans sur la contraception: étude qualitative en Bourgogne [Thèse d'exercice]. France : Université de Bourgogne, UFR de médecine; 2013.
25. Bizet Y. La contraception et les hommes: étude quantitative évaluant leurs connaissances, leur implication et leurs attentes [Thèse d'exercice]. France : Université de Paris-Pierre et Marie Curie. UFR de médecine; 2013.
26. Cadiergues D. Les connaissances des hommes sur la contraception: étude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans [Thèse d'exercice]. France : Université de Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.
27. Deslandes E. Communication sur la contraception au sein du couple adolescent, intérêts et freins: enquête auprès de lycéens de la région Rhône-Alpes. Lyon, France : Université de Lyon1-Claude Bernard. UFR de médecine; 2015.

28. Delaunay C. Les hommes et la contraception: leurs connaissances, leurs rôles et leurs attentes : enquête qualitative auprès d'hommes de 18 à 55 ans [Thèse d'exercice]. France : Université de Bretagne, UFR de médecine; 2010.
29. Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Preventing pregnancy: a girls' issue. Seventeen-year-old Swedish boys' perceptions on abortion, reproduction and use of contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. juin 2007;12(2):111-8.
30. Hami Z. Les adolescents et la contraception: place du médecin généraliste dans l'information et la prévention : enquête auprès de 498 adolescents de 4e et de 3e des Hauts de Seine (92) [Thèse d'exercice]. France : Université de Paris 13. UFR de médecine; 2013.
31. Gascon S. Communication dans le couple adolescent. Ça s'exprime. 2011;(16).
32. Bernard S. Contraception : ce qui se joue aujourd'hui entre filles et garçons. Mutations. 17 mars 2010;61-73.
33. WONCA. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste, médecin de famille. 2002.
34. Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe. La responsabilité des hommes, et particulièrement des jeunes hommes, en matière de santé , texte adopté par la Commission permanente le 7 septembre 2004. juin 2004.
35. Polit-O'Hara D, Kahn JR. Communication and contraceptive practices in adolescent couples. Adolescence. 1985;20(77):33-43.
36. D.Merkh R. Young unmarried men's understanding of female hormonal contraception. juill 2008;
37. Coleman LM. Exploring young people's difficulties in talking about contraception: how can we encourage more discussion between partners? Health Educ Res. 12 janv 1999;14(6):741-50.
38. Widman L, Welsh DP, McNulty JK, Little KC. Sexual Communication and Contraceptive Use in Adolescent Dating Couples. J Adolesc Health. déc 2006;39(6):893-9.
39. Wang R-H, Hsu M-T, Wang H-H. Potential factors associated with contraceptive intention among adolescent males in Taiwan. Kaohsiung J Med Sci. mars 2004;20(3):115-23.
40. Balaiah D, Naik D, Parida R, Ghule M, Hazari K, Juneja H. Contraceptive knowledge, attitude and practices of men in rural Maharashtra. Adv Contracept. 1999;15(3):217-34.

41. Cussac A. Implication des hommes dans la contraception vue par des femmes: étude qualitative en Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. France : Université de Saint-Étienne- Jean Monnet. UFR de médecine; 2013.
42. Comfort A. The joy of sex. New York : Crown Publishers; 2002.
43. Planning Familial. Liberté, égalité, sexualités [En ligne]. Disponible: <http://www.planning-familial/>
44. École biblique et archéologique française, rédacteur. La Bible de Jérusalem. Paris, France : Ed. du Cerf; 2007. 2200 p.
45. Marcell AV, Plowden K, Bowman SM. Exploring older adolescents' and young adults' attitudes regarding male hormonal contraception: applications for clinical practice. Hum Reprod. 11 janv 2005;20(11):3078-84.
46. Soufir J-C, Mieusset R. La contraception masculine. Paris : Springer; 2012. 206 p.
47. Spencer B. La contraception pour les hommes- une cause perdue ? Andrologie. 2012;22(3):205-10.
48. Desjeux C. Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte. Andrologie. 8 juill 2012;22(3):180-91.
49. Desjeux C. La contraception du côté des hommes. L'émergence d'une « conscience masculine ». Dans: Soufir J-C, Mieusset R. La contraception masculine. Paris : Springer Paris; 2013. p. 179-90.
50. Dumont A. Les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence chez les adolescentes. Lyon, France : Université de Lyon 1-Claude Bernard, UFR de médecine; 2015.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ

Bonjour, je suis étudiante en Médecine et dans le cadre de ma thèse je réalise un entretien chez les jeunes hommes âgés de 18 à 25 ans. Celui-ci n'est pas très long, il est anonyme. Le sujet porte sur la **contraception**.

Si tu es d'accord pour participer, je te demanderais de me donner le prénom de ton choix afin que le questionnaire reste anonyme. Tu peux me répondre tout ce qui te vient à l'esprit, aucun jugement ne sera fait.

-Serais-tu d'accord pour participer ?

-Si oui, me permets-tu d'enregistrer notre entretien, qui restera totalement anonyme. Le but étant qu'il y ait un échange et que je ne passe pas mon temps à écrire en t'écoutant.

-Peux-tu me donner le prénom qui sera le tien ?

Dans un premier temps, je vais te demander quelques informations personnelles :

-Quel âge as-tu ?

-Quelle est ta situation (salarié, étudiant, sans emploi) ?

-Quel est ton statut et depuis combien de temps (célibataire, marié, pacsé, divorcé, veuf) ?

-As-tu des enfants ?

-Quelles études fais-tu ou as-tu faites ? As-tu ton BAC et quel type de BAC ?

-Quelle est ta profession ?

-As-tu une religion ?

I) Connaissances sur la contraception

- 1) Qu'est-ce que tu entends par « contraception » ?
- 2) Quand tu mets un préservatif, dans quel but le mets-tu en priorité ?
- 3) Quelles sont tes sources d'information concernant la contraception ? Te sens-tu informé ?
- 4) Connais-tu les rôles du médecin traitant dans la prévention de grossesses non désirées ?

II) Implications des jeunes hommes dans différentes situations

5) Quand et comment commences-tu à parler de contraception et qui est le premier à en parler ?

6) Comment te sens-tu impliqué dans ces deux conditions : a) sans partenaire fixe ?

b) avec partenaire fixe ?

-lors d'une première rencontre avec une partenaire ? Te préoccupes-tu de la contraception ? Et si oui comment ?

7) -dans les choix des méthodes de contraception ? Et qui est l'acteur principal ?

8) -lors d'un oubli de pilule de ta partenaire ? Et qui est l'acteur principal ?

9) -en cas de grossesse non désirée ? Et qui est l'acteur principal ?

Pourquoi t'impliques-tu dans la contraception ? Ressens-tu des craintes que ta partenaire puisse être enceinte de façon inattendue, et quelles sont-elles? (Accident, mauvaise prise de la pilule intentionnelle)

10) -lorsque tu es dans un couple stable ?

Quelles sont les formes d'implication dans la contraception de ta partenaire ? De quelle manière accompagnes-tu ta partenaire dans sa contraception ? (Achat de pilule, alarme pour ne pas oublier la prise pilule, accompagnement chez le gynécologue ?)

III) Responsabilités partagées entre les sexes ?

11) La contraception hormonale, le DIU, ont été légalisés durant le siècle dernier notamment grâce à l'aide de mouvements féministes. Que dirais-tu de cette injonction : « La contraception, une affaire de femme ! » ?

12) Si tu devais définir le rôle de l'homme dans la sexualité, que dirais-tu ?

13) Et s'il existait une pilule hormonale pour les hommes, la prendrais-tu ?

2. Annexe II : Résultats bibliographiques

AUTEUR	TITRE	REVUE, THÈSE OU LIVRE	DATE	MÉTHODE	PRINCIPAUX RÉSULTATS
<u>DESJEUX Cyril</u>	Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine, (5)	Revue Autrepart	2009	<u>ARTICLE PRINCEPS</u> Article sociologique à partir d'une analyse d'une enquête qualitative de 1980 par entretien individuel: 26 hommes, 23 femmes, et 14 professionnels de la santé	L'article traite d'abord des freins économiques et culturels à la contraception hormonale masculine dans les années 1980. Les principales méthodes de contraception utilisées par les enquêtés sont le préservatif, la pilule et le coït interrompu. La participation contraceptive des hommes peut prendre d'autres formes : accompagner chez le gynécologue, s'impliquer dans le choix de la méthode contraceptive, rechercher de l'information, participer de manière financière, s'assurer que la pilule est correctement prise. Selon l'auteur, il serait injuste de parler d'un « <i>irresponsabilité des hommes dans la contraception</i> ».
<u>DESJEUX Cyril</u>	La «contraception masculine» aujourd'hui, une réalité plurielle, (7)	Livre « la contraception masculine » Collection, L'homme dans tous ses états	2013	Article sociologique à partir d'une analyse d'une enquête qualitative de 1980 par entretien individuel: 26 hommes, 23 femmes, et 14 professionnels de la santé	L'auteur analyse les différents usages du préservatif pris entre des logiques de contraception, de prévention, de plaisir et d'hygiène. Il décrit la manière dont peuvent être envisagées les méthodes dites « naturelles » pour la nouvelle génération. Il interprète les représentations qui entourent l'idée d'une « pilule masculine. L'auteur expose les difficultés à envisager la vasectomie dans le contexte français. Il montre qu'un investissement contraceptif des hommes est possible, même lorsque c'est la partenaire qui a en charge la contraception.
<u>AVON Bernadette</u>	Contraception, 40 ans de pratique questions pour aujourd'hui, (6)	Revue Laennec	2007	Analyse sociologique	Quarante ans de pratique de la contraception ont contribué à modifier profondément le regard de notre société sur la sexualité, posant de nouvelles questions et appelant des réponses nouvelles. L'auteur livre une analyse fondée sur son expérience de conseillère conjugale et familiale.

AUTEUR	TITRE	REVUE, THÈSE OU LIVRE	DATE	MÉTHODE	PRINCIPAUX RÉSULTATS
<u>BAJOS</u> et <u>FERRAND</u>	La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine, (12)	Revue Science Social et Santé	2004	Article Sociologique à partir d'une analyse d'une enquête qualitative de 2000 : 71 femmes	La contraception médicale peut apparaître comme un facteur favorisant une meilleure égalité entre les hommes et les femmes. L'enquête analyse l'évolution des pratiques sexuelles et des représentations depuis la légalisation de la contraception. Elle montre que la contraception permet aujourd'hui effectivement aux femmes de penser plus facilement le maintien d'une activité professionnelle après une maternité. Mais la contraception ne remet pas en cause la division sexuelle entre travail productif et travail reproductif, qui reste inscrite dans l'organisation sociale.
<u>ANDRO</u> <u>Armelle</u> et <u>DESGRÉE</u> <u>Annabel</u>	La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive: Enjeux et difficultés, (2)	Revue Autrepart	2009	Article sociologique	Ce numéro rassemble des réflexions ou des recherches novatrices sur les rôles des hommes dans la sphère sexuelle et reproductive. Il met en perspective des situations observées dans des contextes géographiques et sociaux très différents, dans des domaines aussi variés que les violences sexuelles, les choix contraceptifs, l'avortement, ou la prise en charge de la grossesse, en particulier quand il faut compter avec l'infection par le VIH/sida.
<u>SMET</u> <u>Laëtitia</u>	L'implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception: étude qualitative en Rhône-Alpes, (23)	Thèse CHU Saint Étienne	2012	Qualitative : 17 entretien individuel	Les hommes connaissaient les buts de la contraception, quasiment toutes les méthodes, contraception d'urgence comprise, différenciées en fonction du genre. Parfois, ils doutaient de leur efficacité ou craignaient leur effet sur la santé. Le préservatif masculin, bien que contraignant a été majoritairement évoqué. L'implication, variable, a paru liée à la durée de la relation avec leur partenaire.

AUTEUR	TITRE	REVUE, THÈSE OU LIVRE	DATE	MÉTHODE	PRINCIPAUX RÉSULTATS
<u>CADIERGUE Delphine</u>	Les connaissances des hommes sur la contraception: étude quantitative auprès d'hommes de 15-55ans, en région parisienne, (26)	Thèse CHU Paris 7	2015	Quantitative : 258 questionnaires	La majorité des hommes interrogés a déclaré connaître parfaitement ou suffisamment les principales méthodes de contraception. Pourtant leurs connaissances pratiques sur ces méthodes et sur la contraception d'urgence restaient limitées, avec de fausses croyances. 75% des hommes s'estimaient suffisamment ou parfaitement informés. Les principales sources d'information étaient la télévision, internet, le médecin, et la partenaire.
<u>LAMBOURG Audrey</u>	Connaissances et représentations des hommes de 18 à 20 ans sur la contraception, étude qualitative en Bourgogne, (24)	Thèse CHU DIJON	2013	Qualitative : 10 entretiens individuels	Les connaissances des participants sur l'offre contraceptive étaient limitées mais jugées suffisantes. Le préservatif, était plus considéré comme une protection contre les infections sexuellement transmissibles que comme une contraception. La femme était responsable de la contraception et la gérait seule. Les informations sur la contraception étaient le plus souvent apportées par les parents. Le médecin traitant n'était pas envisagé comme un interlocuteur de premier choix. Les cours d'éducation sexuelle n'étaient pas adaptés aux attentes des participants.

Tableau 3 : Résultats bibliographiques des principaux articles

CORBETT Alexandra

Le rôle du jeune homme dans la contraception du couple. Enquête qualitative par des entretiens semi-dirigés auprès de 14 jeunes hommes en Région Rhône-Alpes.

Thèse de Médecine. Lyon, 2016.

RÉSUMÉ :

Contexte : La jeune patiente est rarement accompagnée de son compagnon lors des consultations dédiées à la contraception. Connaître les ressentis et les attentes des jeunes hommes concernant leurs connaissances, leurs implications et leurs responsabilités dans la contraception du couple a été l'objectif de ce travail de thèse.

Méthode : Étude qualitative, par entretien semi-dirigé, auprès de 14 jeunes hommes en région lyonnaise.

Résultats et discussion : Leur niveau de connaissances concernant la contraception était jugé satisfaisant mais le niveau d'information, provenant principalement de l'enseignement scolaire, était pourtant jugé insuffisant par ces mêmes jeunes. Les différentes sources d'information, notamment le rôle du médecin généraliste, étaient peu exploitées. Les jeunes hommes s'impliquaient en utilisant les méthodes de contraception masculines, et également en participant à la contraception féminine de manière morale ou pratique, principalement en communiquant avec leur partenaire au sujet de la contraception féminine. Les jeunes hommes pouvaient avoir seulement un rôle passif, « spectateur » de la contraception ou se sentir dédouanés de leurs responsabilités contraceptives étant non concernés physiologiquement par la grossesse, ce qui montrait un paradoxe entre le sentiment de responsabilité exprimé et la réalité des pratiques. On a observé une dynamique évolutive des méthodes contraceptives. D'une part, les jeunes hommes ont déclaré qu'ils accepteraient volontiers les nouveaux contraceptifs masculins en priorité par souci d'égalité. D'autre part, pour eux, la contraception était une « affaire de couple », qui nécessitait un meilleur partage des responsabilités contraceptives.

Conclusion : Les jeunes hommes se sentent responsables concernant la question de la contraception. L'implication des jeunes hommes, parfois paradoxale, ne cesse d'évoluer. L'acquisition d'un réel partage des responsabilités contraceptives au sein du jeune couple pour une meilleure maîtrise de la régulation des naissances constitue un enjeu clé. Partage des responsabilités, qui pourrait être amélioré par une information venant des médecins généralistes auprès des jeunes hommes. Encore faut-il que les jeunes femmes acceptent que le jeune homme puisse avoir un rôle dans la contraception du couple.

MOTS CLÉS : Étude qualitative, contraception, jeunes, hommes

JURY :

Président : Monsieur le Professeur A. MOREAU

Membres : Monsieur le Professeur C. HUISSOUD

Madame le Professeur S. ERPELDINGER

Madame le Docteur S. FIGON

Madame le Docteur C. LYONNET

DATE DE SOUTENANCE : Le 1^{er} mars 2016

ADRESSE DE L'AUTEUR : alexandracorbett@gmail.com