



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>



**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX**  
**FORMATION SAGE-FEMME - Site de LYON**

# Contraception de couple :

## Etats des lieux de l'implication des hommes

Questionnaire auprès de 107 hommes lors du séjour à la maternité

Mémoire soutenu par Mathilde GERIN

Née le 21 Décembre 1993

En vue de l'obtention du diplôme de Sage-Femme

Promotion 2017



# Contraception de couple : Etats des lieux de l'implication des hommes

Questionnaire auprès de 107 hommes lors du séjour à la maternité

Mémoire soutenu par Mathilde GERIN

Née le 21 Décembre 1993

En vue de l'obtention du diplôme de Sage-Femme

Promotion 2017

## REMERCIEMENTS

Ce mémoire est le résultat d'une année de recherche. Il constitue un élément fondamental dans notre cursus et doit se révéler être un tremplin pour chaque étudiant en maïeutique. Il est donc nécessaire de remercier en premier lieu l'ensemble des intervenants pour leurs transmissions permanentes de compétences et de savoirs mais aussi pour l'écoute et la disponibilité dont ils ont fait preuve.

Mes remerciements se tournent principalement vers les acteurs de ce mémoire qui m'ont accompagné tout au long de cette année :

- **L'expert du mémoire** : Docteur Jean Sébastien KRAUTH qui nous a encadré et parfois recadré dans l'organisation de notre mémoire. Ses connaissances m'ont apporté une réelle valeur ajoutée dans le cadre de ce mémoire.
- **La maitre du mémoire** : Madame GIRAUD, intervenante au sein de l'université en tant qu'enseignante sage-femme : Ses compétences, son implication et son accompagnement méthodologique m'ont été précieux durant toute l'année.
- **Les professionnels** : Un grand remerciement à l'ensemble des professionnels et des personnes interrogées au sein des hôpitaux qui ont répondu à mes questions lors des différents travaux menés tout au long de cette année.

Que l'ensemble des personnes qui ont participé à ce mémoire reçoivent mes remerciements pour leurs contributions à la réalisation de ce travail de fin d'étude. Tout particulièrement, **Romain** qui fut le plus bienveillant des chefs de projet. **Véronique** ma mère et **Micheline** ma grand -mère, qui ont participé à ce mémoire telles des fées sur mon berceau. Je remercie aussi mes sœurs **Pauline** et **Camille**, mon beau-frère **Prince**, mon père **Pascal**, mon grand-père **Albert**, **Claire**, **Marion** et mes amies, pour leur soutien indéfectible lors de ce mémoire.

## GLOSSAIRE

- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- ARDECOM : Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine
- CMH : Contraception Masculine Hormonale
- CMT : Contraception Masculine Thermique
- DIU : Dispositif Intra Utérin
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HFME : Hôpital Femme Mère Enfant, à Bron
- INED : Institut National d'Etudes Démographiques
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- IP : Indice de Pearl
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PMA : Procréation Médicale Assistée
- UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

## SOMMAIRE

Introduction.....	1
1. Problématique .....	2
1.1 Homme et contrôle des naissances.....	2
1.1.1 Une contraception portée par la femme .....	2
1.1.2 La place de l’homme dans la contraception .....	2
1.1.3 Le Post Partum : un temps particulier .....	3
1.2 Etat des lieux des différentes méthodes de régulation des naissances .....	4
1.2.1 Méthodes proposées lors du post partum à visée féminine .....	4
1.2.2 Méthodes masculines non proposées systématiquement.....	5
1.2.3 Méthodes masculines en développement .....	6
1.2.4 Récapitulatif de l’efficacité des méthodes contraceptives.....	8
1.3 Problématique.....	11
2. Etude .....	12
2.1 Matériel et méthode.....	12
2.1.1 Objectifs de l’étude .....	12
2.1.2 Hypothèses de recherche.....	12
2.1.3 Type d’étude.....	12
2.2 Résultats .....	14
2.2.1 Description de l’échantillon .....	14
2.2.2 Intérêt général pour la contraception.....	16
2.2.3 Cas concret appliqué à leur couple.....	17
2.2.4 Intérêt face à l’approfondissement de leur connaissance .....	18
2.2.5 Intérêt pour la contraception dite masculine .....	18
2.2.6 Etat des lieux de leur situation .....	20
2.2.7 Influence des discussions avec les professionnels de santé sur leur situation.....	20
3. Analyse et Discussion .....	21
3.1 Analyse.....	21
3.2 Discussion .....	21
3.2.1 Objectif premier .....	21
3.2.2 Objectif second.....	23
3.3 Critique de l’étude.....	27
3.3.1 Biais et facteurs de confusion de l’étude.....	27
3.3.2 Limites de l’étude.....	28
3.3.3 Force de l’étude.....	28
Conclusion .....	30
Références bibliographiques .....	301
Annexes.....	

## **Introduction**

« L'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode » souligne l'HAS [1]. Le rôle de l'homme au sein du choix contraceptif n'est plus à trouver. Néanmoins, une enquête a montré que les hommes se sentent concernés par la contraception mais qu'ils ne sont pas vraiment impliqués dans celle-ci [2]. La question qui se pose est de déterminer par quels moyens les hommes pourraient s'investir en ce qui concerne ce sujet encore si féminin en France.

La période du post-partum est propice à la réflexion sur la contraception en raison du changement de la situation familiale du couple. De plus, il s'agit d'un des sujets à aborder par la sage-femme avec le couple avant la sortie de maternité [3]. Pour que les conseils soient adéquats, il faut que celui-ci puisse comprendre et envisager des changements dans leur mode de contraception.



## **1. Problématique**

### **1.1 Homme et contrôle des naissances**

#### **1.1.1 Une contraception portée par la femme**

« La meilleur méthode contraceptive est celle qu'on choisit » l'affirme l'INPES en 2007 [4].

Pour ce qui est de la façon de prescrire, les professionnels de santé peuvent utiliser lors de leur consultation la méthode BERCER décrite par l'OMS. Celle-ci comprend les points suivants : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explications, et Retour [5].

Le point le plus important est la discussion autour du sujet de la contraception. Cet échange leur permet d'entendre les besoins et les envies de chacun, afin de prendre la meilleure décision et pour une meilleure observance.

Pourtant, nous constatons que les méthodes majoritairement utilisées sont féminines. Selon l'enquête du Baromètre Santé de 2005 fait par l'INPES, 97% des femmes ayant l'âge de procréer déclarent avoir une contraception. 75% utilisent les méthodes médicales, dont 57% la pilule et 25% le stérilet [6]. Toutefois, chaque année en France, le nombre d'IVG est encore trop important: environ 200 000 [7].

Les méthodes contraceptives sont encore parfois mal ajustées. La notion de couple est importante. Le choix d'une méthode de contraception implique ceux qui la pratiqueront. De ce constat, quelle place la société laisse-t-elle aux hommes dans la contraception ?

#### **1.1.2 La place de l'homme dans la contraception**

Le concept de couple est mis en avant dans une des fiches mémo sur la contraception mise à jour en 2015 par l'HAS : « L'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode » [1].

De plus, étant donné que cela a un réel impact, en 2010, l'INPES a sorti une campagne de sensibilisation contraceptive, nommée : « Contraception : filles et garçons, tous concernés ! », comprenant plusieurs vidéos dont une est intitulée le nom : « Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? » [8]. Au regard de

ses éléments, nous constatons une évolution positive des mentalités vis-à-vis de la contraception.

En pratique, 91% des ménages interrogés disent que la contraception est une affaire de couple. 61% des femmes sont prêtes à investir leur conjoint [9]. Dans le mémoire de Philippe Suzanne, les femmes exprimaient le désir de communiquer davantage sur leur contraception avec leur conjoint. Elles souhaitent leur soutien et étaient disposées à utiliser une méthode masculine [3].

Dans la thèse d'Emilie Dinam sur « l'implication des hommes concernés par une IVG dans la contraception et l'avortement », 19 hommes sur 22, soit 86%, ont affirmé être concernés par la contraception, lors de l'entretien post IVG, dont un, qui a pris conscience de son importance depuis l'évènement. Au regard de cette étude, nous constatons que l'implication masculine diminue quand la contraception est 'portée' par la femme [2]. La cause : les hommes sont peu connaisseurs des méthodes contraceptives de tous types, selon la thèse de Delphine Cardiegues sur « la connaissance des hommes sur la contraception [...] » [10]. A contrario, 61% des hommes se disent favorables à la prise d'une pilule masculine si elle existait [9].

En effet, il serait intéressant d'ouvrir le champ de prescription à la contraception masculine. La tendance actuelle de la demande féminine au niveau des contraceptifs est la réduction ou l'absence d'hormones [11]. Et cela s'impose parfois lors de la période du post partum, par exemple, pour des risques thromboemboliques en cas de pilule oestroprogestative.

### **1.1.3 Le Post Partum : un temps particulier**

Le post partum, selon la définition médicale, est la période entre l'accouchement et le retour de couches, c'est-à-dire environ 42 jours.

C'est un temps important pour la relation mère-enfant, mais aussi une période de réajustement du couple. La jeune maman change psychologiquement et physiquement, il lui faut se réapproprier son corps. C'est le temps de la rééducation du périnée et de la reprise des rapports sexuels qui peut s'accompagner d'un risque de grossesse. Une méthode de régulation des naissances doit être envisagée.

Une éventuelle grossesse pourrait amener la femme à suivre un parcours d'orthogénie. Selon l'ouvrage Guide de la contraception de Mullet repris par le Syndicat National des

Gynécologues-Obstétricien Français (SYNGOF), « 5% des interruptions volontaires de grossesses (IVG) ont lieu dans les 6 mois qui suivent un accouchement, ce qui représente environ 10 000 interruptions volontaires de grossesses par an. » [12]. Si cette option n'est pas celle du couple, le fait de poursuivre sa grossesse, sur cette période, accroît les facteurs de risques : carences (anémie maternelle), asthénie, stress... Ces facteurs de risques augmentent la probabilité d'un accouchement prématuré. Les autres facteurs de risques d'une grossesse rapprochée est la rupture utérine suite à césarienne et une hausse de la morbi-mortalité périnatale (MAP, PAG, RCIU) [12].

Il est donc important d'informer des risques et de donner les bons conseils à visée contraceptive à cette période de la vie de nos patients. Le séjour à la maternité permet d'être un temps de rencontre entre le professionnel de santé et le couple.

## **1.2 Etat des lieux des différentes méthodes de régulation des naissances**

### **1.2.1 Méthodes proposées lors du post partum à visée féminine**

Les différents moyens de contraception qui sont proposés en post partum (jusqu'au retour de couches, vers 42jours, soit 6 semaines) selon l'HAS [13] regroupent :

- les méthodes hormonales oestroprogestatives sous conditions : pas d'allaitement, pas de facteurs de risques thromboemboliques
- les méthodes hormonales progestatives
- les DIU au cuivre
- les méthodes barrières : préservatifs. Le diaphragme, la cape cervicale, et les spermicides ne pouvant être utilisés qu'à partir de 42j.
- la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Les autres méthodes naturelles sont déconseillées pendant la période du post partum car le corps n'est pas encore régulé.

Dans cette même fiche de l'HAS, il peut être proposé une méthode de stérilisation.

Les recommandations de contraception émises par l'HAS correspondent aux solutions proposées en maternité. A noter que la contraception lors du post partum est très en lien avec la période hors post partum.

Enfin, nous constatons qu'aucune note ne renvoie à la contraception masculine, excepté le préservatif. Nous notons qu'en France, en 2000, environ 7% des couples de 20 à 44 ans utilisent des préservatifs comme méthode principale. Cependant l'usage de préservatifs reste majoritairement utilisé à des fins de prévention contre les IST et moins à une fin de contraception [14].

### **1.2.2 Méthodes masculines non proposées systématiquement**

Une autre fiche de l'HAS s'appelant « contraception chez l'homme » [15] a pour même but d'être « un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie ». Donc, il pourrait être important de parler aussi de la vasectomie, du retrait, de l'abstinence et des préservatifs en donnant les efficacités respectives.

La vasectomie, autorisée depuis 2001, est le fait de sectionner les canaux qui transportent les spermatozoïdes. L'opération peut être faite en ambulatoire et sous anesthésie locale. Le coût est moins élevé qu'une stérilisation féminine. Cette méthode est dite irréversible. Elle est réservée au cas où le projet parental est accompli. Cependant, la circulation des spermatozoïdes peut être rétablie pour les couples qui désireraient avoir une nouvelle grossesse [16]. En France, elle concerne moins de 1 500 hommes par an, soit 1% des hommes vasectomisés dans le monde. En comparaison, ils sont 13% des hommes ayant opté pour la vasectomie, soit 500 000 hommes, aux Etats-Unis [17]. Selon l'INED, en France, 3,9% des femmes ont opté pour la stérilisation contre 0,3% des hommes [18].

Les freins sont liés aux manques de connaissances des professionnels de santé et des patients [19]. De plus, il est soulevé par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) que la vasectomie est moins acceptée dans les pays latins, aux racines religieuses catholiques, contrairement aux anglo-saxons, ou dans l'Extrême-Orient ou l'Asie. Cela est vécu comme une « mutilation » ou « une atteinte à l'intégrité génitale » [20].

### 1.2.3 Méthodes masculines en développement

Des méthodes de contraception masculine existent.

- La contraception masculine hormonale (CMH) est à base d'androgène : l'énanthate de testostérone, 200mg, injectée en intra-musculaire, une fois par semaine, bloquerait la spermatogénèse. L'hormone permet un rétro contrôle négatif : la libération de FSH et LH est annulée et le taux de testostérone diminue conjointement [21].

Celle-ci est en vente en pharmacie, depuis 30 ans déjà. Elle peut avoir comme effets secondaires notables : acné, prise de poids, agressivité, libido excessive, modifications de l'hématocrite et des lipides, hypertension, dépression et asthénie. Il n'y a aucun effet sur les caractères sexuels secondaires (érection, pilosité, etc.). Comme le cycle de la spermatogénèse dure 72 jours, elle est active après un à trois mois de traitement, selon les individus, et est réversible dès le mois suivant l'arrêt de la CMH [22]. Des examens de sperme trimestriels permettent de suivre l'efficacité du traitement. Et un examen clinique et biologique est effectué tous les six mois. « La durée du traitement ne doit pas excéder 18 mois ». Très peu de médecins la prescrivent par manque de connaissance de cette solution. Cette méthode est parfois abusivement appelée « pilule masculine » [17].

Il arrive que l'homme soit « mauvais répondeur » au traitement, c'est-à-dire que celui-ci a, malgré tout, une quantité de spermatozoïdes supérieure à 1 millions par ml. Le traitement doit être alors arrêté [17].

L'origine ethnique est une des raisons qui fait varier la réponse au traitement. En effet, les hommes d'origine asiatique répondent mieux à la CMH que les hommes d'origine caucasienne. Les différences de sécrétion de LH, d'apoptose des cellules germinales, de production de testostérone, de facteurs génétiques, influenceraient la réponse aux androgènes [22].

Certaines études sont en cours pour favoriser le taux de « répondeurs » à l'azoospermie, ainsi que le délai d'efficacité. Elles cherchent aussi à développer des formes galéniques moins astreignantes (ex. per os, application per cutanée...). Dans ce but, les androgènes peuvent être associés à un progestatif (ex. lévonorgestrel), mais les risques cardiovasculaires et métaboliques sont inconnus [21]. Ces formules sont non commercialisées en France [23]. L'association d'androgènes avec les antagonistes du GnRH est prometteuse mais encore trop d'effets secondaires subsistent, le coût est trop élevé, et l'administration journalière est contraignante.

L'association d'androgènes avec les agonistes du GnRH n'ont pas obtenu les résultats désirés [21]. L'inhibine B est aussi en cours d'étude [24].

Les hommes et les femmes ont « une attitude favorable envers la CMH », et « les hommes qui ont une relation sexuelle stable, ont, en particulier, une attitude plus positive envers le CMH » [25].

- La contraception masculine thermique (CMT) consiste à remonter les testicules pour augmenter la chaleur de ces derniers de 2°C ce qui a comme effet de suspendre la spermatogénèse [26].

Il y a trois méthodes :

- La première est une chirurgie qui remonte les testicules. Elle est aussi appelée « cryptorchidie artificielle » [27].

- La deuxième consiste à mettre le scrotum dans un sac isolant qui contient des substances permettant de réchauffer les testicules. Un contrôle de la température par une unité de thermorégulation est porté à la taille [27].

- La troisième utilise un slip. Un orifice laisse place au pénis en repos. La peau du scrotum est à l'extérieur. Le slip maintient les testicules, mis manuellement, dans la poche inguinale superficielle, vers la base de la verge. Ce slip doit être utilisé lors des phases d'éveil pendant au moins 15 heures par jour pour avoir une bonne efficacité.

Aucun effet secondaire n'a été noté jusqu'à ce jour, excepté des complications chirurgicales lorsqu'il s'agit de la première méthode. Les avantages sont : « la simplicité », « le caractère naturel et non invasif, l'absence d'effet sur la libido, l'humeur ou la santé physique » [27].

L'efficacité est active à partir du deuxième, ou du troisième, ou du quatrième mois, soit quand la concentration de spermatozoïdes est inférieure à 1million/ml sur deux prélèvements consécutifs à 3 semaines d'écarts. Aucun contrôle annuel biologique n'est à faire, mais il est conseillé d'avoir une surveillance clinique régulière lors de la première année de mise en pratique. Cette méthode thermique n'est utilisable que pendant 4 ans. La réversibilité au-delà de ce terme est inconnue. « La concentration en spermatozoïdes mobiles revient aux valeurs de départ dans les six à neuf mois » après l'arrêt de la CMT [17].

Selon l'OMS, l'efficacité des méthodes hormonales et thermiques est due à une azoospermie ou à une oligospermie sévère : <3 millions de spermatozoïdes/ml [23].

- Une méthode dite « verte » est aussi en développement. Les principes actifs de nombreuses plantes influeraient sur la fertilité de l'homme (ex. gossypol, extrait du coton) [21]. Ils visent soit la production, soit la capacité fécondante des spermatozoïdes, soit le fonctionnement du testicule, soit ils ont des visées spermicides [11]. Certaines méthodes sont efficaces mais l'innocuité n'est pas démontrée. La majorité des études in vivo ont été testées sur les animaux. Des effets secondaires peuvent survenir sur l'homme (ex : irréversibilité, hypokaliémie [22]). Proposer cette méthode nécessite d'informer les patients et de prescrire avec prudence [11].

- En recherche aujourd'hui encore, une méthode immunologique serait amenée soit à affecter la formation des gamètes, soit à induire des réactions des anticorps contre le gamète du sexe opposé [28]. Plusieurs études ont été faites sur les animaux mais restent encore inaccessibles aux humains. Le contrôle de la fertilité humaine nécessite des connaissances approfondies de la physiologie de la biologie humaine, de la biochimie, de l'immunologie... [29].

En synthèse, les méthodes de contraception masculine sont insatisfaisantes. « Il n'existe pas actuellement de moyen contraceptif simple à utiliser, rapidement réversible, entraînant rapidement une azoospermie chez 100% des patients » [21].

#### **1.2.4 Récapitulatif de l'efficacité des méthodes contraceptives**

L'efficacité des méthodes contraceptives s'évalue grâce à l'indice de Pearl.

Celui-ci se calcule par la formule suivante [30]:

$$IP (\%) = [(\text{nombre de grossesses non planifiées} / \text{nombre de mois d'utilisation d'une méthode contraceptive}) \times 1200] / 100$$

Cela donne le nombre de grossesses non désirées pour 100 femmes durant 12 mois. Nous notons deux indices de Pearl : celui de l'efficacité théorique, lorsque la méthode contraceptive est utilisée de façon correcte et régulière ; et celui dit de l'efficacité pratique lorsqu'il s'agit d'une méthode contraceptive à usage courant.

Les indices de Pearl des méthodes, fréquemment utilisées en France, sont récapitulés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau I : Tableau des indices de Pearl selon l'OMS 2011 [31]**

Méthode de planification familiale	Taux de grossesse de la première année	
	Efficacité théorique	Efficacité pratique
<b>ENVISAGEABLE LORS DU POST-PARTUM</b>		
<b>Contraception oestroprogestatives utilisables lors post partum :</b>		
- pilule oestroprogestative	0,3	8
- patch combiné	0,3	8
- injectable mensuel	0,05	3
<b>Contraception progestatives utilisables lors du post-partum :</b>		
- pilule progestative	0,3	8
- implant	0,05	0,05
- DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
DIU au cuivre	0,6	0,8
MAMA	0,9	2
Retrait	4	27
Préservatifs masculins	2	15
Préservatifs féminins	5	21
Stérilisation féminine	0,5	0,5
Vasectomie	0,1	0,15
<b>ENVISAGEABLE APRES LA PERIODE DU POST PARTUM</b>		
Anneau vaginal oestroprogestatif	0,3	8
Méthode de l'ovulation	3	
Spermicides	18	29
Capes cervicales	26	32
<b>PAS DE METHODE</b>	85	85

0-0,9 : Très efficace	1-9 : Efficacité	10-25 : Modérément efficace	26-32 : Moins efficace
-----------------------	------------------	-----------------------------	------------------------

On peut noter que les contraceptions masculines réversibles utilisées couramment, sont, de fait, moins efficaces que les méthodes féminines. « Les hommes se trouvent ainsi dessaisis d'une forme de responsabilité qui leur incombait en grande partie » [32].



Pour ce qui est des méthodes hormonales, un essai clinique a été publié le 27 octobre 2016 par des allemands prouvant l'efficacité de la méthode : 96%. Sur 274 hommes, il n'y eut que 4 grossesses pendant 1 an de mise en pratique. Malgré cela, les participants se sont désistés suite à des effets secondaires, décrits dans la partie 2.3 de notre mémoire [33]. Une autre étude menée par l'OMS, en 1996, comprenait 399 participants volontaires et l'indice de Pearl fut de 8, 1 grossesses par an pour 100 personnes, pour les personnes ayant répondu positivement au traitement [23]. L'efficacité est similaire à la contraception hormonale de la femme qui est de 8. Jacques Young, endocrinologue, soulève que le problème de la contraception hormonale masculine ne serait pas que physiologique, mais aussi psychologique [34].

Pour la méthode dite thermique, trois études ont démontré l'efficacité de celle-ci. Sur 48 couples, 1 seule grossesse a été comptabilisée, sachant que celle-ci est apparue tandis que les consignes d'utilisation de la méthode n'avaient pas été respectées. Le nombre de personnes interrogées ne sont pas assez significatifs pour nous donner un Indice de Pearl fiable mais nous pouvons noter que l'efficacité de cette méthode semble être de bon pronostic [34].

La méthode contraceptive immunologique étant en cours de recherche, nous n'avons pas d'études à disposition permettant de justifier de son efficacité sur l'homme.

### 1.3 Problématique

Notre étude permet de souligner que les méthodes disponibles aux hommes à ce jour ne sont que mécaniques [35]. La méthode contraceptive est alors adaptée à la femme. 96% d'entre elles ont eu le sentiment de participer au choix de leur contraception lors de l'entretien en maternité [12]. En parallèle, malgré le champ des moyens contraceptifs féminins mis à disposition, le nombre d'IVG reste encore trop élevé en post-partum : 10 000 par an [12]. Afin de diminuer celui-ci, il est essentiel de bien communiquer et de bien expliquer les méthodes contraceptives à chacun des acteurs concernés, c'est-à-dire au couple. Une voie possible d'amélioration est possible si les hommes s'impliquent davantage et décident d'observer scrupuleusement la méthode choisie. Il est alors possible d'arriver à un changement de regard de la population masculine et d'être amené à proposer des contraceptions à destination des hommes.

Cette étude doit permettre de faire le point sur leurs visions actuelles du sujet. A partir de ce constat, définir les moyens et les mesures possibles à appliquer, en tant que professionnel de santé, dans la perspective de personnaliser nos conseils aux couples.

## **2. Etude**

### **2.1 Matériel et méthode**

#### **2.1.1 Objectifs de l'étude**

Le premier objectif est d'établir le degré d'implication des hommes dans le choix contraceptif du couple.

Le second objectif, déduit du premier objectif, sera de définir les moyens et les mesures à appliquer en tant que professionnel de santé, dans la perspective de singulariser nos conseils aux couples. L'enjeu étant de donner aux hommes qui le désirent les moyens de pouvoir s'impliquer dans le choix de la contraception au sein de leur couple.

#### **2.1.2 Hypothèses de recherche**

Pour ce qui est de l'objectif premier, nous partons du postulat que les hommes se sentent concernés par la contraception mais qu'ils manquent d'informations pour pouvoir s'impliquer dans le choix de la méthode contraceptive de leur couple.

Pour le second objectif, nous pensons que les professionnels de santé doivent porter ce sujet auprès des couples afin de les orienter vers les meilleures solutions possibles de contraception.

#### **2.1.3 Type d'étude**

Il s'agit d'une enquête descriptive. La répartition des questions était majoritairement d'ordre quantitatif. Des questions qualitatives sont venues compléter le questionnaire. Cette enquête a été conçue sous la forme d'un questionnaire anonyme destiné aux pères qui venaient de changer de situation familiale. (Annexe 1)

La première partie du questionnaire était une fiche signalétique permettant de définir le profil socio-économique, familial, et médical de la population étudiée. Une deuxième partie portait sur leur implication dans la contraception avec cinq sous parties que nous détaillerons au fil de mon mémoire. Pour finir, une troisième partie concernait leur situation post natale.

La diffusion du questionnaire s'est déroulée lors du séjour en suites de couches à l'Hôpital Femme Mère Enfant à Bron. Nous avons choisi le plus grand centre public de naissances de la région Rhône Alpes pour avoir un grand échantillon de population. Il n'y avait donc aucun critère d'exclusion, excepté les personnes qui ne pouvaient ni lire ni écrire le français.

Avec l'autorisation de Professeur Gaucherand, le 08/02/2016, j'avais pu pré-tester le questionnaire auprès de 5 pères de la maternité choisie dans le courant des mois de juillet-août 2016.

Ce questionnaire avait fait l'objet d'adaptations par mon maître de mémoire.

Ensuite, j'ai distribué les questionnaires dans chaque chambre où il y avait un père présent et je suis passée les récupérer dans l'heure qui suivait. Ils ont répondu à l'écrit, avec pour consignes de faire cela seul. Nous n'avons pas eu de perte de questionnaires.

Je suis venue lors des heures d'affluence plus fortes (16h à 21h), où les pères étaient disponibles et où mon enquête ne gênait en aucun cas les soins ; 1 à 2 fois par semaine, pendant 1 mois et demi.

Nous avons ensuite analysé les données avec le logiciel Statview pour réaliser des statistiques descriptives.

## 2.2 Résultats

Nous avons récupéré 107 questionnaires sur 107. Ces questionnaires étaient saisis complètement.

Les hommes interrogés ont donc été ouverts à la discussion concernant la contraception.

### 2.2.1 Description de l'échantillon

Lors des premières questions, nous avons voulu connaître les caractéristiques des individus sondés.

**Tableau II : Profil de la parité des hommes interrogés**

Age des hommes	Nombre d'hommes	Pourcentages (%)
<25 ans	4	4
25-35 ans	65	61
>35 ans	38	35

On note que la majorité des hommes ont entre 25 et 35 ans. En comparant à la population générale, en 2013, l'âge moyen des pères était de 32 ans selon l'UNAF [36].

Nous avons aussi analysé de quelle classe socio-économique les pères font partis.

**Tableau III : Profil des diplômes des pères interrogés**

Etudes	Nombre d'hommes	Pourcentages (%)
Université, Haute école	46	43
Formation professionnelle supérieure	25	23
Baccalauréat	14	13
Ecole professionnelle	9	8
Apprentissage	6	6
Brevet des collèges	5	5
Sans diplôme	2	2

Ils sont donc 79% ayant un niveau supérieur au baccalauréat dans notre échantillon.

**Tableau IV : Catégories socio professionnelles des pères interrogés**

<b>Professions</b>	<b>Nombre d'hommes</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Dirigeant, cadre supérieur, cadre de direction</b>	28	26
<b>Profession intellectuelle et scientifique</b>	16	15
<b>Profession intermédiaire</b>	13	12
<b>Employé de type administratif</b>	7	7
<b>Personnel de service et de vente, agriculteurs</b>	1	1
<b>Artisan et ouvrier qualifié</b>	24	22
<b>Ouvrier et employé non qualifié</b>	13	12
<b>Sans emploi</b>	5	5

Un quart des hommes interrogés appartient à la catégorie de la classe dirigeante, cadre supérieur. Seul 5% des hommes sont sans emploi.

Remarques :

- Dans cette étude, nous soulignons que 42% des hommes viennent d'avoir leur premier enfant. 58% des hommes ont plusieurs enfants. Nous rappelons que selon l'INSEE, en 2015, l'indice conjoncturel de fécondité est de 1,96 enfant par femme, en France [37].
- De plus, il n'y a que 3% des pères qui ont connu une situation d'interruption volontaire de grossesse.
- 3% des couples ont suivi un parcours de PMA.
- 3% des hommes considèrent que leurs conjointes ont une contre-indication à l'usage d'une certaine méthode de contraception.
- En parallèle, seulement 1% des hommes considèrent qu'ils ont une contre-indication à l'usage d'une certaine méthode de contraception. Les méthodes de contraception inculquées sont les méthodes hormonales.

### 2.2.2 Intérêt général pour la contraception

66% des hommes se disent concernés par les méthodes de contraception. 78% affirment que la responsabilité de cette contraception appartient au couple. En revanche, 21% trouvent que ce sujet concerne la femme uniquement.

Concernant les choix de méthode contraceptive au sein du couple, 67% des hommes se disent impliqués dans ce choix. 77% d'entre eux y voient un avantage car cela implique la santé de leur conjointe, le contrôle des naissances, la construction de leur famille.

33% des hommes interrogés ne se sentent pas prendre une part active dans le choix de la méthode contraceptive. Sur ces 107 hommes interrogés, 43 ne souhaitent pas prendre position pour différentes raisons :

- 23% n'ont aucun intérêt pour la contraception,
- 19% manquent de connaissances,
- 18% constatent une difficulté d'accès à la connaissance des méthodes de contraception par manque de campagnes d'information, celle-ci n'étant ciblée que pour les femmes,
- 26% n'ont pas de poids dans la décision finale : la femme prend l'entière responsabilité du choix contraceptif,
- 2% disent que c'est une question de culture,
- 7% n'ont pas donné leur avis dans cette question ouverte.

En synthèse, les hommes se sentent majoritairement concernés et impliqués. Les freins à leur implication sont le manque de connaissances dus à un accès limité aux campagnes d'information, perçues comme davantage ciblées pour les femmes. L'une des raisons s'expliquant par un contexte familial et social difficile ne permettant pas d'approfondir cette démarche d'information. Enfin, par comparaison de variables, les hommes qui sont les plus diplômés se sentent les plus concernés ( $p=0,30$ ) et les plus impliqués ( $p=0,0025$ ) dans ces choix de méthodes de contraception.

### 2.2.3 Cas concret appliqué à leur couple

Tout d'abord, nous avons souhaité connaître leur état d'esprit vis-à-vis de la communication mise en place dans leur couple.

84% des hommes ont déjà parlé dans leur couple de la contraception. Cela n'avait pas de lien avec leur niveau d'étude ( $p=0,72$ ).

93% affirment ne pas avoir de problèmes d'écoute de la part de leur conjointe.

50% disent avoir parlé conjointement de contraception. Pour les autres, 37% des discussions contraceptives ont été à l'initiative des femmes contre 13% des hommes.

77% des hommes affirment que la méthode contraceptive convient à leur conjointe, et 10% savent que cela ne leur convient pas. 13% des hommes n'en ont aucune idée.

53% des hommes disent avoir pris part au choix de la méthode contraceptive, surtout les plus diplômés ( $p=0,15$ ).

84% sont intéressés par le choix final pris par leur conjointe.

On constate qu'il existe une bonne communication dans le couple sur ce sujet. Ce sujet n'est pas tabou dans les couples. Les hommes se sentent écoutés dans la décision du mode de contraception au sein du couple.

Suite au choix contraceptif, nous avons voulu savoir si l'homme est un élément permettant la bonne observance de la méthode choisie. 61% des hommes disent n'avoir jamais contrôlé la présence de contraceptif avant un rapport sexuel (rappel d'une prise de pilule, présence de l'anneau contraceptif...)

Nous avons étudié l'approche financière concernant ce sujet. 46% des hommes ont déjà participé financièrement à l'achat de certaines méthodes contraceptives. 25% ne l'ont jamais fait. Et 29% utilisent des méthodes qui ne requièrent pas d'investissement financier. Ils semblent donc plutôt complaisants quand il s'agit de participer au frais.



## 2.2.4 Intérêt face à l'approfondissement de leur connaissance

61% des hommes n'ont jamais posé de questions sur la contraception à un professionnel de santé. Néanmoins, 77% des hommes, quel que soit leur niveau d'étude ( $p=0,84$ ), pensent que les professionnels de santé devraient en parler plus spontanément.

Les hommes qui ont posé des questions seraient ceux ayant un niveau d'étude plus élevé ( $p=0,06$ ).

Pour ce qui est de leur situation actuelle, seulement 39% des hommes pensent que la maternité est un lieu propice pour parler avec eux de contraception. 64% des hommes n'en éprouvent pas le besoin à ce jour. Il est plus propice pour eux d'en parler lors du rendez-vous post natal (53%) ou lors d'une consultation de contraception (70%).

87% des pères n'ont pas été présents lors des conseils sur la contraception. Parmi ceux-là, 28% étaient au courant, alors que 53% en auraient eu l'envie.

## 2.2.5 Intérêt pour la contraception dite masculine

Notre enquête souligne que 87% des hommes interrogés n'ont jamais pensé à utiliser une contraception autre que le préservatif. Constat : Les connaissances pour les méthodes dites masculines sont faibles.

L'état des lieux est le suivant :

### ❖ Méthodes classiques :

- L'abstinence périodique : méthode connue (70%) mais l'efficacité reste méconnue. Ainsi, 51% des interrogés pensent que cette méthode de contraception est efficace. 49% affirment l'inverse.
- Le retrait : 71% ont connaissance de cette méthode. 66% des hommes la considèrent inefficace en tant que moyen de contraception. 66% des connaisseurs disent que c'est de mauvaise efficacité.

Selon les hommes, l'abstinence comme le retrait, ont une efficacité trop faible ou floue.

❖ Méthodes récentes :

- Le spermicide, la méthode hormonale et la méthode thermique ne sont pas des méthodes connues pour respectivement 77%, 90% et 90% des hommes. Et pour ceux qui connaissent ces méthodes, leur efficacité est inconnue.
- La vasectomie est une technique qui reste méconnue pour 64% des hommes. Nous pouvons noter que ce sont les hommes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat qui ont un niveau de connaissances moins important que les autres. (p : 0,0002) 97% des hommes qui disent connaître cette méthode reconnaissent l'efficacité de la vasectomie. 78% des hommes ne se projettent pas avec ce moyen de contraception. Cette méthode est vécue comme contre-naturelle. Le vieillissement et la hausse du nombre d'enfants sont des facteurs insuffisants pour leur permettent de changer d'avis.

Nous avons voulu identifier le lien possible entre les personnes qui envisagent la vasectomie et leur âge, leur parité, et leur niveau d'étude.

Tableau VI : Résultats des valeurs-p

<b>Variables comparées entre les personnes qui envisageraient la vasectomie et...</b>	<b>P</b>
...l'âge	0,8243
...la parité	0,71
...le niveau d'étude	0,0996

Les résultats de l'enquête concernant les hommes, les plus diplômés, montrent que ces derniers sont favorables à un recours à la vasectomie. Les résultats de l'enquête ne permettent pas de mettre en avant une corrélation entre le choix de recourir à la vasectomie et l'âge ou la parité des hommes interrogés.

Nous soulignons que les hommes interrogés sont plutôt réfractaires aux méthodes les impliquant personnellement. Cependant, 60% sont favorables à un changement de méthode de contraception si leur conjointe le désire.

## 2.2.6 Etat des lieux de leur situation

Après naissance, le mode de contraception peut être amené à évoluer :

1- 36% des hommes ne souhaitent pas changer la méthode de contraception de leur couple. Sur ces données, 92% d'entre eux considèrent que cette méthode est adaptée.

2- 15% des hommes savent qu'ils vont être amenés à changer de méthode contraceptive.

Les raisons sont:

- 46% pour l'inadaptation à la méthode proposée
- 27% pour la hausse du nombre d'enfant
- 13% car il s'agit d'une période transition avant de reprendre la même méthode de contraception ou avant de décider d'une nouvelle grossesse
- 7% n'avaient pas de contraception
- 7% pour d'autres raisons.
- Personne n'a parlé de changements de mode de contraception en fonction de leur âge ou de leur situation socio-économique.

3- 30% des hommes sont en réflexion sur leur moyen contraceptif de couple.

4- 19% ne savent pas ce qui va s'en suivre.

Après la naissance, la contraception conserve un sens similaire pour 56% des hommes interrogés. 23% affirment que la naissance de leur enfant n'a pas donné plus de sens à la contraception. 21% pensent que la naissance a donné du sens à la contraception.

## 2.2.7 Influence des discussions avec les professionnels de santé sur leur situation

A l'issue du questionnaire :

- 69% des hommes vont en parler avec leur conjointe.

- 38% en parleront à des professionnels de santé : à 99% ultérieurement et 29% au cours du séjour en maternité.

- 30% se renseigneront d'abord grâce à internet, puis étudieront les recherches et prendront l'avis de leurs proches.

### **3. Analyse et Discussion**

#### **3.1 Analyse**

Nous pouvons constater, d'après nos analyses, que :

- Majoritairement, les hommes sont concernés par la contraception de couple et souhaitent prendre plus de responsabilités. Une bonne communication existe dans leurs couples sur ce sujet. Mais, les hommes ne sont pas acteurs dans l'observance de la méthode contraceptive. De plus, ils n'ont que très peu de connaissances sur les méthodes masculines et peuvent donc être réfractaires.

-Les freins à leur implication sont le manque de connaissances dues à un accès limité aux campagnes d'information, perçues comme davantage ciblées pour les femmes. La principale raison étant un contexte familial et social difficile ne permettant pas d'approfondir cette démarche d'information.

-Les hommes sollicitent la promotion de la contraception par les professionnels de santé, par des sites internet de référence... La majorité des hommes n'ont pas été inclus dans l'entretien sur le sujet de la contraception avec les professionnels de santé lors du séjour à la maternité. Pourtant, la période du post partum doit être un temps pour faire le point sur les méthodes de régulation des naissances.

-Nous soulignons que les hommes qui sont les plus diplômés se sentent les plus concernés et les plus impliqués dans ces choix de méthodes de contraception.

#### **3.2 Discussion**

##### **3.2.1 Objectif premier**

L'objectif premier de la recherche était d'établir le degré d'implication des hommes dans le choix contraceptif de couple et de pouvoir cibler leurs besoins.

Nous soulignons qu'ils sont globalement satisfaits de leur positionnement dans le couple vis-à-vis de la contraception. Cependant, ils sont demandeurs d'informations complémentaires

sur les méthodes de régulations des naissances. « La responsabilité en ce domaine ne devant pas ‘ naturellement ‘ en incomber systématiquement et complètement à leurs partenaires ». Certains hommes : patients et médecins, ont ainsi créé l’association ARDECOM (Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine) pour favoriser les démarches de prescription masculine. [38]).

De plus, le marché de la contraception hormonale féminine ne cesse de se développer depuis la fin des années 1960 [39]. Il convient de se poser la question suivante : « pourquoi il n’en a pas été de même pour les méthodes masculines » [40]. Il est important de soulever « les aspects socio-politiques, ainsi que les facteurs culturels et psychosociaux sous-jacents, liés à l’absence de diffusion des méthodes nouvelles de contraception masculine » [41]. Nous illustrons ce propos via l’exemple de la vasectomie : beaucoup d’hommes étaient réfractaires à ce sujet ; pourtant, peu d’hommes n’osaient ou ne savaient poser des mots sur leurs arguments. « La communication avec les hommes fut plus compliquée. Ils ont eu plus de difficultés à me parler de leur intimité. », lors des entretiens menés sur les pratiques contraceptives des hommes [42]. La notion de virilité est remise en cause par le sujet de « contraception masculine ». Les hommes ont une vision qui porterait atteinte à « la fonction de l’appareil génital masculin et du plaisir qu’il procure », mais aussi « l’idée de la masculinité, dans son opposition radicale et essentielle à la féminité », et que cela aboutirait à « la diminution et de la mise en péril de la position sociale de l’homme » [43].

Les femmes ont montré un réel enthousiasme pour ce sujet. Différents témoignages ont été communiqués par ces dernières. Elles soulignent l’amertume du vécu de leur contraception qu’elles semblent parfois vivre seule. C. Desjeux eut le même retour venant des femmes lors de ces entretiens sur la pratique contraceptive des hommes. Il utilise les phrases suivantes pour exprimer les situations vécues : « connivence [...] manifestée avec le sexe féminin », « facilité à parler », « le thème de l’étude a été reçu par certaines comme une marque d’intérêt pour leur souci de contraception et comme étant un moyen d’essayer de les régler ou de sensibiliser leur conjoint. »[42].

Dans la Grèce Antique, la société patriarcale était telle que les méthodes de régulation des naissances étaient contrôlées par les hommes. Ils étaient ceux qui avaient la connaissance et leurs rôles étaient de mettre en place les méthodes pour avoir une grossesse ou l’éviter [44].

Etant donné que les méthodes connues n'étaient pas très efficaces, il y eut beaucoup d'avortements, d'infanticides, et d'abandons. Les femmes reprirent le flambeau. Mais l'histoire prouve qu'être un homme et avoir sa place dans le monde de la contraception n'est pas incompatible.

De nos jours, un compromis partagé concernant le mode de contraception au sein du couple semble être la solution adéquate. Pour mettre en œuvre le fait d'impliquer le couple dans son intégralité, le professionnel de santé a pour rôle de donner, à chacun, du sens lors de la sensibilisation à la contraception.

### 3.2.2 Objectif second

Le second objectif étant d'avoir certaines clés pour devenir un professionnel qui serait en charge d'offrir le moyen aux hommes qui le désirent de pouvoir s'impliquer dans le choix de la contraception de leur couple à hauteur de leurs envies.

- **Homme et parcours d'éducation sexuelle**

Comme nous le remarquons dans notre étude, nous pouvons noter que les hommes les plus impliqués sont ceux qui ont un niveau d'étude le plus élevé. Nous pouvons nous poser la question de l'accès à l'information des hommes.

En effet, l'éducation sexuelle des femmes, quel que soit leur niveau d'étude, peut se faire au courant des visites gynécologiques annuelles, contrairement à celles des hommes qui semble s'arrêter lors de la fin de leurs parcours scolaires. Or, nous savons que « la place des hommes dans la contraception se construit dans une dynamique d'interaction avec les partenaires » [45].

L'HAS souligne que : « S'agissant des programmes d'éducation à la sexualité, on constate qu'ils sont appliqués de manière inhomogène sur le territoire et ne font pas l'objet d'évaluation. Aussi, en sont exclues certaines populations de jeunes comme les apprentis, élèves des maisons familiales et rurales, ainsi que les jeunes en rupture familiale et/ou situation socio-économique précaire » [46].

Jusqu'à l'âge de scolarité obligatoire (16 ans révolus), plusieurs instances sont mises en place : cours d'éducation sexuelle à l'école, campagne de sensibilisation, infirmière scolaire, etc.

Durant les années d'études, plusieurs associations étudiantes ou de médecine préventive universitaire par exemple, sont des lieux d'informations où l'éducation contraceptive peut continuer à se faire (distribution gratuite de préservatifs...).

Dès que l'homme entre dans le monde du travail, ce genre de structure n'existe plus. Nous pouvons rapidement comprendre que les moins diplômés ont une information moindre. Il y aurait peut-être là, un point important à soulever avec la médecine du travail pour ce qui est de donner des informations préventives et de rediriger les patients vers les structures compétentes (médecin généraliste, sage-femme, planning familial, etc.).

Des campagnes de sensibilisations pour le reste de la population en âge de procréer pourraient être envisagées par l'INPES, qui aujourd'hui, touchent davantage les populations plus jeunes et qui « se sont longtemps focalisées sur la finalité préventive du VIH et des IST plutôt que sur la finalité contraceptive » [46].

Autre solution possible : les consultations. Cela reviendrait à faire des cours d'éducation sexuelle mais, cette fois-ci, ayant pour cible des personnes en couple. Ils pourraient être intéressants de faire cela en groupe, pour avoir une dynamique de couple et non de femme.

- **Promotion de la contraception :**

Comme le souligne l'HAS, il faut permettre « le choix concernant la contraception la mieux adaptée à chacun » [46].

- Rôle des professionnels de santé :

- Ils se doivent de faire la promotion de la contraception de types féminin ou masculin, et ayant pour cible les femmes autant que les hommes. Ils devraient en parler lors de consultations classiques, proposer la présence de l'homme lors des consultations de sa conjointe, ou lors des conseils donnés à la maternité. En effet, « le niveau de connaissance ou de méconnaissance [...] pointe l'urgence d'une information sur les formes et les modes d'action. »[43]. Le fait d'évoquer le sujet est l'un des précurseurs à la discussion contraceptive dans le couple. Après, libre-choix à eux de décider dans le panel de propositions contraceptives celles qui leur conviendra en fonction de leurs attentes et donc d'avoir un moyen ajusté à leurs envies et donc de meilleure observance.

- Il est important d'informer les femmes autant que les hommes sur les contraceptifs masculins car elles jouent un rôle prépondérant sur la sensibilisation à la contraception des hommes. Elles ont tout d'abord un rôle d'initiatrices (sœurs et amies), d'éducatrices (la mère), puis prescriptrices des conjointes (sage-femme, médecin) [47].
- En tant que prescripteurs, c'est à nous de familiariser l'homme avec le monde contraceptif et de les accompagner dans leur démarche. Il faut leur faire prendre conscience du rôle qu'ils ont à jouer dans leurs couples, et de « lever certaines craintes » [43]. En regard de la situation du post-partum, la grossesse semble une bonne période pour faire un point sur la contraception et intégrer l'homme dans les entretiens d'informations.

➤ Formation des professionnels de santé à la contraception :

- Il faut apprendre en tant que professionnel à dépasser nos projections personnelles et donc à ne pas avoir de jugement sur la place que notre patient désirerait avoir. Même si, en pratique, « corriger les visions des hommes et des femmes [...] semblent plus délicat et problématique à réaliser » [43].

A nous de travailler sur comment allier la masculinité et la contraception pour pouvoir être à l'aise lors des discussions. Par exemple : savoir proposer la vasectomie autant que la ligature des trompes ; ou, ne pas émettre des idées fausses : comme « En ce qui concerne la méthode thermique, certains médecins considèrent que le sous-vêtement entraîne trop fréquemment des démangeaisons et bien que cela n'ait pas été corroboré par les chercheurs » [45].

- Toujours dans cette optique de faire évoluer nos pratiques : dans les écoles ou lors des formations continues, les cours sur les contraceptifs à prescrire devraient donner des informations concernant les contraceptifs masculins. Il sera mis en avant une égalité homme-femme ce qui permet de parler d'un choix de couple pour la contraception [45]. Il ne faut pas rester enfermé dans une contraception féminine. Car, en effet, de nos jours, le système « est pensé à partir de référents qui relèvent directement du domaine de la contraception féminine médicalisée, tant sous l'angle normatif que pratique » ce qui freine l'homme car cela l'interroge directement sur son statut biosocial [43].



D'autres canaux de communication doivent être exploités pour impliquer et sensibiliser les hommes : sites internet, publicité... [43] Autre exemple : les fiches de contraception féminine de l'HAS pourraient faire référence à celle de contraception masculine pour mettre en avant le couple.

- **Et dans le futur...**

Nous supposons que la mise en place de la sensibilisation contraceptive des hommes permettra de sensibiliser ces derniers à la contraception et ainsi d'être favorable aux modes de contraceptions masculins.

Il faut donc continuer poursuivre les études des contraceptions uniquement masculines pour que celles-ci soient opérationnelles quand la demande se fera sentir, pas uniquement par les femmes, mais aussi par les hommes (cf.ARDECOM). Nous pouvons néanmoins noter que plusieurs hommes sont déjà volontaires même s'ils ne sont pas nombreux à ce jour [45]. La contraception hormonale masculine pourrait alors répondre « aux enjeux économiques des laboratoires pharmaceutiques. » [45].

Il est prévu pour 2026 qu'une contraception masculine arrive sur le marché. Les études, sont pour le moment, menées par « les organisations à but non lucratif, gouvernementales ou non, académiques et philanthropiques » [48].

Les essais cliniques sont à développer à plus large échelle. Les effets secondaires à long terme doivent être répertoriés. Puis ensuite, viendra le moment de développer ce nouveau mode de contraception en permettant aux hommes d'avoir la forme pharmaceutique qu'ils souhaiteraient (pilule, injection, patch, implant, etc.) [17]. Ainsi, un climat de confiance se développera autour d'une nouvelle tendance de prescription.

Il est à noter qu'il serait important de rendre ses nouvelles méthodes accessibles au remboursement de la sécurité sociale pour qu'il n'y ait pas de freins à leur utilisation.

### 3.3.1 Critique de l'étude

#### 3.3.1 Biais et facteurs de confusion de l'étude

➤ Biais de sélection :

- Seuls les pères volontaires, invités à répondre aux questionnaires, étaient ceux qui étaient présents dans les chambres. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il s'agissait d'hommes qui sont investis dans leur famille. Il n'était donc pas possible de recueillir l'avis des hommes qui ne se chargent pas ou plus de leurs conjointes et de leurs enfants.
- Seuls les hommes qui n'étaient pas au travail en fin d'après-midi, étaient présents car les jours où j'allais recueillir mes questionnaires étaient des jours de semaines. Il y a peut-être un biais de sélection au niveau de la catégorie socio-professionnel, même si les horaires étaient très larges.
- On ne connaît pas le nombre de jour d'hospitalisation du couple mère-enfant. Il s'agissait peut être de leur premier ou de leur dernier jour en suite de couches. Les informations données par les professionnels auraient pu être donné le jour suivant mon intervention, par exemple.
- L'HFME est un hôpital de type 3. Il draine beaucoup de pathologies maternelles. Et il comprend un service de Procréation Médicale Assistée. Même si nous avons recueilli un faible pourcentage dans notre échantillon de personne ayant eu un parcours de PMA ou ayant un problème de santé qui contre-indique une méthode de contraception, nous pouvons faire l'hypothèse que les personnes ayant été concernées par ce genre de problèmes ont dû avoir plus d'informations sur la contraception et donc l'homme a dû être plus investi grâce à une prise en charge dans la globalité du couple. Cela concerne donc 6% de la population sondée. Il faut donc nuancer les résultats.

➤ Biais de confusion :

Certaines questions ont pu être mal cochées : par exemple, pour être comprises, j'ai utilisé le terme de « parcours de stérilité » mais cela n'est pas un terme assez précis pour mettre en avant les couples qui ont participé à un parcours de PMA.

- Biais de réponses intègres :

Malgré la consigne donnée de répondre au questionnaire seul, parfois les hommes le faisaient dans la chambre. Leur conjointe et/ou leur famille, leurs amis étaient présents. Nous pouvons avoir donc des réponses qui se révèlent être l'avis de l'homme, mais peut être suite à une discussion.

### **3.3.2 Limites de l'étude**

La première limite identifiée au travers de notre étude est notre société. Aujourd'hui, les femmes assument physiquement la contraception. Les méthodes destinées aux hommes sont très peu développées ou admises comme une méthode de contraception inefficace. Cela constitue une barrière à l'implication de l'homme. Il a été difficile de mettre en avant leur position pendant les questionnaires. La vasectomie reste une méthode de stérilisation. Elle ne cible pas les hommes entre 25 et 35 ans, pourtant majoritaires dans notre étude. Néanmoins, il était intéressant de l'évoquer car cela peut les concerner à long terme.

Une autre limite identifiée dans ce mémoire : le manque de temps. La charge de travail des suites de couches étant importantes, les professionnels de santé n'ont pu participer à la distribution et à la restitution de mon questionnaire dans les délais impartis. Néanmoins, nous avons pu obtenir l'ensemble des données nécessaires pour le travail d'étude.

Mes propres projections furent une limite lors de ce mémoire. Je pense avoir réussi à dépasser ma vision féministe au fur et à mesure de ce travail. En effet, mon objectif implicite était de faire reposer une partie de la responsabilité contraceptive sur l'homme mais le vrai compromis fut bien de faire valoir comme base : le couple. Nous pensons que chaque professionnel devrait pouvoir faire l'introspection de sa pratique car parfois « la motivation des scientifiques désireux d'inventer de nouvelles méthodes ne sont pas celles des utilisateurs » [48].

### **3.3.3 Force de l'étude**

- Malgré la première limite que j'ai citée précédemment, le point positif est qu'il n'y a eu aucune perte de données. Et que nous connaissons avec certitude combien de personnes ont reçu le questionnaire et combien de retour nous avons eu.

L'une des forces de l'étude a été le taux de participation de 100%.

- Les questionnaires furent tous remplis à la main et de façon anonyme. Il n'y a eu aucun biais dû à ma présence féminine ou dû à des explications qui auraient pu les influencer dans leurs réponses.
- De plus, en récupérant les questionnaires, bon nombre de couples curieux m'ont interrogée pour parler de la contraception. Nous avons parlé surtout des méthodes masculines qui les interrogent particulièrement. La plupart ont conclu après cette rencontre qu'ils demanderaient de plus amples informations aux professionnels qui les suivent.

Dans les chambres où j'allais proposer mon questionnaire, il m'est arrivé de trouver des femmes qui n'étaient pas en compagnie de leurs conjoints. Plusieurs d'entre elles m'ont alors confié qu'elles ne supportaient plus les contraceptions hormonales et qu'il était donc important qu'un professionnel puisse parler de contraception de couple si cela était possible. Le questionnaire a permis d'ouvrir à la discussion.

Et si je peux me permettre, je conclurai que mon propre objectif face à ce mémoire a été atteint. En effet, selon Bernard Weber, « l'important n'est pas de convaincre, mais de donner à réfléchir. ». Il me semble que les couples interrogés se sont impliqués dans une véritable réflexion sur la contraception de couple.

## Conclusion

De nos jours, la responsabilité contraceptive repose principalement sur les femmes. Toutefois, certains hommes sont d'avis de partager ce rôle. Notre étude démontre qu'ils seraient plutôt favorables pour participer à l'observance de la méthode choisie. Les freins principaux restent qu'ils manquent d'informations et qu'ils sont nombreux à associer, à tort, contraception et perte de leur virilité. Ils sont curieux de savoir que des méthodes, autres que mécaniques, existent pour eux. Le manque d'essais cliniques diffuse un sentiment d'insécurité contraceptive.

En ce sens, le rôle du professionnel de santé est réaffirmé. Il est là pour sensibiliser ces derniers et leur permettre de s'approprier les différentes méthodes de contraception. La période du post-partum reste un moment clé pour la rencontre entre les professionnels de santé et les couples.

Cependant, tous les moments sont propices à la promotion contraceptive : les formations continues, les supports pédagogiques adaptés, les campagnes de communication et la remise en question de ses propres projections contraceptives permettront de faire évoluer nos pratiques afin d'informer et prescrire une contraception de couple optimale.

## Références bibliographiques

- [1] HAS. Contraception: prescriptions et conseils aux femmes. Juil 2013
- [2] Dinam E. Implication des hommes concernés par une IVG dans la contraception et l'avortement. Thèse de médecine Nantes. 2014
- [3] Philippe S. La contraception, une affaire de couple ? Mémoire sage-femme Saint Quentin les Yvelines. 2014
- [4] INPES. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse. Sept 2007
- [5] Direction générale de la santé. Contraception : pour une méthode adaptée. Mars 2005
- [6] INPES. Baromètre Santé 2005 : Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. Mars 2006
- [7] Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. INED. 2014.
- [8] INPES. Actualités : Contraception : filles et garçons, tous concernés ! Avril 2010
- [9] CSA. Présentation et Résultats: Les français et la contraception. Septembre 2012
- [10] Cadiergues D. La connaissance des hommes sur la contraception: Etude quantitative auprès d'hommes de 15-55ans. Thèse de médecine Paris. Fev 2015
- [11] Debry JM. La contraception masculine « verte » : mythe ou réalité ? *Androl* 2012; 22:152-161
- [12] Addioui-Beal K. Grossesses rapprochées : complications, profil des patientes et anémie. Mémoire sage-femme Clermont-Ferrand. 2012
- [13] HAS. Fiche Mémo : Contraception chez la femme en post-partum. Juil 2013
- [14] Belaisch J. Contraception masculine. 10.1 Physiologie de l'appareil génital masculin *in* Contraception elsevier Masson 2011;10:266-282
- [15] HAS. Fiche Mémo : Contraception chez l'homme. Avril 2013

- [16] Jardin A, Izard V. La vasectomie en France. La contraception masculine Springer Verlag. 2013
- [17] Soufir JC, Mieusset R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique Androl. 2012; 22:211-215 : <http://www.contraceptionmasculine.fr/>
- [18] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. INED. Sept 2012
- [19] Romero M. Existe-t-il des freins à la contraception définitive en médecine générale ? Enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Bretagne, de Midi-Pyrénées et de Normandie. Thèse de médecine Toulouse. Juin 2014.
- [20] Giami A, Leridon H. Les enjeux de la stérilisation. 2000 ;1 :22-23
- [21] Christin-Maitre S, Guérin JF, Philippe Bouchard P. La contraception masculine. Médecine/sciences 1995 ; 11 : 579-90
- [22] Jimenez C. La contraception masculine. Androl 2004 ; 14 : 275- 290
- [23] Guerin JF. Contraception masculine hormonale Androl.1996 ; 6(3) : 259-265
- [24] Robin G, Marcelli F, Rigot JM. Contraception masculine. Presse Med. 2014; 43: 205–211
- [25] Mieusset R. Contraception hormonale masculine Androl. 2010;20:227
- [26] Mieusset R. Les essais de contraception masculine par la chaleur. La contraception masculine Springer Verlag. 2013
- [27] Huygue E, Norhra J, Vezzosi D, et al. Conceptions masculines non déférentielles : revue de la littérature. Prog Urol 2007;17:156-164
- [28] Drevet JR. Les approches épидидymaires de la contraception masculine. Androl 2012; 22:141-151
- [29] Abdennebi-Najar L. Intérêts et limites de l'immunocontraception. Gynecol Obstet Fertil 2013 ;31 :774-777
- [30] Collège Français des urologues. Item 35 (Item 27) – Contraception Masculine. 2014
- [31] HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013.

- [32] Jaspard M. Sociologie des comportements sexuels. La Découverte. 2005
- [33] Loumé L. Contraception masculine : un essai clinique stoppé à cause d'effets secondaires trop lourds. Science et Avenir. Nov 2016.
- [34] INSERM. Contraception et spermatozoïdes.2014
- [35] Soufir JC. Contraception hormonale masculine par les androgènes seuls. Acquis et perspectives. Androl. 2012;22:131-135
- [36] UNAF. Taux de fécondité par âge en France métropolitaine. 2013
- [37] INSEE. Bilan démographique 2015 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908103>
- [38] Guérin JF, Rollet J. Essais de différentes associations d'androgènes et de progestatifs dans un objectif de contraception masculine. La contraception masculine Springer Verlag. 2013
- [39] Czyba JC. Editorial. De la contraception en général et de la contraception masculine en particulier. Basic Clinic Androl. 1996
- [40] Spencer B. La contraception pour les hommes, une cause perdue ? La contraception masculine. 2013
- [41] Liu P, McLachlan R. Male hormonal contraception : so near and yet so far. J Clin Endocrinol Metab. 2008. 93 :2474-6
- [42] Desjeux C. La « contraception masculine » aujourd'hui. Une réalité plurielle. La contraception masculine Springer Verlag. 2013
- [43] Kalampalikis N, Buschini F. La contraception masculine médicalisée: enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. ERES Nouvelle revue de psychosociologie 2007 ;2(4):89-104
- [44] Bodet A. Histoire de la contraception : De la grossesse subie à la grossesse désirée. Thèse de pharmacie Angers. 2014
- [45] Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) Autrepart. 2009 ; 4(52): 49-63
- [46] HAS. Document de synthèse. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Avril 2013
- [47] Desjeux C. Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte. Androl. 2012



[48] Serfaty D, Sitruk-Ware R, Wang C, et al. « Manifesto » de Paris : le temps est venu de disposer de nouvelles méthodes contraceptives masculines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2016; 45 : 990—991

## Annexes

### Annexe I : Questionnaire

#### Part active des nouveaux pères face au choix d'une méthode contraceptive dans leur couple suite à un changement de situation familiale

##### Fiche signalétique :

-Age : < 25ans / 25-35ans / >35ans

-Niveau de formation : Sans diplôme/ Brevet des collèges / Apprentissage / École professionnelle/ Baccalauréat/ Formation professionnelle supérieure/ Université, Haute école.

-Emploi : Sans emploi/ Ouvrier et employé non qualifié / Artisan et ouvrier qualifié/ Personnel de service et de vente, agriculteurs/ employé de type administratif/ profession intermédiaire / profession intellectuelle et scientifique/ dirigeant, cadre supérieur, cadre de direction.

##### Situation personnelle/antérieure

Nombre d'enfants ?

Nombre d'avortements?

Difficulté à concevoir un enfant ? Oui/Non

Santé de la mère : A-t-elle une contre-indication à l'usage d'une certaine méthode de contraception féminine? Oui/ Non/ Ne sais pas. Si oui, laquelle ?

Santé du père : Avez-vous des problèmes de santé qui pourrait influencer et être une contre-indication à une méthode contraceptive masculine ? Oui/ Non/ Ne sais pas.

##### Implication dans la contraception

##### °l'intérêt

-Vous sentez-vous concerné par la contraception (ou autrement dit, méthode de régulation des naissances) ? Oui/Non. Pourquoi ?

-Pour vous, qui doit assumer la responsabilité de la contraception ? Homme, Femme, Couple ?

-Vous sentez-vous impliqué (prendre une part active) dans le choix de la méthode contraceptive de votre couple ? Oui/Non

--Si oui, en trouvez-vous des avantages ? Oui/Non. Lesquels ?

--Si non, pourquoi ? Pas de poids dans la décision finale/ Pas d'intérêt particulier pour la contraception/ Pas d'intérêt pour le couple/ Manque de connaissance/ Difficulté d'accès dû à un manque de campagnes d'informations/ Difficile d'accès car c'est un monde féminin/ Société/ Autres :

-Avez-vous déjà contrôlé la présence de contraceptif avant rapport sexuel (rappel d'une prise de pilule ou la présence de l'anneau contraceptif...)? Oui/Non

### **°la discussion avec sa conjointe**

-Avez-vous déjà eu une conversation à propos de la méthode contraceptive de votre couple ?  
Oui/Non

-Est-ce vous qui avez débuté la discussion ? Oui/Non/Couple

-Savez-vous, si la méthode contraceptive lui convient? Oui/Non/Ne sais pas

-Avez-vous pris part à la décision du type du moyen de contraception ? Oui/Non

Pourquoi ?

-Si vous n'avez pas pris part à la décision, étiez-vous intéressé par le choix final de votre conjointe ? Oui/Non

-Vous sentez-vous écouté lorsque vous parlez de contraception avec votre conjointe ? Oui/Non

### **°l'implication dans la recherche d'information**

- Avez-vous déjà posé des questions sur la contraception à un professionnel de santé ? Oui/Non

- Selon vous, quel(s) lieu(x) serai(ent) propice(s) pour parler de contraception avec les hommes?

-A la maternité : Oui/Non

-Pendant le rendez-vous post-natal (qui a lieu 6-8 semaines après l'accouchement) :  
Oui/Non

-Lors d'une consultation de contraception : Oui/Non

-En auriez-vous envie ? Oui/Non.

-Avez-vous été présent lors des conseils sur les méthodes de contraception lors du séjour en maternité ? Oui/Non

--Si non, étiez-vous au courant ? Oui/Non.

Auriez-vous aimé être là ? Oui/Non

-Les professionnels de santé doivent-ils, pour vous, en parler plus spontanément ? Oui/Non

### **°l'implication économique**

-Avez-vous déjà participé financièrement à la méthode contraceptive de votre couple ?

Oui/Non/Celle-ci ne requière pas de financement.

### °l'implication personnelle

-Avez-vous déjà pensé à utiliser une contraception masculine autre que le préservatif ? Oui/Non

-A compléter :

	Pas de connaissance	Connaissance	
		Bonne efficacité	Mauvaise efficacité
Abstinence périodique (en fonction du cycle de Madame)			
Retrait			
Spermicides			
Méthode hormonale/pilule masculine *			
Méthode thermique (réversible) **			
Vasectomie (irréversible) ***			

-Envisageriez-vous une des propositions si votre conjointe le désirait ? Oui/Non.

-Pensez-vous que la vasectomie s'appliquerait un jour à vous ? Oui/Non

Pour quelle(s) raison(s) : Age/ Nombre d'enfants/ Enfants indépendants/ Autres :

### - Situation post natale :

-Suite à cette nouvelle naissance, avez-vous (votre couple) envie de changer de moyens de contraception ? Oui/Non/Ne sait pas/En réflexion.

--Si non : méthode adaptée (en fonction des projets du couple et de l'observance de celle-ci)/ méthode non adaptée mais continuation de celle-ci.

--Si oui : pas de méthode de contraception/ méthode non adaptée/ âge / nombre d'enfants/ situation socio-économique / période de transition avant de reprendre la même méthode de contraception ou avant une autre grossesse/ Autres : ...

-La contraception prend-t-elle plus de sens suite à la naissance ? Oui/Non/Autant qu'avant.

-Suite à ce questionnaire, pensez-vous aborder le sujet avec votre conjointe ? Oui/Non

Avec un professionnel de santé ? Oui/Non Si oui, pendant le séjour ? Oui/Non. Plus tard ? Oui/Non

Rechercher des informations par d'autres moyens ? Oui/Non Lesquels :

\*contraceptif qui empêche la maturation des spermatozoïdes.

\*\*méthode qui consiste de déplacer les testicules du scrotum dans la poche inguinale superficielle, ce qui a pour effet d'augmenter la température de celles-ci et par conséquent qui abaisse la production de spermatozoïde.

\*\*\*intervention chirurgicale qui consiste à couper les conduits qui permettent aux spermatozoïdes d'être éjaculés.

[Toutes ces méthodes n'influent pas sur l'érection.]

<b>Auteur :</b> Mathilde GERIN	<b>Diplôme d'Etat de sage-femme, Lyon</b> 2017
<b>Titre :</b> Contraception de couple : Etats des lieux de l'implication des hommes	
<b>Résumé</b>	
<b>Objectifs :</b> Le principal objectif de cette étude était d'établir le degré d'implication des hommes dans le choix contraceptif du couple.	
<b>Matériel et méthode :</b> Il s'agit d'une étude descriptive, réalisée par le biais d'un questionnaire auprès de 107 hommes lors du séjour de leurs conjointes et de leurs enfants à la maternité, dans le courant des mois de Septembre et Octobre 2016.	
<b>Résultats :</b> Les hommes se sentent concernés par la contraception de leur couple et souhaitent prendre plus de responsabilités. Ils n'ont que peu de connaissances sur les méthodes contraceptives féminines ce qui les empêche de participer à l'observance de celle-ci. Les méthodes contraceptives masculines leur semblent inadaptées pour s'impliquer physiquement. Cependant, ils sont ouverts aux propositions. Les hommes sollicitent la promotion de la contraception par les professionnels de santé.	
<b>Conclusion :</b> Un des freins à l'implication des hommes dans la contraception de leur couple est l'absence d'informations leur étant destinée. Les professionnels de santé sont des acteurs importants dans la sensibilisation de la contraception et l'appropriation de celle-ci par l'homme. Cela demande un changement dans nos pratiques de prescription contraceptive.	
<b>Mots clés :</b> « contraception » : « couple » : « homme » : « implication »	

<b>Title :</b> An overview of men's implication in birth control amongst couples	
<b>Abstract</b>	
<b>Objective :</b> The main goal of this study was to establish the degree of involvement of men in the choice of the contraceptive method to use in their couple.	
<b>Methodology :</b> This is a descriptive study carried out through a survey of 107 men during the stay of their spouse and child at the maternity center during the months of September and October 2016.	
<b>Results :</b> Men usually feel affected by the contraception of their couple and want to take more responsibility in it. They have little knowledge regarding the feminine contraception, which prevent them from participating in its observance. Masculine contraception seems too inadequate to get physically involved. However, they seem open to proposals. Men urge for more promotion of birth control by health professionals.	
<b>Conclusion :</b> One of the obstacles to the involvement of men in the contraception amongst their couple is the lack of information intended for them. Health professionals are important players in raising awareness and developing the appropriation of birth control by men. This requires a change in our contraceptive prescribing practices.	
<b>Key-words :</b> « contraception » : « couple » : « men » : « implication »	