

2023-2024

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en Médecine Générale

**Point de vue des internes sur
l'intégration des hommes dans
les réflexions autour de la
contraception**

Étude qualitative par *focus group* auprès d'internes de médecine générale de la faculté de santé d'Angers, en 2023 et 2024

BREUIL Ksénia

Née le 16 mars 1995 à Montpellier (34)

GOUDENHOOFT Mélanie

Née le 2 juillet 1995 à Marcq-en-Barœul (59)

Sous la direction de Mesdames **TESSIER-CAZENEUVE** Christine |
et **MERCIER** Marie-Bénédicte |

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Président

Madame la Professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine | Directrice

Madame la Doctoresse MERCIER Marie-Bénédicte | Codirectrice

Madame la Doctoresse RIPAUD Margaux | Membre

Soutenue publiquement le :
14 novembre 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée BREUIL Ksénia
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Je, soussignée GOUDENHOOFT Mélanie
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

SERMENT DU MÉDECIN

« EN QUALITE DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDERERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAU au respect absolu de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPETUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TEMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAU à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement. »

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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'informerais les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEUR·ES DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BEOLONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine

EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Émilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine

REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Élise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES·SES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie

CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Médecine
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Élise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET	Médecine
	TRAUMATOLOGIQUE	
ROGER Émilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	THERAPEUTIQUE	
VIAULT Guillaume	MEDECINE GENERALE	Médecine
	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANT·ES

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS COMMUNS

Nos sincères remerciements à **Monsieur le Professeur Laurent Connan** pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre jury. Nous vous remercions pour l'écoute attentive et l'humanisme que vous nous avez apporté durant notre internat.

Nous remercions **Madame la Doctoresse Margaux Ripaud** d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Nous vous remercions pour l'énergie que vous déployez autour de la santé des femmes sur le département de la Mayenne. Nous sommes fiers de faire partie de vos consœurs.

Nous remercions **Madame la Professeure Christine Tessier-Cazeneuve** qui a co-encadré cette thèse. Nous vous remercions pour l'expertise, l'ouverture d'esprit et la bienveillance que vous avez eu tout au long de cette recherche.

Nous remercions chaleureusement **Madame la Doctoresse Marie-Bénédicte Mercier** qui a co-encadré cette thèse. Nous vous remercions pour votre disponibilité et espérons que nous vous avons donné envie de renouveler l'expérience de direction d'un travail en recherche qualitative.

Nous remercions **Monsieur le Professeur Thibaut Py** qui a accepté d'animer un *focus group*, que nous pourrons qualifier de très dynamique.

REMERCIEMENTS DE KSÉNIA

À **Mélanie**, merci d'avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure tout aussi grisante que floue qui allait devenir, à force de travail, un pertinent sujet de recherche. Merci d'avoir partagé avec moi ton intérêt pour le sujet. Et merci d'avoir eu la motivation ainsi que l'endurance de corriger mes longues phrases non construites et rendues compliquées par des tournures de phrase que moi-même je n'étais plus capable d'expliquer (oups, je crois que j'ai recommencé) ? I'll also thank Felix for the help on the abstract !

À **Aurélien**, je te remercie pour tes relectures et tes propositions efficaces. Je te remercie pour ta tranquillité d'esprit face à mon goût à douter de tout.

Je te remercie de m'apporter autant de joie, d'affection et d'engagement au quotidien. Ensemble nous sublimons l'amour simple, c'est politique ! Tout est politique, tu vas me répondre. Quel homme !

À **Maman**, merci d'être unique et pleine de sagesse métaphorique. Tu as réussi à trouver la bonne distance pour me laisser faire « moi toute seule » et me permettre de revenir quand j'avais besoin de réassurance. S'il y a bien une chose que tu m'as transmise, c'est une langue qui m'a aidé à connaître la source de mon futur métier. Τι τύχη !

À **Papa**, c'est une grande fierté pour moi que de pouvoir également accoler le titre de Docteur au nom Breuil. Merci du soutien et de la tendresse que tu me portes depuis toujours, merci pour la stimulation lors de débats, en général infructueux, ne nous mentons pas. Pour moi aussi, tu es mon papa préféré.

Merci à vous deux, pour le souffle de liberté que vous m'insufflez depuis bientôt trente ans.

À **Socrate**, être ta sœur me sortait de ma bulle d'étudiante en médecine, la meilleure leçon d'humilité ! Je te remercie pour ton innocence à croire que je réussis tout ce que j'entreprends, cela me porte.

À **mes copaines de médecine**, Aurore, Cécile, Héloïse, Laura, Lucie, Marine et Pierrick, merci de me montrer que nos ambitions professionnelles n'ont d'égal que l'intelligence et le travail qu'on y a mis. Merci aussi de me rappeler que la vie, ce n'est pas que du sérieux et que la confiance et l'audace forgent les plus beaux groupes. Merci à Aurore de prendre aussi soin de notre amitié et d'être toujours partante pour une formation proposée.

À **Alexandre**, je remercie notre engagement étudiant de nous avoir fait nous rencontrer. Ta sérénité à voguer là où le vent te porte (t'as vu la métaphore maritime ?) m'angoisse autant qu'elle m'impressionne. Je te remercie pour l'ami fidèle que tu es et resteras, même après médecine !

Au **Gang Kangourou**, merci pour les franches rigolades lors de nos week-ends. Merci à Yann d'organiser ces fameux week-ends et d'avoir toujours eu une oreille attentive à ce que je pouvais dire, même à l'autre bout de nos tableées bruyantes.

Merci à Léa et Marine d'avoir été à mes côtés lors des trois studieuses (mais pas que !) premières années universitaires et bien au-delà.

À **mes copaines du nord-ouest**, Anne, Claire, Marie-Morgane, Noé, Thomas et Yann, merci pour l'accueil bienveillant que vous m'avez fait en tant que bas S. Je vous remercie pour l'amour que vous mettez dans vos petites attentions qui est proportionnel au dynamisme s'échappant de nos parties de jeux de société. Un merci tout particulier à Marie-Morgane de comprendre les subtilités de mes goûts et de mes exigences. J'apprends énormément à tes côtés et par ton expérience sur Albert.

Merci à la **Dre BECHU**. Anne-Marie tu es arrivée à un moment où je me résignais à croire qu'il n'y avait qu'une façon d'être médecin. Tu m'as montré que j'avais le droit d'être moi-même et que ma sensibilité pouvait être une force.

Merci aux **patientes** et aux **patients** qui, dans les moments de doutes m'ont rassurée quant à ma place à leurs côtés.

REMERCIEMENTS DE MÉLANIE

À ma co-thésarde **Ksénia**, merci de m'avoir proposé de partager ta thèse et de clôturer ensemble ce long chapitre de nos vies. On ne se connaissait que depuis 2 ans environ, et tu m'as fait confiance pour réaliser avec toi ce projet si important ; cela me touchera à jamais. Merci de t'être organisée en fonction d'Abigaëlle et moi, et d'avoir toujours pris en compte mon avis même si cela nous faisait corriger une 36ème fois nos écrits ahah. Et un grand merci à Aurélien de nous avoir soutenu et conseillé pendant toute la rédaction.

À **Félix**, merci d'être à mes côtés depuis mon entrée en médecine et de m'avoir soutenu sans faille pour m'aider à réaliser ce rêve d'être doctoresse. Merci de ton amour malgré mes soirées consacrées à la médecine, malgré ma fatigue en post-garde, malgré mes doutes et mes faiblesses. Merci de cette vie ensemble qui se concrétise !

À ma fille **Abigaëlle**, je suis si fière du petit être que tu es et d'être ta maman ! Tu auras été présente dans mon ventre au commencement de cette thèse, tu m'imiteras à taper sur le clavier de mon ordinateur et à appeler Ksénia pour discuter de la thèse ahah, et tu seras là lors de ma présentation. Je suis si heureuse de partager cela avec toi !

À mon père **Gilles**, qui était déjà fier de mon classement raté de ma 1ère PACES ahah. Merci de cette fierté depuis le début et de ton soutien jusqu'au bout ! Merci du père dévoué, aimant et soutenant que tu es pour nous, avec Adrien et Florian.

À ma belle-mère **Corinne**, merci de ta présence et de ton soutien depuis que tu es entrée dans notre famille.

À ma grand-mère **Nicole**, merci de ton amour inconditionnel et de ton soutien depuis ma naissance. Merci d'être la femme forte qui m'a montré le bon exemple et qui continue de guider mes pas chaque jour.

À mes frères **Adrien et Florian**, je suis si fière de vous, de nous, de comment nous avons su rebondir face aux difficultés de notre enfance et de ce que nous devenons. Je suis fière d'être votre grande sœur !

À mes ami·es du Nord, **Aline, Anaïs D., Anaïs F., Bastien, Charlotte, Clémentine, Fanny, Flore, Justine, Laura K., Laura L., Laura R., Lucie, Magali, Olivia, Sasha, Sébastien**, merci d'être présent·es dans ma vie, de m'avoir épaulé durant toutes ces (looongues) années d'étude et de m'avoir offert de supers moments d'évasion loin des bouquins de médecine. Merci de votre solide amitié, qui persiste encore et toujours, et ce malgré la distance !

À ma team **Les Aventurières** avec **Anne-Claire, Louise et Solenne**, merci de votre accueil à mon arrivée dans la région, de ces moments passés ensemble et de nos soirées Koh-Lanta depuis ma 1ère année d'internat. Merci pour votre précieuse amitié !

Aux **internes** de mes groupes de GEAP et ceux/celles qui m'ont épaulé durant mon internat & mes remplacements, merci de cette rencontre et de votre soutien pour finir ce long cursus d'étude. Merci de me faire prendre confiance en moi et de me perfectionner un peu plus chaque jour.

Liste des abréviations

AMP	Assistance Médicale à la Procréation
CECOS	Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COREQ	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
CSS	Centre de Santé Sexuelle
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DMG	Département de Médecine Générale
ET	Enseignement Transversal
FG	<i>Focus Group</i>
FMC	Formation Médicale Continue
GEAP	Groupe d'Échanges et d'Analyse de Pratique
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Papillomavirus Humains
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SAFE	Stage Ambulatoire Femme Enfant
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Supervisé
SIU	Système Intra-Utérin

Plan

SERMENT DU MÉDECIN

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

DÉFINITIONS ET CONCEPTS

MÉTHODES

1. **Présupposés de recherche**
2. **Type d'étude**
3. **Population et modalités de recrutement**
 - 3.1. Population
 - 3.2. Modalités de recrutement
4. **Guide d'entretien**
5. **Organisation des *focus groups* et recueil des données**
6. **Analyse des données**
7. **Réglementation**

RÉSULTATS

1. **Caractéristiques de la population étudiée**
2. **Intérêt de l'intégration des hommes dans le choix d'une contraception**
 - 2.1. Remise en cause de la charge contraceptive féminine
 - 2.1.1. Responsabilité genrée de la grossesse
 - 2.1.2. Une fertilité des hommes continue
 - 2.1.3. Une contraception genrée dans la formation médicale
 - 2.2. Critique des effets indésirables des contraceptions féminines
 - 2.3. La contraception masculine comme une liberté dans la procréation des hommes
 - 2.3.1. Un choix
 - 2.3.2. L'autoconservation possible des gamètes
3. **Le rôle des médecins généralistes dans la contraception du couple**
 - 3.1. Le choix d'une contraception, une décision partagée ?
 - 3.1.1. Le rapport entre médecins « sachants » et patient·es « profanes »
 - 3.1.2. Le prisme de la responsabilité des médecins dans les choix faits par les patient·es
 - 3.1.3. Des représentations sur la vasectomie, influençant son abord par les médecins
 - 3.2. Invisibilisation par les médecins des contraceptions impliquant les hommes
 - 3.3. Les médecins, comme accompagnant·es et non comme décisionnaires
 - 3.4. Les médecins généralistes, relais entre la science et les hommes
4. **Enjeux de l'abord des contraceptions définitives avec les hommes**
 - 4.1. La déconstruction de la vision sociale de la sexualité des hommes autour de la performance
 - 4.2. La connaissance des méthodes définitives, une aide à la prise en charge masculine de la contraception
 - 4.3. Vers la réalisation de vasectomies au cabinet ?
5. **Des périodes propices à la sensibilisation contraceptive des hommes**
 - 5.1. Lors de temps autour de la prévention
 - 5.1.1. Avant les premiers rapports sexuels
 - 5.1.2. Lors d'une consultation non dédiée
 - 5.1.3. Les actions collectives de santé publique

- 5.2. L'éducation des hommes aux risques liés à une absence ou un défaut de contraception
- 5.2.1. Le dépistage des IST
- 5.2.2. La gestion des contraceptions d'urgence
- 5.2.3. La prévention des IVG
- 5.3. Lors de la parentalité

6. Stratégies d'inclusion des hommes dans la contraception

- 6.1. Des hommes initiateurs des demandes
- 6.2. Par l'intermédiaire de leur compagne
- 6.3. Informations via des acteur·ices non issu·es de la santé
- 6.4. Présentation de toutes les contraceptions
- 6.5. Vers un suivi régulier des hommes par les médecins généralistes
- 6.5.1. Les médecins généralistes comme acteur·ices principaux·ales
- 6.5.2. Des temps médicaux dédiés

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. Forces et limites de l'étude

- 1.1. Enquêtrices et animateur·ices
- 1.2. Contexte et sélection des participant·es
- 1.3. Recueil des données
- 1.4. Analyse des données

2. Discussion des principaux résultats

- 2.1. L'intégration des hommes : entre sensibilisation à la charge contraceptive et liberté de choix dans la procréation
- 2.2. L'information sur les méthodes définitives pour une meilleure adhérence masculine à la contraception
- 2.3. Les périodes propices à la sensibilisation contraceptive des hommes

3. Perspectives

- 3.1. Une présentation exhaustive des contraceptions pour contrer des représentations tenaces
- 3.2. Des temps médicaux dédiés à la prévention en santé sexuelle
- 3.3. Vers la création d'une norme andrologique ?
- 3.4. Réflexions sur la réalisation de vasectomies par les médecins généralistes

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- 1. Guide d'entretien final**
- 2. Formulaire de consentement**
- 3. Fiche de coordonnées sociodémographiques**
- 4. Grille COREQ de l'étude**

**POINT DE VUE DES INTERNES SUR L'INTÉGRATION DES
HOMMES DANS LES RÉFLEXIONS AUTOUR DE LA
CONTRACEPTION**

**Étude qualitative par *focus group* auprès d'internes de
médecine générale de la faculté de santé d'Angers,
en 2023-2024**

BREUIL Ksénia et GOUDENHOOFT Mélanie

L'ensemble de ce travail de thèse a été fait en collaboration entre les deux autrices.

INTRODUCTION

En France, en 2013, 97% des femmes¹ utilisaient un moyen de contraception et assuraient ainsi la contraception du couple (1)(2).

Ce caractère sexué de la contraception s'expliquerait par le fait que les femmes assument corporellement la poursuite de la grossesse ou son interruption. La capacité gestationnelle de la majorité des femmes est un élément de différenciation des individus selon leur sexe, qui demeure central dans les représentations actuelles des rôles de genre. Les femmes auraient davantage besoin de se protéger d'un "risque" les touchant plus fortement que les hommes ; l'arrivée d'un enfant les impactant davantage au niveau sanitaire, social et professionnel. La prévention des grossesses et donc la responsabilité contraceptive leur semblent ainsi "naturellement" dévolues. Cette posture peut être qualifiée d'essentialiste dans la mesure où elle interprète la répartition sexuée des responsabilités contraceptives comme découlant de caractéristiques biologiques des individus et non d'une construction sociale des rôles de genre (3)(4).

Si les luttes féministes ont été nécessaires à la légalisation de la contraception, permettant aux femmes une autonomie dans le contrôle de la procréation, elles ont aussi encouragé une sur-responsabilisation de celle-ci en inscrivant la planification des naissances comme une tâche leur incombant presque exclusivement (5).

Cette gestion contraceptive féminine découlait aussi de l'émergence des méthodes contraceptives médicales présentant des taux d'efficacité supérieurs aux méthodes mécaniques ou au retrait historiquement utilisés, ainsi que l'avantage d'un usage indépendant du rapport sexuel. Ces nouvelles méthodes ont transformé le champ de la contraception, en convoquant la profession médicale et en confortant la prise en charge de la prévention des grossesses non désirées aux femmes (3).

¹ Ce chiffre est rapporté pour des femmes entre 15 et 49 ans ni enceintes ni stériles, sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête et ne voulant pas d'enfants.

Une «norme contraceptive» s'est développée en France guidant un usage contraceptif en fonction de l'âge et de la situation relationnelle et familiale : recours au préservatif masculin en début de vie sexuelle, utilisation de la pilule contraceptive dès que la vie sexuelle se régularise, pose d'un DIU/SIU dans le cadre d'une relation longue et/ou avec enfant(s)). Cette norme limite la possibilité de choisir le contraceptif qui convient à l'usager·e et renforce la responsabilité contraceptive comme principalement, voire exclusivement, féminine (6)(7).

Le choix de la méthode contraceptive semble actuellement davantage discuté entre le/la médecin et la patiente qu'au sein du couple. En fonction de leur formation, de leurs représentations personnelles ou de l'encadrement institutionnel de leurs pratiques, les professionnel·les de santé contribuent à proposer un panel d'options contraceptives (8)(4). Les données de l'enquête FECOND montrent que les différents contraceptifs ne sont pas proposés systématiquement (9) et une enquête menée dans plusieurs pays européens montre que les contraceptions utilisées sont proposées par les praticien·nes plutôt que choisies par les femmes (10), ce qui limite une décision partagée.

L'analyse des processus structurant et alimentant le caractère genré de la charge contraceptive fait actuellement émerger une vision alternative de partage de cette responsabilité au sein du couple. Le concept de «charge sexuelle» est apparu en parallèle de celui de «charge mentale» (11). Il définit l'ensemble des préoccupations que peut représenter la vie affective et sexuelle, de l'érotisme au plaisir, en passant par la contraception et la prévention des IST (12)(13). Éveillant les consciences face à l'inégale répartition des rôles liés à la santé sexuelle et reproductive dans les relations hétérosexuelles, de plus en plus de femmes revendiquent une sortie de cette charge sexuelle par son partage avec les hommes, en s'appuyant sur la médiatisation d'effets indésirables graves lors de "la crise de la pilule" en 2012-2013 et du déremboursement suivi de ces pilules (14)(15)(16).

Une analyse des pratiques masculines de contraception montre des modifications dans les comportements contraceptifs chez les hommes ayant fait l'expérience d'une grossesse non souhaitée dans le cadre de leurs relations (17). Le recours à une contraception semble d'une utilité conjointe, la sexualité des hommes n'étant pas systématiquement associée à un désir de procréation. Cette utilité conjointe pourrait être un levier à un plus grand investissement des hommes dans la contraception à

travers l'utilisation de contraceptifs masculins ou en relais ponctuel, par une autre méthode, en cas de défaut de la contraception initialement choisie (18). De récentes études montrent que la plupart des hommes interrogés accepteraient l'utilisation d'une contraception masculine même hormonale (19)(20)(21)(22) et que cette décision serait en grande partie discutée avec leur compagne féminine (23).

Le comportement contraceptif des hommes est lié à leur relation de couple et fait écho à la construction de leur identité masculine. La participation des hommes à la contraception et, plus généralement, leur possibilité de changement de représentation dépendent, en partie, des différentes figures féminines qui les entourent (24).

Ainsi, il paraît nécessaire de prendre en compte l'avis des femmes pour permettre un engagement contraceptif des hommes au sein de leur couple. Plusieurs études montrent qu'une majorité de participantes semble favorable à une implication plus active des hommes dans la contraception, mais questionne le fonctionnement et l'efficacité des méthodes, les contraintes et les effets secondaires associés à leur utilisation (25)(26)(27).

Permettre une participation volontaire des hommes dans la contraception fait également intervenir les professionnel·les de santé, avec une place stratégique des médecins généralistes pour les sensibiliser et discuter avec eux de contraception. Une étude récente montre que les échanges entre les médecins généralistes et les hommes au sujet de la contraception modifient leurs représentations sur leur place dans la contraception du couple (28).

Les internes de médecine générale actuel·les ont commencé leur formation après la "crise de la pilule" de 2012-2013 (14), avec de nouvelles recommandations quant à l'indication de certains contraceptifs (29). Leur apprentissage a évolué avec des formations plus fréquentes et ciblées. Les nouvelles générations de médecins sont également sensibilisées au consentement et à l'autonomie des patient·es (3)(30)(31)(32)(33). Ces nouvelles pratiques peuvent contribuer à une transformation des consultations médicales abordant la contraception et à une plus grande liberté de choix pour les personnes.

L'objectif principal de ce travail était donc d'explorer le point de vue des internes de médecine générale sur la place des hommes dans les consultations abordant la contraception.

Les objectifs secondaires étaient de rechercher si les internes de médecine générale percevaient des périodes propices à l'inclusion des hommes dans les consultations parlant de contraception et un intérêt à leur transmettre des informations sur les contraceptions définitives.

DÉFINITIONS ET CONCEPTS

Le terme « internes » désigne les internes de médecine générale de la faculté de santé d'Angers, interrogé·es lors de l'étude.

Les hommes et femmes dont il est question dans cette étude sont défini·es comme cisgenres et hétérosexuel·les.

Contraception féminine = toutes les contraceptions utilisées par les femmes (médicales, mécaniques, naturelles et définitives).

Contraception masculine = toutes les contraceptions utilisées par les hommes (hormonale, mécaniques, thermiques, définitives et naturelles).

Contraception féminine médicale = pilules, implant, DIU/SIU, patch cutané, anneau vaginal et progestatifs injectables.

Contraception masculine hormonale = injection de testostérone et pilule masculine.

Contraception mécanique = préservatifs masculin et féminin, diaphragme, cape cervicale et spermicides.

Contraception thermique = contraception masculine testiculaire = contraception artisanale = remonte couille toulousain/slip chauffant et andro-switch (anneau pénien).

Contraception naturelle = retrait, méthode de la température basale, méthode de la glaire cervicale, symptothermie, méthode du calendrier (Ogino-Knaus) et méthode Mama.

Contraception définitive = ligature des trompes/tubaire et vasectomie.

AMP = PMA.

MÉTHODES

1. Présupposés de recherche

Les hypothèses des chercheuses étaient :

- avec les hommes, la discussion autour des contraceptions masculines par le corps médical se limitait à la présentation du préservatif, avec l'objectif associé de protection contre les IST
- l'intégration des hommes dans la discussion sur la contraception définitive n'était possible qu'autour de la quarantaine et avec la présence d'enfant
- la proposition aux hommes des contraceptions masculines en cours d'étude était inexistante.

Les présupposés des chercheuses étaient que l'abord de la contraception avec les hommes, avec les notions de charge et d'équité contraceptives, pouvait permettre de les impliquer davantage dans le contrôle de la procréation et de diminuer ainsi la survenue de grossesses non désirées, affectant autant les femmes qu'eux.

Cela pouvait se faire par une explication de la contraception féminine aux hommes, avec une information sur leurs fonctionnements, sur leur utilisation et sur leurs effets indésirables possibles ; ainsi que sur la contraception définitive sans limite d'âge ou d'enfant.

La délivrance d'informations sur tous les contraceptifs disponibles pouvait permettre aux hommes d'obtenir une connaissance globale et de choisir leur implication de manière libre et éclairée. Mais cela pouvait limiter une approche personnalisée centrée sur le patient.

Le post-partum semblait être pour les chercheuses un moment propice à l'inclusion des hommes dans la discussion autour de la contraception.

2. Type d'étude

Réalisation d'une étude qualitative par *focus group* auprès d'internes de médecine générale de la faculté de santé d'Angers, entre octobre 2023 et juin 2024.

La technique du *focus group* a été retenue pour ce travail de recherche afin de profiter de la dynamique de groupe et de l'émergence de réflexions et d'opinions variées.

3. Population et modalités de recrutement

3.1. Population

La population de l'étude était des internes de médecine générale de la faculté de santé d'Angers en phase d'approfondissement durant l'année 2023-2024, afin qu'ils/elles aient plusieurs expériences en cabinet libéral de médecine générale.

Par praticité, chaque groupe correspondait à un groupe déjà formé dans le cadre des enseignements facultaires de type Groupe d'Échanges et d'Analyse de Pratique (GEAP) destinés aux internes en Stage Ambulatoire Femme Enfant (SAFE) et en Stage Autonome en Soins Primaires Supervisé (SASPAS). Il regroupait de neuf à onze personnes.

3.2. Modalités de recrutement

Les critères d'inclusion étaient d'être interne en phase d'approfondissement de la faculté de santé d'Angers, participant au GEAP retenu pour le *focus group* concerné.

Les critères de non-inclusion étaient de refuser de participer, de refuser d'être enregistré ou l'impossibilité de participer au GEAP retenu pour le *focus group* concerné.

Les critères d'exclusion étaient de retirer son consentement à sa participation, à tout moment jusqu'à la réalisation de l'analyse, ou de faire partie des internes réalisant le projet de thèse.

L'animateur·ice en charge de chaque groupe a été sollicité, par mail ou en présentiel, pour obtenir son autorisation à la réalisation du *focus group* et sa participation en tant que modérateur·ice. Le guide d'entretien lui a été fourni en amont de l'entretien avec son groupe.

4. Guide d'entretien

Le guide d'entretien comprenait six questions ouvertes, élaborées à partir des données de la littérature dans le respect des lignes directrices COREQ, afin d'obtenir une analyse de données qualitatives la plus pertinente possible.

Le guide d'entretien final est disponible en annexe.

5. Organisation des *focus groups* et recueil des données

Les *focus groups* se sont déroulés en présentiel au milieu ou à la fin du semestre de stage des internes concerné·es. Avant le *focus group*, chaque interne remplissait un formulaire de consentement et une fiche de coordonnées sociodémographiques anonymisées. Le travail de recherche leur était présenté. Les chercheuses assistaient au *focus group* en tant qu'observatrices. Les échanges étaient enregistrés par dictaphones avec un logiciel d'enregistrement permettant la suppression définitive des fichiers audio à tout moment si un ou plusieurs internes demandai(en)t le retrait de son/leur consentement. Les entretiens audio ont été détruits à l'issue de l'analyse.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement mot à mot sur Word, constituant le verbatim. Il était proposé aux participant·es de recevoir par mail, dans les quinze jours suivant le *focus group*, la retranscription de l'entretien s'ils/elles souhaitaient la relecture et/ou la modification des retranscriptions de leurs propos avant l'utilisation de leurs données. Aucune demande dans ce sens n'a été faite. La retranscription des *focus groups* n'a pas été jointe en annexe par souci d'anonymisation.

6. Analyse des données

L'analyse des données s'est faite suivant une démarche inductive générale. Chaque chercheuse a réalisé indépendamment le codage du verbatim en Unité Minimale de Sens ainsi que la thématisation et la catégorisation. Les données ont ensuite été triangulées afin d'augmenter la validité interne de l'étude.

7. Réglementation

Une déclaration à la CNIL (MR 004) a été réalisée, n°2235848.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

Trois entretiens de groupe ont été réalisés entre octobre 2023 et avril 2024, d'une durée moyenne de 57 minutes [50 - 65minutes].

Les groupes étaient composés en moyenne de 10 internes (9 dans le FG1, 10 dans le FG2 et 11 dans le FG3). Les participant·es avaient en moyenne 27 ans [25 - 35 ans]. Au total 29 personnes ont participé, 18 femmes et 11 hommes, 14 ayant fait leur externat dans les Pays-de-la-Loire et 15 dans une autre région. Chaque groupe était composé d'internes de semestres différents.

Vingt-et-un internes avaient effectué un stage en lien avec la gynécologie et/ou la santé sexuelle et 16 avaient réalisé une formation facultaire. Quatre internes avaient participé à des formations autres que celles dispensées par la faculté (Congrès de gynécologie ou urologie, une formation médicale continue) et 2 internes (1 homme et 1 femme) ont rapporté n'avoir jamais réalisé de formation. Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 Caractéristiques de la population étudiée

	Partici-pant·e	Genre	Âge	Ville externat	Seme-stre actuel	Stage actuel	Type de formation en gynécologie et/ou santé sexuelle
FG1 (9)	M1	Masculin	Modérateur du groupe				
	A1	Féminin	27	Angers	6	SASPAS	Congrès gynécologie ¹
	B1	Féminin	29	Bordeaux	6	SASPAS	Stage 3 mois gynéco
	C1	Féminin	27	Angers	6	SASPAS	Centre IVG Le Mans Congrès gynécologie
	D1	Masculin	27	Angers	5	SASPAS	Cours SAFE Stage gynéco : Urgences gynéco/CSS/CeGIDD/CPF/suite de couche Congrès sur la contraception masculine dans un centre hyper spécialisé d'urologie ¹
	E1	Féminin	35	Créteil	6	SASPAS	Cours SAFE
	F1	Masculin	28	Rennes	6	SASPAS	Stage 3 mois gynéco : Urgences gynéco/CeGIDD/Suite de couche
	G1	Féminin	28	Angers	6	SASPAS	SAFE/CeGIDD

	H1	Féminin	27	Marseille	6	SASPAS	Non
	I1	Masculin	29	Lille	6	SASPAS	Zéro
FG2 (10)	M2	Féminin	Modératrice du groupe				
	A2	Masculin	27	Rennes	4	SAFE	Stage dans un CSS du Mans ¹
	B2	Masculin	25	Nantes	3	SAFE	Stage d'externat en gynéco-obstétrique
	C2	Féminin	25	Angers	3	SAFE	Participation à une FMC
	D2	Féminin	26	Paris VII Diderot	3	SAFE	NR
	E2 ²	NR	NR	NR	SAFE	NR	
	F2	Féminin	27	Angers	4	SAFE	NR
	G2	Féminin	27	Amiens	4	SAFE	NR
	H2	Masculin	26	Marseille	3	SAFE	NR
	I2	Masculin	27	Nantes	4	SAFE	NR
FG3 (11)	J2	Masculin	27	Poitiers	5	SAFE	Stage avec "mercredi portes ouvertes" dans un CSS ¹
	M3	Masculin	Modérateur du groupe				
	A3	Masculin	28	Amiens	5	SASPAS	NR
	B3	Féminin	26	Angers	5	SASPAS	Stage hospitalier de 3 mois en gynécologie
	C3	Masculin	27	Versailles	5	SASPAS	NR
	D3	Masculin	27	Angers	5	SASPAS	SAFE
	E3	Féminin	26	Limoges	5	SASPAS	Stage gynécologie à Flora Tristan ³
	F3	Féminin	27	Tours	5	SASPAS	Enseignements de la faculté
	G3	Féminin	28	Nantes	7	SASPAS	ET faculté
	H3	Féminin	28	Nantes	5	SASPAS	3 mois en gynécologie à Cholet dont 3 semaines au CSS
	I3	Féminin	26	Angers	5	SASPAS	Formation d'externe : Stage en gynécologie 6 mois Pédiatrie 6 mois
	J3	Féminin	27	Angers	5	SASPAS	Aucun sauf fac
	K3	Féminin	27	Tours	5	SASPAS	Stage 3 mois en gynéco à Cholet

NR : Non Renseigné

¹ Informations rapportées pendant la réalisation des *focus groups*

² Interne non inclue car non disponible avant le commencement du *focus group*

³ Flora Tristan : Centre de Santé Sexuelle et d'IVG du CHU d'Angers

2. Intérêt de l'intégration des hommes dans le choix d'une contraception

2.1. Remise en cause de la charge contraceptive féminine

2.1.1. Responsabilité générée de la grossesse

Les internes critiquaient la vision persistante dans la société d'une responsabilité générée de la grossesse, dont découlait la charge contraceptive féminine. Certain·es justifiaient cela par le risque d'une grossesse non désirée avec des conséquences directes pour la femme : *"C'est important que le partenaire ne se désengage pas de sa place dans la contraception parce qu'avoir des rapports sexuels c'est un risque [...] d'avoir une grossesse et c'est important qu'il [en] prenne conscience même si c'est pas lui qui tombe enceinte"*(E1).

Ainsi, ils/elles repensaient l'abord génré de la contraception par les médecins, y compris eux/elles-mêmes *"une femme juste pour un suivi, je demande si elle a une contraception, un homme je ne demande jamais s'il a une contraception, même je ne lui demande jamais quelle est la contraception du couple. Je ne me pose même pas la question."*(B1), même quand il s'agissait de contraception masculine *"Après je crois que j'ai plus parlé de vasectomie avec des femmes qu'avec des hommes"*(H2).

Les internes décrivaient une implication existante des hommes dans la contraception de leur couple, mais arrivant par défaut afin de soulager la charge contraceptive de leur compagne : *"il réfléchissait déjà depuis un moment parce qu'il ne voulait pas que sa femme porte la contraception toute seule."*(H2). Cette implication survenait tardivement, le plus souvent après une période reproductive et l'accomplissement du projet parental : *"Arrivé à un certain âge [...] une fois qu'ils ont eu leurs enfants en général, ils viennent en soutien un petit peu de leur conjointe"*(C1).

Ils/elles aspiraient donc à un changement sociétal de la contraception, impliquant davantage les hommes : *"- Peut-être [...] que les choses vont changer, j'en sais rien, peut être que la société. - Non mais j'espère"*(I1-B1). Pour eux/elles, la grossesse concernait les deux partenaires *"Bah jusqu'à preuve du contraire un enfant ça se fait à deux."*(I1) et les hommes devaient donc réfléchir à une contraception lors des rapports sexuels s'ils ne souhaitaient pas avoir d'enfant : *"Enfin, je ne sais pas d'où est-ce que vient ce truc-là de se dire que [...] ça incombe plus [aux femmes] [...] parce que tu vois, imagine elle*

décide de le garder, ben j'ai pas l'impression que c'est quelque chose qu'on se met dans la tête nous. Là je parle plus en tant qu'homme."(A2).

Ainsi les internes envisageaient positivement la participation volontaire des hommes dans l'utilisation des contraceptions masculines : *"je trouve que la démarche [de la contraception thermique] est [...] louable [...] c'est quand même quelqu'un qui essaye [...] de faire de son mieux pour l'épanouissement du couple."(A2).*

Pour autant, ils/elles percevaient une réticence des femmes à octroyer la gestion contraceptive à leur compagnon. Au point pour certaines de préférer une contraception féminine médicale qu'elles pouvaient maîtriser, plutôt qu'accepter l'utilisation du préservatif masculin : *"Ça m'était arrivé avec une jeune femme [...] elle ne voulait pas que son compagnon porte le poids de contraception, parce que c'est pas lui qui tombait enceinte."(H2).*

Les internes considéraient la confiance dans le couple comme indispensable à l'implication des hommes dans la contraception et l'attribuaient uniquement aux relations stables : *"[Si j'étais une] femme je ne tenterai pas avant d'être dans une relation parfaitement stable"(B2).* Certain·es envisageaient alors la contraception masculine uniquement en « doublure » de la contraception féminine: *"je pense qu'il faudrait plus le présenter comme une sorte de d'atout supplémentaire, c'est à dire que [...] les deux [pilules] soient mises en place en fait, que ça soit une double protection [...] pour booster un peu [...] l'indice de Pearl"(A2).*

2.1.2. Une fertilité des hommes continue

Pour certain·es internes, la fertilité constante des hommes était un argument pour leur proposer une contraception : *" La femme elle est fertile par exemple quatre jours par mois [...] de l'ado à la ménopause, l'homme il est fertile [...] tous les jours."(C2).* Pour d'autres, la contraception masculine semblait moins physiologique du fait du cycle naturel des femmes : *"La contraception féminine [...] est basée sur le fait qu'il y ait un cycle. [...] c'est comme si tu maintenais [...] un des états qui est rencontré physiologiquement même par la femme. Alors que du coup la contraception masculine [...] tu dois modifier heu le corps de l'homme pour qu'il soit dans un état dans lequel il n'est pas"(A2).*

Les internes s'accordaient à dire que la ménopause permettait une libération des femmes de leur charge contraceptive et que les contraceptions, surtout définitives, avaient un intérêt lorsqu'elles étaient évoquées et envisagées tôt dans la période procréative : *"la femme [...] de toute façon elle va avoir la ménopause, euh, dans tous les cas elle ne pourra pas procréer après tel âge"(C1)*, " - si tu le fais trop tard la contraception définitive, elle perd de son intérêt. - Ouais, complètement. C'est bien de l'aborder avec des jeunes."(G1-B1).

Vu la période de fertilité des hommes, la vasectomie paraissait aux yeux des internes plus pertinente et abordable financièrement que le paiement d'une pilule contraceptive féminine sur plusieurs années *"- Petite question sur la prise en charge financière [de la vasectomie] ? - C'est 100%.* - Après tu dois avoir le dépassement honoraire de l'urologue si tu veux faire vite. - Je ne pense pas que ce soit un frein. - La pilule c'est cher hein. [...] - La pilule, toute une vie."(I1-E1-B1).

2.1.3. Une contraception genrée dans la formation médicale

L'histoire contemporaine de la contraception expliquait selon les internes cette conception genrée et l'orientation de la recherche médicale : *"C'est aussi le l'histoire en gros de la contraception qui a été de base plutôt, de limiter le fait que les femmes tombent enceintes plutôt que de limiter que les hommes fertilisent les femmes [...] c'est la conséquence [...] de cet axe de recherche là"(A2)*.

Les internes déploraient une formation médicale genrée autour de la contraception : *"En terme scolaire, on a quand même eu beaucoup de cours sur la contraception féminine [...] dans nos stages aussi. Mais [...] pas [...] un seul cours de contraception masculine, ne serait-ce que la vasectomie"(B1)*, *"Puis le chapitre contraception il est dans le manuel de gynécologie-obstétrique"(D2)*.

2.2. Critique des effets indésirables des contraceptions féminines

La médiatisation d'effets indésirables graves créait une défiance et un souhait de mise à distance des contraceptifs féminins hormonaux d'après les internes : *" « Ben voilà elle souhaite plus prendre de contraception » avec des hormones notamment."(C1)*. C'est pourquoi selon eux/elles, l'implication des hommes dans la contraception du couple était souvent secondaire à des effets indésirables chez leur partenaire : *"Moi j'ai eu [en] consultation [...] un homme seul qui venait discuter de contraception masculine [...]. En fait sa copine tolérait très mal [...] globalement les contraceptions [...] et donc si*

lui pouvait le faire c'était mieux pour leur couple"(J2). Au contraire, lorsque les femmes supportaient bien leur contraception, les hommes délaissaient la leur : *"- Mais dans un couple stable t'en connais combien [où] la femme est sous pilule et l'mec est sous préservatif ? - Zéro. - Si on globalise, je ne connais pas un homme qui dira « oui je mets le préservatif » alors qu't'as la fille..."(C2-A2).*

Selon les internes, informer les hommes sur les contraceptions féminines permettait une prise de conscience des effets indésirables possibles sur le corps des femmes et une prise en charge volontaire de la contraception : *"Que lui aussi soit au courant des conséquences sur sa femme, enfin que la contraception de l'un ou de l'autre soit une décision un peu conjointe."(J3).*

2.3. La contraception masculine comme une liberté dans la procréation des hommes

2.3.1. Un choix

Face à une contraception imposée aux femmes, les internes considéraient l'utilisation de la contraception par les hommes comme un choix. Elle leur apparaissait comme un outil émancipateur de l'homme dans sa sexualité, en étant soit une contraception de confiance dans un couple stable, soit une preuve de non-fertilité lors de relations occasionnelles : *"Un premier patient [...] il avait 29 ans, pas d'enfant [...]. Lui avait très peur d'avoir un enfant qu'il ne désirait pas, [il disait] « j'ai congéleé mes spermatozoïdes, le jour où je voudrais un enfant ce sera choisi, décidé avec la personne que je veux »"(E1), "Il faudrait présenter la pilule masculine comme étant [...] une sorte de libération sexuelle pour l'homme entre guillemets genre « je ne suis pas fertile quoi »"(A2).*

2.3.2. L'autoconservation possible des gamètes

Les internes voyaient la conservation des spermatozoïdes en CECOS, avant la réalisation d'une vasectomie, comme pouvant rassurer les hommes, en contournant l'irréversibilité de la méthode : *"Souvent, de ce que j'entends, c'est la peur du côté définitif. [...] Mais ça l'est moins dans le sens où ils peuvent quand même conserver, ils peuvent quand même avoir un projet de grossesse par la suite."(E1).*

Selon eux/elles, cette information pouvait favoriser le choix de la vasectomie par les hommes : *" Il y en a pas mal [des hommes ayant fait une vasectomie] surtout dans des populations médicales, [...] on*

est plus sensibilisés à ça. [Il] y avait une maître de stage qui me disait qu'il y avait énormément de ses potes qui avaient fait la vasectomie mais qui avaient congelés au cas où ils en avaient besoin à un moment donné."(D3).

Cependant, certain·es internes considéraient qu'il n'était pas possible de présenter la vasectomie comme réversible, la conservation des gamètes restant aux frais des patients : "*En vrai c'est pas pris en charge non plus par la sécurité sociale*"(E3), "*Faut des thunes*"(C3) et le parcours PMA étant jugé trop complexe et peu accessible : "*Si ça inclut de débuter un parcours de PMA, ça paraît trop complexe quand même [...] c'est une telle galère déjà pour l'instant, [...] pour moi ce n'est pas une réversibilité assez fonctionnelle pour être amené à proposer [la vasectomie] facilement*"(B2).

3. Le rôle des médecins généralistes dans la contraception du couple

3.1. Le choix d'une contraception, une décision partagée ?

3.1.1. Le rapport entre médecins « sachants » et patient·es « profanes »

Les internes interrogeaient leur rôle dans l'aide au choix contraceptif et leur posture professionnelle dans l'accueil des couples : "*Ouvrir cette discussion pour conscientiser [...] que ça peut se partager la contraception*"(E1).

Plusieurs d'entre eux/elles considéraient certaines contraceptions comme trop peu fiables pour être recommandées : "*Parce que j'ai pas envie de [...] recommander [les contraceptions naturelles], [...] ou alors je leur en parle mais quand je leur montre l'indice de Pearl² [...] j'dis «bah vous voyez à la fin y'a les méthodes naturelles, le retrait, vous voyez que c'est pas fiable».*"(C2).

D'autres marquaient leur surprise devant l'usage inadapté de la contraception par certains couples : "*un couple qui venait [...] ils partageaient la pilule de la dame, ils prenaient un jour sur deux. [...] Bah*

² L'Indice de Pearl mesure l'efficacité d'une méthode contraceptive, il rapporte de nombre de grossesses observées, lors d'une utilisation correcte et lors d'une utilisation commune, pour 100 femmes utilisant ou dont le partenaire utilise une contraception donnée durant un an.

du coup, là bah y'a un p'tit risque quand même [semble à la fois gêné et amusé]"(B2) et le justifiaient par une absence de connaissances : "Ils ne sont pas du tout dans le médical tous les deux."(F3).

Ils/elles percevaient leurs connaissances de la santé sexuelle, acquises via leur formation médicale, comme un outil leur permettant d'extraire cette thématique de l'intime. Ainsi, les internes se positionnaient en tant que sachants face à des patient·es profanes : "*Ça peut être un sujet tabou chez certains couples, c'est pas aussi open [...] la conception [de l'image que] l'on peut [en] avoir nous, parce qu'on a eu des formations en tant que professionnels, c'est quelque chose que l'on banalise presque complètement"(C3).*

De ce fait, les internes modulaient la délivrance d'informations sur la contraception en fonction du capital culturel, de la maturité et de la culture du/de la patient·e : "*Ça demande un niveau [...] d'ouverture [...] d'esprit de penser que c'est quelque chose [...] d'utilité commune et [...] qu'autant l'homme et la femme sont responsables de [...] la contraception [...]. Je pense qu'il y a des gens qui n'ont pas le bagage"(A2).*

Ils/elles avaient conscience que des représentations personnelles, émanant de représentations sociales, pouvaient influencer leur point de vue sur l'intégration des hommes dans la contraception et limiter la décision partagée : "*Est-ce que j'en parlerai à tous les hommes ? J'suis pas certaine. Je pense qu'y a des représentations aussi, alors c'est peut-être mon jugé à moi hein, mais certains hommes, certains couples, [...] en fonction de l'âge, [de] la culture, du milieu social"(C1).*

3.1.2. Le prisme de la responsabilité des médecins dans les choix faits par les patient·es

Pour les internes, inclure les hommes dans le choix et l'utilisation d'une contraception faisait émerger la notion de leur responsabilité médicale. Certain·es expliquaient qu'ils/elles ne les abordaient pas spontanément de peur d'intervenir dans la perspective de procréation des patient·es : par une grossesse non désirée sur l'utilisation d'une contraception masculine "*j'ai l'impression que [...] nous notre rôle [...] de médecin, c'est quand même de protéger [...] les femmes de grossesses non désirées [...], faire confiance aux hommes c'est pas encore quelque chose qui est vraiment très ancré"(A2) ou par un choix irréversible quant à la filiation d'autrui "*- Je me dis que c'est vraiment une réflexion dans le couple, est-ce que c'est à nous de suggérer la contraception définitive [...], c'est peut-être lui qui va**

m'en parler. - Est-ce que tu as peur d'induire une contraception définitive ? - Euh... Peut-être, ou c'est plus je me dis en fait euh c'est très personnel."(H1-E1).

Les internes n'acceptaient cette responsabilité que pour une contraception masculine ayant une efficacité proche de 100% : *"- Le spermogramme, pour considérer que t'étais pas fertile avec l'anneau, fallait être inférieur à 1 million j'crois. Et j'me disais 1 million de spermatozoïdes ça reste énorme. [...] Genre c'est pas zéro quoi. - C'est insuffisant. - On vend ça comme quelque chose de super efficace et en fait non."(C2-H2).*

Quand ils/elles repéraient l'usage d'une contraception peu fiable, ils/elles cherchaient à savoir si les hommes avaient participé, au sein du couple, à la décision et si ce choix s'était fait de manière éclairée : *"Est-ce qu'ils en avaient vraiment discuté entre eux, avec son conjoint ? Est-ce qu'il savait les risques [...] lui ? Des fois ils font confiance en mode « bon bah tu gères ton truc et puis... » "(J3).*

Ainsi, pour limiter l'impact de leur responsabilité, les internes essayaient d'orienter le choix des patient·es vers une contraception qui les rassurait, ayant montré son efficacité et pouvant être surveillée médicalement : *" Ça me dépète, bon j'ai réussi à la convaincre de passer au stérilet parce qu'en plus elle a des règles irrégulières alors, j'avais pas envie d'être tata..."(F3).*

3.1.3. Des représentations sur la vasectomie, influençant son abord par les médecins

La vasectomie était perçue par la plupart des internes interrogé·es comme une contraception à part, de dernier recours, envisageable à la fin de la norme contraceptive, du fait de son aspect définitif : *"- Pourquoi t'aborderais moins la contraception définitive que la contraception ? - [Bégaie] Parce que justement c'est définitif, c'est pas ... "(E1-H1).*

D'après eux/elles, la vasectomie pouvait entraîner une perte de liberté procréative non sans conséquences : *"les pères de famille de 30, 40 ans [...] qui disent «moi je voudrais plus d'enfant» et puis finalement ils changent de compagne et ils reviennent des enfants"(A2)* et était comparé à une stérilisation : *"si on veut faire une vasectomie, [...] faut être d'accord que c'est terminé derrière"(J2).* Ainsi, elle était envisageable uniquement chez les hommes d'un certain âge, en couple et n'ayant plus de projets d'enfant(s) : *"dans la vie du couple ceux qui ont [...] déjà des enfants et qui*

n'en veulent plus, là du coup c'est un moment de la vie où on parle [...] de contraception définitive"(B2).

C'est pourquoi, ils/elles considéraient qu'il fallait une maturité suffisante, acquise au fil de l'âge, pour prendre soi-même la décision de ne pas ou plus procréer : *"Moi je trouve que femme ou homme, tracer dès 22 ans un trait sur la possibilité d'être parent, ça me paraît un peu risqué"(B2)*. Certain·es nuançaient ensuite leur propos en soulignant que c'était la possibilité de procréer qui était importante à prendre en compte : *"Là même s'ils étaient jeunes, ils avaient déjà des enfants «... j'ai accompli mon projet parental que je souhaitais, je veux être sûr de ne plus en avoir»"(B2)*, *"Bah même s'ils ont pas eu d'enfant, si c'est un couple stable âgé"(G2)*.

Ces représentations étaient perçues par les internes comme un frein pour les hommes d'accéder à la vasectomie et un risque pour le/la professionnel·les de santé de paraître jugeant(e), nécessitant d'y réfléchir : *"- C'est sûr que quelqu'un de vingt-cinq ans [...], on va pas lui proposer une définitive. - Vingt-cinq ans six enfants, tu ne proposes pas ?"(D3-F3)*, *"notre rôle c'est pas tellement je trouve d'identifier un âge, une situation, enfin chacun est très différent là-dessus. Moi par exemple, si j'estimais que 40 ans c'est l'âge, pourquoi mon patient de 36 ans [...] [ne peut pas] estimer que lui ça lui convient."(E1)*.

3.2. Invisibilisation par les médecins des contraceptions impliquant les hommes

Les internes rapportaient aborder la contraception avec les hommes uniquement aux deux extrémités de la période procréative : l'utilisation du préservatif en début de relation et le choix de la contraception définitive lors de l'aboutissement du projet parental chez les couples âgés stables : *"On parle chez les jeunes, on en a parlé pour la vasectomie mais entre-deux il y a, un vide"(K3)*.

Pour autant, ils/elles percevaient difficilement le préservatif comme contraceptif, le reliant presque systématiquement à l'acte sexuel et à la prévention des IST : *"Le préservatif est lié à l'acte sexuel alors que la contraception [...] c'est [...] liée à la prévention sur le long terme"(K3)*.

Le manque de fiabilité des contraceptions masculines hors vasectomie et des contraceptions naturelles les invisibilisaient aux yeux des internes et les excluaient de leurs recommandations

contraceptives : "moi je ne [...] présente jamais [la contraception naturelle] en tout cas"(I2), "Je trouve qu'on manque de solutions scientifiquement prouvées aussi pour pouvoir [...] inclure [l'homme] systématiquement. Parce que c'est très cool ce qui a été trouvé pour le moment [sur la contraception thermique], mais on [ne] sait pas encore l'efficacité"(C2).

Ils/elles ne les envisageaient qu'en association avec une méthode médicale féminine : "- Si une patiente arrive et elle me dit « actuellement j'fais [une méthode naturelle] » j'pense que je lui conseillerai d'associer un [...] autre moyen de contraception. - Du coup ce qui suspend complètement sa contraception à elle en fait"(I2-A2). Ou ils/elles les percevaient comme moyens recommandables pour espacer les naissances désirées, mais pas pour les empêcher : "Je suis très sceptique par rapport à ce genre de contraception quand c'est une contraception vraiment, pour pas du tout avoir d'enfant. - Comme tu disais, si [tomber] enceinte c'est pas [...] très grave, dans ces cas-là c'est une contraception qui est hyper adaptée"(F3-K3).

3.3. Les médecins, comme accompagnant·es et non comme décisionnaires

Beaucoup d'hommes rencontrés par les internes avaient réfléchi seuls ou avec leur conjointe sur le choix d'une contraception masculine ou de couple : "Quand ils viennent, ils sont assez décidés."(F3).

Ainsi, les internes remarquaient que les hommes se saisissaient eux-mêmes des contraceptions masculines, mais demandaient l'aide du/de la médecin pour obtenir des informations complémentaires et des détails d'ordre médical, tels que la prescription d'un spermogramme ou un courrier d'adressage à l'urologue : "il venait surtout pour l'ordonnance de spermogramme"(J2), "c'était mûrement réfléchi, donc moi j'ai juste fait un courrier à l'urologue"(H2). Les médecins pouvaient alors soutenir ces hommes dans leur implication, sans faire partie des décisionnaires.

3.4. Les médecins généralistes, relais entre la science et les hommes

Les internes détenaient des notions concernant les contraceptions masculines, notamment émergentes, qu'ils/elles souhaitaient maintenir à jour par rapport à la communauté scientifique : " -

Mais ça ne se vend pas aussi les slips ? - Et ben je crois que c'est [les] anneaux [...] mais je crois que ça a été retiré de la vente. - [...] Les slips [...] ça ne se vend pas non"(H2-J2).

Ils/elles dénonçaient une recherche insuffisante dans les contraceptions masculines, souffrant d'un manque d'investissement : *"- Il manque une pilule contraceptive masculine du coup - Ou des patchs, des injections peu importe quoi"(A2-C2)*. *"Je pense qu'il faut surtout des moyens juste pour lancer des études, lancer des choses"(J2)* et déploraient l'arrêt de certaines études dès la mise en évidence d'effets indésirables : *"ça m'avait rendu folle de voir pourquoi ils avaient arrêtées les études chez l'homme. Il avaient par exemple des maux de tête, prise de poids, irritabilité donc ils ont dit « on stoppe tout, y'a trop d'effets secondaires ». Bah regardez les effets secondaires de toutes les contraceptions féminines, c'est ça quoi. Il faudrait pt'êt're que la société en soi évolue pour dire « bah les hommes aussi peuvent avoir des effets secondaires aux médicaments »."*(C2).

Les internes allaient chercher des formations spécifiques, afin de pouvoir transmettre auprès des hommes une information vérifiée et les aider à s'impliquer dans la contraception : *"J'avais fait [...] un congrès qui parlait des nouvelles méthodes [...] c'était dans un centre hyper spécialisé d'urologie"(D1)*.

4. Enjeux de l'abord des contraceptions définitives avec les hommes

4.1. La déconstruction de la vision sociale de la sexualité des hommes autour de la performance

D'après les internes, les hommes craignaient l'impact de la contraception masculine sur leur sexualité : *"C'est encore un sujet qui fait peur [...] pour certaines personnes, à partir du moment où ça touche [...] la sexualité masculine"(K3)*. Cette construction sociale était renforcée par l'association de la sexualité masculine à l'idée de performance, expliquant que les hommes présupposaient une modification de leurs fonctions sexuelles par l'usage de la contraception masculine, a fortiori définitive : *" - Ils disent «c'est sûr, si on va titiller là-dedans, c'est sûr que je vais perdre ma virilité [...]» [...]. Ça touche la sphère sexuelle, l'intimité. - La performance."*(C1-E1).

Selon les internes, ces constructions sociales expliquaient un manque d'implication des hommes dans la contraception, parfois entretenue par leur compagne : *" - C2 tout à l'heure parlait d'hommes qui*

craignaient pour leur virilité, est-ce que c'est des questions que vous avez pu avoir en consultation ? - Je pense qu'on ne les voit pas en fait ceux-là"(M2-J2), "Très souvent quand y'a que la femme sur place, une grosse majorité du temps [...] c'est « il voudra pas »"(K3). Pourtant, ils/elles percevaient aussi une tendance des hommes à davantage s'impliquer et envisager la vasectomie "Aujourd'hui je pense qu'on en parle quand même beaucoup plus [de la vasectomie] qu'il y a dix ans"(C3).

Les internes se demandaient si l'identification des hommes avec le genre du médecin permettait de faciliter leur intégration dans la contraception : "*Ce qu'on se dit [c'est] est-ce qu'ils préfèrent en parler avec un homme ou pas ? [...] Est-ce que ça change quelque chose ?"(B1)*. Certain·es y voyaient un prérequis d'assurance pour les hommes quant au maintien de leur performance : "*Je pense qu'un urologue est obligatoire dans tous les cas. [...] En général, ce sont des hommes qui parlent à un homme [...] ils ont besoin d'entendre un homme leur dire [...] «ça sera moi qui vais m'occuper de ça» [...] ça les rassure"(C1)*, tandis que d'autres y voyaient une difficulté de discussion par crainte de comparaison : "*Mais ça je suis pas certain [...] pour des troubles de l'érection [...] deux patients [...] m'ont dit que «ah bah je suis content que ça soit vous [...] j'préfère en parler avec une femme plutôt qu'avec [un homme]» [...] y a une question de virilité"(B1)*.

Malgré une volonté des internes de déconstruire cette image de la sexualité des hommes associée à l'idée de performance, ils/elles participaient à l'entretenir, de façon humoristique, en comparant la vasectomie à un acte de castration : "*- Il avait peur qu'on lui coupe [sous-entendu les couilles] directement en consultation, « bon bah c'est fini ! » [Rire du groupe]"(A2)*.

4.2. La connaissance des méthodes définitives, une aide à la prise en charge masculine de la contraception

Certain·es internes gardaient une position distante quant à l'idée de parler aux hommes de la contraception définitive des femmes, par peur d'entretenir la charge contraceptive chez elles : "*Et parler de la ligature des trompes à un homme, je ne le ferai pas du tout spontanément."(C1)*, "*Le mouvement sociétal va moins dans ce sens-là [...] c'est vrai que j'irai moins dans ce sens, parler de la femme à l'homme."(D1)*.

Pour d'autres, mettre en avant que la ligature des trompes n'était pas sans risque et plus invasive que la vasectomie, permettait de faire réfléchir les hommes sur leur prise en charge de la contraception : "*- je lui ai demandé « pourquoi vous estimez que c'est plus à votre femme de faire une ligature des trompes que vous une vasectomie ? » [...] souvent [...] la question les perturbent. Parce qu'ils n'y pensent pas eux. [...] - ça permet d'inclure l'homme et de faire réfléchir*"(E1).

4.3. **Vers la réalisation de vasectomies au cabinet ?**

Les internes constataient que la vasectomie était un acte chirurgical peu rémunérateur pour les urologues, qui, en le délaissant, entraînait une baisse du nombre possible de prises en charge : "*[la vasectomie n'est] pas du tout rémunérateur pour les urologues [...] en clinique ils ne le font pas. [...] Comme ils ne le font pas, bah ça fait que y'a des délais de fous, c'est forcément dans des centres hospitaliers.*"(A2)

Face à ce constat et en prenant l'exemple du Canada, les internes imaginaient réaliser des vasectomies au sein de leur cabinet, répondant de ce fait à la demande grandissante des hommes : "*J'crois que c'est au Canada où c'est vachement plus répandu la vasectomie, [...] j'crois que les cabinets médecins généralistes peuvent le faire, y'a des kits [...] on pourrait coter, les vasectomies au cabinet*"(A2). Ils/elles pensaient travailler en relation avec les urologues, notamment pour proposer aux hommes une vaso-vasostomie³ permettant la réversibilité des vasectomies : "*Et la notion que c'était potentiellement réversible la vasectomie ça c'est ? Parce que pour le coup si nous on peut le faire en cabinet et après eux ils font la [vaso-vasostomie]*"(A2).

³ La vaso-vasostomie est une opération chirurgicale visant à reperméabiliser les canaux déférents obturés lors de la vasectomie

5. Des périodes propices à la sensibilisation contraceptive des hommes

5.1. Lors de temps autour de la prévention

5.1.1. Avant les premiers rapports sexuels

Les internes souhaitaient participer et accompagner davantage les hommes à leur intégration dans la contraception. Cela pouvait commencer dès un âge jeune car en intégrant les hommes dès les premiers rapports sexuels, ils/elles leur permettaient d'être suffisamment sensibilisés pour y participer ensuite volontairement durant leur vie sexuelle active : "*Ouais c'est vrai que si tu fais bien la prévention jeune, ils ont pas une amnésie*"(C3). Mais plusieurs ne l'envisageaient qu'à partir d'un certain âge et d'une certaine maturité : "*À cet âge-là [11-12 ans], on ne va pas en parler*"(K3), "*Donc je préfère parler d'autres choses qui sont au cœur de leur maturité actuelle*"(B3).

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire permettait déjà de leur donner une première série d'informations, que les médecins généralistes et autres professionnel·les de santé pouvaient enrichir progressivement lors de consultations : "*J'pense que si on veut les intéresser c'est pas tant nous mais l'école en fait, les fameux cours d'éducation sexuelle [...] j'pense que derrière il faut une info individuelle [...] faut multiplier les sources d'informations si vraiment on veut être efficace*"(J2).

La vaccination contre les papillomavirus humains (HPV)⁴ était une bonne opportunité pour les internes d'y inclure le sujet de la contraception avec les adolescents hommes : "*ils ne viennent pas spontanément, faut trouver des occasions. Je trouve que chez l'adolescent la vaccination HPV [...] ça se fait bien*"(G1). Mais certain·es internes ne pensaient le faire qu'à partir d'un certain âge où la maturité leur semblait atteinte, c'est-à-dire lors de la session de vaccination dite de rattrapage prévue entre 15 et 19, voire 26 ans : "*parce que c'est vrai qu'à 11 ans [...] c'est quand même plutôt des enfants pré-ado qui se sentent un petit peu moins concernés mais c'est vrai que quand on les rattrape quand on les voit vers 15 ans, moi j'aime bien*"(F3).

⁴ La vaccination contre les virus HPV est recommandée chez les filles et les garçons à partir de 11 ans et pouvant aller jusqu'à l'âge de 26 ans dans certains cas.

5.1.2. Lors d'une consultation non dédiée

Les internes estimaient que lors des premiers contacts avec les patients, il était important de questionner leur mode de vie et leur(s) relation(s). Cela permettait d'aborder la contraception et d'y apporter des informations et des conseils : *"un patient qui vient pour la première fois [...] on aborde le couple, du coup s'il me dit qu'il a une compagne en fait, on peut lui demander quelle est la contraception du couple"(H1).*

Ils/elles profitaient ensuite de consultations de prévention (les rappels de vaccination, les certificats de sport, les bilans de santé) pour élargir le sujet à la contraception. En effet, les internes étaient convaincu·es qu'en sensibilisant fréquemment les hommes consultants, ils/elles pouvaient acquérir une aisance dans l'abord de la contraception avec eux, leur permettant de revenir consulter à leur souhait *"- pendant le certificat de sport [...], ou quelqu'un qui vient juste faire son rappel DTP [...], c'est bien juste de planter la graine au moins même dans ceux qui ne sont pas intéressés. - C'est comme pour la sexualité, plus ça fait partie de nos questionnements [...] au milieu de nos consultations, si nous on est à l'aise avec ça, je pense que le patient. - Sera à l'aise."(D1-E1).*

5.1.3. Les actions collectives de santé publique

Les internes pensaient que des actions de santé publique pouvaient sensibiliser les hommes consultant peu, en diffusant des informations sur les contraceptions, au moyen d'affiches, de cartes de visite, de prospectus. Des ateliers réalisés au sein des cabinets et MSP leur semblaient également être une bonne alternative : *" - Dans les MSP [...] tu peux inscrire, avec leur accord, les gens sur des ateliers, des jeunes sur la contraception vasectomie. - Après tu peux aussi mettre [...] des sortes d'affiches en salle d'attente. - Les cartes de visite ça fonctionne !"(I3-B3), "c'est pas une transmission orale qui peut être biaisée"(C3).*

5.2. L'éducation des hommes aux risques liés à une absence ou un défaut de contraception

5.2.1. Le dépistage des IST

Les internes profitaient des consultations de dépistage des IST pour questionner les hommes, adolescents comme adultes, sur leur(s) relation(s) et l'utilisation ou non de contraception(s). Cela leur permettait d'entrevoir les hommes en cours de réflexion pour assumer la charge contraceptive : "*le moment de parler IST, et ben juste rajouter la question de comment ça se passe dans le couple, est-ce qu'il y a une contraception, et après selon [...] le patient, est-ce que tu vas creuser plus derrière en disant lui il va être sensible à parler contraceptions masculines ou, lui il va être sensible à élaborer un petit peu plus sur le sujet*"(D1).

Et ils/elles pouvaient s'appuyer sur le rôle de prévention des IST du préservatif masculin pour les sensibiliser à la contraception : "*Quand ils sont en couple c'est un peu la responsabilité de leur conjointe, alors que quand ils sont célibataires et que ils peuvent aller, faire un coup d'un soir, et bah là d'un coup ils sont plus impliqués dans leur santé sexuelle et c'est là, à ce moment-là, qu'on peut les raccrocher un petit peu sur le préservatif, les IST, mais aussi les autres moyens de contraception*"(B3).

5.2.2. La gestion des contraceptions d'urgence

D'après les internes, l'éducation des hommes à la gestion des contraceptions d'urgence pouvait augmenter leur participation et leur observance dans l'utilisation de celles-ci : "*- quand la femme oublie sa pilule et qu'il y a 7 jours après [où] il faut se protéger par un contraceptif, ça [il] faut que l'homme aussi le comprenne et qu'il l'entende. - Et qu'il puisse être à l'initiative de dire qu'il faut se protéger*"(C1-E1).

Plusieurs internes imaginaient donner aux hommes une prescription de contraception d'urgence hormonale⁵ pour les rendre proactifs : "*Il pourrait [...] avoir une [contraception d'urgence hormonale] chez lui en se disant « si j'ai un coup d'un soir qui a oublié sa pilule, [...] j'ai ce qu'il faut »*"(D3).

⁵ La contraception d'urgence hormonale est une méthode féminine à utiliser dans les 3 à 5 jours après un rapport à risque de grossesse en fonction du type de contraceptif d'urgence délivré.

5.2.3. La prévention des IVG

La survenue d'une grossesse non désirée avec un potentiel recours à une IVG était perçue par des internes comme nécessitant une action de leur part auprès de l'homme du couple. En effet, ils/elles estimaient qu'une IVG était le reflet d'une contraception défaillante, requérant une réflexion et un changement de celle-ci : *"Mais au moins il aura entendu que le médecin se sent quand même concerné par [les IVG à répétition] et que le médecin considère que ça nécessite une consultation pour [...] parler [de contraception masculine]."*(F3).

Les internes considéraient les temps médicaux entourant la réalisation d'une IVG comme propices à la délivrance d'informations sur la prévention des grossesses. Cependant, ils/elles soulignaient que les hommes n'y étaient pas obligatoirement présents. Ce qui empêchait la transmission suffisante et éclairée de ces informations pour qu'ils s'intègrent voire assument la charge contraceptive : *" - Et du coup, est-ce qu'à l'IVG, [...] [les médecins] leur avaient parlé ? Des contraceptions ? - Normalement ils abordent ces sujets-là. - Après est-ce qu'ils étaient tous les deux [...] à la consultation d'IVG."*(E3-K3).

De plus, le contexte émotionnel de l'acte pouvait gêner leur assimilation et les internes trouvaient un intérêt à ce que les médecins généralistes reprennent avec eux les discussions sur les contraceptions ultérieurement : *"une consulte IVG, même si on parle de contraception, c'est quand même pas une consultation qui est simple [...], donc pas sûre qu'ils retiennent vraiment toute la partie contraception s'ils en parlent, y aussi beaucoup aussi d'émotionnel."*(K3), *" - moi je la voyais [...] après l'IVG, [...] et donc là elle me raconte un petit peu «bah oui, moi j'supporte pas tout ça, [...] et puis ben mon mari il veut pas du tout la vasectomie». - du coup, là c'est peut-être le moment de dire « est-ce que ça serait possible peut-être de vous voir tous les deux en consultation pour en discuter ? »*(F3-B3).

5.3. Lors de la parentalité

Les consultations en lien avec la parentalité étaient pour les internes l'occasion de sensibiliser les hommes à la contraception, étant régulièrement réalisées en présence des hommes : *" de plus en plus de papas [...] viennent avec leur bébé euh pour les suivis euh mensuels ou quand ils sont juste malades"*(B1).

Cependant, les internes remarquaient l'absence de prise en compte des hommes dans les discussions de contraception en post-partum, qu'ils/elles expliquaient par la représentation genrée de la charge contraceptive et le temps après la naissance tourné vers la mère et l'enfant : *"J'ai fait un stage en gynéco, on passait forcément à la mater' à un moment ... Des fois il y a le mari qui était là, mais euh c'était toujours orienté contraception féminine"*(G2), *"les sages-femmes posaient la question à [ma] femme [...] alors que j'étais là [Interne homme]"*(I1), *"À la maternité, [...] le temps de reposer une contraception pour la mère est évident et existe parce qu'[...]elle est au centre de [...] toute la maternité [au vu] de ce qui lui arrive"*(A2).

Pour l'abord des contraceptions définitives avec les couples, certain·es internes ne retenaient pas le temps post-grossesse comme propice, car ce choix demandait une réflexion approfondie non imaginable dans un contexte de gestion d'un nouveau-né : *"j'trouve qu'en post-grossesse [...] c'est franchement pas le moment, ils [les deux parents] ont la tête complètement ailleurs"*(I3). Cependant, la question de la (re)prise de contraception était systématiquement discutée avec les femmes dans le post-partum, les conviant même à intégrer leur compagnon lorsqu'elles envisageaient une méthode définitive : *"en post-grossesse tu discutes pourtant contraception avec la dame"*(D3), *"la maman [...] si elle te dit «ben non on veut plus d'enfants c'est fini», tu dis «ben pt'être qu'il faut que l'on se voit à deux [avec le père] pour discuter de la contraception post-grossesse»."*(D3).

6. Stratégies d'inclusion des hommes dans la contraception

6.1. Des hommes initiateurs des demandes

Pour intégrer les hommes dans la réflexion et le choix autour de la contraception, les internes avaient repéré qu'ils/elles avaient surtout un rôle dans l'accueil de certains hommes venus aborder par eux-mêmes ce sujet : *"J'ai jamais abordé la contraception avec un homme, sauf si c'était sa demande à lui."*(B1), *"t'as beaucoup d'hommes qui viennent et qui abordent spontanément [la contraception,] notamment la vasectomie"*(C1), *"Moi j'ai eu une consultation [...] c'était un homme seul qui venait discuter de contraception masculine"*(J2).

6.2. Par l'intermédiaire de leur compagne

Les internes envisageaient d'intégrer les hommes au choix contraceptif par l'intermédiaire de leur compagne. Pour cela, ils/elles demandaient aux femmes si elles discutaient de leur contraception avec leur conjoint et donnaient à ces femmes des informations à leur transmettre. Certain·es les conviaient à revenir en discuter en couple : *"Questionner la femme en disant « est-ce que vous en parlez avec votre conjoint ou votre partenaire ? Vous savez qu'on peut aussi en discuter [tous·tes les trois] ? »"(E1), " - Est-ce qu'il a eu les bonnes informations ? - Tu peux lui donner et elle, elle discute en interne avec lui"(F3-C3).*

6.3. Informations via des acteur·ices non issu·es de la santé

Lors des consultations abordant la contraception masculine, les internes percevaient que les hommes avaient déjà des connaissances sur la méthode envisagée, transmises par d'autres personnes que les professionnel·les de santé : *"il savait, il s'était déjà renseigné. Il connaissait déjà tout, même le délai"(H2), "il en avait déjà entendu parler par son frère, [...] qui lui pratiquait déjà la contraception masculine [...] alors il était déjà assez bien informé"(J2)* et que le but de leur venue était de confirmer voire de compléter leurs informations recueillies : *"j'ai eu aussi des questions sur les [...] nouveaux traitements médicamenteux pour les contraceptions masculines, qui ont l'AMM dans je ne sais quel pays. Il voulait savoir si c'était possible [d'en] avoir en France."(C1).*

Les internes, par manque de connaissances, réorientaient les patients vers des associations d'usagers ou militantes, favorisant leur sortie du cadre médical mais maintenant l'implication de ces hommes dans la contraception : *"On donne les trucs des associations"(J2).*

6.4. Présentation de toutes les contraceptions

Certain·es internes trouvaient qu'il était pertinent d'adapter les discussions autour de la contraception avec les patient·es : *"À adapter à chaque patient [...] en sachant très bien qu'on ne le fera pas pour tout le monde tout le temps"(J3)*, d'autres distinguaient le fait de proposer une contraception à celui de la présenter : *" - Alors tu ne leur proposes pas la même chose mais tu leur en*

parles à toutes . - J'suis d'accord avec toi qu'on peut pas parler de la même manière [...] mais en revanche je pense qu'on peut en parler à tout le monde."(C1-D1).

En effet, proposer une contraception revenait à l'accepter en la considérant adaptée au/à la patient·e, alors que présenter une contraception revenait simplement à informer de son existence : *"il y a une différence entre les patient[(e)]s [...] qu'on voit qui ne veulent pas d'enfant maintenant et ceux qui ne veulent plus d'enfant(s). Ceux qu'ils ne veulent plus d'enfant(s), je pense que l'indication à leur proposer existe. Avant ça concerne quand même une tranche d'âge qui est assez large [...] faut expliquer évidemment que ça existe, mais, j'suis pas sûr que ça soit vraiment un [...] projet."(A2).*

Néanmoins, l'ensemble des internes s'entendaient à dire que présenter toutes les contraceptions à tout homme et de manière régulière au cours de leur vie procréative, était un moyen de les sensibiliser et de les amener à revenir en discuter quand ils le souhaitaient : *"En parler en une phrase, ils y réfléchissent et puis s'ils veulent en parler ils reviennent."(H1)*, *"Mais j'pense que c'est un tort [de ne pas aborder la vasectomie à 19 ans] parce que le patient de 20 ans qu'on éduque, c'est le patient à 40 ans qui se posera la question."(A3).*

6.5. **Vers un suivi régulier des hommes par les médecins généralistes**

6.5.1. **Les médecins généralistes comme acteur·ices principaux·ales**

Selon les internes, l'abord de la contraception avec les hommes était plus difficile à cause de l'absence d'une spécialité médicale centrée sur la santé sexuelle des hommes, l'urologue intervenant uniquement dans la contraception définitive : *"[Il n'y a] pas vraiment de spécialité [...] ou de thème sur la sexualité de l'homme [...] À part l'urologue pour la vasectomie"(F2).*

Ainsi, l'absence d'ancrage d'un suivi andrologique dans les habitudes de soins des hommes, à savoir la prise en charge de maladies spécifiques ainsi que de leurs sexualités et de leur reproduction, était un argument pour leur proposer un tel suivi : *"[Pour] l'homme c'est pas du tout ancré il [n'y] a pas de suivi uro donc j'pense que [l'on] peut [le faire] complètement. Nous les [médecins généralistes], si on se mettait là-dedans je pense que ça [ne] poserai aucun souci aux hommes"(J2).*

6.5.2. Des temps médicaux dédiés

Beaucoup d'internes disaient ne pas penser à intégrer les hommes lorsqu'ils abordaient la contraception : " - *On zappe. - On ne pense pas*"(J3-K3), car selon eux/elles il n'y avait pas de moment dédié, dans une profession n'ayant plus beaucoup de temps disponible : "*Sachant quand même que chez les femmes parfois rien que si on parle que [de] contraception, ça peut nous prendre déjà 15-20 minutes. Donc ça veut dire que [chez] l'homme [...] si en plus après on aborde la contraception faudrait limite [...] une consultation dédiée.*"(I1), "*C'est qu'on a toujours envie de faire plein de prévention, [...] mais en fait on se rend compte en pratique qu'on n'a pas toujours le temps.*"(J3).

Un interne soulignait alors l'extension de la Consultation Contraception et Prévention en santé sexuelle⁶ (CCP) aux adolescents : "*J'ai appris il y a pas longtemps qu'on pouvait coter (sic) CCP pour les hommes. Je ne sais pas si vous saviez ? [Des oui et un non dans la salle] Ça peut être aussi un moyen de prendre le temps de parler contraception avec quelqu'un*"(C3).

Les internes étaient prêt·es à participer aux changements de représentation sociale autour de la charge contraceptive. Pour cela, ils/elles envisageaient de proposer un temps médical dédié à la suite d'une première rencontre avec les patients : "*Peut-être [...] quand on s'installe [...] dire «on a fait connaissance, [...] est-ce que vous êtes ok pour que l'on discute de la contraception au sein d'une consultation dédiée»*"(I1), puis de baliser des temps de rencontre, tout au long de la vie des hommes, pour les sensibiliser à la prévention des risques et présenter les méthodes contraceptives, notamment masculines : "*Il faudra prendre l'habitude de proposer un peu à tous les jeunes garçons de 18 ans d'aller faire une consult de prévention*"(I3), "*Si tout au long de leur vie, tous les cinq-sept ans [...] un médecin leur a dit «il existe la vasectomie», peut-être qu'ils se poseront la question différemment, peut-être qu'ils [seront] plus enclin à passer le cap*"(F3).

⁶ Depuis le 1er avril 2022, la cotation CCP est possible chez l'homme de moins de 26 ans lors de la première consultation abordant la contraception. Elle est à 47,50€ et est prise en charge à 100%.

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Enquêtrices et animateur·ices

Ce travail de recherche était une première pour les enquêtrices, ce qui a pu limiter son analyse.

Les trois animateur·ices avaient de l'expérience dans la modération de *focus group* et connaissaient les participant·es et leur dynamique d'échange, ce qui a été une force pour notre étude. Cependant, une animatrice étant co-directrice de la thèse, cela a pu entraîner un biais de subjectivité.

1.2. Contexte et sélection des participant·es

L'originalité de l'étude tient à sa focalisation sur les internes de médecine générale, ainsi qu'à l'ouverture de la discussion à toutes les contraceptions (masculines et féminines) avec les hommes.

La sélection des participant·es a été réalisée en choisissant des groupes déjà constitués, se connaissant et ayant l'habitude de fonctionner en groupe de parole ; ce qui a facilité à la fois les échanges entre eux/elles et l'organisation des *focus groups*. La sélection d'internes en phase d'approfondissement et en fin de stage a permis la multiplication d'expériences, ayant tous·tes réalisé au moins un stage en médecine générale. Deux internes rapportaient n'avoir réalisé aucune formation en santé sexuelle ou en gynécologie, faisant supposer qu'il et elle pouvaient avoir des pratiques différentes des autres participant·es.

La répartition femmes - hommes respectait celle des internes ayant choisi l'internat de médecine générale en France (34)(35), avec 62% de femmes participantes.

Certain·es participant·es étaient connu·es des enquêtrices, pouvant entraîner un biais de subjectivité et limiter la tenue d'entretiens individuels.

1.3. Recueil des données

Pour répondre aux questions de recherche, des *focus groups* ont été réalisés. Ce choix a pu favoriser la discussion d'opinions controversées. Le biais de soumission, inhérent à cette méthodologie, a été limité par la présence d'animateur·ices modérant les échanges. Au total, trois *focus groups* ont

été menés avec 9 à 11 internes ; leur nombre et l'effectif important de participant·es sont un point fort de notre étude.

Une interne du groupe 3 n'a pas participé verbalement à l'échange. À la fin du *focus group*, un moment a été pris avec elle pour savoir si elle désirait donner son avis ; étant globalement d'accord avec ce qui avait été dit, elle n'avait pas exprimé le souhait d'un entretien individuel ultérieur.

Aucun·e participant·e n'a souhaité retirer ni modifier ses propos, ce qui a augmenté l'authenticité de leurs réponses.

1.4. Analyse des données

L'analyse a été faite au fil du recueil, permettant d'ajuster le guide d'entretien. Une triangulation des données a été réalisée entre les chercheuses à chaque étape, permettant de renforcer leur analyse.

La principale force de l'étude a été l'émergence de données inattendues.

2. Discussion des principaux résultats

2.1. L'intégration des hommes : entre sensibilisation à la charge contraceptive et liberté de choix dans la procréation

Les internes de notre étude critiquaient l'attribution aux femmes de la gestion contraceptive. Pour eux/elles, les deux partenaires étaient responsables dans la survenue d'une grossesse non désirée et devaient donc s'impliquer dans la contraception.

L'HAS souligne la pertinence d'une intégration de l'homme dans le choix de la contraception du couple. Elle permet de favoriser l'observance et l'acceptation de la méthode, de faire réfléchir aux conséquences d'une grossesse non souhaitée ainsi que d'informer sur la contraception d'urgence et ses modalités d'accès (36).

La directrice du planning familial, Marianne Niosi, note une augmentation depuis 10 ans de la sensibilisation à la contraception des hommes des jeunes générations (37). Elle serait en lien avec un mouvement fort des femmes, refusant de porter seules la charge de la grossesse et la responsabilité contraceptive (6).

Ainsi, "la manière de se protéger d'une grossesse non prévue concerne autant les hommes que les femmes ; choisir, puis utiliser une contraception sur le long terme est donc une responsabilité qui repose sur les deux personnes du couple" nous dit le portail national de l'information à la sexualité des français (38).

Pour autant, les internes se sentaient limité·es dans leurs pratiques pour intégrer les hommes. Cela était dû en partie à l'absence de temps médical dédié. Mais aussi, comme pour des médecins généralistes interrogé·es, par des connaissances imprécises sur les contraceptions masculines (39). Cela les faisait entretenir par moment cette charge contraceptive genrée, en n'abordant pas la contraception avec les hommes, en discutant des contraceptions masculines qu'avec les femmes des couples, ou en limitant la proposition des contraceptions définitives.

Les internes percevaient la contraception masculine comme un potentiel outil émancipateur de l'homme dans sa sexualité. Certains hommes choisissent de contrôler leur fertilité continue en conservant leurs gamètes en CECOS, avant une vasectomie, et peuvent plus tard réaliser une vaso-vasostomie ou débuter une AMP si leurs projets parentaux viennent à évoluer (40). D'autres s'emparent eux-mêmes de la contraception masculine. Des associations militantes se sont appropriées des techniques thermiques, développées mais non encore certifiées en France, et accompagnent les hommes pour confectionner leurs propres dispositifs (41)(42).

Pour les internes, l'émancipation masculine par la contraception allait de pair avec une confiance entre les partenaires, possible uniquement dans les relations stables. Cependant, pour le collectif de garçons *Thomas Bouloù* (42), une gestion masculine de la contraception peut provoquer une "reprise de contrôle par les hommes sur le corps des femmes et [...] déposséder ces dernières des moyens de décider si, quand et dans quelles conditions elles veulent avoir des enfants". Cette ambivalence, entre le souhait et la crainte d'un partage contraceptif, est également décrite par des médecins généralistes installés et considérée comme un frein à l'implication des hommes dans la contraception (43).

2.2. L'information sur les méthodes définitives pour une meilleure adhérence masculine à la contraception

Pour la plupart des internes interrogé·es, il apparaissait intéressant de sensibiliser les hommes aux contraceptions définitives. Les informer sur les avantages et risques de chacune pouvait les éclairer dans leur choix. Bien que les contraceptions définitives n'apparaissaient envisageables pour eux/elles qu'à la fin de la norme contraceptive (6), la plupart des internes imaginaient en parler à leurs patients dès un âge jeune, afin qu'ils aient cette information pour plus tard.

Face à des couples s'orientant vers une méthode contraceptive définitive, certain·es internes incitaient à réfléchir à la vasectomie. En effet, comparé à la ligature tubaire, celle-ci leur paraissait être un choix préférentiel, plus efficace (44), moins invasive, moins à risque de complications et de faible coût (45)(46). Des études soutiennent ce choix de présentation de la vasectomie au même titre que la ligature des trompes, pour permettre d'envisager cette méthode comme une alternative (25). Dans cette optique, l'université de Laval au Canada propose un outil d'aide à la décision autour de la vasectomie en comparant son efficacité et ses complications à la ligature des trompes (47).

L'information autour de la possibilité de conservation des spermatozoïdes avant la réalisation d'une vasectomie est inscrite dans le livret remis par les médecins, lorsque les patients envisagent cette méthode (48). Pour certain·es internes, elle était même un argument positif pouvant aider dans ce choix. Néanmoins, en s'appuyant sur des conditions institutionnelles et matérielles rendant l'AMP peu accessible (49)(50), les internes n'étaient pas tous·tes favorables pour présenter l'autoconservation des gamètes comme un moyen de supplanter l'infertilité provoquée par la vasectomie ; d'autant plus que la médicalisation de la procréation entraîne d'autres inconvénients, tel qu'un investissement important en temps et en argent, ainsi que la perte de confidentialité et de spontanéité de celle-ci (51).

2.3. Les périodes propices à la sensibilisation contraceptive des hommes

Pour amener les hommes à s'impliquer dans la contraception, les internes considéraient qu'une sensibilisation générale était nécessaire. En effet, ils/elles s'apercevaient qu'une grande partie des

hommes ne les consultaient pas assez régulièrement pour discuter de la contraception. Il fallait donc les intéresser en multipliant les sources d'informations (affiches, prospectus, cartes informatives, ...) ou en profitant de consultations de prévention non dédiées.

Les internes voyaient l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une opportunité pour débuter la sensibilisation et l'information contraceptive aux hommes. Elle est mise en place de la primaire jusqu'au lycée, à raison de trois séances annuelles dans l'enseignement secondaire. Les thématiques abordées sont adaptées à l'âge des élèves et peuvent couvrir le champ de la contraception (52). Cependant, selon le rapport de l'inspection générale de l'Éducation Nationale, moins de 15 % des élèves en bénéficient pendant l'année scolaire (53).

Les internes imaginaient compléter les actions collectives de sensibilisation par des ateliers réalisés au sein des cabinets et MSP. Ainsi, celle de Montval-sur-Loir en Sarthe a réuni des acteurs de prévention locaux sur le thème de la sexualité afin d'élaborer un plan de prévention psychoaffective et sexuelle coordonné et de le proposer aux deux collèges de la ville. L'efficacité de cette action de prévention avec ses modalités variées (groupes de parole, interventions d'artistes, ateliers en groupes restreints, lettres d'information et conférence à destination des parents) est en cours d'étude, pour savoir si elle permet d'améliorer la sensibilisation des jeunes, notamment en milieu rural (54).

Les consultations abordant les risques liés à une absence ou à un défaut de contraception étaient, selon les internes, des temps favorables pour amener les hommes à réfléchir à la responsabilité contraceptive. La prévention des risques d'IST et de grossesses non désirées est un des axes des cours d'éducation à la sexualité. Des distributeurs de préservatifs masculins doivent être disponibles dans tous les lycées et la délivrance d'une contraception d'urgence est possible par l'infirmière scolaire (52). Les internes voyaient un intérêt à ce que les médecins généralistes reprennent avec les hommes volontaires les discussions sur les contraceptions au décours d'un rapport à risque ou d'une IVG. En effet, les lieux d'accompagnement et de réalisation d'IVG sont ouverts aux hommes, mais ces derniers ne sont pas systématiquement présents. Certains ne se pensent pas concernés par une grossesse non désirée, tandis que d'autres ne se sentent pas légitimes face à des institutions les mettant au second plan (55). Cette présence arbitraire limite la transmission directe d'informations vers eux.

La périnatalité était, pour les internes, une période propice pour intégrer les hommes à la contraception du couple. Cela conforte les présupposés de recherche et les résultats d'une précédente thèse d'exercice ayant interrogé des médecins du Maine-et-Loire en 2022-2023 (43). Les internes critiquaient l'abord de la contraception qu'avec les femmes par les professionnel·les de la maternité. Cette omission de l'homme dans le choix de la contraception en post-partum est retrouvée dans de nombreux mémoires d'étudiantes sages-femmes (56)(57)(58).

En revanche, dans le cadre des contraceptions définitives, les internes ne percevaient pas le post-partum comme une période sereine pour les aborder. Pourtant, la contraception après l'accouchement est à anticiper par le couple. Elle doit être proposée par les professionnel·les de santé à tout moment pendant la grossesse et après la naissance (59)(60).

3. Perspectives

3.1. Une présentation exhaustive des contraceptions pour contrer des représentations tenaces

Les internes de notre étude avaient mis en évidence une vision sociale de la sexualité des hommes associée à l'idée de performance. Cela s'explique par la notion de virilité, dont sa perte supposée par l'utilisation d'une contraception masculine serait une menace au statut social de l'homme (61).

Cette crainte imaginaire est liée à la masculinité hégémonique, qui se manifeste par la peur d'une éventuelle féminisation et donc d'un déclassement des hommes s'ils prennent en charge la contraception (62). Les internes souhaitaient déconstruire cet imaginaire en apportant des faits scientifiques à leur discours, comme par exemple le maintien de la qualité des rapports sexuels après une vasectomie (63)(64). Pourtant, ils/elles pouvaient faire preuve d'incohérence en maintenant associée la vasectomie à l'image véhiculée de la castration, c'est-à-dire la dépossession d'un pouvoir de domination, dont les hommes devaient se méfier (61).

L'abord sélectif par les internes des méthodes masculines applicables par l'HAS (36), à savoir le préservatif, la vasectomie et le retrait, était basé à la fois sur les recommandations de bonnes pratiques mais aussi sur des représentations tenaces.

La rare proposition du préservatif masculin par les internes se justifiait par son lien à la prévention des IST et à l'acte sexuel en lui-même. Ils/elles l'associaient à une sexualité active et implicitement non conjugale, faisant de lui, une méthode marginale proposée à certains moments de la vie sexuelle : lors des premiers rapports et lors de relations ponctuelles (7). De plus, sa recommandation nécessitait des explications quant à sa pose et la prise en compte des caractéristiques biométriques de l'usager ; pouvant mettre mal à l'aise les praticien·nes, d'autant qu'ils/elles ne reçoivent pas de formation en ce sens (4).

La vasectomie souffre de représentations liées à l'âge et surtout au statut parental. Elle se situerait ainsi à la fin de la norme contraceptive, constituant un choix pertinent seulement pour les hommes mûrs ne souhaitant pas ou plus engendrer d'enfant (3). L'enquête FECOND montre que 47 % des praticien·nes interrogé·es disqualifient la vasectomie ou la ligature des trompes, ou les deux méthodes, comme options contraceptives, car non réversibles (9).

Enfin, les internes ne mentionnaient pas le retrait, en relevant son manque de fiabilité appuyé par l'Evidence Based Medicine (44). Il est aussi souvent omis du fait de sa dimension sexuelle : en interrompant la pénétration, il oblige le/la praticien·ne à évoquer une technique sexuelle intime (65).

Les internes interrogé·es percevaient la présentation de tout le panel contraceptif, avec notamment les méthodes masculines, comme une possibilité de sensibilisation des couples à un choix pouvant impliquer les hommes. C'est le cas au Royaume-Uni où le choix contraceptif est dépendant d'une information exhaustive sur les méthodes disponibles, s'appuyant sur des protocoles et des dépliants institutionnels. La vasectomie et le préservatif sont proposés au même titre que les autres méthodes et ce, malgré les réticences de certain·es professionnel·les (3).

Le panel de méthodes contraceptives présentées par les médecins dépend également de la formation reçue. Les internes avaient rapporté une formation initiale axée sur les contraceptions féminines. L'existence française de la spécialité de gynécologie médicale a renforcé l'association entre contraception et féminité (4). Ainsi, la formation médicale initiale semble essentiellement tournée vers les pilules contraceptives féminines, omettant de sensibiliser les futurs médecins à la diversité des méthodes disponibles, comme suggère l'étude de Maud Gelly (66).

Pourtant, la formation a une influence sur la variété des contraceptions recommandées (9). En effet, plus les médecins mettent à jour leurs connaissances, plus ils/elles sont susceptibles de recommander une diversité de méthodes contraceptives (67). Cependant, la sociologue Cécile Ventola souligne qu'en France, « la faiblesse de [l']encadrement [des formations] autorise une grande diversité des pratiques en matière contraceptive » (3).

Ainsi, un encadrement standardisé et indépendant des formations associé à une présentation de la diversité des méthodes de contraceptions disponibles permettraient de limiter les biais de représentation des professionnel·les de santé, favorisant l'intégration des hommes et le recours aux contraceptions masculines.

3.2. Des temps médicaux dédiés à la prévention en santé sexuelle

Plusieurs internes de notre étude n'avaient pas connaissance de l'extension de la première consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle (CCP) aux hommes (68). Le but est d'améliorer l'information des hommes en santé sexuelle et de les inclure dès l'adolescence dans les réflexions autour de la contraception (69)(70).

Pour les médecins interrogé·es lors d'une thèse d'exercice recherchant les freins à la CPP, cette consultation n'est pas assez structurée et ancrée dans notre système de soin pour être considérée comme une véritable consultation consacrée à la santé sexuelle (69).

Pour sensibiliser les hommes à leur investissement dans la contraception, les internes envisageaient de proposer une consultation dédiée à la suite d'un premier contact. C'est une demande également portée par l'association ARDECOM, soutenant la recherche et le développement de la contraception masculine, qui collabore avec les professionnel·les de santé pour la création de consultations de contraception masculine (71).

Malgré cette bonne volonté, les internes émettaient des doutes quant à leur temps disponible pour la réaliser. En effet, les Pays-de-la-Loire sont une région à faible démographie médicale, avec 12% de médecins généralistes en moins par rapport à la moyenne française (72), majorant le délai d'obtention d'un rendez-vous et rendant difficile le choix d'un médecin traitant (73).

Une recherche de 2021 montre qu'il faudrait 250 heures par an pour donner le temps de prévention attendu à chaque patient·e adulte, en plus des temps de consultation, de diagnostic et de soins. Elle explique que, face à l'augmentation des soins de prévention recommandés, un nouveau cadre réglementaire serait nécessaire pour la prévention, telle que la création d'une consultation annuelle dédiée à la prévention pour chaque patient·e (74).

C'est dans cette perspective que le dispositif "Mon Bilan Prévention" a été déployé avec une campagne généralisée depuis le 9 septembre 2024. Il a pour but de faire le point sur la santé et les habitudes de vie des patient·es lors d'une consultation de 30 minutes avec un professionnel de santé, dont les médecins généralistes. Il est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie et est accessible une fois pour chacune des 4 tranches d'âge concernées (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans, 70-75 ans). Cela permet de répondre aux questions du/de la patient·e, de lui donner des conseils et d'organiser des bilans, notamment concernant sa santé sexuelle (75)(76). Mais comme pour la CPP, ce dispositif est large et peu structuré autour de la santé sexuelle, d'autant qu'il n'est pas accessible entre 25 et 45 ans (77). Il ne correspondra donc pas à la consultation dédiée souhaitée par les internes ; néanmoins il pourrait permettre de faire consulter les hommes à 4 moments où les professionnels de santé pourront aborder la santé sexuelle et la contraception s'ils le désirent

3.3. Vers la création d'une norme andrologique ?

Les internes interrogé·es rapportaient ne pas aborder la contraception avec les hommes par manque d'habitude, face à une population n'ayant pas de suivi et de prise en charge spécifique de leur sexe. Historiquement, et à la différence de la gynécologie fondée sur l'idée que les femmes étaient définies par leur sexe et leur potentiel reproducteur, le corps masculin a longtemps été considéré comme le corps standard ne nécessitant pas de suivi médical spécifique (78).

En France, c'est seulement depuis les années 1980 que des sociétés savantes se sont créées autour de l'andrologie. Leurs thématiques d'expertise sont l'infertilité masculine, la santé sexuelle et la contraception masculine. Elles recommandent un suivi annuel aux hommes de plus de 40 ans (79). De plus, dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre l'infertilité, la délivrance d'une information

individuelle via différentes consultations médicales est recommandée à tout homme en âge de procréer (80).

Or, l'andrologie reste une spécialité complémentaire d'une première discipline telle que l'urologie, l'endocrinologie ou la chirurgie (78). Cela induit une certaine indisponibilité de cette pratique par manque d'accès direct des patients à ces professionnel·les (81).

Ainsi, les internes étaient prêt·es à proposer un suivi andrologique aux hommes. Les médecins généralistes, en tant qu'acteurs en santé primaire, sont leurs premiers interlocuteurs pour les troubles érectiles ou le dépistage du cancer de la prostate, et pourraient assurer cet accompagnement.

Cependant, le suivi en santé varie beaucoup selon les genres. Les hommes sont moins nombreux que les femmes à consulter un·e médecin ; malgré une espérance de vie plus courte, ils se sentent en meilleure santé qu'elles (82). Une question se pose alors, les hommes trouveraient-ils pertinent de réaliser un suivi andrologique régulier ?

Dans *S'occuper de son sperme et être contracepté·e*, le témoignage de certains, interrogés sur leur observance thérapeutique, donne un aperçu de leur avis : « A l'instar d'une majorité des hommes, mon corps est une machine dont l'entretien se fait par le sport et qui ne supporte pas la contrainte, encore moins quand celle-ci est médicale ». D'autres, militants usagers de contraception masculine, recherchent plus d'autonomie dans le soin en se tenant à distance des institutions médicales (42).

La société d'andrologie de langue française compare l'andrologue "spécialiste de la santé masculine" au gynécologue "pour les femmes" (79). Dans son ouvrage, *La norme gynécologique*, la sociologue Aurore Kœchlin révèle la structure normative dans laquelle s'inscrit le suivi gynécologique. La socialisation des femmes à ce suivi s'appuierait sur la norme contraceptive, avec une vision féminine de la planification des naissances, et sur la norme préventive, instaurant des rendez-vous réguliers pour les dépistages des IST et des cancers. À cela peut s'ajouter, un contrôle du corps des femmes qui reflèteraient les violences gynécologiques. De plus, elle révèle que la norme gynécologique n'est pas vécue comme un choix, mais comme une contrainte à laquelle il n'est pas envisageable d'échapper (15). La prévention autour de la santé masculine n'étant pas influencée par cette socialisation, un doute persiste dans l'acceptation et la pérennisation d'un suivi andrologique par les hommes.

3.4. Réflexions sur la réalisation de vasectomies par les médecins généralistes

En prenant l'exemple du Canada, les internes imaginaient réaliser des vasectomies au sein de leur cabinet, pour répondre à la demande grandissante des hommes et les intégrer dans la contraception de leur couple.

Le Canada est l'un des pays ayant le plus recours à la vasectomie. Avec un peu plus de 18% des hommes concernés, elle est la contraception la plus utilisée chez les couples âgés de 35-49 ans au Québec (83). En France, la proportion d'hommes ayant recours à la vasectomie est aujourd'hui 4 fois moins élevée que dans cette région (84). Cependant, la demande ne fait qu'accroître avec une multiplication par 15 en 12 ans (85).

En France, les vasectomies sont réalisées par les urologues, à l'exception du Centre Simone Veil du CHU de Nantes où ce sont en majorité des médecins généralistes qui les pratiquent.

La technique de vasectomie communément réalisée au Canada depuis 1992 est dite "sans bistouri" (86). Elle présente les avantages de diminuer le risque de complications chirurgicales (87) et de laisser une cicatrice moindre, en étant tout aussi efficace que la technique conventionnelle (88). Elle est réalisée en cabinet de ville à 80-83%, en centre de soins ambulatoires à 4-7% et par les médecins généralistes à 6,4% dans les pays anglo-saxons (86).

Une enquête a été réalisée auprès des médecins généralistes, urologues et gynécologues belges, pour savoir s'ils seraient partant·es pour réaliser cette technique de vasectomie en extrahospitalier. 73,9% des médecins généralistes répondant·es y étaient favorables (86).

En France, cette technique commence à apparaître uniquement en hospitalier, avec une première utilisation par le CHU de Toulouse en janvier 2023(89). La loi n°2001-588 de 2001, article 26, oblige la vasectomie à être pratiquée dans un établissement de santé, sans que cela soit nécessairement un établissement hospitalier (90).

A l'image de la proposition des internes de notre étude et face à la demande grandissante de vasectomies en France, il serait intéressant d'élargir l'enquête aux médecins généralistes français·es pour connaître leur intérêt dans la réalisation de cette technique. Concernant les urologues français·es, une étude de 2022 ayant interrogé 352 d'entre elles/eux a montré que 70 % se disent prêt·es à

apprendre la technique sans scalpel (91). Il serait intéressant de recueillir leur avis concernant un travail conjoint avec les médecins généralistes. Ils/elles pourraient, comme le proposaient les internes, réaliser la vaso-vasostomie au décours de "la vasectomie sans bistouri". Celle-ci est actuellement peu envisagée du fait de sa complexité et du taux de réussite uniquement de 45-50% (92). Toutefois, avec les progrès chirurgicaux et l'entraînement des opérateur·ices (93), elle pourrait retirer l'image de stérilisation associée à la vasectomie, augmentant encore plus sa demande en tant que contraception.

BIBLIOGRAPHIE

1. Division UP. Contraceptive use by method 2019 :: data booklet [Internet]. UN,; 2019 [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://digitallibrary.un.org/record/3849735>
2. Repères statistiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/reperes-statistiques/>
3. Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines [Internet] [phdthesis]. Université Paris Saclay (COmUE); 2017 [cité 7 avr 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01795009>
4. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre Sex Société* [Internet]. 1 déc 2014 [cité 31 mai 2023];(12). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/3215>
5. Pavard B. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979) : histoire d'un changement politique et culturel [Internet] [These de doctorat]. Paris, Institut d'études politiques; 2010 [cité 20 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2010IEPP0063>
6. Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Sociétés*. 2017;549(10):1-4.
7. Thomé C. D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. *Sociétés Contemp*. 2016;104(4):67-94.
8. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. *Cah Genre*. 2021;70(1):157-84.
9. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C, Fecond LDL. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Sociétés*. 2012;492(8):1-4.
10. de Irala J, Osorio A, Carlos S, Lopez-del Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. *Contraception*. déc 2011;84(6):558-64.
11. Haicault M. La charge mentale. *Histoire d'une notion charnière (1976-2020)*.
12. C'est quoi au juste la charge sexuelle ? | Le planning familial [Internet]. [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/contraception/cest-quoi-au-juste-la-charge-sexuelle-354>
13. Gallot C. *Slate.fr*. 2019 [cité 23 juin 2023]. Désir, plaisir, contraception, MST... c'est la charge sexuelle. Disponible sur: <https://www.slate.fr/story/173487/desir-plaisir-contraception-mst-charge-sexuelle-genres-repartition-taches>
14. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? : *Popul Sociétés*. 2 mai 2014;Nº 511(5):1-4.
15. Gourvennec J. La norme gynécologique. Ce que la médecine fait au corps des femmes, Aurore Koechlin. *Lectures* [Internet]. 5 janv 2023 [cité 23 juin 2023]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/59310>

16. Budet E, Marès P. Pourquoi certaines jeunes femmes ne souhaitent plus de contraception hormonale ? France; 2021.
17. Le Guen M, Ventola C, Bohet A, Moreau C, Bajos N, FECOND group. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. *Contraception*. juill 2015;92(1):46-54.
18. Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. *Autrepart*. 2009;52(4):49-63.
19. Weston GC, Schlipalius ML, Bhuiinneain MN, Vollenhoven BJ. Will Australian men use male hormonal contraception? A survey of a postpartum population. *Med J Aust*. 4 mars 2002;176(5):208-10.
20. Eberhardt J, van Wersch A, Meikle N. Attitudes towards the male contraceptive pill in men and women in casual and stable sexual relationships. *J Fam Plann Reprod Health Care*. juill 2009;35(3):161-5.
21. Martin CW, Anderson RA, Cheng L, Ho PC, van der Spuy Z, Smith KB, et al. Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations. *Hum Reprod Oxf Engl*. mars 2000;15(3):637-45.
22. Blanc L. Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine: enquête auprès de 3368 hommes français [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2015 [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286859>
23. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, White S, Heinemann L. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Hum Reprod*. 1 févr 2005;20(2):549-56.
24. Desjeux C. Pratiques, représentations et attentes masculines de contraceptions [Internet] [These de doctorat]. Paris, EHESS; 2009 [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2009EHES0079>
25. Jacob A. La perception de la vasectomie évoquée comme alternative à la contraception chez les femmes en âge de procréer n'ayant plus de désir d'enfant [Internet] [Thèse d'exercice]. [2022-...., France]: Université de Lille; 2022 [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM116.pdf
26. Hillériteau C, Collot-Bourdet I, Winer N, Bouton C, Grimault Choplin C. Les attentes des femmes vis-à-vis des hommes en matière de contraception: une étude qualitative [Internet]. Nantes, France; 2022 [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03663631>
27. Pourchasse M, Geslin C. Avis et perception des femmes concernant la contraception masculine. 1969-2022, France; 2020.
28. Djaballah H. Opinion de l'homme sur la place que lui donne le médecin généraliste dans le choix de la contraception du couple. Etude qualitative auprès d'hommes de 18 à 50 ans. Angers: Université Angers; 2021. p. 40.
29. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. janv 2014;89(1):9-16.
30. Bloy G. À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. *Rev Fr Aff Soc*. 2014;(1-2):169-91.

31. Pierru F. Existe-t-il une « génération Y » de professionnels de santé ? *Empan*. 2015;99(3):38-45.

32. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Santé*. 2008;26(1):67-91.

33. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Rev Fr Aff Soc*. 2005;(1):101-25.

34. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 12 oct 2024]. Internat : les spécialités que les femmes préfèrent, celles que les hommes fuient. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/internat-les-specialites-que-les-femmes-preferent-celles-que-les-hommes-fuient>

35. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. [cité 12 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>

36. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Contraception chez l'homme. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757909/fr/contraception-chez-l-homme

37. Franceinfo [Internet]. 2021 [cité 7 oct 2024]. Contraception masculine : le Planning familial souligne « une sensibilisation plus grande des hommes ». Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/contraception/contraception-masculine-le-planning-familial-souligne-une-sensibilisation-plus-grande-des-hommes_4807211.html

38. Parler contraception en couple [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/pourquoi-et-comment-parler-contraception-avec-votre-partenaire>

39. Chambost J, Raboteau A, Vallée J. Vasectomie : regards croisés des hommes et des médecins généralistes. *Rev Exerc. avr* 2017;(132).

40. CECOS [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Préserver sa Fertilité. Disponible sur: <https://www.cecoss.org/preserver-sa-fertilit/>

41. Contraception masculine : pourquoi les associations ont-elles tant de mal à la promouvoir ? | Carenews INFO [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.carennews.com/carennews-info/news/contraception-masculine-pourquoi-les-associations-ont-elles-tant-de-mal-a-la-0>

42. Éditions Leslie Bhar. S'occuper de son sperme et être contracepté.e [Internet]. 2021 [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://thoreme.com/wp-content/uploads/2022/08/soccuper-de-son-sperme-2022.pdf>

43. Pillet M. Opinion des médecins généralistes concernant l'implication des hommes dans la contraception. Angers: Université Angers; 2023. p. 64.

44. mechanisms-of-action-and-effectiveness-of-contraception-methods.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/contraception-family-planning/mechanisms-of-action-and-effectiveness-of-contraception-methods.pdf?sfvrsn=e39a69c2_1

45. CCAM en ligne - [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=JJPC004>

46. CCAM en ligne - [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=JHSB001>

47. La vasectomie, un outil d'aide à la décision [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://vasectomie.net/wp-content/uploads/2016/09/outil-vasectomie.pdf>

48. Livret d'information : stérilisation à visée contraceptive 2022 [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_d_information-sterilisation_a_visee_contraceptive_2022.pdf

49. Bujan L. Conservation des gamètes sans indication médicale: une nouvelle possibilité mais des interrogations pratiques. *J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM*. 2022;32(2):44-51.

50. L'accès à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) pour les couples de femmes et les femmes seules : témoignage d'un responsable d'un centre d'AMP, quelles conséquences en pratique ? *J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM*. 2022;32(2):18-21.

51. Pennings G, Couture V, Ombelet W. Social sperm freezing. *Hum Reprod*. 1 avr 2021;36(4):833-9.

52. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse [Internet]. [cité 12 sept 2024]. Éducation à la sexualité. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>

53. Ministère de l'Éducation Nationale [Internet]. [cité 14 oct 2024]. Éducation à la sexualité en milieu scolaire. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-en-milieu-scolaire-341103>

54. Letessier M, Mignot D, Mejri I, Hitoto H. Une maison de santé pluriprofessionnelle coordonne un plan de prévention sexuelle pluridisciplinaire en milieu scolaire. *Santé Publique*. 2023;35(6):87-127.

55. Cresson G. Les hommes et l'IVG : Expérience et confidence. *Sociétés Contemp*. 1 sept 2006;61(1):65-89.

56. Alvy B. La contraception dans le post-partum, Étude descriptive des connaissances des post-parturientes d'une maternité d'Auvergne de type trois sur la conduite à tenir en cas d'incident de contraception [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. 2018.

57. Pourtier E. La contraception du post-partum: satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. 2013.

58. Frigout J. Information et prescription de la contraception par les sages-femmes en suites de couches au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA) [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. 2020.

59. Contraception postpartum [Internet]. [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/ma-contraception-et-moi/quelle-contraception-choisir-apres-votre-accouchement>

60. Quelle contraception après un accouchement ? [Internet]. [cité 15 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/mayenne/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveau-ne/contraception-apres-un-accouchement>

61. Kalampalikis N, Buschini F. La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires: Nouv Rev Psychosociologie. 9 nov 2007;n° 4(2):89-104.

62. Vuattoux A. Penser les masculinités. *Cah Dyn.* 2013;58(1):84-8.

63. Touil W, Delaunay B, Prudhomme T, Roumiguié M, Game X, Soulie M, et al. Sexual and couple outcomes of vasectomy: Results of a French questionnaire survey. *Fr J Urol.* 1 sept 2024;34(9):102672.

64. Mohamad Al-Ali B, Shamloul R, Ramsauer J, Bella AJ, Scrinzi U, Treu T, et al. The Effect of Vasectomy on the Sexual Life of Couples. *J Sex Med.* 1 sept 2014;11(9):2239-42.

65. Thomé C. « On fait juste attention. » La mesure du retrait comme méthode contraceptive dans les enquêtes en France depuis les années 1970. *Population.* 27 juill 2023;78(1):29-50.

66. Taillefer A. Maud Gelly Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée. Paris, L'Harmattan, 2006, 244 p. *Rech Féministes.* 2007;20(2):205-9.

67. Roux A. « Par amour des femmes » ? La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale (1960-2000) [Internet] [phdthesis]. École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS); 2020 [cité 2 oct 2024]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03246591>

68. Cotation NGAP CCP - OMNIPrat [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://omniprat.org/fiches-pratiques/gynecologie/premiere-consultation-de-contraception-de-prevention-en-sante-sexuelle-ccp/>

69. Lespes C. La première consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle chez les jeunes, jusqu'à 25 ans révolus, réalisée par les médecins généralistes : freins et leviers. 29 sept 2022;84.

70. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. 2019 [cité 4 oct 2024]. Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/>

71. ARDECOM [Internet]. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.contraceptionmasculine.fr/>

72. Démographie des médecins en Pays-de-la-Loire [Internet]. [cité 23 oct 2024]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023_PDF/2023_%2342_MEDECINS.pdf

73. Prises de rendez-vous médicaux : délais d'attente moyens de 2 à 52 jours [Internet]. 2018 [cité 23 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/prises-de-rendez-vous-medicaux-delais-dattente-moyens-de-2-52-jours>

74. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 12 oct 2024]. Combien d'heures pour une prévention idéale ? Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/fmc-recos/combien-dheures-pour-une-prevention-ideale>

75. Ministère de la santé [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Tu as rendez-vous avec ta santé. Disponible sur: <https://monbilanprevention.sante.gouv.fr>

76. Des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/mayenne/assure/actualites/des-rendez-vous-de-prevention-aux-ages-cles-de-la-vie-pris-en-charge-100-par-l-assurance-maladie>

77. DICOM_Raphaelle.B. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 4 oct 2024]. Mon Bilan Prévention pour les professionnels de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan->

prevention-les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/espace-professionnels/article/mon-bilan-prevention-pour-les-professionnels-de-sante

78. Allione P. Slate.fr. 2020 [cité 7 oct 2024]. Pourquoi l'andrologie, la «gynécologie des hommes», est-elle si méconnue? Disponible sur: <https://www.slate.fr/story/191694/sante-medecine-andrologie-gynecologie-hommes-sexualite-reproduction-specialite-meconnue>
79. Société d'Andrologie de Langue Française. [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.salf.fr/>
80. Hamamah S. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité. In: Infertilité [Internet]. Elsevier; 2023 [cité 7 oct 2024]. p. 439-44. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294781346000498>
81. Le rôle du médecin traitant et le parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
82. Santé et recours aux soins – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805>
83. Québec I de la statistique du. Institut de la statistique du Québec. [cité 7 oct 2024]. Enquête québécoise sur la santé de la population, 2020-2021. Disponible sur: <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2020-2021>
84. ULaval Nouvelles [Internet]. 2024 [cité 7 oct 2024]. Vasectomie: la France progresse, mais elle demeure loin derrière le Québec. Disponible sur: <https://nouvelles.ulaval.ca/2024/04/04/vasectomie-la-france-progresse-mais-elle-demeure-loin-derriere-le-quebec-a:9c48671c-5b81-4c28-b208-ef2ded78d5d2>
85. État des lieux de la pratique de la vasectomie en France entre 2010 et 2022 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-vasectomie-france-2010-2022>
86. ASPERA MEDICAL [Internet]. 2023 [cité 4 oct 2024]. Vasectomie en cabinet de médecine générale ? Pourquoi pas ? Disponible sur: <https://www.asperamedical.org/blog/actualites-medicales-3/vasectomie-en-cabinet-de-medecine-generale-pourquoi-pas-6>
87. Labrecque M, Dufresne C, Barone MA, St-Hilaire K. Vasectomy surgical techniques: a systematic review. BMC Med. 24 mai 2004;2:21.
88. Bron D. Dr Bron - Urologue. 2023 [cité 4 oct 2024]. La vasectomie sans bistouri. Disponible sur: <https://docteur-bron-urologue.fr/vasectomie-sans-bistouri/>
89. ici par France Bleu et France 3 [Internet]. 2023 [cité 4 oct 2024]. Le CHU de Toulouse innove et cartonne avec la vasectomie sans scalpel - France Bleu. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/le-chu-de-toulouse-innove-et-cartonne-avec-la-vasectomie-sans-scalpel-3416380>
90. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.

91. Huyghe E, Ducrot Q, Kassab D, Faix A, Hupertan V, Labrecque M. Survey on vasectomy practices in France in 2022. *Fr J Urol.* 1 avr 2024;34(4):102593.

92. Guerin M. VotreVasectomie.ca. [cité 4 oct 2024]. La vasectomie sans bistouri gratuit au Québec. Disponible sur: <https://www.votrevasectomie.ca/>

93. Hayden RP, Li PS, Goldstein M. Microsurgical vasectomy reversal: contemporary techniques, intraoperative decision making, and surgical training for the next generation. *Fertil Steril.* mars 2019;111(3):444-53.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Caractéristiques de la population étudiée	10
---	----

TABLE DES MATIERES

SERMENT DU MÉDECIN	C
SERMENT D'HIPPOCRATE	D
INTRODUCTION.....	2
DÉFINITIONS ET CONCEPTS.....	6
MÉTHODES	7
1. Présupposés de recherche	7
2. Type d'étude	7
3. Population et modalités de recrutement	8
3.1. Population.....	8
3.2. Modalités de recrutement.....	8
4. Guide d'entretien	8
5. Organisation des <i>focus groups</i> et recueil des données.....	9
6. Analyse des données	9
7. Réglementation	9
RÉSULTATS.....	10
1. Caractéristiques de la population étudiée	10
2. Intérêt de l'intégration des hommes dans le choix d'une contraception	12
2.1. Remise en cause de la charge contraceptive féminine	12
2.1.1. Responsabilité genrée de la grossesse	12
2.1.2. Une fertilité des hommes continue.....	13
2.1.3. Une contraception genrée dans la formation médicale	14
2.2. Critique des effets indésirables des contraceptions féminines	14
2.3. La contraception masculine comme une liberté dans la procréation des hommes	15
2.3.1. Un choix	15
2.3.2. L'autoconservation possible des gamètes	15
3. Le rôle des médecins généralistes dans la contraception du couple.....	16
3.1. Le choix d'une contraception, une décision partagée ?.....	16
3.1.1. Le rapport entre médecins « sachants » et patient·es « profanes »	16
3.1.2. Le prisme de la responsabilité des médecins dans les choix faits par les patient·es.....	17
3.1.3. Des représentations sur la vasectomie, influençant son abord par les médecins	18
3.2. Invisibilisation par les médecins des contraceptions impliquant les hommes	19
3.3. Les médecins, comme accompagnant·es et non comme décisionnaires	20
3.4. Les médecins généralistes, relais entre la science et les hommes.....	20
4. Enjeux de l'abord des contraceptions définitives avec les hommes	21
4.1. La déconstruction de la vision sociale de la sexualité des hommes autour de la performance	21
4.2. La connaissance des méthodes définitives, une aide à la prise en charge masculine de la	
contraception.....	22
4.3. Vers la réalisation de vasectomies au cabinet ?	23
5. Des périodes propices à la sensibilisation contraceptive des hommes	24
5.1. Lors de temps autour de la prévention	24
5.1.1. Avant les premiers rapports sexuels	24
5.1.2. Lors d'une consultation non dédiée.....	25
5.1.3. Les actions collectives de santé publique	25
5.2. L'éducation des hommes aux risques liés à une absence ou un défaut de contraception	26

5.2.1. Le dépistage des IST	26
5.2.2. La gestion des contraceptions d'urgence	26
5.2.3. La prévention des IVG	27
5.3. Lors de la parentalité.....	27
6. Stratégies d'inclusion des hommes dans la contraception	28
6.1. Des hommes initiateurs des demandes	28
6.2. Par l'intermédiaire de leur compagne	29
6.3. Informations via des acteur·ices non issu·es de la santé	29
6.4. Présentation de toutes les contraceptions.....	29
6.5. Vers un suivi régulier des hommes par les médecins généralistes	30
6.5.1. Les médecins généralistes comme acteur·ices principaux·ales	30
6.5.2. Des temps médicaux dédiés	31
DISCUSSION ET PERSPECTIVES	32
1. Forces et limites de l'étude.....	32
1.1. Enquêterices et animateur·ices	32
1.2. Contexte et sélection des participant·es	32
1.3. Recueil des données	32
1.4. Analyse des données	33
2. Discussion des principaux résultats	33
2.1. L'intégration des hommes : entre sensibilisation à la charge contraceptive et liberté de choix dans la procréation	33
2.2. L'information sur les méthodes définitives pour une meilleure adhérence masculine à la contraception.....	35
2.3. Les périodes propices à la sensibilisation contraceptive des hommes	35
3. Perspectives	37
3.1. Une présentation exhaustive des contraceptions pour contrer des représentations tenaces	37
3.2. Des temps médicaux dédiés à la prévention en santé sexuelle.....	39
3.3. Vers la création d'une norme andrologique ?	40
3.4. Réflexions sur la réalisation de vasectomies par les médecins généralistes	42
BIBLIOGRAPHIE.....	44
LISTE DES TABLEAUX	51
TABLE DES MATIERES.....	52
ANNEXES.....	I
1. Guide d'entretien final	I
2. Formulaire de consentement	III
3. Fiche de coordonnées sociodémographiques	IV
4. Grille COREQ de l'étude	V

ANNEXES

1. Guide d'entretien final

Bonjour tout le monde,

Nous sommes deux internes de médecine générale de la faculté d'Angers et nous vous sollicitons pour notre travail de thèse. Dans le cadre de ce travail, nous cherchons à connaître le point de vue des internes de médecine générale sur l'intégration des hommes dans les consultations abordant la contraception des couples hétérosexuels. Nous souhaitons avoir votre point de vue car vous êtes les futurs médecins de demain et vous écouter échanger autour de ce sujet nous permettra d'explorer les changements que traverse notre pratique et notre société.

Pour cela nous souhaitons donc vous laisser discuter de vos avis quant au fait **d'aborder les contraceptions féminines et masculines avec les hommes des couples hétérosexuels**. La discussion va durer entre une heure et une heure et demie. Elle sera enregistrée afin de pouvoir travailler à partir de vos propos. Nous vous remercions donc par avance de parler à tour de rôle et distinctement. Afin de conserver votre anonymat lors de la retranscription de l'enregistrement, nous vous demandons de rapporter, sur un chevalet en papier à placer devant vous, la lettre qui vous a été attribuée sur la fiche de coordonnées sociodémographiques.

Il est possible et normal que vous ne soyez pas tous et toutes d'accord, l'intérêt de cet entretien est de recueillir l'ensemble de vos avis et débats. Il est donc important que vous vous sentiez suffisamment à l'aise pour exprimer votre opinion sans jugement. Si ce n'est pas le cas, vous pouvez nous le mentionner à tout moment, ainsi que nous faire part de votre point de vue par la suite jusqu'à la fin de la période de recueil des données.

Nous avons un certain nombre de questions et l'animateur-animateuse se permettra d'intervenir si nous nous éloignons du sujet.

Merci d'avance pour votre participation et bonne discussion.

Q1. Pour commencer notre échange, vous est-il arrivé de discuter de contraception avec des patients hommes (seuls ou accompagnés par leur partenaire) ? Avez-vous une situation en tête dont vous voudriez nous faire part ?

Q2. Pour vous, quel serait le but de parler de contraception avec les hommes ?

(Question de relance : A quoi cela servirait de parler de contraception avec les hommes ?)

Q3. Quel type de contraception pensez-vous aborder avec les hommes ?

Q4. Quel est votre point de vue à l'abord de la vasectomie et de la ligature des trompes avec les hommes ?

(Question de relance : Avez-vous déjà abordé ces contraceptions définitives avec les hommes ? Souhaitez-vous nous en faire part ?)

Q5. Quels moments vous semblent propices à la discussion autour de la contraception avec les hommes et comment imaginez-vous les inclure dans ceux-ci ?

Q6. Au vu de la discussion, par rapport à vos pratiques actuelles, quelles pourraient être les modifications à apporter à vos pratiques ?

(Question de relance : Que pensez-vous de la formation des internes concernant la contraception vis-à-vis des hommes ?)

2. Formulaire de consentement

Je soussigné·e....., déclare avoir été sollicité·e pour participer au projet de recherche en santé : Point de vue des internes sur l'intégration des hommes dans les consultations abordant la contraception.

J'ai été informé que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et que je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment et jusqu'à la fin du recueil des données, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, je m'engage à en informer immédiatement les investigatrices par mail.

Je confirme avoir été informé que mes propos seront enregistrés lors de l'entretien par focus group et que ces données seront utilisées à des fins de recherche, de manière anonymisée.

J'ai été informé de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude.

Mon consentement n'exonère pas les organisatrices de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Fait à Le

Signature : (Précédée de la mention: Lu, compris et approuvé)

Responsables de la recherche : BREUIL Ksénia et GOUDENHOFT Mélanie Directrices de thèse : Dr MERCIER Marie-Bénédicte et Dr TESSIER-CAZENEUVE Christine

A découper et à garder -----

Révocation du consentement

Thèse: Point de vue des internes de médecine générale sur l'intégration des hommes dans les consultations abordant la contraception.

Vous pouvez nous demander votre retrait de consentement à tout moment avant l'analyse des données. Vous pouvez nous demander de recevoir par mail la retranscription de l'entretien si vous souhaitez la relecture et/ou la modification des propos du focus groupe dans un délai de 15 jours après l'entretien, à cette adresse mail : melanie.goudenhooft@etud.univ-angers.fr

Responsables de la recherche : BREUIL Ksénia et GOUDENHOFT Mélanie Directrices de thèse : Dr MERCIER Marie-Bénédicte et Dr TESSIER-CAZENEUVE Christine

3. Fiche de coordonnées sociodémographiques

Veuillez remplir cette fiche et la remettre aux chercheuses du focus-group.

• Lettre attribuée :

• Sexe : Masculin Féminin Autre Ne se prononce pas

• Âge :

• Ville de naissance :

• Ville de la faculté de votre externat :

• Semestre en cours :

• Stage de médecine générale actuel : SAFE SASPAS

• Type de formation(s) effectuée(s) en gynécologie / santé sexuelle :

Fait le :

Signature :

En vous remerciant, BREUIL Ksénia et GOUDENHOFT Mélanie

4. Grille COREQ de l'étude

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur: Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?

Enquêteuses : Ksénia Breuil et Mélanie Goudenhooft.

Animateur·ices : Pr CONNAN, Pr TESSIER-CAZENEUVE et Pr PY. Membres de département de médecine générale de la faculté de santé d'Angers

2. Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
Médecins.

3. Activité: Quelle était leur activité au moment de l'étude ?

Internes de médecine générale en dernier semestre, puis remplaçantes en médecine générale.

4. Genre: Le chercheur était-il un homme ou une femme ?

Femmes.

5. Expérience et formation: Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Pour Ksénia Breuil :

Premier et deuxième cycles des études médicales réalisé à la faculté de médecine de Saint-Etienne, avec la réalisation d'un stage en gynécologie comprenant les consultations et la maternité.

Troisième cycle, en internat de médecine générale, rattaché à la faculté de santé d'Angers. Stage SAFE avec la PMI du département de la Sarthe et au CSS du CH Le Mans et de La Flèche. Journées volontaires au centre d'orthogénie du CH Le Mans, en gynécologie au CH de Laval, dans une CSS de Laval et en consultations de sages-femmes.

Cursus complété par des formations personnelles, notamment la validation du D.U. Santé sexuelle pour tous·tes à Sorbonne Université (réalisation d'un guide sur l'hygiène des vulves) et la participation à plusieurs reprises aux congrès de gynécologie-obstétrique destiné aux médecins généralistes et à ceux de l'ISNAR-IMG.

Pour Mélanie Goudenhooft :

Formation de médecine générale de la première année à la sixième année à la faculté de médecine publique de Lille, comprenant un stage aux urgences gynécologiques-obstétriques de Roubaix.

Puis internat de médecine générale réalisé à la faculté de médecine d'Angers, comprenant un SAFE en PMI à Château-Gontier et avec des journées de consultations au centre d'IVG du CH de Laval.

Cursus complété par une formation personnelle sur la violence conjugale et/ou intraconjugale à Château-Gontier en 2022, une journée consultation avec une sage-femme libérale à Château-Gontier en 2023, et le congrès de gynécologie-obstétrique destiné aux médecins généralistes à Angers en 2023.

Relations avec les participants

6. Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?

Oui pour certains participants : ceux du premier *focus group* et certains du troisième *focus group*.

7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche

Le but de la recherche, la méthode utilisée, l'utilisation et la protection de leurs données.

8. Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche

Nous avons signalé aux participants que seul le modérateur intervenait et que nous restions là en tant qu'observatrices uniquement.

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu

Recherche qualitative avec théorisation ancrée, par *focus group* en méthode semi-dirigée.

Sélection des participants

10. Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige

Internes de médecine générale de la faculté d'Angers en phase d'approfondissement sur la période 2023-2024, participant au GEAP de SAFE ou SASPAS retenu pour la réalisation de chaque *focus group*.

11. Prise de contact: Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel

En présentiel lors de leur participation au GEAP.

12. Taille de l'échantillon: Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

29.

13. Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Une, qui a dû s'absenter et qui n'est revenue qu'après la fin du *focus group*.

Contexte

14. Cadre de la collecte de données : Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail

A la faculté de santé d'Angers.

15. Présence de non-participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

Le référent de chaque GEAP servant au *focus-group*, ayant le rôle de modérateur, soit trois modérateur·ices.

Et une médecin enseignante observatrice, présente au *focus group* numéro 3.

16. Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date

Les groupes étaient composés d'environ 10 internes ayant en moyenne 27 ans.

Au total 29 personnes ont participé, 18 femmes et 11 hommes, 14 ayant fait leur externat dans les Pays-de-la-Loire et 15 dans une autre région. 22 internes ont effectué un stage en rapport avec la gynécologie-obstétrique, dont 16 avaient réalisé une formation en lien avec la faculté.

Recueil des données

17. Guide d'entretien : Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

Fourni.

Lu en amont par les directrices de thèse et par la référente, neutre, validant notre fiche de thèse.

18. Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?

Non, trois *focus group* différents avec pour chacun un modérateur différent.

19. Enregistrement audio/visuel: Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

Audio.

20. Cahier de terrain: Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

Pendant et après.

21. Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

En moyenne 57 minutes [50 – 65 minutes].

22. Seuil de saturation : Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?

Oui.

23. Retour des retranscriptions : Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Non, mais cela leur était proposé.

Domaine 3 : Analyse et résultats Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données : Combien de personnes ont codé les données ?

Deux.

25. Description de l'arbre de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

Oui.

26. Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?

Déterminés à partir des données.

27. Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?

Word, Excel, Google Doc.

28. Vérification par les participants : Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Non, mais cela leur était proposé.

Rédaction

29. Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant

Oui.

Oui par l'ensemble lettre et numéro unique, garantissant l'anonymat.

30. Cohérence des données et des résultats : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?

Oui.

31. Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?

Oui.

32. Clarté des thèmes secondaires : Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Oui.

BREUIL Ksénia et GOUDENHOOFT Mélanie

Point de vue des internes sur l'intégration des hommes dans les réflexions autour de la contraception

Introduction : La répartition de la charge contraceptive est un sujet d'actualité. Dans les couples hétérosexuels, la participation des hommes dans la gestion contraceptive est de plus en plus recherchée. Comment les internes, futurs médecins généralistes, pensent intégrer les hommes dans leurs consultations abordant la contraception ?

Méthodes : Enquête qualitative par *focus group* auprès d'internes de médecine générale de la faculté de santé d'Angers entre 2023 et 2024. Codage en Unité Minimale de Sens, puis analyse thématique inductive et triangulation des données.

Résultats : Trois *focus groups* ont été réalisés recueillant le point de vue de 29 internes. Ils et elles rencontraient des hommes voulant s'occuper de la contraception de leur couple, par remise en cause de la charge contraceptive genrée et par critique des effets indésirables des contraceptions féminines. Les internes réfléchissaient à sensibiliser les hommes à la contraception par une information sur les risques liés à un défaut contraceptif, mais aussi lors de temps de prévention générale (dès les premiers rapports sexuels, lors d'une première rencontre médicale, lors des demandes de certificats de sport, lors des rappels vaccinaux,...) et autour de la parentalité (en post-partum et lors du suivi du nourrisson). La connaissance des méthodes définitives leur semblait bénéfique pour augmenter la participation masculine à la contraception. Cela pouvait aider à déconstruire l'idée de perte de virilité lors de la prise en charge contraceptive par les hommes. Cependant l'avis des internes était marqué par des représentations reliant la vasectomie à une stérilisation, entraînant sa proposition uniquement aux hommes d'âge mûr ayant eu des enfants.

Conclusion : Les internes percevaient la prise en charge de la contraception par les hommes comme un outil émancipateur dans leur sexualité. L'intégration des hommes passerait par une présentation exhaustive des contraceptions disponibles, et ce dès un âge jeune, pour limiter les représentations tenaces des professionnel·les. Les internes étaient prêt·es à proposer des temps médicaux et un suivi dédiés à la santé sexuelle des hommes, ainsi que la réalisation de vasectomies au cabinet de médecine générale, dans le but de démocratiser l'implication des hommes dans la contraception.

Mots-clés : contraception, hommes, médecine générale, intégration

Residents' perspective on men's integration into discussions around contraception

Introduction : The distribution of contraceptive responsibility is a current topic. In heterosexual couples, men's involvement in contraceptive management is increasingly wanted. How do residents, soon to be general practitioners, plan on adding men in their appointments.

Methods : Qualitative studies by *focus group* among residents of General Medicine of Angers Health University. Coding in minimum unit of meaning followed by inductive thematic analysis and triangulation of data.

Results : Three *focus groups* were conducted, gathering the perspectives of 29 residents. They talked about men who wanted to take responsibility for their couple's contraception, challenging the gendered burden of contraception and criticizing the side effects of female contraceptives. The residents considered raising men's general awareness about contraception through information on the risks associated with contraceptive failure, as well as during general prevention moments (from the first sexual encounters, during a first medical visit, when requesting sports certificates, during vaccination reminders, etc.) and around parenthood (in the postpartum period and during infant follow-up). Knowledge of permanent methods seemed beneficial to them in order to increase male participation in contraception. This could help to break down the idea of a loss of masculinity when men take on contraceptive responsibility. However, the residents' views were biased by representations linking vasectomy to sterilization, leading to its recommendation only for mature men who already had children.

Conclusion : Residents viewed men's involvement in contraception as a way to fully embrace their sexuality. The integration of men would require a comprehensive presentation of all available contraceptive methods, starting at a young age, to challenge the persistent stereotypes held by professionals. The residents were ready to offer medical consultations and dedicated follow-ups for men's sexual health, and even perform vasectomies in general practice, with the aim of democratizing men's participation in contraception.

Keywords : contraception, men, general medicine, involvement