

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N° 075

T H È S E

pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Études Spécialisées
de Médecine Générale

par Emilie DINAM
née le 31/01/1984 à Hennebont

Présentée et soutenue publiquement le 2 septembre 2014

**Implication des hommes concernés par une IVG
dans la contraception et l'avortement.**

Enquête réalisée dans 2 centres de planification et d'éducation familiale de
Nantes, de mai à septembre 2013.

Président du jury Monsieur le Professeur Olivier BOUCHOT
Directeur de thèse Monsieur le Docteur Bernard MESLE
Membre du jury Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE
Membre du jury Monsieur le Docteur Stéphane PLOTEAU

Liste des abréviations.

ANCIC Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception
CM Contraception Masculine
CPEF Centre de Planification et d'Education Familiale
DIU Dispositif Intra Utérin
DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluations et des Statistiques
EICCF Etablissement d'Information de Conseil Conjugal et Familial
FECOND Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelle
GnRH Gonadotrophin Releasing Hormone
HAS Haute Autorité de Santé
INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST Infection Sexuellement Transmissible
IVG Interruption Volontaire de Grossesse
LH Hormone Lutéinisante
FSH Hormone FolliculoStimulante
OMS Organisation Mondiale de la Santé

I. INTRODUCTION.....	5
1 Contexte de la recherche.....	5
2 Rappel de lois importantes concernant la famille.....	6
2.1 Evolution du droit des femmes dans la famille.....	6
2.2 Evolution du droit des hommes dans la famille.....	6
2.3 Droit des hommes face à l’embryon.....	7
3 Spécificité des normes contraceptives et procréatives en France.....	8
3.1 La norme contraceptive.....	8
3.2 La norme procréative.....	9
4 La contraception masculine, état des lieux.....	10
4.1 Textes internationaux concernant la contraception masculine.....	10
4.2 Quelles sont les différentes méthodes contraceptives masculines ?.....	10
4.3 Pourquoi la contraception masculine ne s’est elle pas développée ?.....	13
5 Les sources d’information sur la contraception.....	15
5.1 L’école.....	15
5.2 Les médias.....	16
5.3 La famille.....	16
5.4 Les professionnels de santé.....	16
6 Objectifs de l’étude.....	16
II. METHODES.....	17
1 Type d’enquête.....	17
2 Modalités de réalisation de l’enquête.....	17
3 Le questionnaire.....	17
3.1 Particularités de chaque questionnaire.....	17
3.2 Critères d’inclusion.....	18
4 Lieux de l’enquête.....	18
5 Distribution du questionnaire.....	19
6 Période de l’étude.....	19
7 Saisie des données.....	19
III. RESULTATS.....	20
1 Effectif total.....	20
2 Caractéristiques de la population.....	20
2.1 Age des participantes.....	20
2.2 Age des participants.....	21
2.3 Catégorie socio-professionnelle.....	21
2.4 Situation vis à vis de l’emploi.....	22
2.5 Niveau d’étude.....	22
2.6 Situation personnelle.....	23
2.7 Nombre d’enfants.....	24
3 Implication dans la contraception.....	25
3.1 Usage de la contraception.....	25
3.2 Intérêt pour la contraception.....	26
3.3 Participation financière à la contraception.....	26
3.4 Perceptions du préservatif.....	27
3.5 Quelle contraception masculine auraient-ils accepté d’utiliser si leur partenaire n’avait pas pu assurer la contraception ?.....	27
3.6 Pourquoi auraient-ils refusé d’utiliser une contraception masculine ?.....	28
3.7 Connaissance concernant les différents moyens de contraception.....	28
3.8 Par qui souhaitaient ils être informés ?.....	29
3.9 Circonstances d’information par le médecin traitant.....	30
3.10 Enseignement de l’éducation sexuelle.....	30
4 Implication dans l’IVG.....	31
4.1 IVG antérieures.....	31
4.2 Décision d’interrompre la grossesse.....	31
4.3 Sentiments à l’annonce de la grossesse.....	31

4.4 Confidences à propos de l'IVG.....	32
4.5 Présence le jour de l'IVG.....	32
4.6 Se sont ils sentis soutenus par l'équipe ?	32
4.7 Raisons ayant conduit à la décision de l'IVG.....	33
4.8 Raisons expliquant la survenue de la grossesse.....	33
4.9 Conduite à tenir en cas de rapport à risque de grossesse	34
4.10 Modification de la contraception après l'IVG.....	34
4.11 Projet d'enfant plus tard.....	35
IV. DISCUSSION	36
1 Validité de l'étude.....	36
1.1 Le choix de la méthode et ses limites.....	36
1.2 Limites de l'étude.....	37
2 Points forts.....	38
3 Interprétation des résultats.....	38
4 Caractéristiques de la population ayant répondu.....	39
4.1 La majorité des participants avait plus de 24 ans.	39
4.2 La majorité des participants avait un emploi et avait fait au minimum 2 ans d'études après le bac.....	39
4.3 La majorité des participants était en couple stable, avec ou sans projet.....	40
5 Implication dans la contraception.....	41
5.1 La grossesse n'était désirée que pour un couple : dans quelles circonstances est elle alors survenue pour les autres couples ?.....	41
5.2 Les méthodes contraceptives connues étaient représentatives de la norme contraceptive française.	43
5.3 Le médecin traitant a une place primordiale dans l'information sur la contraception. ..	44
5.4 Les participants souhaitaient avoir des informations y compris lors de consultation de prévention non dédiées.	45
5.5 Les cours d'éducation sexuelle étaient inexistantes ou insuffisants.....	46
5.6 Les hommes se déclaraient en majorité concernés mais n'étaient pas complètement impliqués.....	46
5.7 L'usage actuel de la contraception masculine en France est minoritaire.....	48
5.8 La contraception dans le monde.....	49
5.9 Les hommes avaient des réticences à utiliser des méthodes masculines contraceptives.....	49
5.10 Conduite à tenir en cas de rapport sexuel à risque.	51
6 Implication dans l'IVG.....	52
6.1 Une ou plusieurs expériences antérieures d'IVG pour 6 hommes sur 22.	52
6.2 L'IVG a entraîné des conséquences sur la contraception chez les hommes interrogés...	52
6.3 L'annonce de la grossesse : des sentiments plutôt négatifs.	53
6.4 L'IVG reste encore un sujet tabou pour certains hommes, ce qui contribue à leur isolement.....	54
6.5 Les raisons de l'IVG, représentatives de la « norme procréative ».....	55
6.6 Différents profils des accompagnants.	56
V. CONCLUSION.....	57
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	58
VII. ANNEXES.....	67

I. INTRODUCTION.

1 Contexte de la recherche.

En 2012 dans les pays en développement, 222 millions de femmes qui souhaitent éviter une grossesse n'utilisaient pas de méthode contraceptive. Dans le monde, environ 40% des grossesses ne sont pas désirées(1).

En 2011, en France, environ 222 000 femmes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse(2). Ce chiffre est stable depuis plusieurs années. Depuis les lois autorisant la contraception et l'IVG, les études dans ce domaine se sont principalement intéressées aux femmes, qui sont actuellement les premières concernées par la contraception et l'avortement. Ces dernières années, de nouvelles méthodes contraceptives, toutes à destination des femmes, sont apparues.

Mais face à ces 222 000 femmes qui ont stoppé volontairement leur grossesse, se trouvent 222 000 hommes. A ce propos, l'ANCIC a publié en 2011 une plaquette informative à destination des hommes(3). En effet, l'acte sexuel est, dans la plupart du temps, une rencontre entre 2 adultes consentants, et donc 2 personnes normalement égales en droits. Cependant les conséquences de cet acte ne sont pas les mêmes pour chacun des 2 partenaires. Certes, ils sont égaux sur le plan des Infections Sexuellement Transmissibles, car chacun d'eux est exposé aux mêmes risques. Mais les conséquences d'une grossesse pour une femme ne sont pas les mêmes que pour son conjoint : tant du point de vue physique (risque des complications de la grossesse) que du point de vue social et professionnel (conséquences sur l'emploi....).

Ainsi , selon Françoise Héritier, « ce n'est pas le sexe mais la fécondité qui fait la différence réelle entre le masculin et le féminin »(4).

Alors que pour les femmes le suivi gynécologique fait partie d'un rituel , la sexualité masculine n'est l'objet d'approche médicalisée que dans des situations « d'infertilité, dans les cas des IST ou lors de l'entrée dans le vieillissement »(5). Le viagra est un des seuls médicaments prescrits en rapport avec la sexualité de l'homme, cependant, contrairement aux nombreux médicaments qu'on propose aux femmes dans ce domaine, son seul but est d'améliorer la performance, et pas de stopper la fonction reproductive(6).

A l'heure de la « crise de la pilule » (7), déclenchée par le débat sur les pilules de 3^e et 4^e générations, on peut se poser la question de l'intérêt de trouver d'autres moyens contraceptifs, notamment destinés aux hommes.

2 Rappel de lois importantes concernant la famille.

Dès 1970, de nombreuses lois ont été mises en place, concernant à la fois le domaine privé (droit de la famille, violences) et public (mixité, lois d'égalité professionnelle, parité), dans le but de réduire les inégalités et les discriminations selon le sexe(8).

2.1 Evolution du droit des femmes dans la famille.

Loi nataliste 1920 : Interdiction de toute forme de contraception et de l'IVG.

La loi Neuwirth de 1967 : Légalisation de la pilule contraceptive, droit à l'information sur la contraception, et délivrance sous contrôle médical.

On parle de la « seconde révolution contraceptive », la première étant l'utilisation de méthodes naturelles de contraception (retrait, méthode des cycles) au XIX^e siècle.

Début de la planification des naissances(9). Ainsi la pilule offrait pour la première fois aux femmes le droit de disposer de leur corps.

Loi du 4 décembre 1974 : Possibilité de délivrance gratuite de la contraception aux mineurs dans les CPEF et dispense d'autorisation des parents.

La loi Veil en 1975 : Autorisation pour la première fois de l'IVG pour des raisons non thérapeutiques, en instaurant une clause d'irresponsabilité pénale. L'avortement n'était alors pas un droit, mais une exception au respect de la vie humaine et de son commencement, il a donc été dépenalisé. L'IVG s'appliquait uniquement aux femmes qui estimaient que la grossesse les mettait en situation de détresse. Le délai maximum pour le réaliser était de 10 semaines de grossesse.

Opposition du droit à la vie et du droit de disposer de son corps.

La loi Guigou en 2001 : L'IVG devient clairement reconnue et protégée par le droit. Augmentation du délai légal d'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse.

Janvier 2014 : suppression de la notion de détresse de la femme enceinte vis-à-vis de sa grossesse comme condition préalable à l'avortement.

2.2 Evolution du droit des hommes dans la famille.

Alors qu'auparavant le père avait plus de pouvoir sur l'enfant que la mère d'un point de vue légal (10), une loi va tendre à rééquilibrer la place des 2 parents dans la famille : la loi du 4 juin 1970.

Cette loi a aboli la notion de puissance paternelle, et fait place à la notion d'autorité parentale, la fonction est alors partagée entre le père et la mère. Apparition du principe de l'intérêt de l'enfant, (11) le but étant de le protéger dans sa sécurité, sa santé, sa moralité... Cette loi permet de redonner de l'autorité à la mère, et de rétablir l'équité entre les 2 parents.

2.3 Droit des hommes face à l'embryon.

2.3.1 Cas d'une grossesse « naturelle ».

Quand une femme demande une IVG, elle n'a pas besoin de l'accord de son partenaire pour interrompre sa grossesse. A ce propos, un article de Dalton Conley, chercheur en sciences sociales publié dans le New York Time en décembre 2005, (12) a soulevé cette question : si 2 adultes consentants ont un rapport, et que celui est à l'origine d'une grossesse, pourquoi la décision de garder l'enfant appartiendrait à l'un plus qu'à l'autre ?

La femme étant la seule à avoir le « pouvoir de fécondité », elle a le droit de disposer de son corps, et donc de décider sans l'accord de son partenaire si elle poursuit ou non une grossesse. Même si il y a un désaccord entre les 2 partenaires, l'homme ne peut pas imposer ou empêcher la réalisation d'une IVG. A ce propos, Mary Plard, une avocate nantaise, dans son livre « paternités imposées », évoque plusieurs procès auxquels elle a participé pour défendre les hommes qui étaient devenus pères sans le souhaiter. Aucun de ces procès n'a été en faveur des hommes. Ainsi, dans ce livre, le juge Renaud Van Ruymbeke écrit que " les lois promulguées ces dernières décennies, légitimes, ont libéralisé la contraception et l'avortement, protégeant la liberté de la femme mais ne tenant aucun compte de la volonté du père. Ni le droit ni la morale n'accordent au père le droit d'imposer à la mère un avortement, car une telle opération constitue une atteinte à l'intégrité physique du corps de cette dernière"(13).

Un père ne peut pas avoir d'information sur son enfant in utero si la mère refuse de lui en donner, mais il peut être reconnu comme père dès que l'enfant sort du ventre maternel (13). Marcela Iacub ajoute à ce sujet que dans le cas d'un homme souhaitant que sa partenaire réalise une IVG, si celle-ci refuse l'avortement, la présomption de paternité et la recherche de paternité feront de lui un père même si il n'est pas d'accord. Elle précise également que ceci rappelle la condition des femmes avant l'autorisation de la contraception et de l'IVG, la période où l'on ne séparait pas la sexualité de la procréation. Elle ajoute : « lorsqu'on cherche à comprendre pourquoi les hommes sont traités de cette manière, on nous dit qu'ils n'avaient qu'à faire attention, c'est-à-dire utiliser un préservatif. Cet argument rappelle pourtant désagréablement celui qu'on employait au début des années 70 précisément pour s'opposer au droit des femmes à avorter(14) ». A ce propos, Mary Plard précise que " l'homme ne choisit pas d'être père ou de ne pas l'être, à moins de choisir l'abstinence (...). Ainsi, ce que nous avons voulu pour les femmes, une sexualité libre et assumée, sans s'enfermer dans une abstinence douloureuse pour éviter les naissances rapprochées, dévoile son versant masculin"(13).

Les lois concernant l'avortement sont dominées par 3 principes :

- le droit à la vie
- le droit de disposer de son corps
- le respect de l'intégrité physique

L'objectif de tous ces principes est de rétablir l'égalité entre les hommes et les femmes, mais il y aura toujours un avantage pour la femme en ce qui concerne son « pouvoir de fécondité ». A ce propos, Jean Delumeau précise « qu'après avoir été soumise des siècles durant à la volonté de l'homme (maternités multiples, incontrôlables dans leur nombre, puissance maritale et paternelle...) la femme jouit dorénavant d'un pouvoir primordial dans la constitution de la famille puisque c'est l'enfant qui fait la famille ». En effet, elle seule peut donner la possibilité à un homme d'être père, mais elle peut également l'en empêcher(10).

2.3.2 Cas de la procréation médicalement assistée ou PMA.

Les lois précédentes sont valables dans le cas de conception « naturelle », c'est à dire sans intervention médicale. Mais quand il s'agit de procréation médicalement assistée, les droits du père sont différents.

En effet, le don de sperme est un des rares cas où l'homme peut renoncer à la filiation, la femme qui l'utilisera ne pourra pas faire une recherche de paternité. Le sperme est alors une « force génétique », le donneur est un géniteur mais ne sera pas reconnu comme père. Il est un « agent essentiel pour la réalisation du projet parental d'un autre »(10).

Il existe des situations où les 2 membres du couple sont égaux, puisqu'il faut le consentement des 2 conjoints :

- La PMA pour un couple qui présente une infertilité. En effet, selon la loi de bioéthique de 1994 il faut le consentement de chacun des 2 concubins ou époux et que la volonté d'engendrer soit partagée afin d'entamer la procédure.
- Le diagnostic préimplantatoire. Selon l'article 2131-4 du code de la santé publique, " dans le cas où le couple (...) a une forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic (...), les deux membres du couple expriment par écrit leur consentement à la réalisation du diagnostic."

Ainsi, selon Marie Plard, (13) dans ces cas précis l'homme est « doté d'une personnalité juridique à part entière et il a le droit de prendre « une décision fondamentale concernant le fœtus- un droit de vie ou de mort (...) ».

3 Spécificité des normes contraceptives et procréatives en France.

3.1 La norme contraceptive.

Depuis quelques années, on assiste à une augmentation de l'âge de la première grossesse (passé de 24 ans en 1960 à 28 ans en 2010(15)) et malgré tout à une stabilité de l'âge des premiers rapports : 17, 2 ans pour les garçons et 17 ,6 ans pour les filles (16). La durée d'utilisation de la contraception s'est donc allongée. Les femmes doivent donc utiliser pendant une période de plus en plus longue des moyens pour limiter les naissances.

Des études montrent que le choix de la méthode contraceptive d'un couple dépend surtout « du cycle de vie » (9) : le préservatif est surtout utilisé en début de vie sexuelle ou chez les femmes vivant seules, puis quand la vie sexuelle se régularise la pilule prend le relai, et enfin les femmes utilisent le DIU quand elles ne veulent plus d'enfant, soit à partir de 30-35 ans.

Bien qu'elle reste encore la première méthode utilisée, le recours à la pilule a baissé ces dernières années suite au débat médiatique sur le risque vasculaire concernant les pilules de 3ème et 4ème générations. Cependant il n'y a pas eu d'augmentation de l'usage des pilules de 1ère et 2ème générations. De ce fait, on a observé une augmentation de l'utilisation d'autres méthodes contraceptives(7) :

- Le DIU : +1,9 points. 22,6% des femmes ayant besoin d'une contraception utilisaient cette méthode en 2013.
- Le préservatif : +3,2 points. En 2013 il était utilisé par 15% des femmes ayant besoin d'une contraception.
- Les méthodes naturelles +3,4 points. 9,5% des femmes ayant besoin de contraception l'utilisaient en 2013

On constate alors un « assouplissement de la norme contraceptive » puisque l'utilisation du stérilet a augmenté y compris chez les femmes sans enfants(7). Pourtant, bien que l'utilisation des méthodes naturelles et du préservatif ait augmenté, les méthodes contraceptives féminines restent largement prédominantes dans cette norme contraceptive.

3.2 La norme procréative.

La signature de la loi autorisant l'IVG a permis progressivement le passage « du régime de maternité subie au régime maternité volontaire »(8), créant ce que Nathalie Bajos appelle la « norme procréative » : c'est le fait d'avoir un enfant « au bon moment ». A l'époque de la signature de la loi Neuwirth, les législateurs espéraient que l'autorisation de la contraception puisse faire diminuer le recours à l'avortement. Le pourcentage de grossesses non souhaitées est passé de 55 % au début des années 1970 à environ 35 % en 1985 et reste stable depuis cette date (17), malgré le développement des méthodes contraceptives. On observe surtout que les jeunes femmes recourent davantage à l'IVG depuis une dizaine d'années(18) .

Ces deux lois ont révolutionné la composition de la famille, en permettant aux femmes de diminuer le nombre de grossesses non voulues. Cependant ce « pouvoir exorbitant » de décider de choisir une contraception et IVG (19), peut être aussi une contrainte pour la femme qui a le choix de mener une grossesse à terme ou non. Dans son livre « sociologie de la sexualité, Michel Bozon, sociologue, dit que « la maîtrise par les femmes du moment où elles ont leur enfant ne signifie nullement qu'elles se trouvent soulagées des charges et responsabilités de la fécondité. Dans cette contraception mise en œuvre par les femmes, plutôt que par les hommes, la lourde obligation de contrôler les conséquences de l'activité sexuelle pèse exclusivement sur elles et implique dans le cas de la contraception hormonale des traitements médicaux de longue durée (...). Loin de pulvériser le socle de la domination masculine, la médicalisation de la contraception conduit à remotiver et à renaturaliser l'assignation des femmes à la fonction reproductive » (5) .

Dans un article intitulé « la contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », Nathalie Bajos évoque le modèle de la "mère idéale" dont la contraception a favorisé la diffusion(20). En effet, la contraception et l'IVG offrent le choix du moment de la survenue d'une grossesse, permettant de réunir les conditions les meilleures pour accueillir un enfant. Le grand choix des méthodes contraceptives génère de la culpabilité de la part des femmes lorsqu'elles débutent une grossesse non désirée. « Un enfant ne doit venir au monde que désiré, et la contraception offre la possibilité de choisir non seulement le nombre, mais aussi et surtout le moment de la maternité »(17). Ainsi, on définit par "norme procréative" le respect de toutes ces conditions(8).

4 La contraception masculine, état des lieux.

4.1 Textes internationaux concernant la contraception masculine.

- **1994. Conférence internationale du Caire sur la population et le développement.**

Lors de cette conférence il était établi que l'homme avait des responsabilités dans la planification familiale. Elle prévoyait la mise en place de programmes de sensibilisation sur leur lieu de travail, au foyer et dans les endroits où ils occupaient leurs loisirs, destinés aux adultes, aux enfants et aux adolescents. L'objectif était de « promouvoir l'égalité entre les sexes dans toutes les sphères de la vie y compris la famille ou la communauté, et d'encourager les hommes à assumer la responsabilité de leur comportement sexuel et reproductif ainsi que leurs rôles social et familial ».

Le rapport précisait qu'il fallait mener des études pour connaître les facteurs qui empêchaient les hommes de s'impliquer dans la contraception. Il ajoutait que des campagnes de prévention visant les adolescents devaient être menées dans le domaine de la reproduction et de la sexualité.

- **1995. Conférence internationale du droit des femmes Beijing.**

Il y a été dit qu'il fallait développer des programmes d'informations destinés aux hommes et aux femmes concernant la planification familiale, afin qu'ils puissent choisir la méthode qui leur correspondait. En ce qui concerne les rapports homme-femme dans le couple, on pouvait lire: "le partage entre les femmes et les hommes de la responsabilité des comportements sexuels et de la procréation est aussi un facteur essentiel de l'amélioration de la santé des femmes". Cette notion est toujours d'actualité puisque, selon une étude de l'OMS parue en 2012, on estimait à 44 millions le nombre d'IVG qui avaient été réalisés en 2008 dans le monde. Presque la moitié avait été fait dans des conditions illégales, présentant un risque accru de complication pour la femme.

4.2 Quelles sont les différentes méthodes contraceptives masculines ?

Depuis l'autorisation de la contraception dans les années 60, les femmes ont pu disposer de 13 nouvelles méthodes, mais rares sont celles qui sont parfaitement fiables, et dénuées d'effets secondaires. Les méthodes de contraception masculines à disposition sont des méthodes traditionnelles (retrait et préservatif), contrairement aux méthodes modernes qui sont féminines. Ainsi, les hommes se trouvent « dessaisis d'une forme de responsabilité qui leur incombait en grande partie" (21). En effet, la recherche, au lieu de développer de nouvelles méthodes masculine, a simplement contribué à améliorer les techniques déjà connues : préservatif et stérilisation(5).

A la fin des années 70, des recherches ont été menées sur la contraception masculine. En 1979, une association française intitulée ARDECOM (Association de Recherche et de Développement pour la Contraception Masculine) était constituée d'hommes jeunes, proches des mouvements féministes, qui ont souhaité tester les nouvelles méthodes contraceptives masculines. Les actions de cette association ont diminué à la fin des années 80, au moment de la découverte de l'épidémie du SIDA. En effet la peur de contracter le VIH a augmenté l'utilisation du préservatif, qui a alors été utilisé également comme contraceptif.

La contraception idéale doit être une méthode efficace, réversible, et sans effets indésirables. On juge l'efficacité de la contraception à travers l'indice de Pearl : c'est l'indice théorique égal au pourcentage de grossesses survenue sur un an d'utilisation d'une méthode de contraception, pour 100 femmes.

4.2.1 Les méthodes actuelles de contraception masculine.

- **L'abstinence**
- **Le retrait ou coït interrompu :**

Méthode connue depuis l'antiquité au moins. Elle n'est pas fiable : l'indice de Pearl s'étend entre 1 et 9 quand la méthode est bien respectée, mais en pratique l'indice s'élève à 20, c'est à dire qu'une femme sur 5 utilisant cette technique pendant un an risque de tomber enceinte.

- **Le préservatif :**

Méthode très ancienne, connue depuis l'antiquité au moins.

Correctement utilisé, son taux d'échec est à 2%, mais si il est mal utilisé il peut s'élever à 15%.

- **La vasectomie:**

La vasectomie a été découverte au 18^e siècle. On l'utilise aux USA depuis les années 60, elle est autorisée en France depuis 2001 seulement.

Ce n'est pas une méthode de contraception réversible mais une méthode de stérilisation. Elle ne concernait en 2005 que 1,2% des couples qui avaient besoin de contraception(22), 0,3% selon la HAS en 2011 (23), alors que ce chiffre s'élevait à 20% dans les pays anglo-saxons(23).

Intérêt de la vasectomie : moyen simple de contraception, peu coûteux, pas d'effets secondaires sur la santé, très efficace : indice de Pearl à 0,1 selon l'OMS en 2011.

4.2.2 La contraception hormonale masculine.

Le principe de cette contraception est de

- supprimer la LH et la FSH, qui sont des hormones hypophysaires qui régulent la fabrication des spermatozoïdes,
- inhiber la spermatogénèse en diminuant la testostérone intra testiculaire,
- substituer la testostérone circulante pour maintenir l'androgénicité(24).

L'objectif est d'obtenir une azoospermie ou oligozoospermie sévère en bloquant la spermatogénèse.

Elle ne bénéficie pas de l'Autorisation de Mise sur le Marché. En France, seuls 2 médecins andrologues hospitaliers la prescrivent. : le Docteur SOUFIR, de l'hôpital Cochin à Paris, et le Docteur MIEUSSET du CHU de Toulouse. Pourtant elle est connue depuis 30 ans, et a fait l'objet d'un protocole venant de l'OMS.

- **Les androgènes seuls.**

Les molécules utilisées sont l'énantate de testostérone ou undécanoate de testostérone, à des doses supra physiologiques. Elles existent depuis les années 70. L'injection se fait par voie intramusculaire, de façon hebdomadaire, ou par la prise de comprimés plusieurs fois par jour. L'indice de Pearl varie entre 0,8 et 1,4 (contre 0,3 pour les pilules oestroprogestative et progestative en théorie).

Dans les années 80 et 90 ces méthodes ont fait l'objet d'études multinationales multicentriques prouvant l'efficacité de cette contraception, l'une avec près de 400 hommes(25), l'autre avec près de 300 hommes (26).

Inconvénient: la voie d'administration est peu confortable : l'injection peut être douloureuse, la prise plusieurs fois par jour est contraignante.

- **Association d'androgènes et de progestatifs.**

Elle permet d'obtenir une meilleure efficacité que la testostérone seule, avec un délai d'action plus rapide. La testostérone s'applique en gel sur l'abdomen de l'homme, quotidiennement. Cette méthode est la plus efficace. Cependant depuis les années 80, période de la réalisation de ces études, certaines molécules ont disparu du marché, et il n'existe pas de dosage équivalent disponible (27).

- **Association d'androgènes avec un agoniste de la GnRH(28).**

La GnRH est une hormone hypothalamique. L'azoospermie est atteinte difficilement avec ce type de molécule, la méthode est donc peu fiable.

- **Association d'un antagoniste de la GnRH et androgènes.**

Très efficace mais nécessite des injections quotidiennes ou tous les 3 jours, et leur coût est très élevé.

- **Association d'oestrogènes (sous forme d'implant) et de testostérone injectable.**

Effets secondaires très gênants : entraîne une gynécomastie.

- **Les androgènes à action sélective SARM (Selective Androgen Receptor Modulator) :** ils ont en plus une action progestative, maintiennent les effets androgéniques positifs (fonction sexuelle, masse grasse, et action sur les os). Ils auraient moins d'effets secondaires que les autres méthodes hormonales, notamment sur le métabolisme lipidique et la prostate(28). Peu d'études ont été menées à ce sujet.

Effets secondaires des contraceptions hormonales :

- Prise de poids, acné, augmentation de la pilosité des partenaires féminines si la testostérone est utilisée en gel, hyper androgénie.
- Augmentation du risque cardio vasculaire : augmentation des LDL et diminution des HDL.
- Modifications de l'humeur et du comportement sexuel.
- Différence d'efficacité en fonction de l'origine ethnique : fonctionne mieux chez les asiatiques que chez les caucasiens.
- Nécessite de vérifier l'absence de cancer de la prostate qui est hormono-dépendant avant de débiter cette méthode (29).

4.2.3 Méthodes non hormonales agissant sur la spermatogénèse

- **La contraception masculine thermique.**

Elle est prescrite uniquement par le CHU de Toulouse. Elle est basée sur le principe qu'une augmentation de 1 ou 2 degrés de la température des testicules suffit à altérer la spermatogénèse. Dans son livre « la contraception masculine » (30) Roger Mieusset évoque 3 études portant sur 46 couples au total.

Plusieurs méthodes sont proposées : port d'un slip suspensoir, suspension des testicules par méthode chirurgicale : problème de confort, méthode efficace sur un petit nombre de patients, non testée dans une population plus large. Une autre technique basée sur l'augmentation de la chaleur testiculaire a été testée : elle consiste à prendre des bains chauds quotidiens, mais sa fiabilité n'a pas été évaluée.

Ces méthodes possèdent des caractéristiques requises pour une bonne contraception : pas d'interférence avec l'acte sexuel, pas d'intervention chirurgicale, ni hormonale, pas de passage systémique, réversibilité, pas d'effets secondaires systémiques, et faible coût. La seule interrogation est celle de l'intégrité du patrimoine génétique sur les spermatozoïdes en cas de survenue d'une grossesse sur une période de contraception.

- **Méthodes à base d'extraits de plantes.**

Le gossypol : extrait de l'huile de coton, il a une activité antistéroïdogénique. Cependant le rapport bénéfice/risque est défavorable avec un risque d'hypokaliémie, de faiblesse musculaire et d'azoospermie irréversible(31).

- **Immuno-contraception.**

Vaccins visant les hormones (FSH), ou visant les Antigènes spermatiques : des travaux sont en cours. Ce type de contraception présente un risque d'auto-immunité, de plus il existe une variabilité interindividuelle concernant le degré, la durée de la contraception et la réversibilité de celle-ci(31). Cela nécessite d'élaborer un schéma vaccinal.

4.2.4 Ces méthodes sont-elles fiables ?

De nombreuses études ont été menées pour chacune de ces méthodes contraceptives. Cependant aucune ne permet de tester l'efficacité au long cours, la faisabilité et l'acceptabilité de ces moyens contraceptifs. De plus, la durée de vie des spermatozoïdes étant de 2 mois, elles ne sont pas efficaces immédiatement car il faut attendre la fin d'un cycle de spermatogénèse avant qu'elle ne soit fiable.

4.3 Pourquoi la contraception masculine ne s'est elle pas développée ?

Au moment de la création de la loi Neuwirth, les scientifiques de l'époque pensaient que les cycles de la femme étaient plus proches de la nature que ceux des hommes, et donc qu'il était plus facile de les maîtriser. En effet, selon Nelly Oudshoorn, sociologue à l'université de Twente (Pays-Bas), l'intervention sur la spermatogénèse, qui nécessite de bloquer des millions de spermatozoïdes, paraissait plus compliquée que l'action sur le blocage de l'ovulation qui a lieu une fois par mois et produit un seul gamète(6). C'est pourquoi les méthodes féminines de contraception se sont davantage développées que les méthodes masculines. De plus, une étude de Brenda Spencer, psychosociologue spécialisée dans la prévention, réalisée en Angleterre montre qu'au moment de la création des planning

familiaux, les femmes étaient les premières visées, au détriment des hommes, car on manquait de centres, et que la contraception orale s'adressait aux femmes (32).

Dans un article intitulé « résistances aux contraceptions masculines médicalisées », Cyril Desjeux évoque plusieurs obstacles au développement des méthodes masculines de contraception (33) :

- Les médias : ils diffusent une image négative de la contraception masculine, tendance à ironiser sur la méthode thermique.
- La peur des effets secondaires, la douleur dans le cas d'une injection.
- Le manque d'information des médecins.
- Le manque d'information des usagers qui ne savent pas où se renseigner pour obtenir une contraception masculine.
- L'absence de l'Autorisation de Mise sur le Marché, ce qui freine la prescription(33) d'un point de vue médico-légal.
- La peur de la part de certains mouvements féministes que les hommes reprennent le pouvoir sur la fécondité des femmes.
- Les facteurs culturels psychosociaux : l'acceptabilité de la norme contraceptive, la confiance de la part des femmes envers leur partenaire (vont ils oublier des prises ?) ou des hommes en eux mêmes(34), la peur de la part des hommes de perdre leur virilité en perdant leur propre « pouvoir fécondant »(35). Dans un article sur la contraception masculine médicalisée Nikos Kalampalakis, professeur en psychologie sociale, dit que celle-ci est souvent envisagée comme une « atteinte à la virilité puissance ». Il précise qu'elle est souvent associée à une image négative, laissant penser qu'elle affaiblit l'homme. « En effet, la notion de virilité réfère aussi bien à un statut social que l'homme doit défendre face à ses pairs, ses partenaires ou au sein de sa famille, qu'au statut biologique qui s'affirme à travers le pouvoir fécondant et le rôle de géniteur »(35) .
- La nécessité du port du préservatif pour la prévention des IST, qui a retardé le besoin de contraception masculine nouvelle, puisque le préservatif a le double usage : prévention des IST et contraception.
- Le budget : en 1999, seulement 6 % du budget mondial réservé aux méthodes contraceptives globales étaient dédiés à la recherche de méthodes masculines(32). Les laboratoires n'investissent pas, par peur qu'il y ait peu de demandes. De plus, ils craignent de faire de la concurrence à la contraception féminine qui est source de profit. En effet si une molécule utilisée comme contraceptif masculin a une longue durée d'action, et en plus est peu chère, cela peut faire diminuer la vente de la contraception féminine, notamment la pilule(33).

5 Les sources d'information sur la contraception.

Etant donné qu'en matière de sexualité on ne peut pas déterminer une « norme », le terme « d'éducation sexuelle » n'est pas adapté, et devrait être abandonné, selon Israel Nisand, au profit de celui d' « information sur la sexualité »(36).

5.1 L'école.

Le terme d'éducation sexuelle date en France de 1918. Trois catégories de personnes ont contribué à la diffusion des informations: les prêtres pour empêcher l'usage des méthodes contraceptives, les médecins pour prévenir les infections sexuellement transmissibles, et les féministes pour protéger les femmes des violences et des grossesses non désirées (37).

Dans son livre « sociologie de la sexualité » M. Bozon explique que: « dans les pays anglo-saxons, au tout début du 20^e siècle, les premiers manuels d'éducation sexuelle aidaient les maris à enseigner l'art de l'amour à leur femme, qui étaient censées l'ignorer.(...) De l'éducation des épouses, on a peu à peu glissé à la préoccupation de celle des adolescents »(5). La circulaire Fontanet en 1973, est destinée aux chefs d'établissement, et elle fait entrer pour la première fois l'information et l'éducation sexuelle à l'école. Les élèves ont eu alors accès à des explications scientifiques concernant la biologie de la reproduction.

Ainsi, « les projets d'éducation sexuelle sont destinés à compléter, ou dans les cas extrêmes à s'opposer à certaines informations et attitudes spontanées ou familiales en matière de sexualité»(5).L'intérêt de viser les jeunes est qu'ils puissent bénéficier d'informations au moment où ils débute leur sexualité, et cela leur servira tout le long de leur vie(38).

Dans les années 80 l'apparition de l'épidémie du SIDA a intensifié les programmes de prévention. En 1987, le sida a été inscrit dans les programmes de biologie avec 8 heures de cours sur la reproduction en 4^e, 3^e, CAP, BEP. Les équipes éducatives sont devenues pluridisciplinaires : elles regroupaient des enseignants, des personnes du domaine médico social...

Puis en 2001, la loi Guigou impose qu'une « information et une éducation à la sexualité soient dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène».

L'intérêt de l'éducation sexuelle c'est d'intégrer les dimensions sociales, éthiques, psychologiques et affectives(37).« Elle a pour objectif la formation équilibrée de la personnalité et un apprentissage des relations, selon un principe d'égalité et de responsabilité dans les rapports entre les sexes; elle inclut une information recommandant l'usage de la contraception et de moyens de prévention du sida et des IST » (5).

Aux Etats Unis, la tendance dans certaines écoles est de prôner l'abstinence et de critiquer le manque de fiabilité des moyens contraceptifs et de prévention des IST, la sexualité étant envisagée comme un risque. Les études montrent que les élèves qui assistent à ces enseignements ne débute pas plus tard leur activité sexuelle que ceux qui bénéficient d'une éducation plus ouverte. De plus ils utilisent moins de moyens contraceptifs que les autres car ils n'en connaissent pas l'efficacité. Ce type d'enseignement ne permet donc pas de diminuer le nombre de grossesses non désirées(39).

En Suisse et aux Pays-Bas les enseignements sexuels débute au plus jeune âge. En 2009, les taux d'IVG chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans dans ces 2 pays était respectivement, de 5 et 7 pour mille, alors qu'aux Etats Unis il s'élevait à 19 pour mille(38). Ceci démontre l'importance de délivrer une information de qualité, en intégrant une dimension positive à la sexualité, la dissuasion étant une mauvaise manière d'aborder le sujet.

5.2 Les médias.

A la manière des politiques de prévention contre les IST, notamment celle du SIDA, des messages informatifs sont diffusés afin d'informer le public sur les différents moyens de contraception. En 2007, l'INPES et le ministère de la Santé ont diffusé des spots publicitaires avec le slogan « la meilleure contraception c'est celle que je choisis ».

Plusieurs moyens sont utilisés :

- Des campagnes télévisuelles et radiophoniques utilisant l'humour. En 2009 afin de tenter de responsabiliser les hommes dans la contraception. Le slogan de cette campagne était « faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? » Le public visé concernait les hommes de 18 à 30 ans(40) .
- Les téléphones mobiles : en 2008 l'INPES a envoyé 300 000 SMS à des jeunes de 16 à 25 ans pour promouvoir un site dédié à la contraception (41).
- Des chroniques radiophoniques sur des radios dédiées aux jeunes.
- Distribution de guides notamment « questions d'ados » diffusé à 1,5 millions d'exemplaires en 2008.

5.3 La famille.

Chez les jeunes, les parents peuvent être une source d'information intéressante, car ce sont les premiers éducateurs de leur enfant, mais à condition que leurs conseils ne soient pas trop prohibitifs (38), car la prohibition n'empêche pas les conduites à risque. Des associations comme le planning familial organisent des journées destinées aux adultes, afin de leur communiquer des informations sur la contraception, mais ces journées sont très peu développées par manque de moyen.

5.4 Les professionnels de santé.

- Le médecin traitant, le gynécologue
- Les centres de planification et d'éducation familiale
- Les sages femmes: elles ont la compétence pour prescrire une contraception depuis la loi du 21 juillet 2009
- Les pharmaciens
- Les infirmières scolaires : elles ont la possibilité d'administrer la contraception d'urgence
- Les conseillères conjugales qui dépendent des EICCF(Etablissement d'Information, de Consultation et de Conseil Familial)

6 Objectifs de l'étude.

Décrire l'implication des hommes dans la contraception.

Connaître leurs sentiments et attitudes vis-à-vis de l'IVG de leur compagne.

Comparer ces résultats avec la thèse de Damien Mauillon « la place des hommes dans l'IVG » (42) datant de 2003 et une enquête de l'ANCIC (19) « Enquête sur le rapport des hommes à l'IVG » datant de 2010-2011.

II. METHODES

1 Type d'enquête.

Il s'agit d'une enquête descriptive, effectuée par auto-questionnaire.

2 Modalités de réalisation de l'enquête.

L'IVG se déroule en 3 étapes:

- La première consultation pour la demande de l'IVG, avec une rencontre non obligatoire pour les majeures avec une conseillère conjugale ou psychologue. Ensuite la patiente rencontre un médecin pour la datation de la grossesse. Il existe un délai de réflexion d'une semaine à partir de la demande, qui peut être réduit à 48 heures en cas de terme limite.
- Puis, après confirmation de la décision, réalisation de l'IVG. Utilisation de la méthode médicamenteuse ou par aspiration selon le terme de la grossesse et le choix de la femme.
- Enfin la consultation de contrôle, 3 semaines après l'IVG, permettant de refaire le point sur la contraception, et de vérifier l'absence de complication suite à l'interruption de grossesse.

L'enquête s'est déroulée en 2 temps :

- Un premier questionnaire était destiné à toutes les femmes (correspondant aux critères d'inclusion), afin de savoir si elles avaient informé leur partenaire, et si dans ce cas elles acceptaient de lui transmettre l'enquête (qu'il soit présent sur place ou à son domicile). Ce questionnaire était distribué lors de la première consultation.
- Le deuxième questionnaire était destiné aux hommes.

3 Le questionnaire.

Points communs des 2 questionnaires :

- Les premières lignes comportaient une présentation succincte de l'objectif de l'enquête, ainsi que la mention du respect de l'anonymat.
- Chaque questionnaire était numéroté et le numéro était suivi des abréviations CHU ou JV pour différencier l'origine de chacun.

3.1 Particularités de chaque questionnaire

- Le questionnaire destiné aux femmes comportait seulement 4 questions(leur âge, celui de leur partenaire, l'autorisation ou non de transmettre le questionnaire à leur partenaire, et le motif de refus si c'était le cas).
- Le questionnaire destiné aux hommes comprenait une trentaine de questions :
 - Première partie : leur situation personnelle.
 - Deuxième partie : questions en rapport avec la contraception.

- Troisième partie : situation vis à vis de l'IVG.

Le questionnaire comprenait des questions fermées avec des réponses uniques, ou à choix multiple, et quelques questions ouvertes.

Il a été réalisé à partir de 2 enquêtes, dont certaines questions ont été reprises :

- L'enquête de l'ANCIC "enquête sur le rapport des hommes à l'IVG" réalisée en 2010(19).
- La thèse de Damien MAUILLON, réalisée en 2003 au centre d'IVG de Angers, intitulée « la place de l'homme dans l'IVG : à propos d'hommes concernés par une grossesse non prévue »(42).

3.2 Critères d'inclusion.

- Toutes les femmes qui consultaient dans le cadre d'une IVG.
Critères d'exclusion : les femmes mineures ou qui ne parlaient pas le français.
- Tous les hommes dont les partenaires, qui ont interrompu leur grossesse, ont accepté de leur transmettre le questionnaire.
Critères d'exclusion : les hommes mineurs, les hommes dont les partenaires étaient mineures, et ceux qui ne parlaient pas français.

4 Lieux de l'enquête.

Le questionnaire a été distribué dans 2 centres d'IVG à Nantes :

- le centre Simone VEIL dépendant du CHU à Nantes,
- et le centre Clotilde VAUTIER, situé dans les locaux de la clinique Jules Verne à Nantes.

Ils comprennent chacun un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et un centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG).

- Le centre Simone Veil :

Il est dirigé par le Dr Bernard MESLE, médecin généraliste, et une cadre sage-femme.

Il comprend : 15 médecins généralistes, 1 sage-femme qui est aussi conseillère conjugale et familiale, 4 conseillères conjugales et familiales, 4 secrétaires, 3 infirmières, 1 Aide-soignante, 1 agent de service hospitalier, et une assistante sociale à temps partiel.

Chaque mois sont réalisés en moyenne 150 à 200 IVG.

- Le centre Clotilde Vautier

Il est dirigé par le Dr Philippe DAVID, gynécologue obstétricien, et une cadre sage-femme.

Il est composé de 5 médecins généralistes, 3 gynécologues – obstétriciens, 1 gynécologue médicale, 3 sages-femmes, 1 secrétaire, 1 aide soignante, 3 conseillères conjugales et familiales.

50 à 60 IVG en moyenne y sont effectués chaque mois.

En sachant que la précédente enquête de l'ANCIC sur les hommes et l'IVG (19) a constaté qu'une femme sur 5 était accompagnée de son conjoint, dans cette hypothèse nous pouvions espérer la présence d'environ 40 à 50 hommes par mois en incluant les 2 centres.

5 Distribution du questionnaire.

- Au Centre Simone Veil :

L'enquête s'est déroulée après accord du Docteur Mesle, qui est aussi le directeur de cette thèse.

Au CHU, toutes les femmes qui font une demande d'IVG sont accueillies par une conseillère conjugale. Elles sont toujours reçues seules d'abord, puis si le conjoint le souhaite, elles s'entretiennent avec lui en second temps.

Avant de réaliser l'enquête, j'ai rencontré individuellement chacune des 5 conseillères conjugales du CHU afin de discuter avec elles des modalités de réalisation de l'étude. Le sujet étant intime, nous avons décidé que le questionnaire serait proposé par les conseillères d'abord aux femmes à la fin de l'entretien, et si elles l'acceptaient elles pouvaient le donner à leur partenaire. Le retour pouvait se faire par voie postale avec des enveloppes pré-timbrées (20 enveloppes étaient à disposition), ou directement dans l'urne présente au secrétariat.

- Au centre Clotilde Vautier :

J'ai d'abord rencontré le docteur David chef du service, afin d'obtenir son autorisation pour mener l'enquête. Puis j'ai expliqué les modalités à la cadre du service. Environ 50% des femmes consultant pour une IVG sont reçues par une conseillère, d'abord seules. Le partenaire est reçu en second temps si il le souhaite. Le questionnaire était distribué uniquement par les conseillères.

Dans ce centre, il a été décidé de ne pas utiliser d'enveloppes timbrées pour le retour, car les précédentes études réalisées dans le service utilisant ce moyen n'ont pas été concluantes. Les questionnaires ont donc uniquement été donnés aux hommes présents sur place, ou transmis à leur domicile par leur partenaire.

Une urne fermée était à disposition pour récupérer les questionnaires.

Une à 2 visites mensuelles ont été effectuées dans les 2 centres afin de récupérer les questionnaires et de rencontrer les équipes qui participaient à l'enquête.

6 Période de l'étude.

De mai à septembre 2013.

7 Saisie des données.

Les données ont été saisies et traitées avec Excel.

III. RESULTATS.

1 Effectif total.

22 questionnaires destinés aux hommes et 22 questionnaires destinés aux femmes ont été remplis au total entre les 2 centres.

- Au Centre Simone Veil :
629 IVG ont été réalisées pendant cette période, dont 83 chez des mineures.
20 enveloppes timbrées étaient placées avec les questionnaires.
- Au centre Clotilde Vautier :
235 IVG ont eu lieu pendant cette période, dont 17 chez des mineures
Il n'y avait pas d'enveloppe pré timbrée, les hommes rendaient donc le questionnaire immédiatement après y avoir répondu sur place, ou lors de la consultation suivante.

Tableau 1. Taux de réponse comparé au nombre d'IVG effectuées sur cette période.

	Centre Simone Veil		Centre Clotilde Vautier	
Nombre d'IVG chez les majeures	546		218	
Questionnaires	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Nombre de questionnaires manquants	18	22	21	23
Nombre de questionnaire rendus	11	14	11	8

Au CHU, sur les 20 enveloppes à disposition, seules 2 enveloppes sont revenues par voie postale, 12 ont été perdues, 6 n'ont pas été utilisées.

2 Caractéristiques de la population.

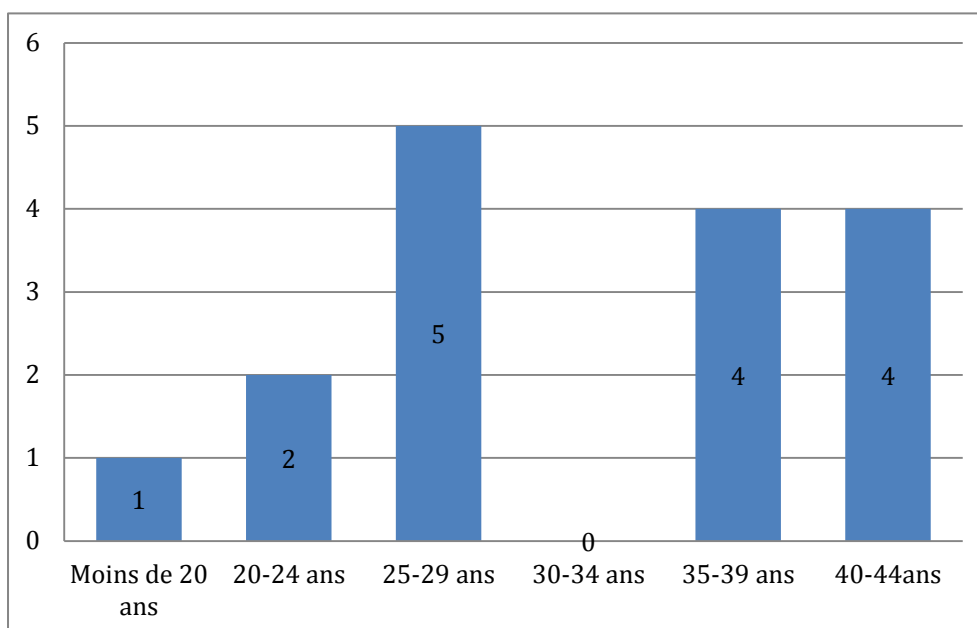
2.1 Age des participantes.

Sur les 22 questionnaires, une seule femme n'a pas donné son âge. La fourchette d'âge des participantes s'étend de 22 à 42 ans. L'âge moyen est de 31 ans. Une seule femme sur les 22 répondantes n'a pas informé son partenaire de l'IVG, car ils étaient séparés.

2.2 Age des participants.

16 hommes seulement ont donné leur âge qui s'étendait entre 18 à 42 ans.
La moyenne d'âge était de 32 ans.

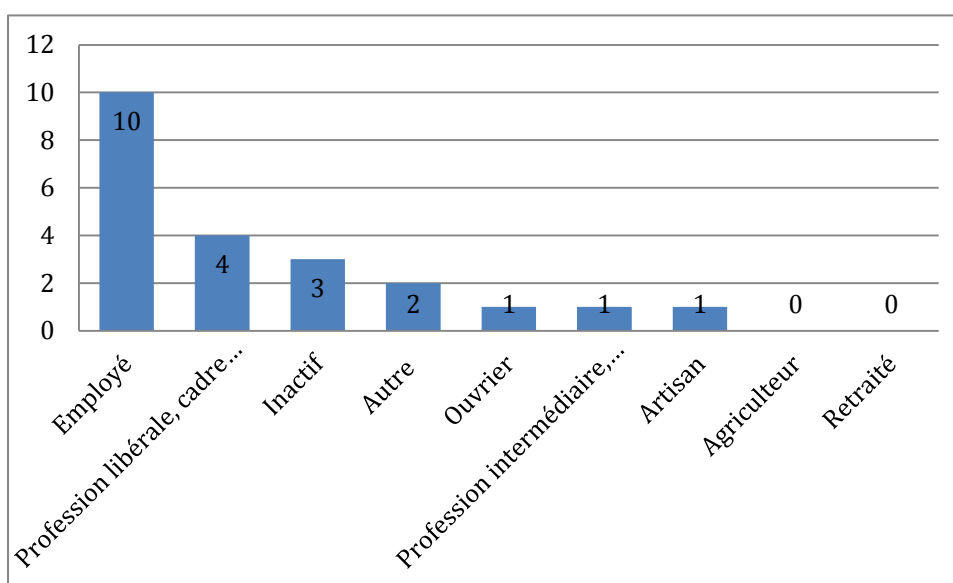
Figure 1. Répartition en fonction de l'âge.



2.3 Catégorie socio-professionnelle.

La catégorie socio professionnelle prédominante était celle des employés représentée par 10 hommes soit 45 % des participants.

Figure 2. Répartition des participants en fonction de leur catégorie socio-professionnelle.



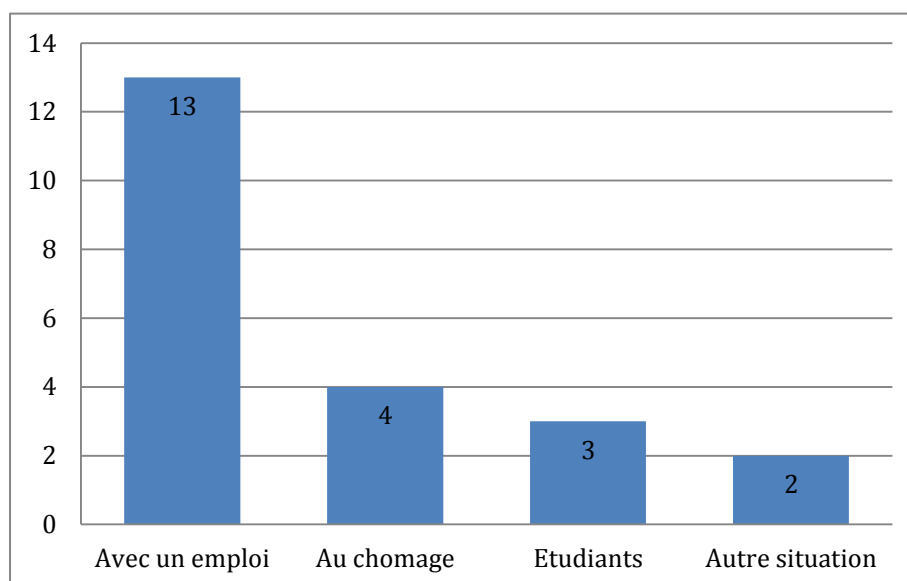
2 hommes ont coché « autre » sans préciser.

2.4 Situation vis à vis de l'emploi.

13 participants, soit 59% avaient un emploi.

2 avaient une autre situation qu'ils n'ont pas précisée.

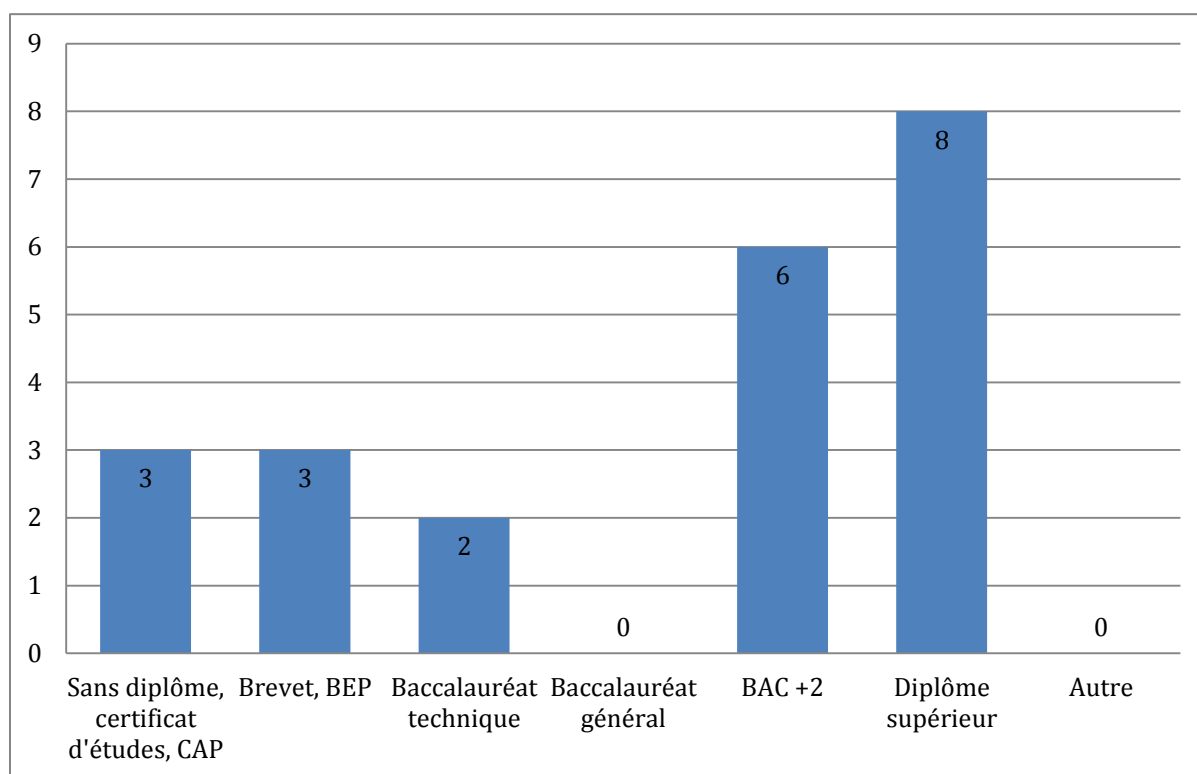
Figure 3. Catégorie socio-professionnelle.



2.5 Niveau d'étude.

Plus de la moitié des participants avait au minimum un niveau bac plus 2.

Figure 4. Répartition du niveau d'étude des participants.



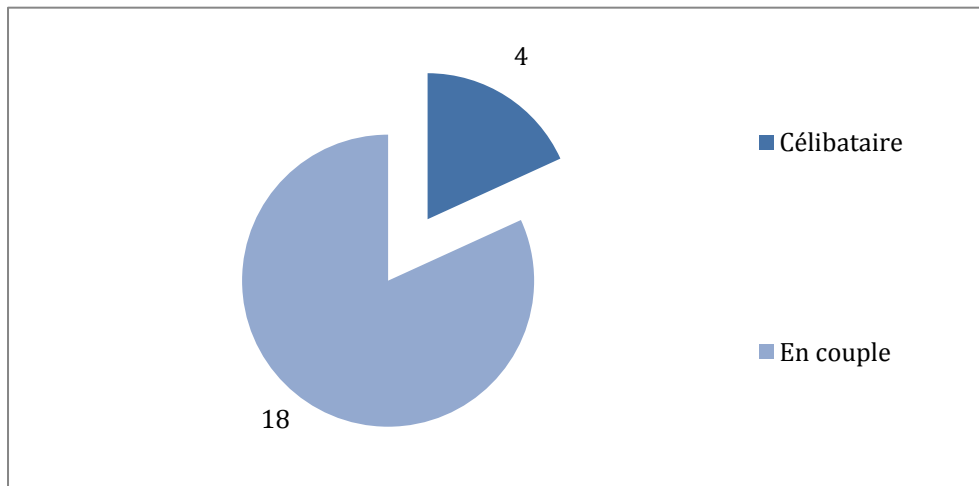
2.6 Situation personnelle.

Plus des $\frac{3}{4}$ des participants étaient en couple.

4 hommes se sont déclarés célibataires dont un ajoutait ensuite qu'il était en couple instable.

Seuls 2 hommes étaient en couple recomposé. Deux hommes en couple n'avaient pas précisé si leur partenaire avait des enfants.

Figure 5. Situation personnelle.



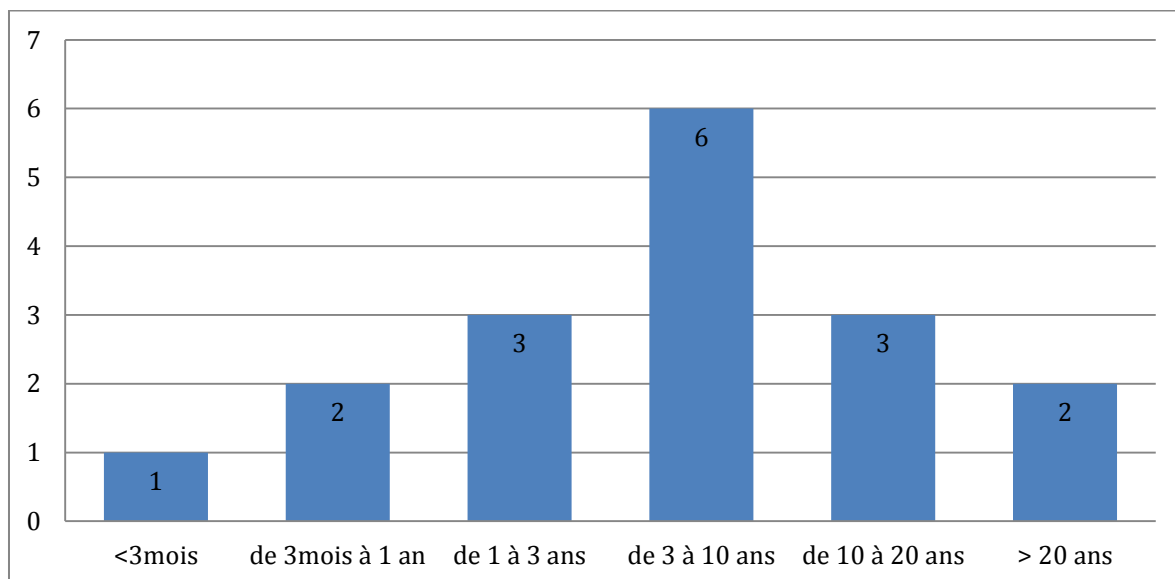
2.6.1 Durée du couple.

17 hommes ont répondu, 1 homme en couple n'a pas donné de réponse.

Le plus jeune couple existait depuis 2 mois, le plus ancien depuis 22 ans.

La majorité des hommes était en couple depuis plus de 3 ans.

Figure 6. Ancienneté de la relation.

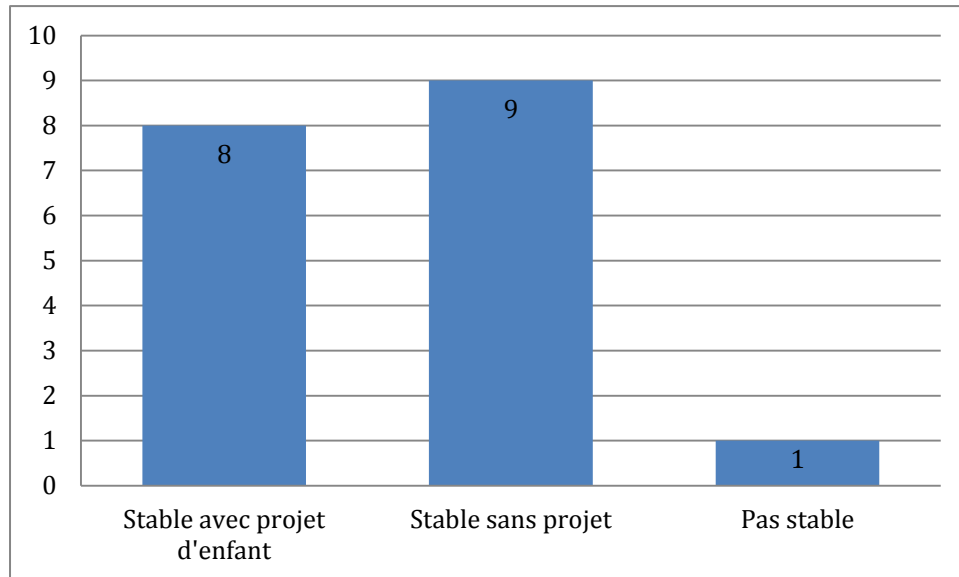


2.6.2 Stabilité du couple.

18 réponses : 1 seul homme s'était considéré en couple pas stable, il avait déclaré précédemment qu'il était célibataire.

Un homme en couple n'a pas répondu à la question.

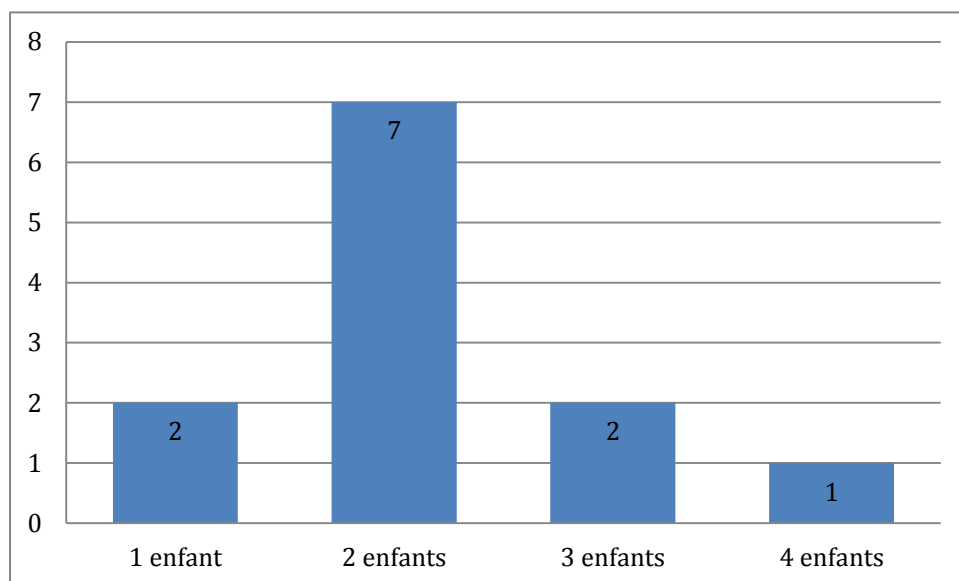
Figure 7. Stabilité des couples.



2.7 Nombre d'enfants.

12 hommes avaient leurs propres enfants. Parmi ces hommes : 2 vivaient avec une femme qui avait déjà des enfants d'une relation antérieure (une femme avait un enfant, l'autre en avait 2). La majorité des pères avait 2 enfants.

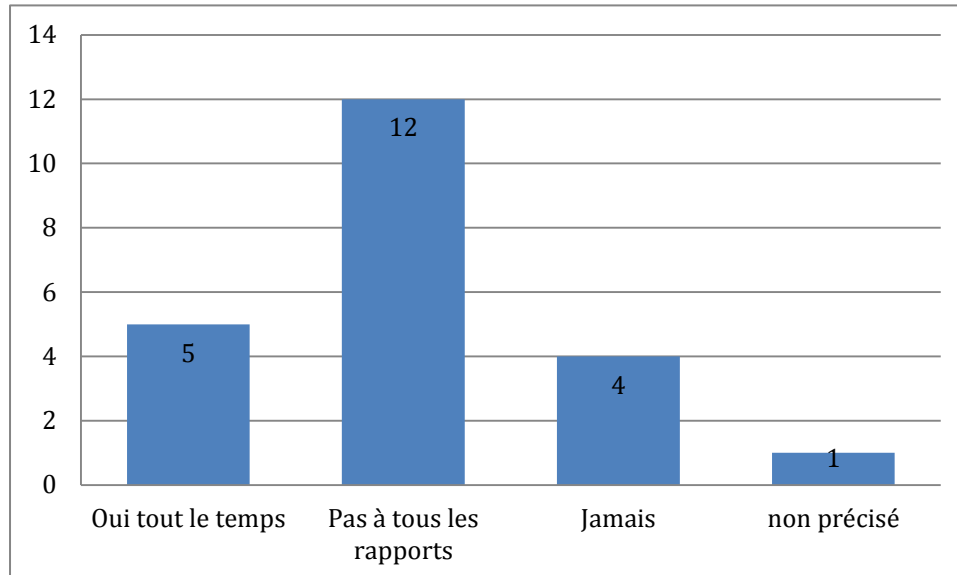
Figure 8. Répartition des hommes en fonction du nombre d'enfants.



3 Implication dans la contraception.

3.1 Usage de la contraception

Figure 9. Contraception durant les 3 mois précédant la grossesse.



- 12 hommes, dont 2 étaient célibataires, n'utilisaient pas de contraception à tous les rapports :
 - 5 utilisaient le préservatif.
 - Un homme avait une partenaire qui utilisait la pilule.
 - Un homme utilisait la méthode « naturelle » ou le préservatif.
 - 5 hommes n'ont pas précisé leur méthode.
- 5 hommes, dont un était célibataire, utilisaient tout le temps une contraception :
 - 4 hommes avaient une compagne qui utilisait la pilule.
 - Un homme n'a pas précisé.
- Un homme n'a pas répondu à la question sur la fréquence mais sa partenaire utilisait la pilule.
- Parmi les 4 hommes qui n'utilisaient jamais de contraception :
 - Un homme était célibataire.
 - 2 autres étaient en couple depuis 2 et 4 mois.
 - Un homme était en couple depuis 22 ans.

A peine un quart des participants utilisait une contraception tout le temps.
6 hommes sur 22 n'ont pas précisé leur méthode contraceptive.

3.2 Intérêt pour la contraception.

3 hommes soit 14% des répondants ne se sentaient pas concernés par la contraception.

Parmi eux :

- 2 considéraient que c'était une affaire de femme. Leur partenaire utilisait tout le temps la pilule. Un homme était âgé de 38 ans, en couple depuis 9 ans, l'autre n'avait précisé ni son âge, ni la durée de son couple.
- et un homme n'a pas précisé pourquoi il ne se sentait pas concerné. Il avait 18 ans, n'utilisait jamais de contraception, et était en couple depuis 4 mois.

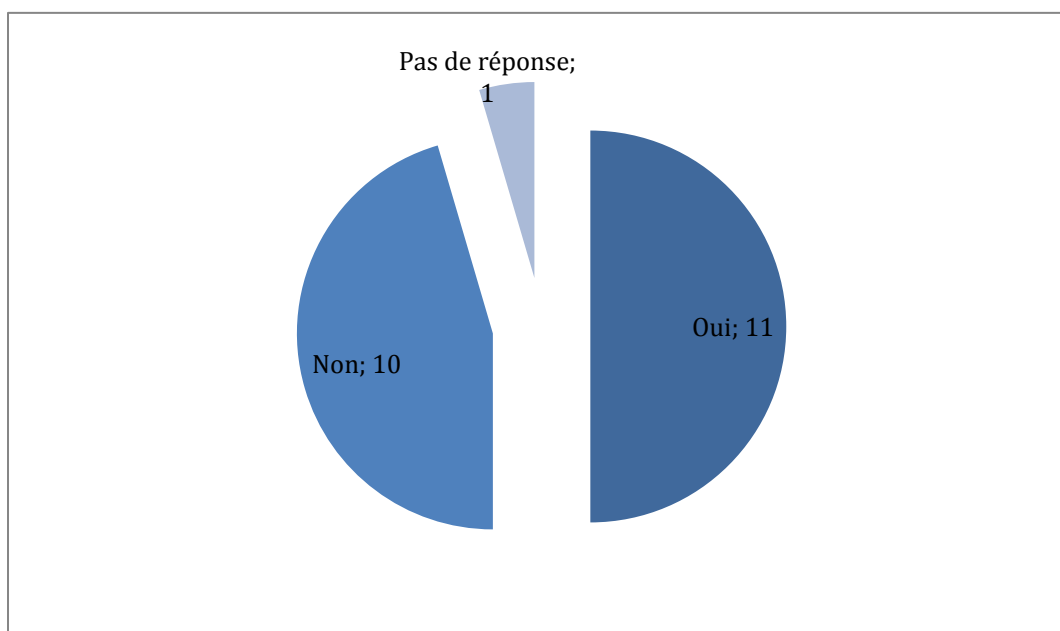
Les 19 autres hommes se sentaient tous concernés par ce sujet. Parmi eux, un homme a répondu qu'il s'est senti concerné depuis l'IVG. Durant les 3 mois précédents la grossesse :

- 12 de ces hommes n'utilisaient pas de contraception à tous les rapports, dont 6 utilisaient le préservatif (les 6 autres n'avaient pas précisé),
- 3 n'en utilisaient jamais,
- 3 hommes avaient une partenaire qui utilisait tout le temps la pilule,
- et un homme avait une partenaire qui prenait la pilule et n'avait pas précisé la fréquence.

3.3 Participation financière à la contraception.

- 11 hommes, soit 50%, ont participé financièrement à la contraception.
 - 8 déclaraient que c'était de leur initiative.
 - Un seul a dit que c'était à la demande de sa partenaire.
 - 2 n'ont pas précisé qui a proposé cette participation financière.

Figure 10. Participation financière à la contraception.



3.4 Perceptions du préservatif.

21 hommes ont répondu qu'il avait les 2 usages.

Un seul a dit qu'il l'utilisait comme un moyen de contraception seulement. Il s'agissait d'un homme en couple depuis 20 ans, qui utilisait une méthode contraceptive naturelle (préservatif en fonction des cycles).

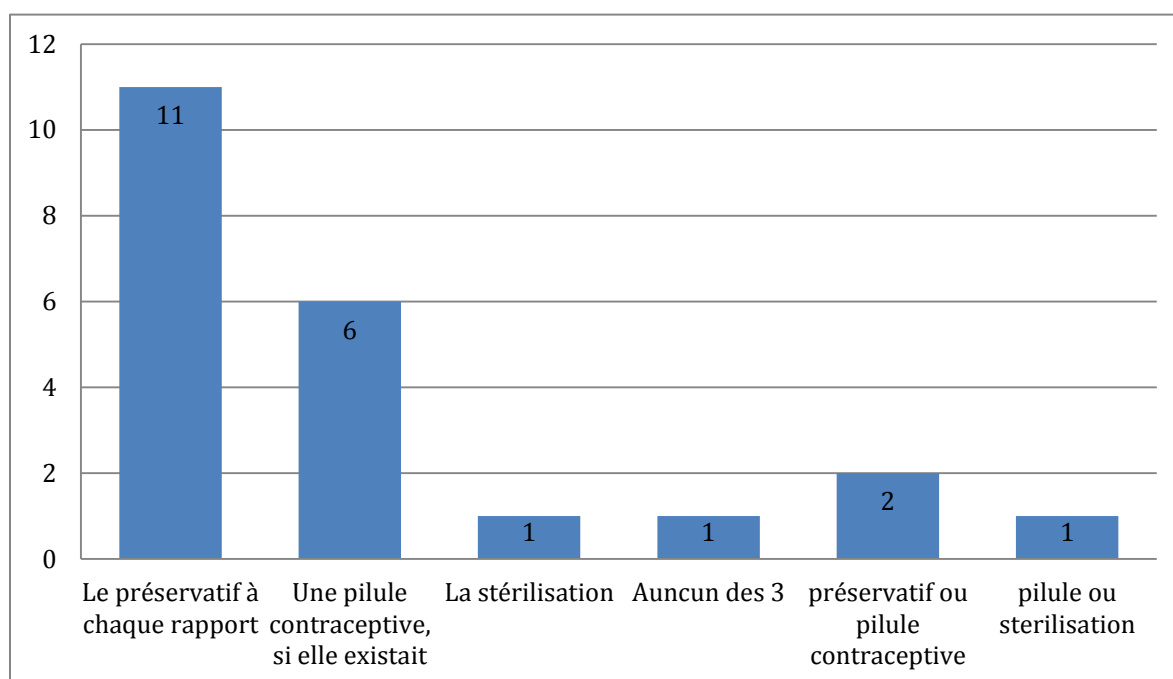
3.5 Quelle contraception masculine auraient-ils accepté d'utiliser si leur partenaire n'avait pas pu assurer la contraception ?

La mention « une seule réponse » figurait à la fin de la question, cependant 3 hommes ont donné 2 réponses. 22 hommes y ont répondu.

Un seul homme aurait refusé d'utiliser un moyen de contraception masculin, car il avait peur de l'oublier (dans le cas d'une pilule par exemple).

21 hommes auraient accepté une méthode masculine.

Figure 11. Moyen de contraception masculin accepté si la partenaire n'avait pas assuré la contraception.



La majorité des hommes aurait préféré utiliser le préservatif.

2 hommes auraient accepté de réaliser une vasectomie :

- Un homme était étudiant en couple depuis 2 ans, il n'avait pas d'enfant, cependant il a noté qu'il en voulait plus tard. Il n'a pas précisé son âge.
- L'autre homme était âgé de 42 ans, en couple depuis 22 ans, et ne souhaitait pas avoir d'enfant plus tard.

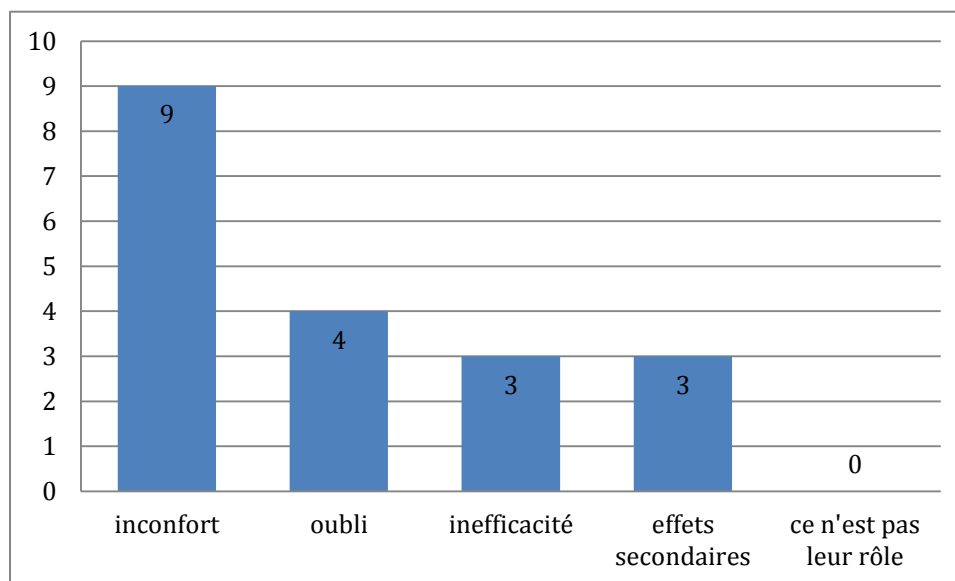
3.6 Pourquoi auraient-ils refusé d'utiliser une contraception masculine ?

A la question précédente, un seul homme avait dit qu'il refusait d'utiliser tout moyen de contraception masculine. Il avait précisé qu'il avait peur de l'oublier (dans le cas d'une pilule par exemple).

Cependant 12 autres hommes qui auraient accepté d'assurer la contraception masculine ont répondu à cette question, certains ayant plusieurs réticences.

Il s'agissait d'une question à choix multiples.

Figure 12. Réticences à l'utilisation d'une contraception masculine.



La majorité des répondants ne souhaitait pas assurer la contraception masculine car ils ne voulaient pas que cela génère de l'inconfort.

3.7 Connaissance concernant les différents moyens de contraception.

15 hommes ont estimé qu'ils avaient des connaissances dans ce domaine.

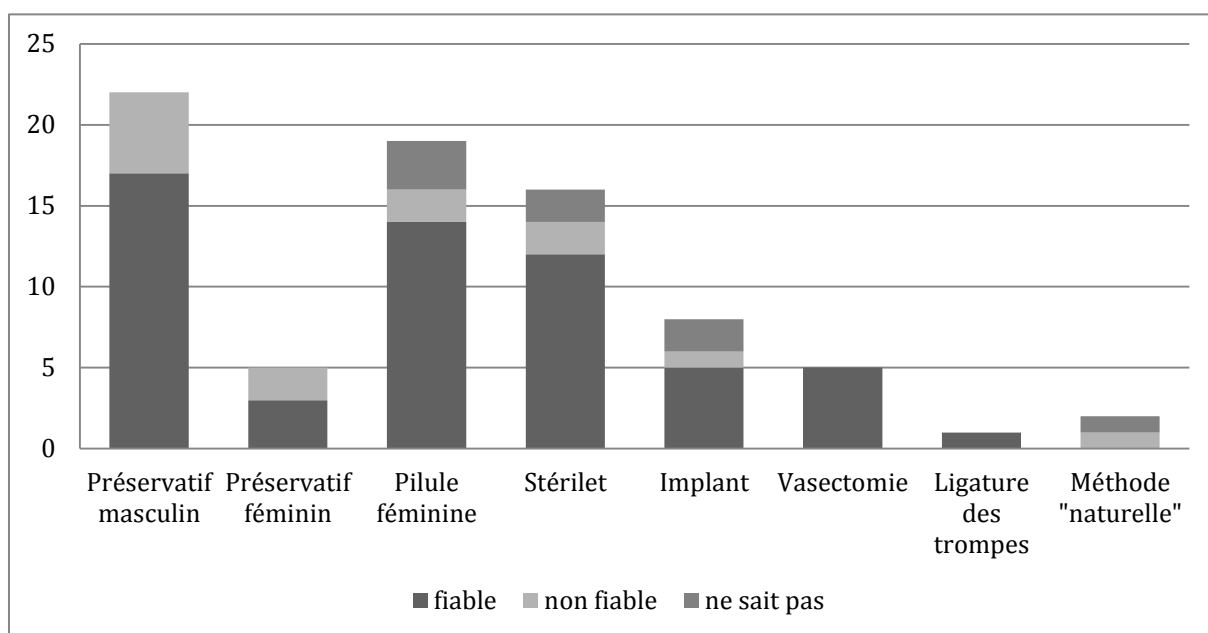
4 hommes ont dit qu'ils ne s'y connaissaient pas.

3 hommes n'ont pas répondu.

Les 3 méthodes les plus citées étaient dans l'ordre : le préservatif, la pilule et le stérilet.

Il s'agissait d'une question ouverte.

Figure 13. Méthodes contraceptives connues et connaissances sur leur fiabilité.

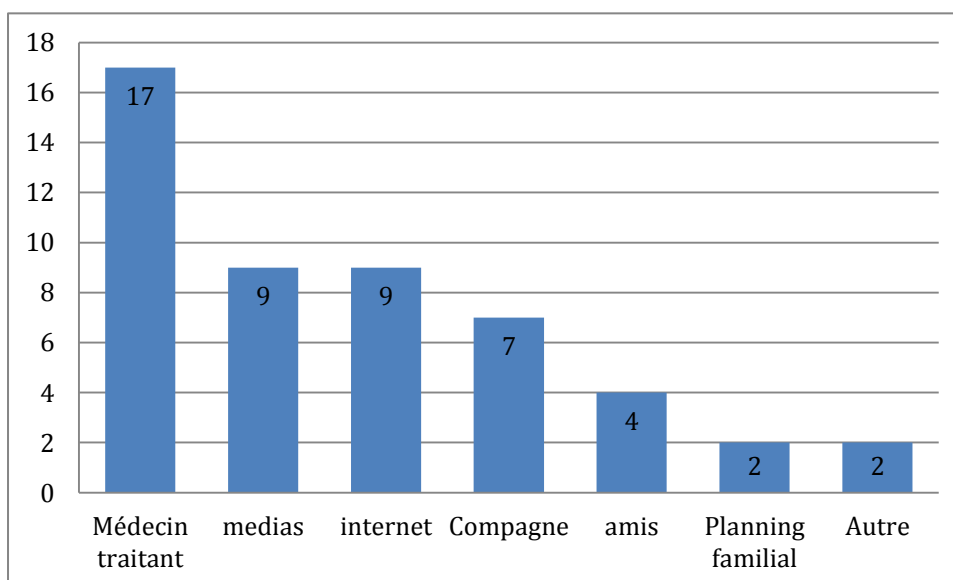


3.8 Par qui souhaitent ils être informés ?

22 hommes y ont répondu.

Il s'agissait d'une question à choix multiples.

Figure 14. Source d'information souhaitée sur la contraception.



La majorité des participants aurait souhaité être informée par le médecin traitant, puis par les médias et internet.

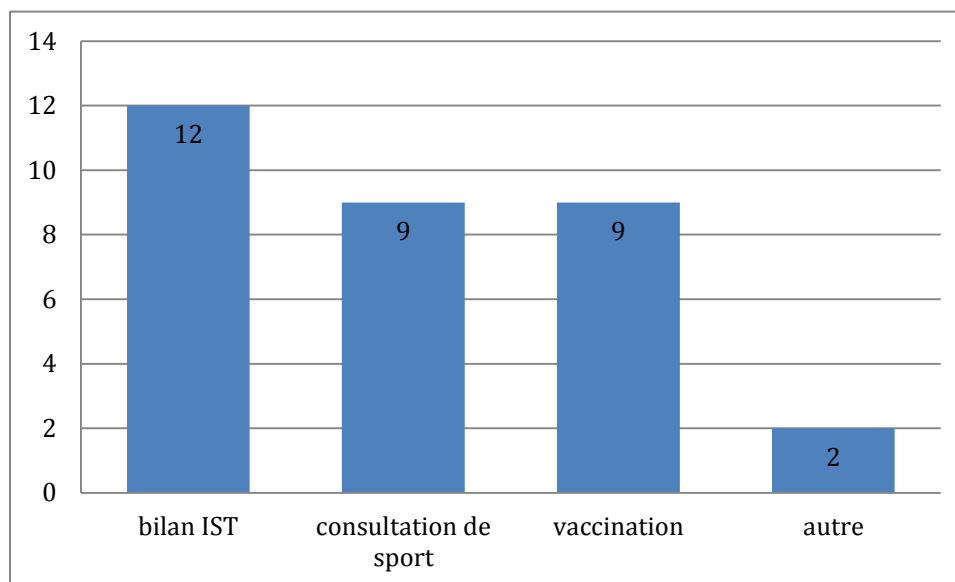
Autre : un homme a répondu qu'il souhaitait avoir des infos avec des documents sans préciser, et un autre homme aurait préféré avoir des prospectus en salle d'attente.

3.9 Circonstances d'information par le médecin traitant.

19 hommes ont répondu (à la question précédente seuls 17 hommes souhaitaient être informés par le médecin traitant).

Il s'agissait d'une question à choix multiples.

Figure 15. Moment souhaité pour obtenir des informations par le médecin traitant.



Un homme n'a pas précisé pas les circonstances où il aurait souhaité avoir des informations. Un autre homme a demandé à être informé lors d'une IVG.

3.10 Enseignement de l'éducation sexuelle.

Tableau 2. Evaluation de l'enseignement reçu en éducation sexuelle.

	Non utile	Utile	Ne sait pas si c'était utile	Total
Oui je m'en souviens	3	3	0	6
Oui je ne m'en souviens pas	4	3	1	8
Non				8

On note qu'il y a des réponses incohérentes parmi ceux qui ne s'en souviennent pas, 3 ont dit que ça leur a été utile.

11 hommes ont eu cet enseignement uniquement au collège. Un homme en CAP et au collège, un autre au lycée professionnel et au collège. Un homme n'a pas précisé.

Parmi ceux qui ont dit qu'ils n'ont pas eu ce type d'enseignement, 5 avaient 25 ans et plus, les 3 autres n'ont pas précisé leur âge.

4 Implication dans l'IVG.

4.1 IVG antérieures.

6 hommes sur 22, soit 27%, ont déjà connu une IVG chez leur partenaire, dont 5 une seule fois. Un seul homme y a été confronté auparavant à 2 reprises.
Dans 4 cas sur 6 l'IVG précédente n'a pas entraîné de changement de contraception.

4.2 Décision d'interrompre la grossesse.

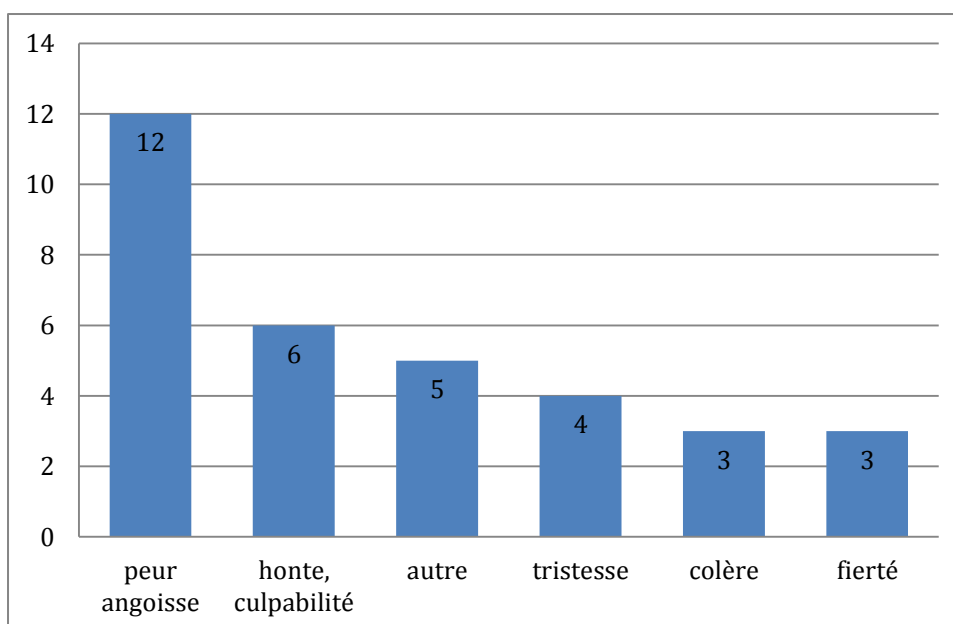
1 seul homme sur 22 a répondu que cette grossesse était prévue.
Concernant la décision de l'IVG,

- 21 hommes ont dit qu'ils étaient tout à fait d'accord avec la décision de leur partenaire.
- Un seul homme s'estimait assez d'accord. Le couple n'avait pas prévu la grossesse.

4.3 Sentiments à l'annonce de la grossesse.

- 15 hommes ont ressenti des sentiments uniquement négatifs.
- 1 homme a ressenti un sentiment uniquement positif, la fierté, il avait précisé que la grossesse était prévue mais qu'elle avait dû être interrompue pour raison médicale.
- 1 homme était ambivalent : il s'était senti à la fois fier et coupable.
- 5 ont répondu « autre » :
 - Un homme dit qu'il n'a rien ressenti, c'est le même homme qui a dit qu'il ne s'est pas senti soutenu par l'équipe et qu'il aurait aimé assister à la consultation.
 - Un autre a pris cela comme une surprise, en plus du sentiment de peur et angoisse.
 - Un autre comme une nouveauté, en plus de la fierté.
 - 2 n'ont pas précisé.

Figure 16. Sentiments à l'annonce de la grossesse.



Parmi les 3 hommes qui ont ressenti de la colère, 2 hommes n'utilisaient pas de contraception à tous les rapports, et un homme avait une partenaire qui utilisait tout le temps la pilule, ce dernier considérait que la contraception était une affaire de femme.

4.4 Confidences à propos de l'IVG.

Il s'agissait d'une question à choix multiples.

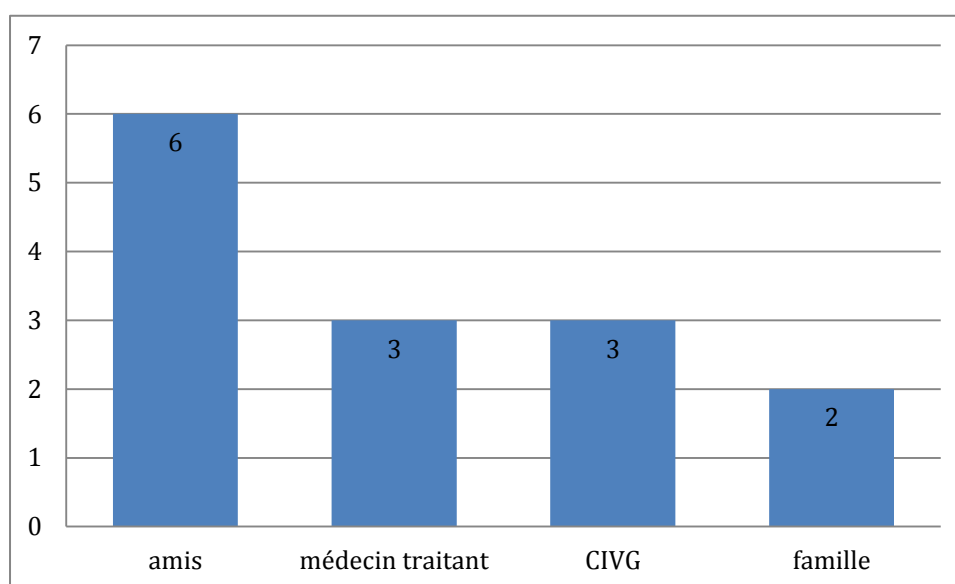
8 en ont discuté autour d'eux, et 14 n'en ont parlé à personne.

Les principaux confidents étaient leurs amis.

Sur les 6 hommes qui ont ressenti de la honte et de la culpabilité à l'annonce de la grossesse, 2 en ont discuté autour d'eux.

6 hommes sur les 12 qui ont ressenti de la peur et de l'angoisse n'en ont parlé à personne.

Figure 17. Les confidents des participants.



4.5 Présence le jour de l'IVG.

20 hommes étaient présents, et 2 n'ont pas pu venir car ils travaillaient.

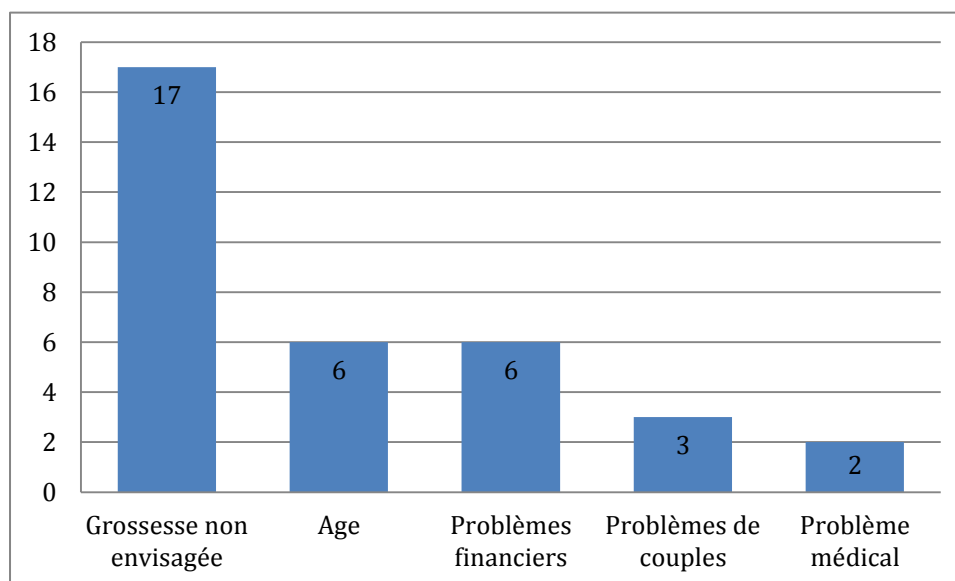
4.6 Se sont ils sentis soutenus par l'équipe ?

Parmi les 20 hommes présents, un seul homme ne s'est pas senti soutenu, il a précisé qu'il aurait aimé assister à l'examen médical de sa conjointe.

4.7 Raisons ayant conduit à la décision de l'IVG.

Il s'agissait d'une question à choix multiples. 20 hommes y ont répondu.
2 hommes ont cessé de remplir le questionnaire à partir de cette question.

Figure 18. Raisons ayant conduit à la décision de l'IVG.



Un des 2 hommes ayant répondu que la cause de l'IVG était un problème médical, est celui dont le couple avait prévu une grossesse. C'est l'unique raison de l'interruption de grossesse dans ce couple.

4.8 Raisons expliquant la survenue de la grossesse.

Absence de contraception : 14 hommes

Echec de contraception : 6 hommes

2 hommes n'ont pas répondu

4.8.1 Parmi les hommes qui n'avaient pas de contraception :

- 5 hommes n'utilisaient pas de contraception régulièrement car ils n'y avaient pas pensé. L'un d'eux a précisé en plus qu'il était mal informé, il n'utilisait jamais de contraception. Un autre homme a dit qu'il n'avait pas de contraception car il n'y avait pas pensé, cependant sa partenaire utilisait tout le temps la pilule durant les 3 derniers mois. Ceci n'est donc pas cohérent. Ces 6 hommes étaient tous en couple.
- Un homme a répondu qu'il était mal informé, il était célibataire et n'utilisait jamais de contraception.
- Un homme a répondu qu'il avait mal interprété le cycle menstruel, il utilisait le préservatif mais pas systématiquement.
- Un homme pensait qu'il était stérile, cependant utilisait le préservatif mais pas à tous les rapports.
- Un homme avait un projet d'enfant, cependant il utilisait une contraception mais pas à tous les rapports.
- 3 hommes ont dit qu'il s'agissait d'une autre raison : sans préciser.

- Un homme a coché qu'il n'avait pas de contraception, mais précise que le préservatif était défectueux. Sa réponse est donc incohérente.

Donc la majorité de ceux qui n'avaient pas de contraception manquaient de connaissance sur le sujet.

4.8.2 Parmi ceux dont la contraception n'a pas fonctionné :

- Un homme a précisé que sa partenaire venait de changer de pilule contraceptive. Elle utilisait une contraception tout le temps durant les 3 mois précédents la grossesse.
- Un autre a dit qu'il avait une contraception tout le temps. Il n'a pas précisé de quelle méthode il s'agissait. A cette question, il répond que la grossesse est survenue car il n'avait pas de contraception car il n'y avait pas pensé, et que sa contraception n'était pas efficace. Cette réponse est donc incohérente.
- 3 hommes ont dit que leur compagne avait oublié de prendre la pilule. Elle l'utilisait tout le temps durant les 3 mois précédents la grossesse.
- Un homme utilisait la méthode naturelle.

4.9 Conduite à tenir en cas de rapport à risque de grossesse

15 hommes y ont répondu :

- 12 ont parlé de la pilule du lendemain.
- 1 homme a évoqué la contraception d'urgence sans préciser de quoi il s'agit.
- 2 hommes ont indiqué qu'il fallait se rendre chez un médecin.

4.10 Modification de la contraception après l'IVG.

19 hommes y ont répondu.

16 hommes ont dit que cette IVG avait modifié leur contraception dans le couple :

- seuls 9 hommes ont précisé leur nouvelle contraception
 - 5 couples ont utilisé le stérilet comme nouveau moyen contraceptif. Parmi eux 3 hommes utilisaient le préservatif avant l'IVG, mais pas à tous les rapports. Les 2 autres n'ont pas précisé.
 - 4 couples ont choisi la pilule : parmi ces couples 2 n'utilisaient jamais de contraception, un utilisait le préservatif, un autre couple utilisait déjà la pilule mais avait décidé de garder ce moyen en évitant les oublis.
- 7 hommes ont dit qu'ils allaient modifier la contraception de leur couple mais n'ont pas précisé la nouvelle méthode choisie.
 - 2 de ces hommes étaient en couple depuis plus de 10 ans.
 - un homme était en couple mais n'avait pas précisé depuis quand.
 - 2 couples existaient depuis moins de 6 mois.
 - 2 hommes étaient célibataires.

3 hommes ont dit qu'ils n'auraient pas modifié leur contraception: ceux-ci avaient une partenaire qui utilisait la pilule.

- Un homme s'est dit satisfait de cette méthode.
- Un autre a dit que l'oubli ne se reproduirait plus.
- Pour le dernier homme la grossesse était survenue lors du changement de pilule.

4.11 Projet d'enfant plus tard.

20 hommes ont répondu à la question :

- 5 hommes ont dit qu'ils n'en avaient pas envie
 - 3 en avaient 2,
 - un en avait 4,
 - un n'en avait pas.
- 14 auraient souhaité en avoir plus tard.
 - 8 n'en avaient pas,
 - 1 homme avait un enfant,
 - 3 hommes avaient 2 enfants,
 - 2 hommes avaient 3 enfants.
- Un homme a précisé qu'il ne savait pas, il avait 2 enfants.

IV. DISCUSSION

1 Validité de l'étude.

1.1 Le choix de la méthode et ses limites.

Bien que certaines conférences internationales, notamment celle du Caire en 1994, se soient intéressées à l'implication de l'homme dans la planification familiale, les enquêtes dans ce domaine sont très rares, en particulier celles concernant les hommes dans l'IVG, qui n'ont inclus que quelques dizaines d'hommes par étude. Ainsi, aucune n'est généralisable à l'ensemble de la population masculine car elles sont toutes réalisées sur de petits échantillons, et fortement biaisées par le fait que les participants se sentaient concernés. Une enquête sur la population générale nécessiterait un financement afin de recruter une large population.

J'ai préféré faire une étude à partir d'un questionnaire car il me semblait difficile de réaliser des entretiens auprès d'hommes concernés par l'IVG, le sujet étant intime. Le questionnaire permet une certaine liberté dans le choix des réponses, et l'absence d'un sentiment de jugement face au regard de l'interlocuteur.

La thèse de Damien Mauillon en 2003 avait permis, sans budget, d'obtenir une cinquantaine de réponses, et l'enquête ANCIC, qui était financée, environ 150 réponses.

Ici, trois facteurs expliquent le taux faible de participation :

- Le questionnaire n'était pas distribué systématiquement par la secrétaire à toutes les femmes qui consultaient pour une demande d'IVG. Il était distribué par les conseillères conjugales, non impliquées directement dans l'enquête, à la fin de l'entretien.
- L'accès au partenaire de manière indirecte, par l'intermédiaire de sa compagne, a augmenté la difficulté de recrutements aux entretiens et aux consultations.
- Le questionnaire comportait beaucoup de questions.

Peut être que le nombre de réponses aurait été augmenté si le questionnaire avait été distribué par les secrétaires systématiquement à toutes les femmes qui se présentaient au secrétariat, ainsi qu'à tous les hommes qui les accompagnaient. Mais les conseillères avaient préféré le distribuer en fin d'entretien pour prendre le temps de le présenter.

Le fait de rencontrer les conseillères une par une au CHU, et seulement la cadre sage femme à la clinique Jules Verne, sur une période de quelques semaines, n'a pas suffi à informer suffisamment l'équipe. Cependant le taux de réponse du centre Clotilde Vautier était supérieur à celui du CHU. Une réunion avec toute l'équipe du service au début de l'enquête aurait sans doute permis de mieux exposer l'objectif de l'étude et la méthode.

Le renvoi des questionnaires du CHU par enveloppes pré-timbrées n'a pas fonctionné puisque seuls 2 questionnaires sont revenus, 12 enveloppes ont été perdues.

1.2 Limites de l'étude.

1.2.1 Biais de sélection.

Difficultés du recrutement des femmes :

- La patiente a refusé de participer à la totalité de l'enquête.
- La patiente a refusé de transmettre le questionnaire à son partenaire : dans l'enquête de l'ANCIC, c'est le cas pour environ une femme sur 5, ici une seule répondante sur 22 n'avait pas informé son partenaire.
- La conseillère a oublié de distribuer le questionnaire, ou elle ne l'a pas distribué pour les couples séparés, ou aux femmes célibataires.
- La conseillère a jugé que la patiente était émotionnellement fragile pour lui proposer le questionnaire.
- A la clinique Jules Verne, seule la moitié des femmes consulte une conseillère pour une demande d'IVG.

Difficultés du recrutement des hommes :

- Elles découlent des difficultés liées au recrutement de leur partenaire expliquées précédemment. De plus, peu d'hommes, environ 20% dans l'enquête ANCIC(19), accompagnaient leur partenaire lors des consultations pour une IVG. Ici il n'y a pas de données sur le nombre d'hommes absents, mais 20 répondants sur 22 étaient présents le jour de l'IVG.
- Geneviève Cresson a également rencontré ces difficultés pour la réalisation de son enquête « les hommes et l'IVG, expériences et confidences » : quand elle abordait le sujet avec les hommes, elle constatait une gêne, le sujet lui paraissait tabou(43). Peu d'hommes discutent de ce sujet. De plus aborder la contraception dans ce contexte renvoie à un échec de celle-ci, et donc à une notion de culpabilité de la part des membres du couple.
- Certains hommes ne sont peut-être pas au courant de la grossesse. Selon une enquête de Nathalie Bajos parue en 2004 (18), dans le cas d'une grossesse non prévue, la femme informe dans 97 % des cas son partenaire quand il s'agit d'une relation stable. Si il s'agit d'un couple avec relation instable ou en cours de rupture, 17% des partenaires ne sont pas informés. Ici seule une femme sur les 22 n'a pas informé son partenaire car ils étaient séparés.
- Les hommes répondant à cette enquête avaient peut-être un intérêt à y répondre : besoin de communiquer, sentiment de culpabilité, investissement dans le couple... Donc ce questionnaire prend seulement en compte les hommes qui se sentaient concernés par l'IVG.

1.2.2 Biais d'information.

- Le remplissage des questionnaires n'était pas contrôlé : la présence de la partenaire a pu influencer les réponses des hommes. Geneviève Cresson a rencontré cette difficulté lors des entretiens avec les hommes (43) : dans 8 entretiens sur 27 les femmes ont préféré accompagner leur conjoint.
- Les informations notées n'ont pas pu être vérifiées, car le questionnaire est basé simplement sur la déclaration des participants.
- Les hommes, surtout si ils étaient célibataires ou dans un couple instable, n'étaient pas forcément informés de l'usage de la contraception par leur partenaire.

1.2.3 Biais de non réponse.

- Toutes les questions n'ont pas été remplies : la question notamment de l'âge des répondants, et de la contraception utilisée durant les 3 mois précédant la grossesse.
- 2 hommes n'ont pas répondu aux questions de la dernière page, qui concernent les raisons de l'IVG.

1.2.4 Biais d'interprétation.

- Il y a des réponses incohérentes concernant la question sur la fréquence d'utilisation de la contraception les 3 mois précédant la grossesse et la question sur les raisons expliquant la grossesse. En effet, certains hommes dont la partenaire utilisait tout le temps une contraception durant les 3 derniers mois, ont dit que la grossesse est survenue car ils n'avaient pas pensé à la contraception.
- Le grand nombre de questions est aussi un facteur limitant les réponses car cela nécessite beaucoup de temps pour bien les comprendre.
- Quelques réponses concernant les enseignements d'éducation sexuelle sont incohérentes : 8 hommes ont dit qu'ils ne s'en souvenaient pas, mais 3 hommes ont dit que cela leur a été utile.

2 Points forts.

- Décrit le rapport de quelques hommes à l'IVG et à la contraception, les enquêtes sur ce sujet sont très rares.
- Le questionnaire permet d'éviter la crainte du regard de l'interlocuteur qu'ils peuvent appréhender dans un entretien, et facilite l'expression des sentiments vis à vis de l'IVG.
- Met en évidence les attentes des hommes concernant la contraception en médecine générale, alors que le sujet n'est pas abordé lors de la consultation de routine.

3 Interprétation des résultats.

Comparaison avec plusieurs enquêtes réalisées en France sur le même thème :

- Enquête de l'ANCIC « enquête sur le rapport des hommes à l'IVG » qualitative et quantitative, réalisée en 2010 dans 3 centres d'IVG à Paris, ayant eu 151 réponses sur 794 questionnaires distribués.
- Thèse de Damien Mauillon « la place de l'homme dans l'IVG », enquête qualitative, réalisée au CIVG d'Angers en 2003 avec 57 réponses sur 278 IVG réalisés sur la période de l'étude.
- Enquête de Geneviève Cresson "les hommes et l'IVG", entretiens avec 27 hommes dont la partenaire a eu une IVG.

4 Caractéristiques de la population ayant répondu.

4.1 La majorité des participants avait plus de 24 ans.

13 hommes sur 22 avaient plus de 24 ans. C'était aussi le cas dans l'enquête de Damien Mauillon.

Une enquête de la DREES en 2011 (2) retrouve que la classe d'âge la plus sujette aux IVG est celle des femmes de 20-24 ans (27 femmes pour 1000),

- les moins de 20 ans ont un taux à 14 pour mille,
- les 25-29 ans 23,7 pour mille,
- 30-34 ans 19,5 pour mille,
- 35-39 13,4 pour mille,
- et 40-44 6 pour mille.

Il n'y a pas de données similaires chez les hommes. Il est difficile de comparer ces âges à ceux des partenaires car l'âge de la femme dans le couple ne préjuge pas de l'âge de son partenaire.

4.2 La majorité des participants avait un emploi et avait fait au minimum 2 ans d'études après le bac.

La catégorie socio professionnelle prédominante était celles des employés (10 hommes étaient concernés), puis celle des professions libérales cadres supérieurs... 14 hommes avaient fait des études au moins 2 ans après le bac.

Il n'y a pas de données nationales concernant le niveau socio-économique des partenaires des femmes demandant une IVG, mais selon Annick Vilain (44) « l'IVG ne concerne pas davantage les femmes les moins diplômées. Ce constat vaut surtout pour les plus âgées (35 ans et plus). Entre 25 et 34 ans, les enquêtées sont un peu moins diplômées que l'ensemble des femmes du même groupe d'âge : 67 % ont au moins un niveau baccalauréat versus 74 % de bachelières pour cette génération. Cet écart s'annule par la suite : parmi les femmes âgées de 35 à 44 ans et ayant eu une IVG en 2007, 56 % sont titulaires d'un niveau bac ou plus, soit un niveau très proche de celui de l'ensemble des femmes de cette classe d'âge (53 %) et 23 % ont un diplôme de niveau supérieur à bac + 2, contre seulement 17 % dans l'enquête Emploi (enquête de l'INSEE). Pour ces dernières, on peut émettre l'hypothèse qu'elles recourent à l'IVG probablement pour incompatibilité perçue de leur grossesse et de l'arrivée d'un nouvel enfant avec leurs vies familiale et/ou professionnelle déjà installées ».

On peut donc se demander si, de la même façon que pour les femmes, l'une des motivations de l'IVG est de préserver leur carrière professionnelle ? Mais il est difficile de répondre à cette question, l'échantillon n'étant pas représentatif de la population générale.

4.3 La majorité des participants était en couple stable, avec ou sans projet.

La majorité des couples (11 sur 18) existait depuis plus de 3 ans. 17 hommes sur 18 se considéraient en couple stable. Moins d'un cinquième des hommes étaient célibataires, alors que dans l'enquête de l'ANCIC c'était le cas pour 8 répondants sur 10, contre un quart dans l'enquête de Damien Mauillon. En métropole, d'après une enquête de la DREES en 2007, 45 % des femmes ayant eu une IVG déclaraient vivre en couple alors que 59 % des femmes de 15 à 49 ans étaient en couple dans l'ensemble de la population selon l'enquête Emploi de l'INSEE(44).

Ainsi les femmes qui décident de réaliser une IVG seraient moins fréquemment en couple que l'ensemble de la population. On ne peut pas comparer le résultat ici, car il y a un probablement un fort biais de sélection. En effet, les participants dépendaient majoritairement de couple stable, et on peut supposer que c'est la raison pour laquelle ils ont été informés par leur partenaire, et ont répondu aux questions.

10 hommes sur 22, soit 45% n'avaient pas d'enfant, contre 7/10 dans l'enquête ANCIC, et 52% dans la thèse de Damien Mauillon.

5 Implication dans la contraception.

5.1 La grossesse n'était désirée que pour un couple : dans quelles circonstances est elle alors survenue pour les autres couples ?

2 hommes n'ont pas répondu à cette question.

Tous les hommes n'ont pas précisé leur moyen contraceptif, mais on peut quand même en extraire quelques données expliquant l'absence de contraception. La grossesse est survenue soit par absence de contraception, soit par mésusage de celle-ci.

5.1.1 Absence de contraception

Plus de la moitié des hommes n'utilisait pas de contraception tout le temps durant les 3 mois précédents, dont 4 sur 22, soit 18%, n'en utilisait jamais, alors que seul un homme a déclaré avoir souhaité cette grossesse. Dans l'enquête de l'ANCIC, 17% des répondants n'utilisaient aucune méthode contraceptive lors des rapports.

Selon le rapport FECOND publié en 2014 (7), parmi les femmes concernées par la contraception – ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant – seules 3 % n'utilisent aucune contraception, soit la même proportion qu'en 2010. Concernant les femmes ayant eu recours à l'IVG, en 2007 près de 1/3 n'utilisaient pas de moyen de contraception (2).

Plusieurs facteurs expliquent cette absence de contraception :

- **Relation instable :**
 - Parmi les 4 célibataires, 2 hommes ont dit qu'ils n'utilisaient pas la contraception à tous les rapports, et un homme a dit qu'il n'en utilisait jamais. 2 hommes en couple depuis moins de 6 mois n'avaient jamais utilisé de contraception durant les 3 mois précédents la grossesse.
- **Manque d'information :**
 - **Méconnaissance des cycles féminins :** un homme a précisé qu'il n'utilisait pas le préservatif à tous les rapports (usage de la méthode naturelle), et qu'au moment de la survenue de la grossesse il ne l'avait pas utilisé car il connaissait mal les cycles féminins. En fait il s'agit plutôt d'un échec de contraception plutôt que d'une absence de celle-ci, puisque la méthode naturelle, bien que peu fiable, est une méthode contraceptive. En 2007 l'INPES a mené une enquête sur les Français et la contraception, les résultats montraient que 53 % des Français croyaient qu'une femme ne pouvait pas tomber enceinte si un rapport sexuel avait eu lieu pendant ses règles et 64 % qu'il existait des jours sans aucun risque de grossesse simplement identifiables en surveillant son cycle (45).
 - **Méconnaissance du risque de grossesse après un rapport non protégé :** 6 hommes n'avaient pas de contraception car ils n'y avaient pas pensé, pourtant aucun d'eux n'était célibataire. Un homme a dit que son couple n'utilisait pas de contraception car il n'y avait pas pensé, cependant il a précisé précédemment que sa partenaire utilisait la pilule tout le temps. Cette réponse est donc incohérente. Voulait-il dire qu'elle avait fait un oubli ? Ou qu'il n'avait pas pensé aux consignes en cas d'oubli de pilule ? La formulation de la question n'était pas claire, et pouvait porter à confusion.
 - 2 hommes ont dit qu'ils étaient mal informés, ils n'utilisaient jamais de contraception.

- **Fausses croyances :**
 - Un homme pensait être stérile mais il n'a pas précisé pourquoi. Il aurait été intéressant d'exploiter cette donnée.
- **Grossesse désirée :**
 - C'est le cas pour un homme, dont le couple a décidé d'interrompre la grossesse pour raison médicale. Cependant il a noté qu'il avait utilisé une contraception durant les 3 derniers mois, mais pas à tous les rapports, mais ne précise pas laquelle. Il semble donc que le couple n'était pas certain de désirer cette grossesse ? Le questionnaire ne nous permet pas de répondre à cette question.
- **Biais d'information :**
 - Peut être que les répondants n'étaient pas au courant de la prise d'un contraceptif par leur partenaire : parmi ceux qui utilisaient une contraception régulièrement ou non, un tiers n'ont pas précisé laquelle. En avril 2013, la HAS a publié un rapport sur la contraception évoquant que plus de la moitié des femmes déclaraient choisir leur moyen de contraception sans en discuter avec leur partenaire. Cependant elles précisaient que le choix de leur méthode prenait en compte le partenaire, puisqu'elles ne voulaient pas leur imposer une méthode qui pouvait être contraignante pour eux, notamment l'usage du préservatif(23).

5.1.2 Mauvaise utilisation, ou échec du contraceptif

- **Changement de méthode contraceptive :** un homme a précisé que la grossesse a eu lieu après un changement de pilule. En 2004, une femme sur deux avait changé de situation contraceptive dans les six mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG(45).
- **Oubli de prise :** 3 hommes ont dit que la grossesse est survenue suite à un oubli de pilule. Dans la même étude, l'INPES en 2004 a démontré que parmi les femmes utilisant la pilule, plus d'une sur cinq (21 %) déclarait l'oublier au moins une fois par mois (45). Ceci démontre l'intérêt d'adapter la prescription d'une méthode contraceptive au mode de vie de la patiente ou du couple.
- **Méthode contraceptive peu efficace :** un homme utilisait la méthode naturelle, qui a un fort taux d'échec.

En 2007, d'après l'enquête de la DREES, deux femmes sur trois qui ont eu une IVG utilisaient une méthode contraceptive(45).

L'analyse des réponses sur les fréquences d'utilisation des moyens contraceptifs durant les 3 mois précédant la grossesse, révèle que la méthode majoritairement utilisée de façon régulière était une méthode féminine, alors que les autres méthodes utilisées occasionnellement étaient des méthodes masculines liées à l'acte (préservatif, méthode naturelle). En effet, seuls 5 hommes ont dit que leur couple utilisait tout le temps une contraception. Il s'agissait de la pilule pour 4 d'entre eux, un homme n'a pas précisé.

5.2 Les méthodes contraceptives connues étaient représentatives de la norme contraceptive française.

Ici 4 hommes sur 22 considéraient qu'ils ne connaissent pas bien les différentes méthodes de contraception.

Les 3 méthodes contraceptives les plus citées étaient le préservatif masculin (cité 22 fois), lapilule (19 fois) et le stérilet(16 fois). L'implant, la stérilisation et les méthodes naturelles étaient moins connus.

L'efficacité des moyens contraceptifs s'évalue grâce à l'indice de Pearl : c'est indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation de la méthode, pour 100 femmes. En fonction du taux de grossesses au cours de la première année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace; 1-9 : efficace; 10-25 : modérément efficace ; 26-32 : moins efficace.

Tableau 3. Efficacité des principales méthodes contraceptives selon l'OMS 2011.

Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstro-progestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Capacervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

- **Le préservatif** : 17 hommes sur les 22 qui l'ont citée pensaient que cette méthode était fiable, alors que si il n'est pas parfaitement utilisé on peut observer 15% de grossesses accidentelles sur un an d'utilisation de cette méthode. Contrairement à l'indice de Pearl, en pratique le préservatif est considéré comme modérément efficace. En effet, il peut y avoir des erreurs de manipulation, ou une rupture. Au Pays-Bas on conseille aux adolescents d'utiliser la pilule en association avec le préservatif : 72% des néerlandais de 15-19 ans utilisaient cette méthode lors du premier rapport en 2008(38), alors qu'en France c'était le cas pour 15% des adolescents de 15-17 ans selon l'enquête FECOND en 2010(46). Le taux d'IVG en 2009 dans ce pays pour cette tranche d'âge était de 7 pour 1000 femmes, contre 15,6 en France soit plus du double.
- **La pilule** : 19 hommes l'ont citée, dont 14 pensaient qu'elle était fiable. Effectivement c'est une méthode satisfaisante, mais son taux d'échec augmente si elle est mal utilisée. En effet, elle nécessite une prise régulière sans oubli, et sa prescription doit tenir compte du mode de vie de la patiente, ainsi que de sa rigueur vis à vis de la prise des comprimés(17).
- **Le stérilet** : c'est une méthode très efficace (efficacité pratique 0,8), qui est citée seulement en 3^e position. Plus de la moitié des hommes estimaient qu'elle était fiable.
- **L'implant** : c'est une méthode très fiable, cependant seuls 8 hommes la connaissaient, dont un pensait qu'elle n'était pas efficace.

6 méthodes n'ont pas été citées : anneau vaginal, patch contraceptif, spermicides, capcervicale, diaphragme, les progestatifs injectables. Excepté cette dernière méthode, les autres ne sont pas

remboursées par la sécurité sociale. Peut être y a-t-il un lien entre le non remboursement et la méconnaissance de ces méthodes ?

Les 3 méthodes les plus citées sont les 3 contraceptions prédominantes en France.

Tous les hommes n'étaient pas au courant du degré réel de fiabilité des moyens contraceptifs qu'ils utilisaient. Ce qui démontre l'importance de prendre le temps lors d'une consultation de donner une information claire sur les risques d'échec du contraceptif, en fonction de la méthode choisie.

5.3 Le médecin traitant a une place primordiale dans l'information sur la contraception.

Tous les participants souhaitaient obtenir des informations sur la contraception.

La première source qu'ils ont citée pour en obtenir était le médecin traitant, puis les médias et internet en même proportion, enfin leur compagne. Ceci démontre que le médecin traitant est le premier acteur en matière de contraception.

Une enquête de l'INPES datant de 2007, confirme cette donnée(47) : le généraliste était la première source d'information en laquelle les répondants (hommes et femmes) avaient confiance en matière de contraception: 43% des participants lui accordaient leur confiance, la télévision venait en 3^e position (25% des répondants) après les médecins spécialistes, internet en 6^e position. Tous médias confondus, le taux de répondants leur faisant confiance atteignait 47%. Seuls 7% des interrogés accordaient leur confiance à leur entourage.

A la question « à qui devrait s'adresser une personne qui aurait besoin d'un conseil au sujet de la contraception », 95% des participants citaient le généraliste. En ce qui concerne les hommes âgés de 51 à 60 ans, ils étaient 99% à penser que leur médecin traitant pouvait donner des conseils sur la contraception (Cf. annexe 1). Cependant à la question comment et par qui vous êtes-vous procuré vos premières sources d'information, selon les résultats de l'enquête sur la sexualité en France(16), seuls 13% des hommes citaient le médecin, la moitié des hommes citaient les copains masculins, l'école surtout pour les plus jeunes, et la télé et la radio (Cf. annexe 2). Cela signifie que ce sujet n'est pas abordé en consultation de médecine générale, malgré les attentes des patients.

Ceci est d'autant plus d'actualité que les médecins généralistes sont de plus en plus amenés à traiter de la contraception(23), car le nombre de gynécologues diminue. Il est donc nécessaire que les médecins traitants soient formés à la prescription de la contraception, y compris à la diffusion de l'information auprès des hommes.

Une étude réalisée en Angleterre (48) incluant 16000 hommes s'est intéressée à leur source d'information concernant la contraception entre 1991 et 2000. Dans cette étude 2/3 des hommes déclaraient qu'ils préféraient obtenir des explications sur ce sujet de la part d'un médecin généraliste, mais en 2000 seuls 12% de ces hommes ont déclaré avoir consulté un médecin généraliste pour cette raison. Ainsi on peut voir une différence importante entre le souhait de la plupart des hommes interrogés d'avoir des informations avec le généraliste, et le faible pourcentage d'hommes qui ont réellement consulté pour cela. Cette étude montre l'intérêt d'aborder le sujet même si le patient n'en exprime pas la demande. L'enquête a permis de montrer que la fréquentation du planning familial et du médecin généraliste par les hommes, pour obtenir des informations sur la contraception, a augmenté entre 1991 et 2000. Dans cette étude, on observe une augmentation de la fréquentation chez le généraliste pour les hommes âgés de 35-44 ans entre 1991 et 2000 pour obtenir ce type d'information, alors que les jeunes se rendaient plutôt au planning familial.

Dans une autre étude réalisée en Suisse en 2005 et 2006, auprès de 1452 hommes âgés de 18 à 70 ans, concernant les risques liés à la sexualité, 91% des répondants déclaraient qu'ils auraient voulu que leur médecin leur pose des questions à ce propos, mais à peine 2/3 avaient pu en parler avec leur médecin, et seulement un peu plus d'un tiers avaient eu des conseils de prévention des IST(49).

5.4 Les participants souhaitent avoir des informations y compris lors de consultation de prévention non dédiées.

Seuls 3 hommes sur 22 n'ont pas répondu à cette question.

Dans notre enquête, les hommes souhaitent qu'on aborde ce sujet surtout lors d'une consultation pour un bilan d'IST, ou en 2ème intention lors d'une consultation pour un certificat de sport ou une vaccination avec un taux de réponse identique pour ces 2 motifs. On peut donc conclure, malgré le faible nombre de répondants, que la quasi totalité souhaiterait discuter de contraception lors de consultations non dédiées. Il serait intéressant de réaliser une enquête dans la population générale, afin de savoir si, comme ici, la majorité des hommes attend du médecin traitant qu'il aborde ce sujet.

Il paraît plus facile d'aborder le sujet avec un homme lors d'une consultation pour un bilan d'IST, car cela permet de rebondir sur la contraception à travers l'information sur les conduites à risque dans ce domaine. En revanche, lors de consultations pour un certificat de sport, ou une vaccination, aborder la question sur la sexualité est moins évident car le patient ne vient pas forcément avec une demande d'information sur ce sujet.

Un rapport publié en 2013 par la HAS à propos des pratiques contraceptives, note que le fait qu'un professionnel de santé aborde la contraception avec un patient dépend beaucoup des préjugés qu'il a vis à vis de la sexualité. En effet il y a des situations où les rapports sexuels ne sont pas envisagés par le professionnel, car elles ne correspondent pas aux représentations socioculturelles « classiques » : par exemple chez les adolescents, les femmes ménopausées, en post partum immédiat, chez les personnes atteintes de maladies chroniques ou de handicap, chez les personnes obèses. D'autres préjugés existent concernant la régularité des rapports sexuels chez les femmes en couple, et parfois sur les rapports sexuels extraconjugaux(23).

Une enquête menée au Canada en 1995 (50) s'est intéressée à la sexualité des adolescents du point de vue des médecins généralistes. En ce qui concerne la sexualité, la contraception était le sujet le plus fréquemment abordé, et moins de la moitié des médecins disaient qu'ils abordaient le sujet des IST en consultation. Les femmes abordaient plus le sujet de la sexualité avec leurs patients que les hommes. Parmi les médecins qui n'évoquaient pas ce sujet en consultation, la raison la plus fréquemment évoquée était qu'ils pensaient que le patient n'était pas à risque d'IST, et qu'ils avaient peur de le mettre mal à l'aise. Plus de la moitié des médecins ne savaient pas comment formuler la question de la sexualité des patients, et avaient peur de les choquer. Une autre raison évoquée par plus de la moitié des participants était le manque de temps lors de la consultation (Cf. annexe 3).

L'examen clinique peut créer l'occasion d'aborder la sexualité. De nombreuses études ont été menées à propos des adolescents, mais on peut appliquer les résultats de ces recherches à l'adulte. Un rapport de l'INPES (51) note un exemple de consultation avec un adolescent pour un certificat de sport, où le médecin aborde organe par organe des questions concernant la prévention par exemple la prise de poids permet de rechercher des troubles alimentaires, l'examen pulmonaire recherche un tabagisme. Même si on ne procède pas de façon systématique à l'examen de l'appareil génital, l'examen clinique peut ouvrir la discussion sur la contraception et les prises de risques en matière de sexualité. Ce rapport précise également qu'il ne faut pas rester à la demande initiale de consultation, et que des supports papiers, tels que les documents explicatifs sur les moyens de contraception ou les IST, permettent d'aborder le sujet plus facilement. Certains patients consultent rarement, et l'abord de tous les sujets de prévention lors d'une seule consultation peut paraître fastidieux. Ainsi on peut conseiller aux patients de lire les documents proposés, et de revenir si ils ont des questions concernant un sujet spécifique.

Dans sa thèse intitulée « Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation d'un adolescent en médecine générale ? », (52) Maud Poirier indiquait qu'il était plus facile d'aborder ce thème si médecin et patient étaient du même sexe. De même, cette question est

plus facile à traiter quand le médecin ne connaît pas bien le patient, une gêne pouvant être ressentie si le patient le consulte depuis longtemps.

5.5 Les cours d'éducation sexuelle étaient inexistantes ou insuffisants.

Plus de la moitié des hommes a eu des cours d'éducation sexuelle. Parmi ceux qui n'en n'ont pas eu (8 hommes), la majorité avait plus de 25 ans, les autres n'avaient pas précisé leur âge. Presque tous les participants qui ont eu des cours en ont eu au collège (13 hommes sur 14). La question sur l'utilité est ininterprétable puisque 3 hommes ont dit qu'ils ne s'en souvenaient pas mais que cela leur a été utile.

On peut se demander si le fait qu'ils n'utilisaient pas une contraception systématiquement provient du fait qu'ils aient eu seulement pour la plupart des informations au collège, à un âge assez précoce dans leur vie sexuelle. En effet, l'âge moyen des premiers rapports sexuels étant autour de 17- 18ans, les cours donnés au collège avaient peut être été oubliés lorsque les jeunes ont débuté leur activité sexuelle. Il serait intéressant de renouveler les cours au lycée et en post bac. Les participants, qui avaient en majorité plus de 25 ans, n'ont peut être pas pu bénéficier de la loi du 4 juillet 2001 qui a instauré des séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées.

Au pays Bas, les enfants sont sensibilisés dès l'âge de 4 ans aux rapports filles- garçons, et le taux d'IVG est à 7 pour mille, contre 15,6 pour mille en France (38).

Un sondage BVA et INPES(47) réalisé en 2007a révélé que seuls 4% des interrogés avaient confiance dans le milieu scolaire en ce qui concerne les informations sur la contraception.

Plusieurs obstacles nuisent à la formation dans les écoles en France (23) :

- Problèmes d'emploi du temps et d'organisation matérielle dans les établissements.
- Difficultés à intégrer les interventions extérieures dans le travail de l'équipe éducative.
- Problème de financement des intervenants.
- Absence d'évaluation des interventions.

5.6 Les hommes se déclaraient en majorité concernés mais n'étaient pas complètement impliqués.

Concernant l'implication des hommes dans la contraception, on peut supposer qu'il y a un fort biais de sélection. En effet, le fait d'avoir répondu au questionnaire signifie peut être qu'ils se sentaient à priori concernés par la contraception. Mais on constate que 3 hommes sur 22(soit 14%) ne se sentaient pas impliqués dans la contraception, dont 2 ont précisé que c'était une affaire de femme(le 3^{ème} n'a pas précisé). Un de ces hommes a ressenti de la colère à l'annonce de la grossesse, sa partenaire prenait la pilule. La question ne précise pas envers qui ou quoi il a ressenti de la colère. On peut se demander si cette colère reflète un sentiment de reproche vis à vis de la partenaire qui n'a pas assuré la contraception ? Deux autres hommes ont ressenti de la colère : ils n'utilisaient pas de contraception à tous les rapports. Un autre homme a dit qu'il se sentait concerné depuis l'IVG.

2% des hommes considéraient que c'était une affaire de femme dans la thèse de Damien Mauillon. 20% des hommes dans l'enquête de L'ANCIC ne se sentaient pas impliqués dans la contraception.

Dans une étude réalisée par CSA, publiée en 2012, seuls 7% des hommes interrogés estimaient que la contraception devait être « avant tout l'affaire de la femme» alors que 90 %

considéraient à l'inverse que celle -ci doit être «autant l'affaire de l'homme que de la femme». 3% des hommes pensaient que cela concernait avant tout les hommes (53).

Selon Geneviève Cresson, en faisant de la contraception une affaire de femme, " les hommes soulignent surtout leur volonté de ne pas se responsabiliser, de ne partager ni la charge mentale, ni les inconvénients- érotiques notamment- des techniques disponibles. (...) Pour toutes ces raisons, ils s'en remettent aux femmes pour la contraception. Ils imputeront le plus souvent ses échecs à la femme, (ou aux techniques, ou a la situation, ou aux caprices de la biologie) très rarement à eux-mêmes" (43).

Malgré le fait que la grande majorité des répondants (19 sur 22) se sentait concernée par la contraception, seule la moitié des hommes participait financièrement à celle ci, et 27% des participants n'avaient pas précisé le moyen utilisé. Parmi les 19 hommes qui déclaraient qu'ils se sentaient concernés, 3 n'utilisaient jamais de contraception, 12 n'en utilisaient pas à tous les rapports, et les 4 autres avaient une partenaire qui utilisait la pilule.

Il y avait donc un paradoxe : les répondants se sentaient concernés, mais cela ne les a pas incité à utiliser une contraception régulièrement. D'ailleurs la question sur la fréquence d'utilisation des contraceptifs démontre que la seule contraception utilisée tout le temps était la pilule, donc une méthode féminine. Les autres méthodes qui étaient masculines (préservatifs et méthode naturelle) n'étaient pas utilisées systématiquement.

Même si les méthodes de contraception actuelles sont surtout féminines, le partenaire peut s'impliquer de plusieurs façons:

- de manière financière si la contraception n'est pas remboursée,
- en accompagnant sa conjointe chez le gynécologue,
- en s'impliquant dans le choix de la méthode contraceptive,
- en faisant penser à sa partenaire à prendre la pilule,
- en recherchant de l'information...

Cette implication de l'homme dans la contraception a une dimension internationale. En effet, la mortalité pendant la grossesse ainsi qu'en post-partum étant élevée dans les pays en voie de développement, cela permettrait de réduire le nombre de grossesse non désirée par femme, et ainsi de les protéger. Dans une étude menée au Bangladesh publiée en 2013(54), incluant 615 hommes de 25 à 45 ans, on pouvait voir que plus le niveau d'éducation des hommes était élevé, plus ils étaient impliqués dans la santé et donc la contraception. De même cette étude a permis de démontrer que plus le couple était vieux, plus la participation des hommes dans la santé reproductive était importante. Le nombre d'enfant était aussi un facteur d'implication dans la contraception : les hommes qui avaient 2 enfants étaient plus impliqués que ceux qui n'en avaient pas, ou en avaient plus de 3.

5.7 L'usage actuel de la contraception masculine en France est minoritaire.

- **Le préservatif** : en 2013 selon l'enquête FECOND(7) environ 15% des femmes en âge de procréer et ne voulant pas d'enfant utilisait cette méthode. L'enquête FECOND en 2010 a démontré qu'il était surtout utilisé en début d'activité sexuelle : plus d'une femme sur deux de 15-17 ans l'utilisait pour éviter une grossesse(46), associé parfois à la pilule. La proportion des femmes y ayant recours décline avec l'âge. L'usage du préservatif ne nécessite pas de consultation préalable. Il est utilisé ponctuellement, et a l'avantage d'avoir le double emploi : prévention des IST et contraception.

G Cresson dans son enquête, notait que le préservatif était évoqué de manière négative (43), car il « présente une contrainte non compatible avec l'amour, sa durée, sa spontanéité, ni avec le plaisir sexuel. D'autant qu'il reste associé à l'idée de maladie sexuellement transmissible, du danger que chacun fait courir à l'autre. Ne pas l'utiliser peut être alors considéré comme une marque de confiance ». Elle ajoutait que c'était surtout l'ancienneté de la relation, et non pas l'âge des partenaires qui faisait qu'ils n'utilisaient plus le préservatif. Ici, le seul homme qui voyait le préservatif comme un moyen contraceptif uniquement, et pas une façon de prévenir les IST, était un homme en couple stable depuis 20 ans.

Dans notre enquête, bien que presque la moitié des hommes auraient accepté d'utiliser le préservatif si leur partenaire ne pouvait pas assumer la contraception, la plupart déclaraient avoir des réticences à son usage à cause de l'inconfort et de la diminution du plaisir qu'il engendrait.

- **La méthode naturelle** : en 2013, 9,5% des femmes ayant besoin de contraception utilisaient cette méthode (abstinence périodique, retrait ou méthode locale). Son usage a d'ailleurs augmenté surtout dans les catégories sociales les plus précaires, suite à la « crise de la pilule » (7) liée au débat sur les pilules de 3ème et 4ème générations.

- **La vasectomie** : en 2011 seuls 2000 hommes en France, soit 0,3% des hommes ayant besoin d'une contraception ont eu recours à une vasectomie(23) alors que 35000 femmes y ont eu recours la même année. Le taux de stérilisation masculine est donc extrêmement faible comparé à celui des femmes. Pourtant, selon une enquête du CSA publiée en 2012, 20% des hommes étaient prêts à utiliser une contraception définitive si ils ne voulaient plus d'enfant (53). Une autre étude internationale incluant 9000 hommes réalisée dans 3 continents (Europe, Etats Unis et Asie) en 2002, confirmait que plus de 2/3 des hommes interrogés en France, en Suède, et en Argentine n'envisageaient pas la vasectomie(55).

Dans notre enquête, un homme en couple depuis 22 ans, et qui ne désirait plus d'enfant aurait accepté de bénéficier d'une vasectomie si il avait pu assurer la contraception. Un autre homme en couple depuis 2 ans avait dit qu'il aurait bien voulu bien être stérilisé, cependant il a dit plus loin qu'il souhaitait un enfant plus tard : était il bien au courant que la vasectomie est une contraception définitive ?

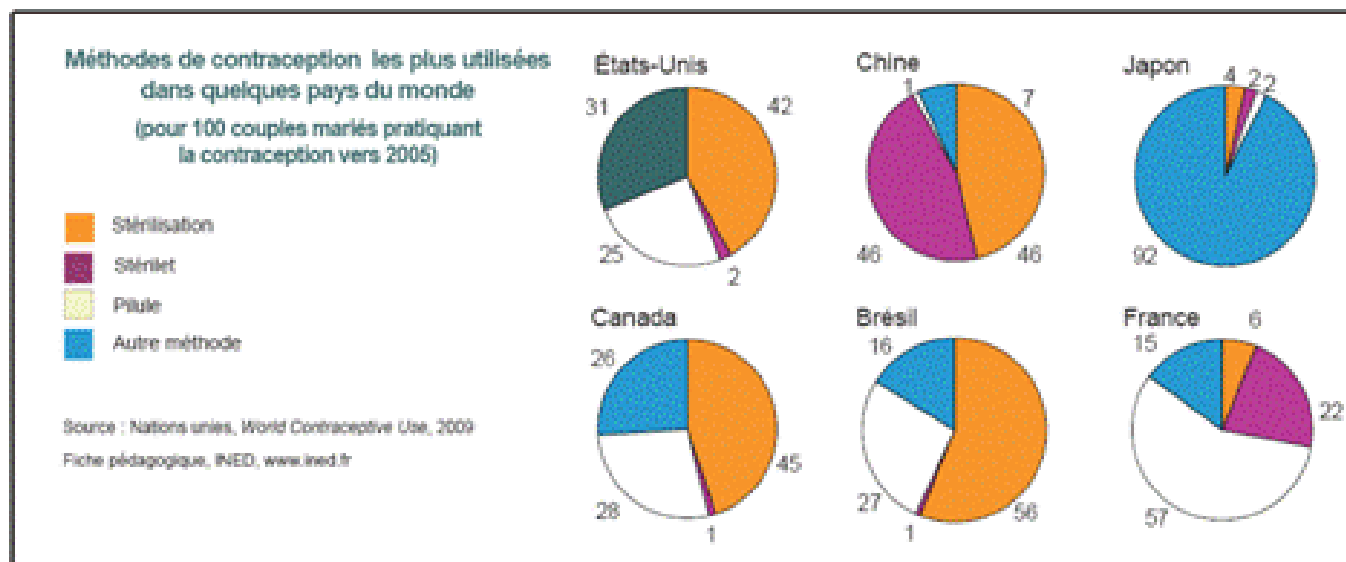
Il existe 2 méthodes qui permettent d'avoir un enfant après une vasectomie :

- la méthode chirurgicale ou vasovasotomie : le taux de grossesse est inférieur à 50% après une telle intervention(56),
- la procréation médicalement assistée : biopsie testiculaire avec injection intracytoplasmique de spermatozoïde : taux de grossesse entre 60 et 70%.

5.8 La contraception dans le monde.

Cette figure (57) démontre que l'usage des méthodes contraceptives diffère en fonction des pays. Le préservatif est la méthode contraceptive prédominante au Japon (utilisé par 92% des couples en âge de procréer), alors que dans les autres pays c'est une méthode utilisée par moins de la moitié des couples.

Figure 19. La contraception dans le monde.



Donc le choix de la méthode contraceptive est aussi culturel. Il serait intéressant d'étudier les critères qui déterminent les habitudes contraceptives. Ainsi, on peut se demander pourquoi la stérilisation est elle si minoritaire en France, alors qu'elle est répandue au Canada, au Brésil... (57).

5.9 Les hommes avaient des réticences à utiliser des méthodes masculines contraceptives.

Presque tous les participants (21 hommes) auraient accepté d'assurer la contraception si leur partenaire n'avait pas pu le faire, et 11 hommes auraient choisi le préservatif. La pilule contraceptive masculine venait en 2^e position.

- Selon le sondage CSA datant de 2012 « les français et la contraception », 61% des hommes interrogés étaient d'accord pour utiliser une pilule contraceptive masculine si elle existait. Dans une même proportion, les femmes se disaient prêtes à laisser la responsabilité de la contraception aux hommes (53).
- Dans une enquête internationale menée auprès de 350 000 personnes dans 41 pays en 2004, 59% des hommes étaient prêts à prendre une pilule masculine (58).

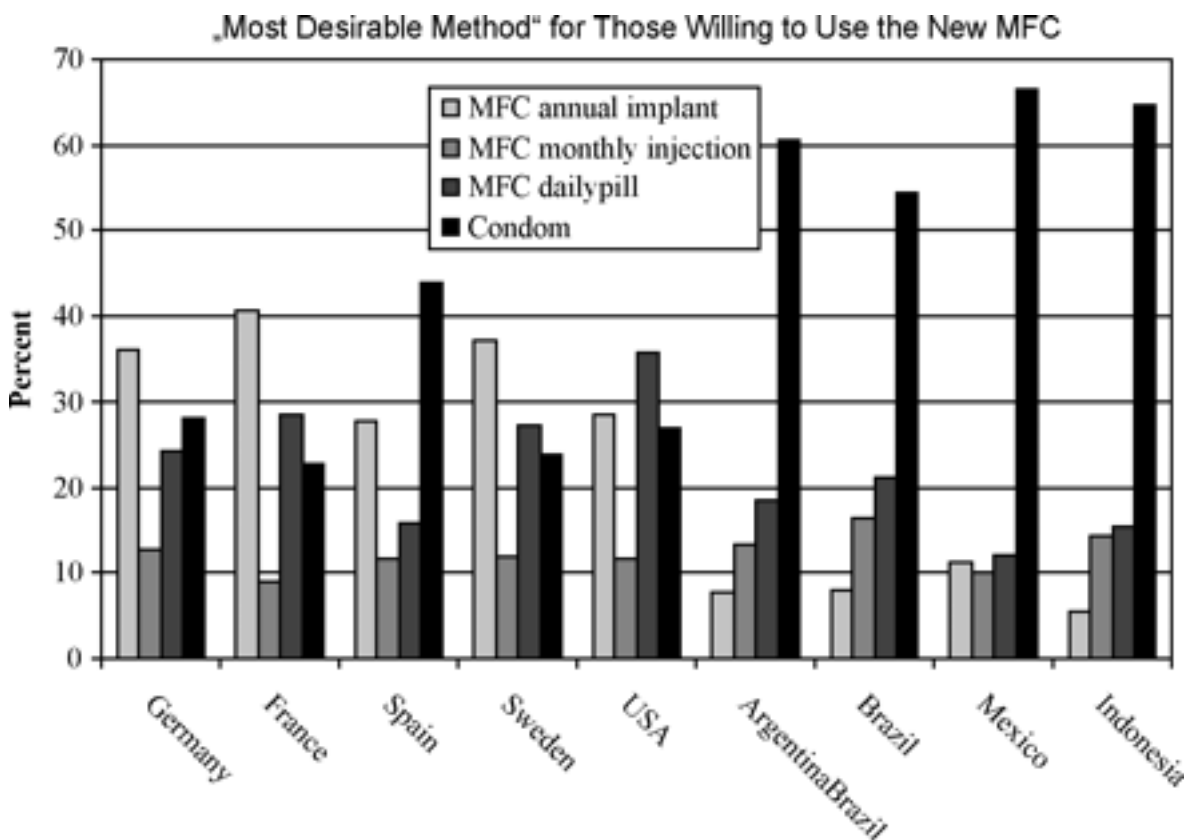
La question « si vous ne souhaitiez pas utiliser un moyen de contraception, précisez pourquoi, a été comprise dans le sens « pourquoi craignez vous de prendre une contraception masculine », ce qui compromet l'interprétation des résultats. 13 hommes y ont répondu, alors que, à la question précédente, 1 seul homme a dit qu'il refusait d'utiliser tout moyen de contraception masculine.

La principale réticence à l'utilisation de la contraception masculine était la peur de l'inconfort et de la diminution du plaisir engendré par celle-ci (9 hommes sur 13). Le fait que les hommes auraient choisi en majorité le préservatif démontre qu'ils préféreraient utiliser une méthode contraceptive « classique » plutôt qu'une nouvelle méthode.

Une enquête sur la contraception masculine médicalisée(35) constatait que les interviewés transposaient les effets secondaires des contraceptions féminines sur la contraception masculine, bien que la physiologie féminine et donc les méthodes contraceptives féminines diffèrent complètement des méthodes masculines : « ce phénomène est renforcé par l'état de méconnaissance dans lequel se trouve le public. Faute de disposer d'informations sur le plan biologique et médical, il opère un transfert « sauvage » du savoir dont il dispose à propos de la contraception féminine et laisse poindre des craintes relatives à la perte de virilité dont le fondement fantasmatique est évident ». Par exemple, plus d'un quart des Français pense que la pilule peut rendre stérile (22%) d'après une enquête de l'INPES (45). Ceci démontre l'importance d'une information claire et objective sur les méthodes contraceptives qu'elles soient féminines ou masculines.

En 2002, une étude (55) sur la contraception masculine a été menée dans 9 pays (en Europe, Amérique, et Asie) auprès de plus de 9000 hommes âgés de 18 à 50 ans.

Figure 20. Méthodes de contraception masculine préférée en fonction des pays.



(MFC signifie Male Fertility Control ou contrôle de la fertilité par les hommes)

La figure représente la réponse à la question quelle serait votre méthode préférée parmi les 4 méthodes suivantes : préservatif, contraception hormonale masculine avec injection mensuelle, pilule masculine, implant masculin. Dans cette étude, on peut voir que l'implant était la méthode la plus prisée par les Français, le préservatif ne venant qu'en 3^e position. En Indonésie et Amérique du sud le préservatif était la méthode préférée.

5.10 Conduite à tenir en cas de rapport sexuel à risque.

Dans notre enquête, la majorité des hommes connaissaient la pilule du lendemain (12 hommes sur les 15 qui ont répondu à la question). Elle a été mise sur le marché en 1999, elle est accessible sans ordonnance. Depuis 2005 plus de 1 million de pilules du lendemain et du surlendemain sont vendues chaque année(2).

En 2005, d'après le baromètre santé, seulement 8,1% des femmes et 4% des hommes de 15 à 54 ans connaissaient le délai d'efficacité reconnu de 72 heures pour prendre la contraception d'urgence. Ceci provient peut être du fait que les professionnels de santé évoquaient peu cette méthode contraceptive d'urgence en consultation : une publication de l'INED datant de 2012 dit que seulement 36 % des gynécologues indiquaient avoir souvent recommandé cette méthode au cours de la dernière année et seulement 11 % des généralistes(46).

Tableau 4. Connaissances relatives à la contraception d'urgence en 2005.
Par sexe et par âge. Extrait du baromètre santé 2005(59).

	Connaît la contraception d'urgence		Sait qu'une ordonnance n'est pas nécessaire pour l'achat		Connaît le délai maximum d'efficacité de 72 heures	
	Femmes (n=9450)	Hommes (n=6859)	Femmes (n=9428)	Hommes (n=6783)	Femmes (n=9315)	Hommes (n=6698)
15-19 ans	100,0	98,6	96,1	87,7	23,6	9,4
20-24 ans	100,0	99,1	91,1	85,9	18,5	6,1
25-34 ans	99,9	99,2	76,4	76,1	8,6	5,0
35-44 ans	99,8	99,1	70,2	69,6	5,2	2,4
45-54 ans	99,6	98,6	69,0	69,1	3,8	2,1
15-54 ans	99,8	99,0	75,1	74,5	8,1	4,0

6 Implication dans l'IVG.

6.1 Une ou plusieurs expériences antérieures d'IVG pour 6 hommes sur 22.

27% des hommes avaient déjà eu une partenaire qui avait effectué une IVG dans cette enquête, contre 30% des hommes dans l'étude de l'ANCIC, et 25% dans la thèse de Damien Mauillon.

Donc dans ces 3 études, plus d'un quart des hommes a connu plus d'une IVG. On peut supposer qu'il y ait un biais de sélection car les répondants se sentaient probablement plus concernés par le sujet au vu des précédentes IVG de leurs partenaires. De plus ils ont été mis au courant par leur partenaire, ce qui n'est pas toujours le cas.

Selon une publication du baromètre santé en 2005, 13,5 pour mille hommes de 15 à 54 ans déclaraient que leur partenaire avait eu recours à une IVG, le taux s'élevait à 17,4 pour mille pour les femmes, mais on constatait une différence significative entre les sexes qu'entre 35 et 44 ans (15,1 pour mille des hommes de cette tranche d'âge déclaraient un antécédent d'IVG, contre 21,3 pour mille des femmes). 2 hypothèses peuvent expliquer la différence de déclaration d'IVG pour la classe d'âge 35-44ans : soit les populations n'étaient pas comparables, ou soit les femmes n'avaient pas prévenu leur partenaire à de la réalisation des IVG dans cette classe d'âge.

6.2 L'IVG a entraîné des conséquences sur la contraception chez les hommes interrogés.

Dans notre enquête, 16 hommes sur les 19 qui ont répondu à cette question ont dit que cet épisode a entraîné un changement de leur contraception, contre 2/3 des hommes dans l'enquête de l'ANCIC. Plus de la moitié des hommes qui ont répondu que leur contraception a été modifiée avait une partenaire qui avait opté par la suite pour soit la pilule, soit le stérilet. En revanche, parmi les couples qui allaient modifier leur contraception, 7 hommes n'ont pas précisé la nouvelle méthode choisie. Parmi eux, 4 hommes étaient célibataires, ou en couple depuis moins de 6 mois. Ainsi on peut se demander si il n'est pas difficile pour un homme de s'impliquer dans la contraception quand la relation de couple est récente, les méthodes de contraception étant majoritairement féminines. Cela nécessite une discussion qui amène au désir de grossesse dans un couple qui n'est pas forcément établi, et ce sujet peut créer un malaise.

Dans l'enquête ANCIC, les hommes jeunes ayant vécu une IVG n'avaient pas remarqué de conséquence dans leur sexualité, la contraception ou dans leur couple. Ils étaient peu impliqués dans l'IVG. En revanche, pour les hommes plus âgés qui étaient en couple, cette décision de l'IVG avait entraîné des conséquences dans leur vie conjugale. On constatait un paradoxe dans cette étude : les hommes répondants étaient impliqués dans l'avortement, mais ne voulaient pas s'investir dans la contraception.

On peut se poser la question pour les 6 hommes qui ont déjà eu recours à une IVG auparavant : ont ils modifié leur méthode contraceptive après la première grossesse non souhaitée ? Pourquoi y a-t-il eu une nouvelle grossesse non désirée ? Cette enquête n'étudie pas les circonstances des IVG précédentes, mais il serait intéressant dans une autre enquête d'étudier les causes d'un nouvel échec de contraception du point de vue des hommes.

6.3 L'annonce de la grossesse : des sentiments plutôt négatifs.

Les sentiments prédominants étaient la peur et l'angoisse exprimés par 12 hommes sur 22 soit 55% des participants, 70% des répondants de l'enquête ANCIC avaient ressenti de l'inquiétude pour l'avenir et de la peur. Puis la honte et la culpabilité venaient en 2^{ème} position avec 6 hommes sur 22 soit 27%, 6% des hommes de l'enquête ANCIC avaient ce sentiment.

La majorité des hommes a eu uniquement de sentiments négatifs. On peut se demander si il y a un biais du fait que les sentiments proposés en réponse à la question étaient négatifs, en dehors du sentiment de fierté. Cependant il était possible de cocher la mention « autre » et de noter le sentiment correspondant.

Un homme a dit qu'il n'avait rien ressenti, cela dit il a précisé plus tard qu'il ne s'était pas senti soutenu par l'équipe car on ne lui avait pas permis, d'après lui, d'assister aux consultations. Était-il si indifférent ? En effet il a noté plus loin qu'il aurait souhaité être impliqué d'avantage dans la prise en charge de sa partenaire.

Une enquête qualitative menée en Suède(60) auprès de 33 hommes ayant soutenu leur compagne le jour de l'IVG médicamenteuse à domicile, a permis de constater que, bien que la moitié des hommes appréhendaient l'avortement, ils se sont sentis soulagés après l'expulsion. Cette enquête a permis d'évaluer le point de vue de quelques hommes dans cette prise en charge. Le fait d'avoir partagé avec leur partenaire cette expérience, a permis de les impliquer et de les responsabiliser.

Une autre enquête "the male partner involved in legal abortion"(61), réalisée en Suède auprès de 75 hommes, retrouvait qu'à l'annonce de la grossesse les sentiments prédominants des hommes étaient l'irréalité, l'émerveillement, la joie, la culpabilité et la fierté. 41% d'entre eux étaient ambivalents car ils avaient répondu qu'ils avaient ressenti à la fois du positif et du négatif. 1/3 d'entre eux avaient uniquement eu des sentiments négatifs, et 27% avaient eu des sentiments positifs. Concernant l'IVG, les sentiments prédominants dans cette étude étaient l'anxiété, la responsabilité, la culpabilité, soulagement et douleur. Cette enquête montrait également l'ambivalence des sentiments vis à vis de la décision prise: en effet, près de la moitié des hommes qui avaient eu un sentiment uniquement positif à l'annonce de la grossesse, était d'accord avec la décision de l'IVG. De même, plus de la moitié des hommes qui avaient un ressenti négatif vis à vis de l'IVG souhaitaient quand même l'interruption de grossesse.

Un autre paradoxe peut être mis en évidence ici : en effet la majorité des couples ne prenait pas de contraception régulièrement, alors que plus de la moitié a eu un sentiment négatif à l'annonce de la grossesse. Cela démontre bien la nécessité de diffuser des informations claires sur la contraception. En effet se poser la question de la contraception, s'est aussi s'interroger sur son désir de grossesse. De plus, le seul homme qui a déclaré que la grossesse était prévue a noté également qu'il utilisait une contraception mais pas à tous les rapports, sans préciser laquelle. Le couple avait décidé de réaliser l'IVG pour raison médicale sans préciser. On peut se demander si le désir de grossesse dans ce couple était bien établi, car le fait qu'ils utilisaient une contraception de façon occasionnelle montre qu'il y avait une certaine ambiguïté dans le fait d'avoir un enfant.

6.4 L'IVG reste encore un sujet tabou pour certains hommes, ce qui contribue à leur isolement.

Une majorité de participants (14 hommes sur 22) n'a pas discuté de l'IVG autour d'eux. En ce qui concerne les 8 hommes qui se sont confiés, 6 hommes en ont discuté avec un ou des amis, le médecin traitant venait en 2^è position avec le CIVG, puis la famille en 3^è position.

Alors que les participants de cette enquête citaient le médecin traitant comme principale source d'information, les hommes se sont surtout confiés à leurs amis. Les études dans la population générale vont dans ce sens, puisqu'elles montraient que le généraliste était le premier intervenant en lequel les enquêtés avaient confiance en matière de contraception(47). Cependant il n'y a pas d'études sur une grande population qui permette de connaître le principal confident des hommes dans le cas d'une IVG.

Quels sont les obstacles à la discussion de ce sujet ? Dans l'enquête de G Cresson(43), auprès de 27 hommes, aucun ne souhaitait en parler "librement et ouvertement", car il s'agissait d'un événement intime.

- Certains en avaient parlé à quelques personnes, surtout des femmes.
- Plus de la moitié des hommes avaient préféré garder le secret avec leur épouse, car ils considéraient que cela ne regardait qu'eux.
- Pour quelques uns la relation avec la femme acceptant une IVG devait rester secrète vis à vis des autres (surtout pour les jeunes femmes mineures).
- Certains n'avaient pas parlé car ils n'avaient pas assumé la décision : désaccord ou sentiment de culpabilité.
- D'autres craignaient le jugement des autres, et avaient peur de décevoir le confident.
- Quelques hommes avaient pour habitude de ne pas exprimer leurs émotions.

Sur les 6 hommes qui ont ressenti de la honte et de la culpabilité à l'annonce de la grossesse, 2 seulement en ont discuté autour d'eux. On peut se demander si ce sentiment a été un frein à la discussion. La moitié des hommes qui ont ressenti de la peur et de l'angoisse n'en a pas discuté avec leur entourage. Cela démontre que certains hommes restent isolés face à cet événement qu'ils vivent mal.

D'après l'enquête ACSF(62)(analyse des comportements sexuels en France) menée en 1993 auprès de 20000 personnes au total, près de la moitié des hommes interrogés n'avaient pas de confidents, contre un tiers chez les femmes. Les cadres et les professions intellectuelles supérieures étaient les plus réservés : 61 % d'entre eux.

L'enquête ANCIC sur les hommes dans l'IVG retrouvait que la moitié des hommes n'avaient pas discuté en dehors de leur couple. Cette enquête démontrait également que 4 hommes sur 10 étaient en demande d'écoute de la part des professionnels de santé. Les hommes interrogés avaient tous précisé que l'IVG les avait marqué (c'est d'ailleurs probablement pour cela qu'ils avaient accepté de répondre aux questions).

Il serait donc intéressant de pouvoir dépister les hommes qui ont besoin de discuter de l'IVG, afin de leur permettre de mieux vivre leur décision. Faudrait-il les voir seuls en consultation, de la même façon que leur partenaire féminine ? Ce qui est sûr, c'est que dans le cas des participants de cette enquête, aucun homme n'a été indifférent. Malgré le fait que la quasi totalité des participants (sauf un) se soit sentis soutenus par l'équipe du CIVG, la plupart des hommes n'ont pas exprimé leur ressenti, dans la grande majorité négatif, auprès d'un professionnel de santé.

6.5 Les raisons de l'IVG, représentatives de la « norme procréative ».

Pour 17 hommes sur 20 (2 hommes n'ont pas répondu à la dernière page), soit 85% des répondants, l'une des raisons ayant conduit à l'IVG est que la grossesse n'était pas envisagée. Ce chiffre s'élevait à 77 % dans la thèse de Damien Mauillon et à 40% pour l'enquête ANCIC. Ceci indique qu'il n'y a pas de place à l'imprévu en ce qui concerne la grossesse, celle-ci doit être planifiée à l'avance.

La 2^e motif était l'âge, et en même proportion les problèmes financiers exprimés par 30% des hommes. Ce pourcentage s'élevait respectivement à 40% et 45% dans la thèse de Damien Mauillon, et à 23 et 38% pour l'ANCIC.

Geneviève Cresson, dans son enquête, dit à propos des raisons évoquées pour la motivation de l'IVG, que « ce n'est pas dans l'indifférence de ce « produit » qu'ils prennent leurs positions et leurs décisions. C'est essentiellement sous la contrainte subjectivement perçue des conditions de vie et d'accueil d'un futur enfant, en tenant compte de la qualité de la relation prévisible ou du projet parental, qu'ils prennent ou acceptent la décision »(43).

6 hommes sur 22 ont ressenti de la culpabilité lors de la découverte de la grossesse dans notre étude, ce qui témoigne de la difficulté de la prise de décision.

6.5.1 *Quel est alors le bon moment pour avoir un enfant?*

A Vilain, dans son étude sur les femmes ayant recours à l'IVG, constate à propos des motivations y conduisant que, « pour les plus jeunes, la décision d'interrompre la grossesse est liée au fait d'être en cours d'étude ou d'être célibataire" (44). En effet, une grossesse précoce peut compromettre le déroulement de la scolarité, et mettre un frein à une carrière professionnelle (18). En revanche, pour un couple qui ne fait pas d'étude la survenue d'un enfant peut avoir un côté valorisant. " Pour les femmes âgées entre 25 et 34 ans, le principal motif tient à la taille de la famille estimée suffisante. Pour les plus âgées, opter pour l'avortement correspond à des situations où la maternité n'est pas jugée compatible avec la carrière professionnelle ou lorsque le couple est instable. Surtout, on note une plus forte propension à interrompre la grossesse chez les femmes les plus diplômées, notamment chez les plus jeunes »(44). Ici 3 hommes étaient étudiants, mais le questionnaire ne précise pas si l'IVG est en rapport avec le fait qu'ils n'aient pas fini leurs études. Jean Delumeau, dans son livre « histoire des pères et de la paternité » avait écrit à propos du désir de paternité des hommes que la vie professionnelle restait primordiale pour la majorité d'entre eux: "leur projet c'est leur travail ". Ils souhaitent être père "mais cela viendra naturellement pour eux". Au contraire, les femmes ont un projet familial et un projet professionnel(10).

Lorsqu'une grossesse non prévue survient dans un couple, elle est interrompue dans 1/3 des cas quand il s'agit d'un couple stable, et dans plus de la moitié des cas quand il s'agit d'une relation débutante, incertaine ou sans avenir (8). Malgré le fait que la majorité des hommes (17 hommes sur 22) répondant à l'enquête était en couple stable, 14 hommes ont dit dans cette enquête qu'ils souhaitaient avoir un enfant plus tard, ceci confirme que la grossesse n'avait pas eu lieu au « bon moment ».

Ainsi la stabilité du couple n'est pas le seul critère justifiant la poursuite de la grossesse. Dans leur étude " l'IVG et la recomposition de la norme procréative" Nathalie Bajos et Michèle Ferrand évoquent d'autres éléments "comme le « bon âge » de la mère, la taille idéale de la famille (entre 2 et 3 enfants), et le bon écart d'âge entre les enfants (entre 2 et 3 ans)".(8) On retrouve ces critères ici car pour 6 hommes l'âge était l'un des motifs de l'IVG. De même, la question du nombre d'enfant n'était pas posée, mais parmi les hommes qui avaient des enfants, la majorité en avait 2.

Geneviève Cresson(43) constatait dans son enquête « l'importance du désir ou projet parental dans ce qui fait qu'un embryon ou un amas de cellules vivantes peut devenir un enfant. Le temps, le déroulement des neuf mois de la grossesse, ne sont pas les seules

conditions à cette transformation. Le désir importe, mais aussi la possibilité de la prise en charge, la responsabilisation, l'insertion dans un avenir possible et dans des relations significatives ».

Dans l'étude « the male partnerinvolved in legal abortion »(61), plus de la moitié des couples avaient discuté avant la grossesse, et avaient dit, que si une grossesse non attendue débutait, ils auraient demandé une IVG. Ceci démontre que l'IVG est un moyen de contrôle des naissances accepté. Cependant cela ne rend pas la décision plus facile.

Le désir d'enfant chez l'homme se conçoit différemment d'abord pour des raisons physiologiques. Le fait que l'ovulation ait lieu une seule fois par mois, et que les spermatozoïdes soient créés en permanence, modifie l'abord du désir d'enfant entre les hommes et les femmes. Selon Cyril Desjeux, « le désir de paternité sous forme individuelle est jugé asymétrique au désir de maternité. Il renvoie à une nécessité physiologique d'être continuellement apte à procréer »(63). Pour Geneviève Delaisi de Parseval, l'expression désir d'enfant » est apparue au moment où l'arrivée de l'enfant a pu être choisie, c'est à dire grâce à la loi Neuwirth en 1967. Cyril Desjeux, note à ce propos dans son étude « qu'en maîtrisant leur propre fécondité, les hommes s'interrogent sur le fait de devenir père. Ainsi la contraception fait partie du processus qui fera de l'homme un père. Ce sera la première étape avant l'annonce de la paternité, la naissance et l'instauration de la relation entre lui et son enfant »(63).

6.6 Différents profils des accompagnants.

L'étude ne permet pas d'analyser l'attitude des répondants mais dans l'enquête de G Cresson (43) et de l'ANCIC(19), on perçoit différents profils.

Les raisons pour lesquelles l'homme est absent sont variées:

- il n'est pas disponible (c'est le cas de 2 répondants ici qui travaillaient),
- il n'est pas au courant de l'intervention,
- il n'a pas envie de venir,
- sa partenaire ne souhaite pas qu'il vienne.

En ce qui concerne les 2 hommes de l'enquête qui étaient absents car ils étaient au travail, le fait qu'ils aient accepté de participer au questionnaire prouve qu'ils se sentaient impliqués malgré leur absence.

Cette étude ne permet pas d'étudier le comportement et le vécu des autres hommes absents, qui représentent une grande majorité des couples décidant l'IVG.

Profil des hommes présents(19) :

- L'homme qui accompagne sa partenaire pour la soutenir, qui se tient à l'écart de la décision, et est peu impliqué émotionnellement.
- « Le gestionnaire »: il prend ses distances avec cet acte, et gère le côté administratif: prise de rdv...
- « L'investi »: la décision de l'IVG le fait souffrir, soit parce que cela ne correspond pas à ses principes, soit parce qu'il se sent coupable et impuissant car il ne peut pas le vivre à la place de sa partenaire.
- Celui qui vient pour contrôler la décision de l'IVG, voire l'imposer.

V. CONCLUSION.

La loi Neuwirth qui a autorisé la contraception a révolutionné les rapports homme-femme, en permettant aux femmes de choisir le « bon moment » pour avoir un enfant. Plus d'une dizaine de méthodes féminines ont été développées depuis les années 70, alors que les méthodes masculines sont peu nombreuses, et très anciennes. Malgré la mise au point récente de nouvelles méthodes de contraception masculines, à priori fiables, les études n'ont pas été menées sur une assez grande population pour s'assurer de leur innocuité. Pourtant une étude nationale a démontré que 60% des hommes étaient prêts à prendre une pilule masculine contraceptive si elle existait.

Le débat médiatique sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération a entraîné une augmentation modérée de l'usage des méthodes masculines. Cependant, en France, les études montrent que la plupart des couples utilisent des méthodes de contraception féminine (stérilet, pilule). Et lors d'une consultation médicale pour la contraception, les femmes consultent souvent seules. Il en est de même lorsqu'une grossesse non désirée survient. La difficulté de recrutement des hommes pour cette étude témoigne de leur grande absence lors des IVG. Ainsi, les enquêtes à propos du rapport des hommes à l'IVG sont rares. Dans notre enquête la quasi totalité des participants ne souhaitaient pas cette grossesse. D'ailleurs l'annonce de celle-ci a déclenché chez la plupart d'entre eux des sentiments négatifs. Bien que la majorité se sentait concernée par la contraception, lorsque la méthode choisie par le couple était masculine (méthode naturelle ou préservatif), ils ne l'utilisaient pas à tous les rapports. Cependant, lorsque leur conjointe assurait la contraception, celle-ci était utilisée régulièrement. Notre enquête permet de mettre en évidence un paradoxe : les participants se sentaient concernés, mais n'étaient pas très impliqués dans la contraception.

La majorité des hommes aurait souhaité que le médecin traitant leur parle de contraception. Des études nationales et internationales ont démontré que ce sujet est peu traité avec les hommes en consultation, contrairement à leurs attentes. Comment peut-on aborder ce thème, sans paraître intrusif, lorsque la demande n'est pas formulée? Faudrait-il conseiller à chaque patiente qui consulte en rapport avec la contraception de venir avec son partenaire ? En effet, même si la plupart des couples utilise une contraception féminine, cela n'empêche pas les hommes de s'impliquer autrement dans la contraception. Par exemple en se renseignant sur l'indication de la pilule du lendemain, en se rendant en consultation avec leur partenaire...

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Planification familiale [Internet]. 2013. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
2. VILAIN A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. DREES. 2013 juin;(843).
3. ANCIC. L'IVG, une histoire d'hommes aussi... [Internet]. 2011. Available from: http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/plaquettedefinitive_000.pdf
4. HERITIER F. Masculin/féminin. Paris: O. Jacob; 1996. 332 p.
5. BOZON M, SINGLY F de. Sociologie de la sexualité. Paris: A. Colin; 2009.
6. OUDSHOORN N. "Astronauts in the Sperm World": The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives. *Men Masculinities*. 2004 Apr 1;6(4):349–67.
7. BAJOS N, ROUZAUD-CORNABAS M, PANJO H, BOHET A, MOREAU C, Equipe FECOND. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif? *Popul Sociétés*. 2014 mai;(511).
8. BAJOS N, FERRAND M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés Contemp*. 2006;61(1):91–117.
9. MOREAU C, BAJOS N, SPIRA A. Evolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique. *Med Reprod Gynecol-Endocrinol*. 2009 Dec;11(5):338–44.
10. DELUMEAU J, ROCHE D. Histoire des pères et de la paternité. Paris: Larousse; 2000.
11. Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 - Article 6.
12. CONLEY D. A Man's Right to Choose. *The New York Times* [Internet]. 2005 Dec 1; Available from: <http://www.nytimes.com/2005/12/01/opinion/01conley.html>
13. Plard M. Paternités imposées. Paris: Liens qui libèrent; 2013. 202 p.
14. IACUB M. Géniteur sous X. <http://www.liberation.fr> [Internet]. *Libération*; 2005 Jan 25; Available from: http://www.liberation.fr/tribune/2005/01/25/-_507324
15. DAVIE E. Un premier enfant à 28 ans. *INSEE*. 2012 Oct;(1419).
16. BAJOS N, BOZON M, BELTZER N. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris: la Découverte; 2008. 609 p.
17. BAJOS N, FERRAND M, MOREAU C. Evolution du recours à l'IVG en France: de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. *Med Reprod Gynecol-Endocrinol*. 2012;14(1).
18. BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? *Popul Sociétés*. 2004 Dec;(407).
19. ANCIC. Enquête sur le rapport des hommes à l'IVG- Rapport de l'enquête quantitative et qualitative [Internet]. 2010 2011. Available from: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article73>
20. FERRAND M, BAJOS N. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine? *Sci Soc Santé*. 2004 Sep;22(3):117–42.
21. JASPARD M. La sexualité en France. Paris: La Découverte; 1997. 124 p.
22. MOREAU C, LYDIE N, WARSZAWSKI J, BAJOS N. activité sexuelle, IST, contraception: une situation stabilisée. *Baromètre santé 2005*. INPES. 2007. p. 329–53.
23. HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
24. NIESCHLAG E. Utilisation de la testostérone seule comme contraception masculine hormonale. *La contraception masculine*. Springer. 2013. p. 67–74.
25. WHO Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia and oligozoospermia in normal men. *Fertil*

Steril. 1996 Apr;65(4):821–9.

26. WHO Task Force on methods for the regulation of male fertility. Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia in normal men. *Lancet*. 1990 Oct 20;336(8721):955–9.

27. Guerin J-F, Rollet J. Essais de différentes associations d'androgènes et de progestatifs dans un objectif de contraception masculine. *La contraception masculine*. Springer. 2013. p. 35–47.

28. WANG C, SWERDLOFF RS. Hormonal Approaches to Male contraception. *Curr Opin Urol*. 2010 Nov;20(6):520–4.

29. JIMENEZ C. La contraception masculine. *Andrologie*. 2004;14(3):275–90.

30. MIEUSSET R. Les essais de la contraception masculine par la chaleur. *La contraception masculine*. Springer. 2013. p. 77–91.

31. HUYGHE E, NOHRA J, VEZZOSI D, et al. Contraceptions masculines non différencielles: revue de la littérature. *Progrès en Urologie*. 2007;17(2):156–64.

32. SPENCER B. La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes Rech En Sci Soc*. 1999;128(1):29–33.

33. DESJEUX C. Résistances aux contraceptions masculines médicalisées: frein technique ou socio culturel? Prescrire, proscrire: enjeux non médicaux dans le champ de la santé. PUR. Rennes; 2011. p. 59–71.

34. SOUFIR J-C, MIEUSSET R. La longue marche de la contraception masculine. *Andrologie*. 2012 Aug 23;22(3):129–30.

35. KALAMPALIKIS N, BUSCHINI F. La contraception masculine médicalisée: enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. 2007;89–104.

36. NISAND I, LETOMBE B. Et si on parlait de sexe à nos ados? pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles. Paris: Odile Jacob; 2012. 248 p.

37. BARUCH F. Qu'est ce que l'éducation à la vie et à la sexualité ? - Qu'est ce qui se joue au travers de l'éducation à sexualité ? [Internet]. ANCIC. Available from: http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/professionnels_education_sexuelle.html

38. NAVES M-C, SAUNERON S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale [Internet]. Paris: Centre d'analyse stratégique; 2011 juin p. 12. Report No.: 226. Available from: <http://www.strategie.gouv.fr/content/comment-ameliorer-laces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011>

39. SANTELLI J, OTT MA, LYON M, et al. Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2006 Jan;38(1):72–81.

40. INPES. Contraception : une nouvelle campagne qui s'adresse aux femmes... et aux hommes [Internet]. INPES. 2009. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2009/027.asp>

41. INPES. Favoriser le dialogue sur la contraception [Internet]. 2008. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080429.pdf>

42. MAUILLON D. La place de l'homme dans l'IVG : à propos d'hommes concernés par une grossesse non prévue [Thèse d'exercice: Médecine Générale]. Université d'Angers; 2003.

43. CRESSON G. Les hommes et l'IVG. *Sociétés Contemp*. 2006;61(1):65.

44. VILAIN A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Rev Fr Aff Soc*. 2011 Jun 22;n° 1(1):116–47.

45. INPES. Contraception: que savent les français? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception: état des lieux [Internet]. 2007 juin. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/07/cp070605.asp>

46. BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, et al. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Popul Sociétés*. 2012 Sep;(492):2.

47. INPES, BVA. Les français et la contraception [Internet]. 2007 Mar. Available from: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf

48. PEARSON SC, CLARKE P. Changes in British men's use of family planning services between 1991 and 2000: secondary analysis of a national survey. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2007 Jul 1;33(3):183–7.
49. DUBOIS-ARBER F, MEYSTRE-AGUSTONI G, ANDRE J, et al. Sexual behaviour of men that consulted in medical outpatient clinics in Western Switzerland from 2005-2006: risk levels unknown to doctors? *BMC Public Health*. 2010;10:528.
50. HALEY N, MAHEUX B, RIVARD M, et al. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? *Am J Public Health*. 1999 Jun;89(6):899–902.
51. INPES. Comment initier et mettre en oeuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent? [Internet]. 2009 Aout. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
52. POIRIER M. Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ? à partir d'un focus group de médecins généralistes. [Université de Nantes]; 2010.
53. CSA. Les français et la contraception [Internet]. 2012. Available from: <http://www.csa.eu/multimedia/data/sondages/data2012/opi20120920-les-francais-et-la-contraception.pdf>
54. SHAHJAHAN M, MUMU SJ, AFROZ A, et al. Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2013 May 16;10(1):27.
55. HEINEMANN K, SAAD F, WIESEMES M, et al. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2005 Feb;20(2):549–56.
56. MROUE S, DELALOYE J, WUNDER D. Désir de grossesse après vasectomie : vasovasostomie ou procréation médicalement assistée ? *Gynécologie - Obstétrique*. 2010 Oct 27;Volume 268(38):2030–2.
57. INED. La contraception dans le monde. 2013 Jan 9; Available from: http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/contraction_monde/
58. Enquête Durex sur la sexualité - Global Durex Survey [Internet]. Available from: <http://www.goldcondom.com/enquete-durex-sexualite-global-sex-survey,fr,10065.html>
59. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France) B, François, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Éd. INPES; 2007.
60. KERO A, LALOS A, WULFF M. Home abortion - experiences of male involvement. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2010 Aug;15(4):264–70.
61. KERO A, LALOS A, HOGBERG U, et al. The male partner involved in legal abortion. *Hum Reprod Oxf Engl*. 1999 Oct;14(10):2669–75.
62. MOUNIER L, FERRAND A. L'échange de paroles sur la sexualité : une analyse des relations de confiance. *Population*. 1993;48(5):1451–75.
63. DESJEUX C. La contraception du côté des hommes. L'émergence d'une "conscience masculine". *La contraception masculine*. 2013. p. 179–90.

Monsieur,

Vous accompagnez ou non votre compagne pour la réalisation d'une Interruption Volontaire de Grossesse, ou IVG.

Acceptez-vous de répondre à quelques questions ?

Ce questionnaire est anonyme et confidentiel, et n'a pas pour objectif de vous juger mais simplement de connaître votre position par rapport à cette demande d'IVG. En effet il y a peu de données évoquant l'opinion des hommes à ce sujet.

N° Questionnaire :

VOTRE ETAT CIVIL

Quel âge avez-vous ?.....

A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez vous ?

1. Agriculteur
2. Artisan, commerçant
3. Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
4. Profession intermédiaire, cadre moyen
5. Employé
6. Ouvrier
7. Retraité
8. Inactif
9. Autre

Situation vis-à-vis de l'emploi

1. Avec un emploi
2. Etudiant
3. Au chômage
4. Autre situation

Quel est votre niveau d'étude ?

- Sans diplôme, certificat d'études, CAP
- Brevet, BEP
- Baccalauréat technique
- Baccalauréat général
- BAC +2
- Diplôme supérieur
- Autre

Etes vous :

1. célibataire
2. en couple

• **Si vous êtes en couple, depuis combien de temps ?**.....

• **Est-ce un couple recomposé ?** 1. OUI 2. NON

- **Diriez vous que vous êtes un couple**(une seule réponse)
 - Stable avec projets d'enfant
 - Stable sans projets
 - Pas stable

Avez-vous des enfants ? 1. OUI 2. NON
 Si oui, combien ?

Votre compagne a-t-elle des enfants issus d'une relation antérieure ? 1. OUI 2. NON
 Si oui, combien ?

VOUS ET LA CONTRACEPTION

Dans les trois derniers mois, avez vous (vous ou votre conjointe) utilisé un moyen de contraception ?

1. Oui tout le temps
 2. Pas à tous les rapports
 3. Jamais
- Si OUI : lequel

Vous sentez vous concerné par la contraception ? OUI NON

Si NON :

1. C'est parce que vous pensez que c'est une affaire de femme
2. Vous trouvez que la contraception est une contrainte
3. Autre :

Participez vous financièrement à la contraception ? OUI NON

Si OUI :

1. c'est à la demande de votre partenaire
2. Ou c'est de votre initiative

Considérez vous le préservatif comme

1. Un moyen de contraception
2. Un moyen de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles
3. Les 2

Si vous n'aviez pas de projet de grossesse, et si votre conjointe refusait tout moyen de contraception venant d'elle, accepteriez vous d'utiliser (une seule réponse)

1. Le préservatif à chaque rapport
2. Une pilule contraceptive pour hommes (s'il en existait)
3. La stérilisation (vasectomie)
- 4- Aucun des 3

Si vous ne souhaitez pas utiliser de moyen de contraception masculin, précisez pourquoi :

(Plusieurs réponses possibles)

- Peur des effets secondaires
- Peur d'oublier de les utiliser (dans le cas d'une pilule)
- Peur de l'inefficacité
- Inconfort et diminution du plaisir (préservatif)
- Ce n'est pas votre rôle de gérer la contraception

Pensez vous bien connaître les moyens de contraception ? 1. OUI 2. NON

Citez tous les moyens de contraception que vous connaissez en précisant à coté la mention FIABLE ou NON FIABLE

Moyen contraceptif	Fiable ou non fiable

Si vous souhaitez avoir des informations sur la contraception, aimeriez vous être informé : (*plusieurs réponses possibles*)

- Par votre médecin traitant
- Par votre compagne
- Par les médias
- Par internet
- Par vos amis
- Par votre famille (parents)
- Par le planning familial
- Autre :

Si vous souhaitez être informé par votre médecin traitant, à quels moments voudriez vous qu'il aborde le sujet ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Consultation lors d'un certificat de sport par exemple
- Bilan d'infections sexuellement transmissibles après un rapport sexuel non protégé
- Vaccinations
- Autre.....

Avez- vous eu des enseignements d'éducation sexuelle lors de vos études ?

1. OUI et je m'en souviens 2. OUI et je ne m'en souviens pas 3. NON

Si OUI, citez les classes où vous avez pu en bénéficier :

.....
.....
.....

Cela vous a-t-il été utile ? 1. OUI 2. NON

VOUS ET L'IVG (INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE)

Avant cette IVG, avez- vous déjà été confronté à cette situation ? 1. OUI 2. NON

Si OUI : A combien de reprises ?.....

Avez-vous changé de moyen de contraception par la suite ? 1. OUI 2. NON

En ce qui concerne l'IVG actuelle :

Aviez vous prévu cette grossesse ? 1. OUI 2. NON

Qui a pris la décision de l'IVG : (une seule réponse)

1.1.1. Vous 2. Elle 3. Les 2

Etes-vous en accord avec la décision prise ?

1. Tout à fait d'accord 2. Assez d'accord 3. Pas très d'accord 4. Total désaccord

Qu'avez-vous ressenti au moment de l'annonce de la grossesse : (plusieurs réponses)

- Peur, angoisse
- Colère
- Tristesse
- Honte, culpabilité
- Fierté
- Autres

Avez vous parlé autour de vous de cette IVG ? 1. OUI 2. NON

Si OUI : A qui : (plusieurs réponses possibles)

- Votre famille
- Vos amis
- Votre médecin traitant
- Au centre qui a pratiqué l'IVG
- Autre

Avez-vous accompagné votre partenaire pour l'IVG ? 1. OUI 2. NON

Si NON : pourquoi n'êtes vous pas venu (plusieurs réponses possibles) :

- Vous étiez au travail
- Vous ne vous sentiez pas concerné par la grossesse
- Vous étiez gêné et ne vous sentiez pas à votre place
- Vous appréhendiez les réactions du personnel
- Votre partenaire n'y tenait pas
- Autre.....

Si OUI : vous êtes vous senti soutenu par l'équipe qui vous a accueilli ?

1. OUI 2. NON

Pour quelles raisons avez-vous demandé l'IVG ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Grossesse non envisagée
- Age
- Problèmes financiers
- Problème de couple
- Problème médical
- Autre

Selon vous, quelles raisons ont provoqué cette grossesse ? (*une seule réponse*)

1. Vous n'aviez pas de contraception
2. Vous aviez une contraception mais elle n'a pas fonctionné

Si vous n'aviez pas de contraception : c'est parce que (*Plusieurs réponses possibles*)

- Vous aviez un projet d'enfant
- Vous n'y aviez pas pensé
- Vous n'étiez pas ou mal informé sur la contraception
- Vous êtes opposé à la contraception
- La contraception est contre-indiquée
- Vous pensiez être stérile
- Autre.....

Si vous aviez une contraception, pourquoi a-t-elle échoué ? (*une seule réponse*)

- I Elle a été oubliée (exemple : pilule, anneau vaginal...)
- I Elle n'était pas utilisée correctement (exemple: rupture de préservatif)
- I Elle n'a pas été efficace (exemple: stérilet, pilule sans oubli, la méthode du retrait ...)
- I Autre :

Connaissez vous les consignes en cas d'oubli de pilule ou de rupture de préservatif après un rapport sexuel?

Expliquez brièvement

.....
.....

Cette IVG va-t-elle modifier votre contraception ultérieure ? 1. OUI 2.

NON

Si oui, quelle nouvelle méthode avez-vous choisie ?

Si non expliquez pour quoi :

.....
.....

Désirez vous un enfant plus tard ? 1. OUI 2. NON

Madame,

Je suis remplaçante en médecine générale, et je réalise une thèse sur la place des hommes dans l'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse).

Ce questionnaire est confidentiel et anonyme et s'adresse aux hommes afin de connaître leur position par rapport à cette décision, et leur rôle dans la contraception.

Tout d'abord pouvez-vous répondre à ces questions :

Quel âge avez-vous ?.....

Quel âge a l'homme à l'origine de cette grossesse ?.....

Est-il au courant de la demande d'avortement ?

1- OUI 2- NON

Si vous ne l'avez pas informé, pourquoi ? : *(une seule réponse)*

- Il ne serait pas d'accord
- Vous ne voulez pas perturber l'équilibre de votre couple
- Vous êtes ensemble depuis peu de temps ou c'est une relation passagère
- Vous êtes séparés
- Autre raison

S'il n'est pas au courant, vous n'avez pas besoin de lire ce questionnaire

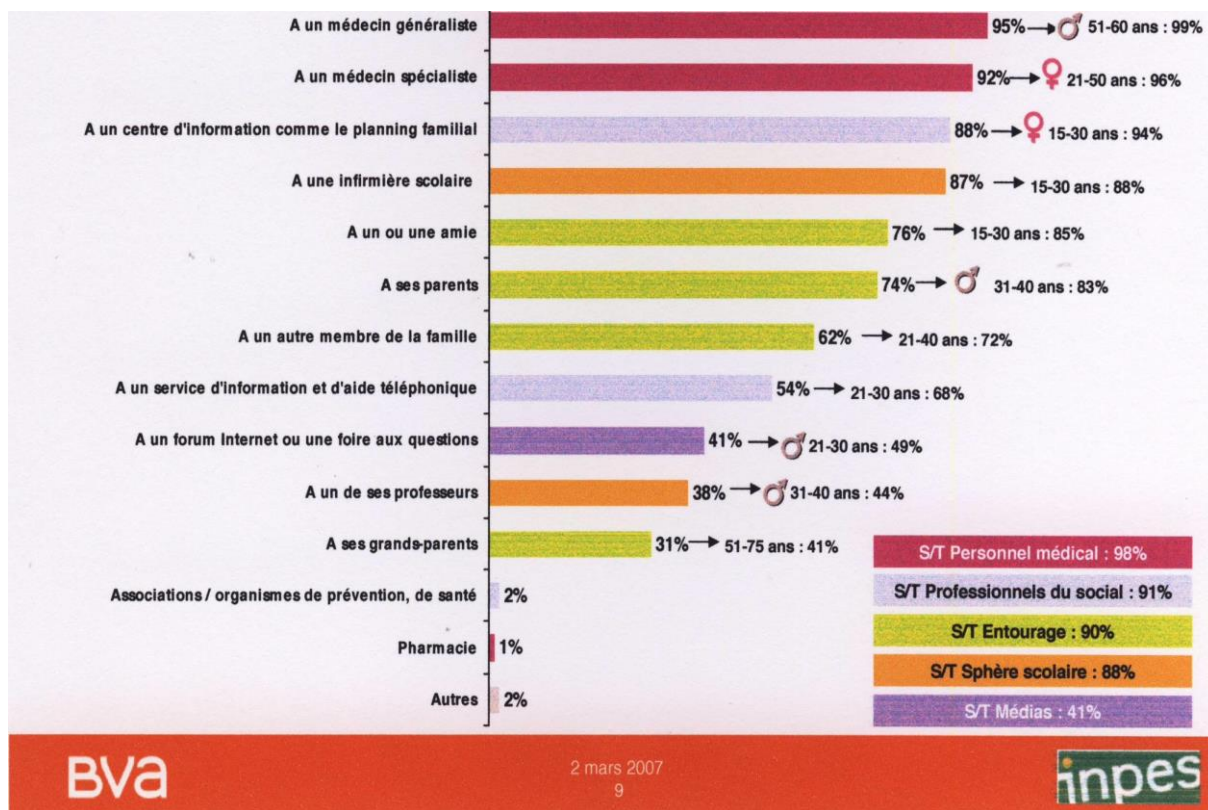
En vous remerciant de votre réponse

N° Questionnaire :

VII. ANNEXES

Annexe1. Légitimité des émetteurs de conseils.

Selon vous, à qui devrait s'adresser une personne qui aurait besoin d'un conseil ou d'une aide sur le sujet de la contraception ?(47)



Annexe 2. Premières sources d'informations sur la contraception.
 Comment et par qui vous êtes vous procuré vos premières sources d'informations sur la
 contraception ?(16)

% ayant cité l'une de ces sources	Sexe	18-24 ans	25-34 ans	35-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	Total
Copines	F	39,3	34,2	34,8	41,0	37,8	40,6	38,0
	H	26,0	19,2	22,6	22,3	26,9	20,8	22,9
Partenaire	F	8,7	7,3	5,4	8,7	8,0	13,6	8,6
	H	20,1	19,0	22,1	24,8	22,9	18,4	21,4
Copains	F	16,8	11,1	8,4	8,7	7,6	6,2	9,6
	H	45,3	49,1	48,2	48,1	50,2	49,8	48,6
Mère	F	67,2	62,4	54,3	42,2	34,5	27,7	47,2
	H	38,8	33,8	22,2	22,1	15,6	14,6	24,4
Ecole	F	85,6	67,2	63,7	51,8	29,7	21,0	51,7
	H	83,6	72,0	66,8	48,5	24,6	17,6	51,2
Père	F	16,7	12,7	7,7	6,1	3,6	3,1	8,0
	H	27,0	21,9	13,4	11,7	13,8	12,0	16,5
Médecin	F	45,5	42,6	43,3	36,8	30,3	22,0	36,4
	H	18,4	15,7	12,5	7,5	13,1	12,2	13,0
Télé Radio	F	70,4	59,5	47,5	40,3	30,2	18,6	43,7
	H	70,6	75,2	60,2	50,3	34,6	19,6	51,9
Magazines féminins	F	59,5	50,1	44,3	42,4	41,5	27,8	44,1
	H	16,9	20,7	24,3	26,5	30,8	23,3	24,2
Planning familial	F	19,9	16,7	19,7	10,7	7,2	9,0	13,1
	H	8,7	5,4	7,0	4,6	6,3	8,1	6,4
NR, NSP	F	0,7	1,4	3,4	3,6	8,5	9,2	4,6
	H	1,0	1,7	3,2	5,4	9,4	10,5	5,3
Effectif	F	815	1 691	1 140	734	747	636	5 763
	H	733	1 376	946	621	542	424	4 642
Nombre moyen de sources citées	F	4,3	3,6	3,3	2,9	2,3	1,9	3,0
	H	3,6	3,3	3,0	2,7	2,4	2,0	2,8

Annexe 3. Pourcentage de médecins qui abordent de façon routinière l'histoire sexuelle des patients adultes et adolescents pendant un examen médical.(50)

Sexual History Item	General Practitioners			Obstetrician-Gynecologists			Specialty Differences (P)	
	Men (n = 311), %	Women (n = 436), %	P	Men (n = 105), %	Women (n = 43), %	P	Men	Women
With adult patients								
Contraception method	37	69	<.0005	79	82	.70	<.0005	.07
Condom use	22	39	<.0005	47	48	.91	<.0005	.27
No. of sexual partners	16	35	<.0005	23	30	.39	.11	.45
STD risk of partners	17	29	<.0005	28	23	.54	.01	.37
Sex of partners	15	20	.05	17	23	.43	.57	.71
History of sexual abuse	2	3	.70	2	0	.36	.89	.28
With adolescent patients								
Sexual activity	47	71	<.0005	53	79	.003	.32	.24
Contraception method	67	81	<.0005	87	88	.82	<.0005	.24
Attitudes concerning condom use	29	46	<.0005	50	49	.90	<.0005	.67
History of sexual abuse	6	4	.14	7	2	.28	.81	.62

Note. Routine assessment was defined as assessment involving 90% or more of patients.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

SERMENT MEDICAL

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'informerai 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. Reçu 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.

NOM : DINAM PRENOM : Emilie

TITRE DE THÈSE :

Implication des hommes concernés par une IVG dans la contraception et l'avortement.

Enquête réalisée dans 2 centres de planification et d'éducation familiale de Nantes, de mai à septembre 2013.

RÉSUMÉ

La contraception est une affaire de couple, cependant les témoignages d'hommes sont rares à ce propos, d'autant plus lorsqu'ils sont concernés par une IVG. Cette enquête avait pour objectif de déterminer l'implication de l'homme dans la contraception et dans l'avortement dans des couples dont la femme avait choisi de réaliser une IVG. Elle s'est déroulée à Nantes dans 2 CIVG pendant 4 mois, à partir d'un questionnaire distribué aux hommes par l'intermédiaire de leur partenaire. Vingt-deux hommes ont participé à l'enquête. Plus de la moitié a eu un sentiment négatif à l'annonce de la grossesse, cependant la majorité n'en a pas parlé autour d'eux. Tous étaient d'accord avec leur partenaire pour la réalisation de l'IVG. 19 hommes se sentaient concernés par la contraception, cependant seuls 5 couples utilisaient une contraception régulièrement durant les 3 mois précédents la grossesse. La majorité aurait souhaité avoir des informations sur la contraception avec le médecin traitant, y compris lors de consultations non dédiées (certificat de sport, bilan IST ou vaccination). Bien que le taux de réponse soit faible, cette enquête permet de mettre en évidence que les hommes peuvent être isolés face à la décision de l'IVG. Ils souhaitent que le médecin traitant les informe à ce sujet même si ils n'en font pas la demande. Il est donc nécessaire de former les médecins à aborder la sexualité des hommes en consultation.

MOTS CLES

IVG
Avortement
Hommes
Contraception masculine