

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BRIAT Eva & JACQUOT Bérangère

Présentée et soutenue publiquement le 21 février 2025

**Les médecins généralistes d'Auvergne face à la
contraception masculine :
Étude qualitative par entretiens semi-dirigés**

Directrice de thèse :

- Madame BOUCHET Nolwenn, Docteur, médecin généraliste à Langeac

Présidente du jury :

- Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, médecin généraliste à Clermont-Ferrand

Membres du jury :

- Monsieur HIDALGO-BACHS Louis, Docteur, Maître de conférences associé des universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, médecin généraliste à Chatel-Guyon
- Monsieur MORISSET Quentin, Docteur, médecin généraliste au Mayet-de-Montagne
- Madame ROBATEL-BUSI Marie-Laure, Docteur, médecin généraliste à Lezoux

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BRIAT Eva & JACQUOT Bérangère

Présentée et soutenue publiquement le 21 février 2025

**Les médecins généralistes d'Auvergne face à la
contraception masculine :
Étude qualitative par entretiens semi-dirigés**

Directrice de thèse :

- Madame BOUCHET Nolwenn, Docteur, médecin généraliste à Langeac

Présidente du jury :

- Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, médecin généraliste à Clermont-Ferrand

Membres du jury :

- Monsieur HIDALGO-BACHS Louis, Docteur, Maître de conférences associé des universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, médecin généraliste à Chatel-Guyon
- Monsieur MORISSET Quentin, Docteur, médecin généraliste au Mayet-de-Montagne
- Madame ROBATEL-BUSI Marie-Laure, Docteur, médecin généraliste à Lezoux



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **FOGLI** Anne
: **PEYRAR** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François

□□□□□

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN-DIRECTEUR
DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHAMOIX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - GILAIN Laurent - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LAURICHESSE Henri - LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - LUSSON Jean-René - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - PHILIPPE Pierre - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VAGO Philippe - VIALLET Jean-François - VERRELLE Pierre - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - BIGNON Yves Jean - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - DURIF Franck - ESCHALIER Alain - LABBE André - Mme LAFEUILLE Héléne - MM. LEMERY Didier - POULY Jean-Luc - VORILHON Philippe

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENNAULT-LLOORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLOORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale

M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie

1ère CLASSE

M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

2ème CLASSE

M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. CORNELIS François	Génétique

M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. BIAU Julian	Radiothérapie
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. ERIVAN Roger	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. MATHIEU Sylvain	Rhumatologie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme LAPORTE Catherine

Médecine Générale

2ème CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène

Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1ère CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Physiologie

2ème CLASSE

M. BIDET Yannick	Biologie Cellulaire
Mme GUILLET Christelle	Physiologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
Mme COSTE Karen	Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie- Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

2ème CLASSE

M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique
M. ANIORT Julien	Néphrologie
M. CLERFOND Guillaume	Cardiologie
Mme DUPUY Claire	Médecine Intensive – Réanimation
Mme JULIAN Valérie	Physiologie
M. LAHAY Clément	Gériatrie et Biologie du Vieillessement
Mme ROLLAND-DEBORD Camille	Pneumologie
M. ROUANET Jacques	Dermato-Vénérologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Sciences du Médicament
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. PIZON Frank	Sciences de l'Education

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Biologie Cellulaire
Mme AUBEL Corinne	Biologie Cellulaire
M. DALMASSO Guillaume	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. SOLER Cédric	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie Cellulaire
M. PINEL Alexandre	Physiologie
Mme MONIER Florie	Psychologie
Mme POLICARD Florence	Sciences Infirmières

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale
M. MENINI Thibault	Médecine Générale
Mme BŒUF-GIBOT Sylvaine	Médecine Générale
M. HIDALGO BACHS Louis	Médecine Générale

Remerciements communs

Aux membres du jury,

Madame la Professeure Hélène VAILLANT-ROUSSEL, Professeur des Universités de Médecine Générale et Maître de stage des Universités de Médecine Générale, merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous saluons votre engagement universitaire auprès des étudiants de médecine générale et soyez assurée de notre profond respect.

Madame le Docteur Nolwenn BOUCHET, Maître de stage des Universités de Médecine Générale, merci d'avoir accepté de diriger ce travail, qui n'aurait pu voir le jour sans vos compétences. Merci pour votre encadrement bienveillant, votre infinie patience, et votre immense disponibilité.

Monsieur le Docteur Luis HIDALGO-BACHS, Maître de Conférences Associé des Universités de Médecine Générale et Maître de stage des Universités de Médecine Générale, merci de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse. Merci également pour votre accompagnement durant ces 3 années. Vous avez toujours été de bons conseils pour nous, nous fournissant un précieux soutien. Nous vous adressons nos sentiments les plus respectueux.

Madame le Docteur Marie-Laure ROBATEL-BUSI, Maître de stage des Universités de Médecine Générale, merci d'avoir accepté de juger notre travail. Votre regard nous est cher et enrichissant.

Monsieur le Docteur Quentin MORISSET, Maître de stage des Universités de Médecine Générale, merci pour l'intérêt que vous portez à notre travail, pour votre bienveillance et pour l'expertise que vous nous apportez.

Aux médecins ayant accepté de participer à ce travail,

Merci pour le temps que vous nous avez accordé et pour la pertinence de nos échanges.

Remerciements d'Eva

A Bérangère, pour m'avoir suivie dans cette aventure. Je suis ravie d'avoir partagé ce projet avec toi, et si c'était à refaire, je te choisirai à nouveau. Tu es une personne pleine de qualités, et tu deviens aujourd'hui un docteur formidable. J'espère vivre plein d'autres aventures à tes côtés.

A Dr Vignerresse, pour l'humanité que tu m'as transmise, et pour tout ce que j'ai pu apprendre à tes côtés.

A Dr Deslandes, pour le mantra qui berce désormais ma pratique "les patients ne te demandent pas d'être infaillible, seulement d'être fiable".

A Dr Vigouroux (maman Joëlle), Dr Dadet (papa Sylvain), ainsi que tout le personnel du service de CSG de Brioude. Merci pour tout ce que vous avez apporté à ma pratique professionnelle, mais aussi à ma vie personnelle.

A Dr Perrier et Dr Zeganadin, pour tout ce que vous m'avez apporté depuis mes premiers pas d'étudiantes jusqu'aux derniers. Vous avez fait grandir en moi la confiance et la détermination. Je vous en serai éternellement reconnaissante.

A Dr Robatel-Busi, mon mentor. Merci de m'avoir apporté rigueur et sérénité, qui me permettront de m'épanouir dans ce métier parfois compliqué. Ta patience, tes connaissances infinies, ton sang-froid ; tu es la force tranquille que tout le monde voudrait avoir à ses côtés. J'ai envie de te dire "quand je serai grande, je voudrai être comme toi", mais je crois que je suis déjà grande...

A Dr Burnot-Laurenson, Dr Roche, et tout le service du Point Santé de Thiers, pour votre enseignement de qualité et votre accueil chaleureux.

A Léna, Manon, Matthieu et Zoé, pour ces poulets crispy, ces parties de jeux, ces sourires. Les journées sont plus douces à vos côtés. J'espère que nous partagerons encore plein de bons moments.

A Eve, ma plus vieille amie, ma meilleure amie. Merci pour ton amitié sans faille et ton soutien inconditionnel. 2025 sera l'année de nos 2 thèses, quelle fierté de grandir à tes côtés. Ad vitam aeternam.

A Clémentine, Cloé et Morgane. Mes amies, mes sœurs, mes amours. Vous étiez à mes côtés pour mes premiers pas dans cette faculté, vous êtes là pour les derniers. Merci d'être dans ma vie, pour le meilleur et pour le pire.

A Charlotte, Chris, Eugénie, Laurène, Lisa, Marion, et Ophélie. Vous êtes des copines formidables et indispensables à ma vie. Merci pour votre joie de vivre !

A mes incroyables parents, sans qui je ne serais rien. Merci de me pousser sans cesse vers la meilleure version de moi-même. Merci d'être les meilleurs parents du monde. Je vous aime plus que tout.

A Sylvie, ma merveilleuse belle-mère. Merci pour ton écoute, ton honnêteté, ton énergie positive. Toi qui aimes tant le soleil, sache que tu es solaire à mes yeux.

A ma sœur, Audrey, pour m'apporter autant d'amour et de bonheur. Si je devais choisir parmi toutes les petites sœurs du monde, c'est toi que je choisirais.

A mon frère, Romain, pour ta légèreté et ton sourire inconditionnel.

A toute ma famille, mes grand-mères, mes tantes, mes oncles, ma cousine, mes cousins, Christiane.

A Camille et Jacques, mes anges. Merci de veiller sur moi.

Remerciements de Bérangère

A **Eva**, ma co-thésarde et amie, merci de m'avoir embarquée dans cette grande aventure. Je n'ai pas hésité une seconde alors que tu me proposais de faire une thèse ensemble lors d'une session spa pendant un week-end entre amis. Tu as été l'élément moteur de ce projet et je t'en suis très reconnaissante. Je suis heureuse de partager l'obtention de mon titre avec une Docteur aussi épatante et douée de qualités. A très vite pour la suite !

A mes maîtres de stage universitaire,

Aux **Drs Marie FRUGERE et Julie TOURRETTE**, à vous deux qui m'avez fait découvrir la médecine générale, merci pour votre gentillesse et votre humanité. J'ai beaucoup appris grâce à vous, que ce soit dans la prise en charge des patients mais aussi dans le travail pluri-professionnel.

Au **Dr Ahmed BARKA**, merci de m'avoir épaulée dans mes premiers pas d'interne en cabinet libéral et pour tes qualités de clinicien, sans oublier les visites où tu ralentissais sur la route pour me montrer les beaux paysages du Cantal.

Au **Pr Hélène VAILLANT-ROUSSEL**, merci pour l'accueil que tu m'as réservé dans ton cabinet, j'ai pu perfectionner mes connaissances médicales, découvrir la création de projets de santé et progresser en rigueur à tes côtés.

Aux **Drs Audrey LAVOINE et Quentin MORISSET**, ce fut un immense plaisir de passer ces six mois de SASPAS dans votre cabinet, merci pour le partage et la confiance que vous m'avez accordée. Votre bienveillance et votre pédagogie dans vos domaines respectifs m'ont permis de m'améliorer, de gagner en confiance et de m'épanouir pleinement dans le métier de médecin généraliste. Je vous en serai toujours reconnaissante.

Un grand merci à toutes les équipes de professionnels de santé que j'ai pu rencontrer au cours de mes différents stages, pour votre bienveillance, vos enseignements et votre soutien : les équipes de St-Mamet, de Laroquebrou et du Mayet de Montagne, le Dr BOMPAKA et l'ensemble du SAU du CH de Brioude, l'équipe de Neuro-Néphro du Puy en Velay, ceux de pédiatrie et de gynécologie du CH d'Aurillac et enfin les gynécos du CHU.

A mes proches,

Maman et Papa, ma 1^{ère} pensée est pour vous qui m'avez toujours soutenue et poussée vers le haut malgré les péripéties de ces looooooongues études. C'est grâce à vous que j'arrive au bout de ce parcours aujourd'hui et que je vais enchaîner sur « Le premier jour du reste de ma vie ». Je vous aime infiniment.

A **Mathilde**, ma petite sœur chérie, pour ton amour et la formidable personne que tu es, toujours là pour moi.

A **Ronan**, mon petit frère adoré, merci d'être aussi solaire et de me faire rire tout le temps.

A **Irène**, ma « **nounou** », je te dois énormément pour l'éducation que tu nous as apporté avec tant d'amour et de tendresse. Je suis très heureuse de te savoir à mes côtés pour ce jour si important pour moi. Des bisous à **Sep**.

A **ma famille**, qui m'appelle « Docteur » depuis que je suis en PACES, à partir de ce soir, c'est enfin juste ! Votre présence me touche beaucoup, merci pour tout.

A **mes amis de l'internat**, qui ont fait de ces trois années dans une région nouvelle des moments de pur bonheur ! Difficile de tous vous citer sans trop m'étaler.

Une pensée particulière pour **Lise** ma 1^{ère} co-interne d'amour, **Violène** qui m'a supportée de trop nombreux weekends, et **Adrien** que j'ai fait râler des dizaines de fois, je me suis tout de suite sentie bien à vos côtés ! Merci à **Antoine, Momo, Léana, Chris, Sofia et Pauline** pour tous les beaux moments que l'on a passés ensemble.

A **la team du PEV**, merci pour ce semestre mémorable à vos côtés ! Mes co-internes du NNR **Mylène, Julien, Oriane, Chams et Marie** qui ont essuyé mes rires et mes larmes, aux magnifiques rencontres que j'ai faites avec **Coline, Tanguy, Alexandre, Marie (bis), Cassandra, Fadi et tous les autres**. Je suis toujours heureuse quand je vous revois.

A **Camille**, ma copine de P2, **Mathilde, Mégane, Armelle et Léa**, on a traversé l'externat ensemble et on est toujours là malgré l'éloignement géographique, merci pour votre folie les copines !

A **mes amis du lycée** et ceux qui suivent mes aventures depuis quelques années, merci pour votre soutien sans faille depuis toutes ces années parce qu'« on n'a plus 20 ans » ! **Céline, Léa, Laura, Valentine et Sara**, je garde un formidable souvenir de votre passage dans le Pays des Volcans, revenez quand vous voulez !

Une dernière pensée pour **Martin** et pour **mes grands-parents**, je vous aime fort, merci de veiller sur moi.

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION	17
A.	État des lieux sociétal et scientifique	17
B.	Justifications de l'étude.....	19
C.	Objectif de l'étude.....	20
II.	MÉTHODE.....	20
A.	Type d'étude	20
B.	Investigatrices	20
C.	Population	21
1.	Population cible et échantillonnage	21
2.	Recrutement.....	21
D.	Recueil des données	22
1.	Elaboration du guide d'entretien	22
2.	Déroulé des entretiens	24
3.	Recueil des données	24
E.	Analyse des données	24
F.	Aspects éthiques et réglementaires.....	25
1.	Consentement.....	25
2.	Confidentialité.....	25
3.	Autorisations réglementaires.....	26
III.	RÉSULTATS	26
A.	Caractéristiques de l'échantillonnage.....	26
B.	Les représentations autour de la contraception masculine.....	28
1.	Un sujet tabou dans la population générale.....	28
a)	Représentations culturelles et sociétales.....	28
b)	Représentation de genre.....	28
c)	Manque d'implication des médias grand public.....	29
2.	Une démocratisation difficile en médecine générale	29
a)	La contraception considérée comme un motif de consultation féminin	29
b)	Absence de la CM en consultation de médecine générale	30
c)	Se sentir limité par les méthodes de CM à proposer	30
d)	Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) limitantes pour promouvoir la CM	30
e)	Les contraintes et le manque de fiabilité de la CM	31
3.	La posture du médecin généraliste face à la contraception masculine	31

a)	Explorer les limites de ses connaissances.....	31
b)	Se sentir en difficulté à aborder la CM de façon proactive	31
c)	Identifier un manque de formation sur la CM.....	32
C.	La nécessité de conditions favorables pour aborder la CM.....	33
1.	Les facultés du médecin généraliste pour aborder la contraception masculine	33
a)	Maîtriser le sujet pour l’aborder	33
b)	Utiliser son statut professionnel	33
c)	Reconnaître l’influence de ses a priori sur son discours médical.....	33
2.	Les moments de vie propices pour aborder la CM	34
a)	Intégrer la CM à l’éducation sexuelle	34
b)	Relier les motifs de consultation	35
c)	Profiter d’une consultation en couple pour aborder la CM.....	35
d)	Aborder la CM lors des consultations sur la CF.....	35
e)	Aborder la CM lors du post partum.....	36
3.	Les facteurs inhérents au patient.....	36
a)	L’âge comme critère de choix de contraception	36
b)	Le projet parental comme critère de choix de contraception	36
c)	L’état de santé général du patient comme critère de choix dans la contraception ..	37
4.	Une approche centrée patient	37
a)	La volonté du patient d’aborder la CM	37
b)	L’intimité d’une consultation pour aborder la CM.....	37
c)	Un choix de contraception libre et éclairé.....	38
D.	Les ressources identifiées	38
1.	Le rôle du MG dans la CM.....	38
a)	Être un interlocuteur privilégié	38
b)	Se référer à l’EBM.....	39
c)	Proposer de nouvelles perspectives	39
2.	Les interlocuteurs spécialisés	39
a)	L’orientation du patient vers d’autres professionnels	39
b)	L’éducation nationale comme acteur de la santé sexuelle masculine	40
c)	Les instances comme acteur de la santé sexuelle masculine.....	40
3.	Les ressources existantes pour les patients	41
a)	Identifier internet comme une ressource patient	41
b)	Identifier les médias comme une ressource patient.....	41
c)	S’appuyer sur les ressources familiales pour aborder la CM.....	41
4.	Les ressources existantes pour les professionnels de santé.....	41

a)	Identifier internet comme une ressource professionnelle.....	41
b)	Identifier des revues scientifiques comme une ressource professionnelle.....	42
c)	Se servir de son propre vécu pour aborder la CM	42
5.	Les ressources à développer	42
a)	Utiliser des supports physiques pour aborder la CM en consultation.....	42
b)	Se servir de l'expérience patient pour échanger autour de la CM	43
c)	S'informer sur la CM en dehors du cadre de la santé : savoir profane.....	44
6.	Les besoins de formation	44
a)	Ressentir un besoin de formation initiale sur la CM dans les études médicales	44
b)	Identifier des formations en ligne comme ressource professionnelle.....	44
c)	Identifier des formations par des pairs lors de la FMC comme ressource professionnelle.....	45
d)	Créer des groupes de travail autour de la CM.....	45
E.	Schéma intégratif.....	46
IV.	DISCUSSION	47
A.	Les forces et les limites de l'étude	47
1.	Echantillon	47
2.	Investigatrices	47
3.	Guide d'entretien	48
4.	Entretiens.....	48
5.	Méthode.....	48
B.	Comparaison avec la littérature.....	49
C.	Les perspectives	50
1.	Pour la recherche.....	50
2.	Pour l'enseignement	51
3.	Pour la pratique.....	51
V.	CONCLUSION.....	52
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	53
VII.	ANNEXES	56
	Annexe I - Lettre de présentation	56
	Annexe II - Version initiale du guide d'entretien	57
	Annexe III - Deuxième version du guide d'entretien	58
	Annexe IV - Formulaire de consentement	59
	Annexe V - Avis du comité d'éthique	64
	Annexe VI - Version française de la grille SRQR	65

ABRÉVIATIONS

CCP : consultation de contraception et de prévention

CF : contraception féminine

CM : contraception masculine

CMG : Collège de la Médecine Générale

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CSS : centre de santé sexuelle

DES : diplôme d'études spécialisées

EBM : Evidence Base Medecine

F : féminin

FMC : formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

M : masculin

MG : médecin généraliste

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

MSU : maître de stage des universités

NSPP : ne se prononce pas

PDS : professionnels de santé

DÉFINITIONS

- Nous définirons par le terme “homme” toute personne porteuse d’organes génitaux de type masculin.
- Nous définirons par le terme “femme” toute personne porteuse d’organes génitaux de type féminin.

I. INTRODUCTION

A. État des lieux sociétal et scientifique

La contraception correspond à l'ensemble des moyens visant à éviter une grossesse. Elle est destinée à toute personne, homme ou femme, qui souhaite vivre une sexualité libre tout en maîtrisant sa fertilité.

Parmi les différents types de contraception, dits féminins ou masculins, la contraception masculine (CM) suscite de plus en plus d'intérêt dans la société actuelle (1). Tant pour répondre à une demande de parité dans la gestion de la fertilité que pour diversifier les options accessibles aux hommes. En effet, initialement perçue comme une responsabilité féminine, la contraception tend à devenir une démarche partagée entre les sexes (2).

Pour les femmes, chaque consultation chez un médecin généraliste (MG), un gynécologue, une sage-femme, dans un centre de santé sexuelle (CSS) ou via le réseau associatif du Planning Familial, est une occasion pour faire le point sur la contraception.

Pour les hommes, les interlocuteurs sont les MG, les urologues, les CSS et le réseau associatif du Planning Familial. Tout en sachant que chaque homme ne verra pas forcément un urologue au cours de sa vie et que seulement 2 consultations sur 1000 au Planning Familial concernent la CM (3), les occasions sont plus restreintes.

En médecine générale, le sujet de la CM reste peu abordé (4), bien que selon le système de santé français, les MG soient les professionnels de santé (PDS) les plus couramment consultés par les hommes de 18 à 25 ans. Par ailleurs, une consultation dédiée à la santé sexuelle des adolescents, dite Consultation de contraception et de prévention (CCP), a été créée par l'Assurance Maladie en novembre 2017 pour les

MG, les gynécologues et les pédiatres. Elle est accessible pour tous les jeunes, filles et garçons, de 15 à 25 ans révolus, et prise en charge à 100% sans avance de frais. Elle a été étendue aux sages-femmes en 2019.

Actuellement, les méthodes de CM comprennent principalement les préservatifs masculins, le coitus interruptus ou retrait et la vasectomie, qui sont utilisés respectivement par 21.8 %, 5.5 % et 1.8 % de la population mondiale (5). Il existe également des méthodes thermiques, qui, elles, ne sont pas reconnues comme efficaces par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (6), bien que des articles scientifiques aient démontré leur effet (7).

Les préservatifs sont une méthode mécanique de CM connue et largement utilisée. Ils offrent une protection contre les infections sexuellement transmissibles en plus de prévenir la grossesse. Depuis le 1er janvier 2023, les préservatifs externes des marques "Eden" et "Sortez couverts !" sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie sans prescription médicale, pour toute personne de moins de 26 ans. Cette couverture a été élargie aux préservatifs externes de la marque « Be Loved » en novembre 2023, puis « Sure & Smile » et « Manix » début 2024, et aux préservatifs internes des marques « Ormelle », « So sexy & smile » et « Be Loved free » courant 2024 (8).

La vasectomie est l'une des méthodes de CM les plus courantes en France, avec un taux annuel multiplié par 15 en 12 ans (de 1 940 en 2010 à 30 288 vasectomies en 2022) (9),(10). Il s'agit d'une procédure chirurgicale mineure qui consiste à ligaturer les canaux déférents, empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes. Bien que la vasectomie soit réversible à 70%, elle est présentée comme une méthode de contraception définitive, ce qui peut dissuader certains hommes. Les contraceptifs hormonaux masculins sont encore en cours de développement, mais

ils représentent un domaine de recherche prometteur (11). Des études sont en cours pour évaluer l'efficacité et la sécurité d'injections intramusculaires de testostérone (12) et d'un gel à action transcutanée combinant de la testostérone avec de la progestérone (13).

Par ailleurs, depuis 2024, des études mettent en avant des approches non hormonales notamment des inhibiteurs ciblant des protéines de la spermatogenèse (14). Ces molécules, testées chez la souris, ont démontré leur capacité à induire une infertilité réversible et sans effets secondaires notables.

Si ces méthodes se révèlent sûres et efficaces, elles offriront aux hommes une plus grande variété d'options contraceptives.

B. Justifications de l'étude

La CM est perçue comme moins attractive que la contraception féminine (CF), notamment à cause du manque de recherche et de développement dans ce domaine.

En effet, historiquement, la recherche sur la contraception s'est concentrée sur les femmes, ce qui a entraîné un déséquilibre entre les options contraceptives féminines et masculines. Cela est toujours vrai actuellement, comme le montre le Baromètre santé de 2016 de Santé Publique France sur la contraception : les auteurs analysaient les pratiques contraceptives de femmes âgées de 15 à 49 ans et n'interrogeaient pas d'homme sur ce sujet (15); il en ressortait que 92% des femmes de 15 à 49 ans ne désirant pas de grossesse utilisaient un moyen de contraception (3). De leur côté, les travaux de Le Guen et al. montraient que les hommes de 15 à 49 ans n'étaient que 78% à utiliser un moyen de contraception (16) parmi l'ensemble des méthodes contraceptives, y compris féminines.

Ainsi, les acteurs de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle sont majoritairement tournés vers les femmes. Les MG ont un rôle important à jouer dans la démocratisation de la CM, notamment car ils pratiquent une médecine d'approche globale qui inclut la prévention et le soin, tout en tenant compte des aspects biomédicaux, psycho-relationnels et socio-environnementaux du patient (17).

Une consultation médicale dédiée à la CM pour les hommes, permet une information sur les différents choix contraceptifs possibles, qu'ils soient masculins et féminins. Cela s'inscrit dans la perspective d'un partage plus équitable de la responsabilité contraceptive. La CM rentre ainsi dans le champ de la prévention primaire et de l'éducation thérapeutique.

C. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'explorer les attentes des médecins généralistes pour aborder la contraception masculine en consultation.

L'objectif secondaire était de modéliser les modalités d'une consultation de médecine générale dédiée à la contraception masculine.

II. MÉTHODE

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, inspirée de la théorisation ancrée, pour explorer les connaissances et les pratiques des MG en matière de CM.

B. Investigatrices

L'étude a été réalisée par deux chercheuses femmes. Au moment de la réalisation des entretiens, elles étaient étudiantes en dernière année de Diplôme d'Etudes

Spécialisées (DES) de médecine générale dans la subdivision de Clermont-Ferrand. Lors de l'analyse des résultats, elles venaient d'achever leur cursus et exerçaient en qualité de remplaçantes dans la région Auvergne.

Le travail a été dirigé par une femme, Docteure en médecine générale en Auvergne.

C. Population

1. Population cible et échantillonnage

La population cible était les MG thésés exerçant dans la région Auvergne, en exercice libéral, conventionné ou salarié, ayant dans leur patientèle des jeunes hommes de 18 à 25 ans.

Un échantillonnage raisonné théorique a été effectué. Dans un premier temps, cet échantillonnage a débuté par convenance puis a été orienté afin de diversifier les profils selon les critères suivants : genre, âge, lieu d'exercice et mode d'exercice.

2. Recrutement

Le recrutement des participants s'est déroulé sur la période de mars à décembre 2024, via différents moyens de communication : téléphone, mail ou rencontre physique. Du fait de l'échantillonnage par convenance, les investigatrices connaissaient certains participants.

Nous avons ensuite diffusé par mail aux participants une lettre de présentation des chercheuses, du sujet de la thèse, et du principe de l'entretien. Nous avons rappelé l'anonymat des données ainsi que la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment (*annexe I*).

D. Recueil des données

1. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien (*tableau I*) a été rédigé en collaboration avec la directrice de thèse, après recherches bibliographiques sur la méthode qualitative et sur le sujet de notre étude.

Il débutait par un recueil de données sociodémographiques obtenues à l'aide d'un court questionnaire permettant de caractériser le profil du participant. Une première question « brise-glace » permettait de créer un climat de confiance et d'aborder le sujet simplement. Les questions suivantes n'étaient pas forcément abordées dans l'ordre. L'objectif était de laisser le participant aller jusqu'au bout de son raisonnement et de revenir ensuite sur les points intéressants. Des questions de relance étaient prévues, mais non systématiquement utilisées.

Le guide d'entretien initial (*annexe II*) a été testé par les deux chercheuses avec trois entretiens. A la suite de ces derniers, deux questions ont été ajoutées (*annexe III*), permettant d'ouvrir la conversation sur les méthodes hors AMM et sur la gestion d'une consultation avec un patient plus renseigné sur la CM que le MG. Après neuf entretiens, le guide d'entretien a été modifié une troisième fois, afin que les MG expliquent plus précisément leurs connaissances sur la CM. Il est ensuite resté identique jusqu'à la fin de l'étude.

Tableau I : Guide d'entretien (version finale)

<p>Court questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Type de structure d'exercice : MSP / cabinet de groupe / centre de santé / hôpital / cabinet seul / autre • Lieu d'exercice : Rural / Urbain • Département d'exercice : 63 / 03 / 43 / 15 • MSU : oui / non • Sexe : M / F / NSPP • Tranche d'âge : < 30 / 30-45 / 45-60 / > 60 ans • Situation familiale : célibataire / en couple / enfants
<p>Question brise-glace</p>	<p>Parlez-moi de la dernière fois où vous avez abordé la contraception dans une consultation ?</p>
<p>Questions principales (et questions de relance)</p>	<p>Pour rappel, les patients ciblés sont les hommes entre 18 et 25 ans, pensez bien à adapter vos réponses à cette tranche d'âge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que connaissez-vous des différentes méthodes de CM ? <p>Quelles méthodes de CM connaissez-vous, avec ou sans AMM ? Quelles sont vos connaissances sur ces méthodes ? Comment les abordez-vous en consultation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'après vous, quelles ressources sur la CM les hommes ont-ils à leur disposition ? <p>Lesquelles seraient à privilégier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans l'éducation à la contraception chez les jeunes hommes ? <p>Dans quelles circonstances pourriez-vous aborder le sujet de la CM avec un jeune homme ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles difficultés et obstacles pensez-vous rencontrer en abordant la CM avec de jeunes hommes ? <p>Et si vous rencontriez un patient qui vous parle d'une méthode que vous ne connaissez pas, comment réagiriez-vous ? (Ou qui n'est pas aujourd'hui validée)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels seraient vos besoins et vos suggestions afin d'améliorer votre pratique en termes de CM ? • Comment organiseriez-vous une consultation dédiée à la CM ? <p>A qui vous adresseriez-vous (patient seul, couple, jeune homme avec ses parents...) ? Que diriez-vous ?</p>

Un journal de bord informatique commun aux deux chercheuses et accessible à la directrice de thèse a permis le recueil de notes d'observation, d'échanges entre les chercheuses, des questionnements soulevés et des idées émergentes tout au long de l'analyse itérative.

2. Déroulé des entretiens

Chaque entretien a été mené par une seule chercheuse, selon la disponibilité des participants, soit en présentiel dans un lieu choisi par le participant, soit en visioconférence sur le logiciel de son choix (WhatsApp®, Zoom®, JitsiMeet®), soit par téléphone. La chercheuse qui menait l'entretien occupait à la fois le rôle de l'investigatrice et de l'observatrice. Il n'y avait pas de tiers au moment des échanges.

3. Recueil des données

Au total, 18 entretiens ont été réalisés sur une durée de dix mois, allant de mars à décembre 2024. La saturation des données a mis fin au recueil.

La durée des entretiens variait de 15 à 45 minutes selon les participants. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide du dictaphone intégré au téléphone portable de la chercheuse. Les enregistrements étaient stockés sur les disques durs des ordinateurs des investigatrices, puis manuellement retranscrits en verbatim et anonymisés par la chercheuse ayant mené l'entretien, directement après chaque séance.

E. Analyse des données

Les verbatims ont été rassemblés dans un document Word® dédié, stocké sur un Google Drive® partagé par les deux chercheuses et la directrice de thèse, accessible par une connexion sécurisée garantissant un accès restreint.

Le codage des verbatim et la catégorisation ont été réalisés en triangulation par les deux investigatrices et la directrice de thèse, sur tableur Excel®. Des échanges ont eu lieu tout au long du processus de codage, afin de mettre en évidence des similarités, des différences, et de faire émerger des grands thèmes.

Le travail de codage manuel a permis d'adapter le guide d'entretien, le travail de théorisation nécessitant un aller-retour constant entre la théorie en construction et les données.

La saturation des données a été considérée atteinte lorsque plus aucune catégorie n'est ressortie sur deux entretiens consécutifs.

La dernière étape de l'analyse a été la modélisation des grands thèmes, c'est-à-dire la retranscription narrative des données ressorties de l'analyse.

F. Aspects éthiques et réglementaires

1. Consentement

Un consentement écrit était signé par les participants pour l'enregistrement des entretiens et pour l'utilisation des données anonymisées (*annexe IV*).

2. Confidentialité

L'anonymisation des entretiens était réalisée lors de la retranscription en supprimant tous les noms propres, les noms de lieux, et les caractéristiques permettant d'identifier les personnes interrogées.

La population de l'étude étant restreinte et connue, les participants ont été pseudonymisés de la manière suivante : la première lettre du prénom de la chercheuse ayant effectué l'entretien (B ou E), suivi du chiffre correspondant à l'ordre des entretiens effectués par la chercheuse.

Les enregistrements audio ont été détruits après retranscription. Ni les retranscriptions des entretiens ni les résultats issus de l'analyse n'ont été retournés aux participants pour commentaire.

3. Autorisations réglementaires

Une déclaration de conformité à la MR004 a été faite auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) après soumission du projet de l'étude par l'intermédiaire du délégué à la protection des données du Département de Médecine Générale de Clermont-Ferrand.

Nous avons également soumis notre projet de thèse au comité d'éthique de la recherche IRB-UCA de la faculté qui a émis un avis favorable (*annexe V*).

III. RÉSULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillonnage

L'échantillon de notre étude était composé de 18 MG thésés et installés dans la région Auvergne, soit 4 hommes et 14 femmes. 9 étaient installés dans le Puy-de-Dôme, 7 dans l'Allier, 1 dans la Haute-Loire et 1 dans le Cantal.

Une description détaillée de l'échantillon a été faite (*tableau II*). Par souci d'anonymat, nous avons retiré les pseudonymisations des participants dans le tableau et ils ne figurent pas dans l'ordre des entretiens.

Tableau II : Caractéristiques de l'échantillonnage

Tranche d'âge (ans)	Sexe	Situation familiale	Enfants	Lieu d'exercice	Département	MSU	Type de structure
45-60	F	Couple	Oui	Rural	63	Oui	MSP CPTS
> 60	M	Couple	Oui	Rural	63	Oui	MSP CPTS
30-45	F	Couple	Oui	Rural	03	Non	Cabinet de groupe
30-45	F	Couple	Oui	Rural	63	Oui	MSP CPTS
30-45	M	Couple	Non	Rural	63	Non	MSP CPTS
30-45	F	Couple	Oui	Rural	03	Oui	Cabinet de groupe
45-60	F	Couple	Oui	Rural	03	Non	Cabinet de groupe
45-60	F	Couple	Oui	Rural	63	Non	Cabinet de groupe
45-60	F	Couple	Oui	Urbain	63	Non	Cabinet de groupe
30-45	M	Couple	Oui	Rural	03	Oui	Cabinet de groupe
30-45	F	Couple	Non	Rural	03	Non	Cabinet de groupe
45-60	F	Couple	Oui	Urbain	03	Oui	MSP CPTS
30-45	F	Couple	Oui	Urbain	03	Oui	Cabinet de groupe
30-45	F	Couple	Oui	Urbain	63	Non	Cabinet de groupe
30-45	F	Couple	Non	Urbain	63	Oui	Centre de santé
30-45	F	Couple	Non	Rural	43	Oui	Cabinet seul
30-45	F	Couple	Oui	Urbain	63	Oui	Centre de santé
30-45	M	Couple	Non	Rural	15	Non	MSP CPTS

B. Les représentations autour de la contraception masculine

1. Un sujet tabou dans la population générale

a) Représentations culturelles et sociétales

Une grande partie des participants déclarait être influencée par le fait que dans la culture latine, et notamment française, la contraception est une charge considérée comme féminine.

« Même si les choses évoluent, ce n'est pas encore complètement dans les mœurs que ce soit l'homme qui prenne une contraception et pas la femme. » (B1)

« C'est culturel aussi, on est un peu latin, c'est une image mais si on te coupe les testicules c'est une castration... » (E6)

Ainsi, les hommes étaient perçus comme moins concernés par le sujet de la contraception.

« Je pense, peut-être à tort, que les garçons ne s'y intéressent pas vraiment en fait. » (E7)

La notion de génération était aussi mentionnée par un participant, les mœurs de la société étant un facteur d'évolution potentielle du discours des MG.

« On doit changer notre discours, mais ce sera des MG de ta génération, les anciens ne le feront pas. » (E2)

b) Représentation de genre

Certains participants exprimaient ressentir une gêne chez les patients pour parler de sujets concernant la sexualité avec un médecin de sexe opposé.

« Je suis une femme relativement jeune, donc des fois, ce sont des choses qui les dérangent un petit peu. » (B1)

Un participant expliquait que son genre pouvait le limiter de manière inconsciente dans son discours sur la CM.

« Je suis un homme MG donc peut être qu'inconsciemment, même si je n'ai pas l'impression de le faire, je ne pense pas à parler suffisamment de vasectomie avec mes patients. » (B10)

c) Manque d'implication des médias grand public

A l'heure de la médiatisation des informations, certains participants déploraient le manque de sensibilisation du grand public par le biais des réseaux sociaux et de l'audiovisuel. Selon, eux, cela était une cause de la méconnaissance générale des options disponibles et des enjeux liés à la CM.

2. Une démocratisation difficile en médecine générale

a) La contraception considérée comme un motif de consultation féminin

La majorité des participants avouait n'aborder la contraception qu'avec les femmes de leur patientèle. Inversement, ils rapportaient que seules les femmes consultaient leur MG pour une question de contraception.

« C'est une question que je pose à toutes mes patientes femmes, et c'est vrai que je ne le fais pas pour les hommes, probablement par manque de connaissance. » (E8)

Il en découlait que certains MG interrogés ne savaient pas que la cotation CCP était applicable aussi aux hommes, et pas seulement aux femmes.

b) Absence de la CM en consultation de médecine générale

La quasi-totalité des participants déclarait une absence totale de discussion sur la CM dans leurs consultations. Cela était expliqué par le fait que les MG n'abordaient pas le sujet, mais également parce que les patients n'étaient pas demandeurs d'informations sur la CM.

« Ça ne me vient pas à l'esprit en fait, j'ai jamais eu de motif de consultation pour ça. »
(E5)

c) Se sentir limité par les méthodes de CM à proposer

Certains MG interrogés justifiaient l'absence de la CM dans leurs consultations par le manque de méthodes à proposer aux jeunes hommes.

« On n'a pas beaucoup progressé sur des techniques sans risque et le moins inconfortable possible on va dire. » (B1)

d) Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) limitantes pour promouvoir la CM

L'absence de recommandations médicales claires et actualisées limitait l'intégration de la CM dans la pratique courante des MG. Les participants déclaraient respecter le cadre de l'AMM pour les méthodes proposées.

« Comme nous professionnels de santé, on n'a pas le droit normalement d'en faire la promotion [des méthodes sans AMM], c'est vrai qu'on peut être vite coincé. » (B8)

e) **Les contraintes et le manque de fiabilité de la CM**

Les méthodes existantes de CM apparaissaient plus contraignantes que les méthodes de CF, aux yeux de certains participants, ce qui pouvait expliquer leur réticence à les promouvoir auprès des patients.

« C'est hyper contraignant quoi, même avec les slips chauffants, il faut qu'ils attendent trois mois avant d'avoir un spermogramme à 0 et après s'ils décident de concevoir quand ils arrêtent, il faut quand même encore attendre trois mois parce qu'il y a un risque de tératogénicité. » (B6)

La balance bénéfice/risque des méthodes de CM ne paraissait pas intéressante, surtout en comparaison aux méthodes de CF.

3. **La posture du médecin généraliste face à la contraception masculine**

a) **Explorer les limites de ses connaissances**

En abordant ce sujet assez nouveau, les participants étaient confrontés aux limites de leurs connaissances médicales, et évoquaient des moyens à mettre en œuvre pour dépasser ces limites.

« Je n'y connais rien, je ferai une recherche si on me pose la question. Mais je ne saurais pas leur en parler directement, c'est sûr. » (B2)

b) **Se sentir en difficulté à aborder la CM de façon proactive**

Le frein qui revenait le plus souvent dans les entretiens, était le peu de consultations réalisées chez les jeunes hommes entre 18 et 25 ans. Par conséquent, il y avait peu d'occasions pour les MG d'ouvrir une discussion sur la CM avec cette population.

« On ne les voit pas trop ces jeunes garçons entre 18 et 25 donc on ne pense pas à parler de la contraception quand on les voit. » (B2)

Le problème du temps de consultation était soulevé par une participante, celui-ci étant très faible en regard de tous les sujets à aborder avec les jeunes entre 18 et 25 ans.

Au total, deux MG avaient été confrontés à une demande spontanée de patients, sur la CM.

« Il m'a dit « Bah et moi est-ce que je pourrais prendre quelque chose ? Est ce qu'il y a quelque chose pour les hommes ? Ce serait bien qu'il y ait quelque chose pour nous. ». » (B8)

c) **Identifier un manque de formation sur la CM**

La totalité des participants déplorait un manque de formation sur le sujet de la CM, dans leur formation initiale et dans leur formation médicale continue (FMC). Ce manque de formation justifiait parfois à lui seul l'absence de la CM dans leurs consultations.

« Moi par rapport à ma formation je connais que ça [le préservatif et la vasectomie] parce qu'on n'a jamais de formation sur ça. » (E5)

Un participant expliquait avoir récemment fait face à une demande sur la CM dans une consultation. Son manque de formation ne lui avait pas permis de répondre de façon satisfaisante à la demande du patient.

« L'année dernière quand j'ai eu la demande sur l'ANDROSWITCH®, j'ai été un peu décontenancée parce qu'en fait comme on n'a jamais la demande, finalement on ne sait pas vraiment gérer quoi. » (B9)

C. La nécessité de conditions favorables pour aborder la CM

1. Les facultés du médecin généraliste pour aborder la contraception masculine

a) Maîtriser le sujet pour l'aborder

Certains participants exprimaient le besoin de se former sur le sujet avant de l'aborder avec les patients.

« Je vais lui dire que je me renseigne et qu'on en parlera plus tard. Je ferai des recherches hors consultation et on en reparle après, on prendrait un nouveau rendez-vous. » (B2)

b) Utiliser son statut professionnel

Un participant considérait que la contraception devrait être un sujet abordé systématiquement avec tous les patients en médecine générale, dans le cadre de la prévention.

« Ça devrait revenir systématiquement dans les consultations de suivi, comme faire le point sur les vaccins ou sur la consommation d'alcool, le tabac. » (B5)

Par ailleurs, la relation de confiance existant entre un MG et ses patients était évoquée comme force pour aborder la CM avec les jeunes hommes.

c) Reconnaître l'influence de ses a priori sur son discours médical

Deux participants reconnaissaient que leur discours était influencé par leurs a priori personnels, découlant de leur génération, de leur genre, de la société dans laquelle ils vivaient, et de leurs convictions.

« On exerce tous la médecine générale selon certaines convictions et valeurs propres à chacun et dans la société actuelle, la charge contraceptive revient beaucoup à la femme. » (B10)

2. Les moments de vie propices pour aborder la CM

a) Intégrer la CM à l'éducation sexuelle

La vaccination contre les infections à papillomavirus était un motif de consultation évoqué par la moitié des participants comme étant propice pour aborder la CM.

« Ce qui serait bien c'est de le faire quand on fait leur vaccin GARDASIL®. C'est un vaccin dirigé vers la sexualité, donc ça pourrait être l'occasion d'en parler. » (B4)

La demande de sérologies de dépistage des infections sexuellement transmissibles était également un motif de consultation relié à la CM, dans le discours des trois quarts des participants.

« Quand ils viennent me demander des sérologies soit parce qu'ils ont eu un rapport non protégé, soit parce qu'ils ont décidé d'arrêter le préservatif avec leur copine. Il y a beaucoup de jeunes qui viennent pour ça dans cette demande-là, et du coup je pense que c'est là qu'il faut rebondir. » (E7)

Tous les participants admettaient que la présentation de la CM pouvait entrer dans le cadre de la CCP avec les jeunes hommes. L'un d'eux mentionnait d'ailleurs qu'il présentait aux jeunes hommes les méthodes de CM ainsi que les méthodes de CF.

« Entre 12 et 20 ans pour être large, je leur parle de la contraception et j'explique les différentes méthodes de contraception même sur les contraceptions féminines. » (B7)

b) Relier les motifs de consultation

Certains participants proposaient d'inclure la CM dans les consultations pour certificats médicaux. Ce motif de consultation était considéré comme le plus fréquent dans la population des hommes de 18 à 25 ans.

La consultation de "premier contact" avec un nouveau patient était évoquée comme une occasion d'aborder la CM, en faisant un point sur le mode de vie du patient.

Un participant déclarait que pour lui, chez les patients sexuellement actifs, chaque consultation pourrait être une occasion de parler contraception quel que soit le motif initial.

c) Profiter d'une consultation en couple pour aborder la CM

La contraception était souvent perçue comme un sujet de couple. Ainsi, l'idée d'une consultation sur la CM en présence des deux partenaires revenait souvent dans les entretiens.

« C'est une consultation ouverte par le couple, on est obligé de parler du couple, je parlerai de la contraception de façon large. » (E1)

Un participant évoquait le fait qu'aborder la CM avec un couple pouvait faire naître une réflexion et une discussion ultérieure au sein du couple.

d) Aborder la CM lors des consultations sur la CF

La CM était fréquemment évoquée comme une alternative à la CF, plutôt que comme un premier choix contraceptif. Ainsi il paraissait intéressant d'aborder le sujet lors des demandes de CF, par le biais des compagnes des patients.

« Pour les femmes, quand elles en ont marre de leur contraception, ça m'arrive de leur dire que ce serait bien d'en parler à leur conjoint. » (E7)

e) **Aborder la CM lors du post partum**

La période du post-partum semblait propice à deux des MG interrogés, justifiant qu'une nouvelle contraception soit souvent mise en place à ce moment-là.

« Je pense que c'est souvent après l'accouchement que se pose le problème de la contraception du couple, c'est le moment le plus propice. » (E2)

3. **Les facteurs inhérents au patient**

a) **L'âge comme critère de choix de contraception**

La notion de l'âge était soulevée par plus de la moitié des MG interrogés. Elle était souvent un frein notamment pour parler de vasectomie. Cela mettait en lumière le fait que dans les esprits, la CM est souvent associée à des méthodes définitives.

« Mes patients, c'est vraiment que des jeunes qui viennent pour des dépistages. Donc c'est vrai que je n'en parle pas, peut-être du fait que ça soit définitif et que je me dis qu'ils sont jeunes et que du coup comme c'est définitif, c'est un petit peu délicat chez un homme de 20 ans de lui proposer ça. » (B8)

b) **Le projet parental comme critère de choix de contraception**

La question du projet parental revenait parfois dans les freins à l'abord de la CM. Les participants ne considéraient pas comme approprié le fait de parler de vasectomie avec des jeunes hommes n'ayant pas encore accompli leur projet parental.

« Bien souvent, ils n'ont pas encore d'enfants, ils ne sont pas en couple et c'est une méthode dite définitive donc peu adaptée à leurs besoins actuels. » (B6)

c) **L'état de santé général du patient comme critère de choix dans la contraception**

Deux participants soulevaient la nécessité de passer en revue les contre-indications potentielles aux différentes méthodes de CM, pour aider à faire un choix contraceptif.

« Je ferai au moins un examen physique simple parce que des fois on ne les voit pas souvent ces patients là et juste pour être sûre qu'il n'y ait pas de contre-indication particulière. » (E8)

« J'en profite pour faire un examen clinique, alors ce qui serait bien c'est de regarder au niveau des organes génitaux externes, mais ce n'est jamais évident. D'ailleurs, je te l'avais déjà dit mais normalement, il faudrait au moins une fois dans la vie du patient faire un dépistage, ne serait-ce que pour le cancer des testicules. » (B4)

4. **Une approche centrée patient**

a) **La volonté du patient d'aborder la CM**

Certains participants mentionnaient l'intérêt des jeunes hommes à prendre en charge leur contraception.

« Et je pense que là, les jeunes hommes qui ont 20 ans, s'intéressent à la question et ont envie de partager cette charge contraceptive et ont envie eux aussi de pouvoir avoir autre chose que le préservatif. » (B8)

« Si le monsieur vient, c'est qu'il s'intéresse déjà à ce sujet. » (B1)

b) **L'intimité d'une consultation pour aborder la CM**

L'ensemble des participants proposait de voir le patient seul pour parler de contraception. Ils supposaient que ce dernier pouvait être gêné de discuter de CM devant son accompagnant.

« Je pense que je lui demanderai ce qu'il préfère pour l'organisation, je fais rarement sortir moi-même la famille, pas contre le souhait du patient. Donc je demande si c'est mieux à la personne concernée que le patient soit seul, et si c'est le cas je fais sortir l'accompagnant. » (E8)

c) Un choix de contraception libre et éclairé

Pour ce qui est du choix de la méthode de contraception, les MG estimaient devoir présenter aux patients toutes les méthodes existantes, afin d'avoir une réflexion partagée sur la méthode qui leur correspond le mieux.

D. Les ressources identifiées

1. Le rôle du MG dans la CM

a) Être un interlocuteur privilégié

La quasi-totalité des participants considérait que le MG était l'interlocuteur principal pour aborder la CM avec les patients. Ils justifiaient cela par le fait que les autres spécialistes étaient rarement consultés par les jeunes hommes de 18 à 25 ans.

« On les voit beaucoup plus souvent, le recours au spécialiste se fait quand il y a un problème donc oui c'est le rôle tout à fait du MG. » (E8)

Un seul participant était plus réservé quant au rôle du MG. Selon lui, le MG étant souvent un médecin de famille, une discussion libre sur la CM n'était pas possible avec les jeunes hommes.

« Après la place du MG dans la sexualité, la contraception et toutes les questions qui tournent autour de ces sujets, je ne pense pas que ce soit toujours la meilleure personne pour en parler. Parce que souvent c'est la personne qui suit les parents,

donc les ados ont du mal à en parler parce qu'ils savent qu'il connaît leurs parents et ça freine toujours pour aborder le sujet. » (B9)

b) Se référer à l'EBM

Au-delà des recommandations de la HAS et des facteurs inhérents à chaque patient, les participants expliquaient utiliser la médecine fondée sur les preuves ou Evidence Base Medicine (EBM) pour informer et conseiller leurs patients en matière de CM. Ainsi, certaines méthodes de CM étaient mises en avant car mieux connues.

« Pour l'instant vu que les autres méthodes ne sont pas hyper fiables ou super contraignantes ou interdites, je ne l'évoque pas, je ne vais pas leur en parler. » (B6)

c) Proposer de nouvelles perspectives

Certains MG interrogés mentionnaient les méthodes de CM en cours de développement. Ils étaient renseignés sur les études en cours et les nouvelles perspectives qu'elles offraient à leurs patients.

« Le fait de participer à ta thèse me fait réfléchir. » (B10)

« Je connais toutes les autres mais qui sont pour l'instant au stade de la recherche. » (B6)

2. Les interlocuteurs spécialisés

a) L'orientation du patient vers d'autres professionnels

Un participant suggérait que les gynécologues et les sages-femmes abordent la CM avec les couples lors du suivi de grossesse et du post partum.

« Nous on les voit peu pendant la grossesse, ils voient les gynécologues et les sages-femmes, c'est là qu'il faut en parler. » (E2)

Les participants étaient partagés sur le rôle de l'urologue dans la CM. Un quart lui attribuait le rôle purement chirurgical pour la vasectomie. Un tiers le considérait comme un professionnel de santé pouvant renseigner les patients sur toutes les méthodes de CM.

b) L'éducation nationale comme acteur de la santé sexuelle masculine

Plusieurs MG soulevaient la notion d'éducation sexuelle dans le milieu scolaire, considérant que les bases de la contraception s'acquièrent dans ce cadre-là.

« Dans ma tête ils sont quand même un peu informés, ils ont quelques cours au collège et au lycée, ils ont quand même quelques notions, après est-ce qu'ils ont été attentifs ou pas... » (E6)

Un renforcement du rôle des acteurs scolaires était suggéré par les MG.

« Ce serait bien d'en parler à l'école, faire une présentation de l'ensemble des moyens de contraception, pas seulement des contraceptions féminines et des préservatifs. »

(B5)

c) Les instances comme acteur de la santé sexuelle masculine

Un participant émettait l'idée que la Sécurité Sociale diffuse une campagne de prévention personnalisée pour les jeunes hommes, les incitant à aller chez leur MG pour une consultation dédiée à la santé sexuelle, et notamment la CM.

« La sécu pourrait envoyer une plaquette aux jeunes gens en disant voilà on vous prend en charge une consultation d'information sur tel et tel thème, comme chez le dentiste tu reçois MT'dents. » (E6)

3. Les ressources existantes pour les patients

a) Identifier internet comme une ressource patient

Internet était considéré par de nombreux participants comme étant une ressource majeure pour les jeunes hommes. Cela était expliqué par sa facilité d'accès, et sa large utilisation par la population étudiée dans cette étude.

« Je pense que spontanément comme les jeunes iraient d'abord sur internet, je pense qu'à privilégier il faudrait des sites fiables sur internet. » (E7)

b) Identifier les médias comme une ressource patient

Les médias, et notamment le cinéma, étaient cités par certains MG comme source d'information sur la CM.

« Dans les films ils en parlent avec toutes les séries, je sais pas si les garçons le regardent, c'est peut-être pas de qualité mais il y avait Sex Education, il y en a plein des jeunes qui regardent. » (E6)

c) S'appuyer sur les ressources familiales pour aborder la CM

Deux participants évoquaient les parents comme sources d'informations, comme interlocuteurs pour les jeunes hommes.

4. Les ressources existantes pour les professionnels de santé

a) Identifier internet comme une ressource professionnelle

Les participants évoquaient avoir recours à Internet pour s'informer sur le sujet de la CM. Il s'agissait d'une démarche non spontanée, mais plutôt provoquée par une demande d'un patient.

« J'ai cherché des informations sur internet, en lisant des articles scientifiques et sur des moteurs de recherche classique. » (B5)

b) Identifier des revues scientifiques comme une ressource professionnelle

De rares participants exprimaient leur attrait pour la FMC par les revues médicales, sous forme papier ou dématérialisée.

« Moi je me forme beaucoup avec les revues PRESCRIRE et EXERCER pour les MG. » (B10)

c) Se servir de son propre vécu pour aborder la CM

Un des participants nous concédait avoir recueilli des informations sur la CM dans le cadre de sa vie personnelle.

« Aucune idée, je pense plus sur un cadre de délire entre copines, je pense c'est pas du tout professionnel [sources d'info sur le slip chauffant]. » (E7)

Le peu d'expérience déjà acquise dans le domaine de la CM était évoqué comme outil pour aborder le sujet avec les patients.

« Admettons qu'il n'ait aucune information, je lui parlerai des trucs que j'ai déjà rencontrés, donc du slip chauffant et des anneaux et voilà. » (E8)

5. Les ressources à développer

a) Utiliser des supports physiques pour aborder la CM en consultation

La CM était qualifiée par une grande partie des MG interrogés comme un sujet tabou. Ainsi, un participant suggérait l'idée de mettre des affiches sur la CM en salle d'attente, pour libérer la parole des patients en consultation.

« Des affiches que les MG mettent en salle d'attente par exemple. Parce que des fois il y a des sujets qui sont un petit peu tabou que le patient n'abordera pas spontanément et s'il voit un document qui en traite, là il sera plus enclin d'en discuter ou de se renseigner. » (B1)

Huit participants exprimaient le besoin de documents papiers type flyers à destination des patients, résumant les méthodes de CM existantes. Ils souhaitaient voir apparaître sur ces documents les protocoles de chaque méthode et leur fiabilité, afin de répondre aux inquiétudes des patients.

La comparaison était faite avec les plaquettes existantes pour les méthodes de CF.

« Pour la vasectomie, on pourrait avoir des petits flyers qui expliquent correctement ce que c'est, parce que ça fait très peur : Peur d'avoir mal, peur d'être impuissant, peur de plus avoir de sperme, peur de plus avoir de testostérone. » (B4)

b) Se servir de l'expérience patient pour échanger autour de la CM

Un des participants expliquait s'être formé sur la CM en acceptant de suivre un patient qui voulait débiter une contraception thermique.

« C'est ce que j'avais fait pour le jeune homme qui me parlait de l'anneau testiculaire, je lui avais dit « Bah écoutez-moi ça ne me dérange pas de vous suivre, et si vous êtes OK pour qu'on fasse l'expérience tous les deux pour moi il n'y a pas de problème. Cependant là tout de suite je n'y connais rien donc je vais chercher, je vais regarder, je vais me renseigner, je vais voir le suivi qu'on fait et je vous explique la prochaine fois, ce que j'ai trouvé. ». » (B9)

c) **S'informer sur la CM en dehors du cadre de la santé :**
savoir profane

Trois des participants avaient connaissance d'associations militantes pour la contraception dite masculine.

« Il y a aussi des associations qui existent, notamment pour la fabrication des anneaux, des choses comme ça. Il y a des associations dans chaque grande ville, donc ça je sais qu'ils peuvent les contacter. » (B8)

L'un d'entre eux évoquait le savoir profane et considérait que les hommes souhaitant se contracepter y arriveraient par d'autres moyens que le milieu médical.

« Elles existent ces contraceptions et les jeunes gens qui veulent les utiliser trouveront un moyen. Donc autant peut-être qu'on les informe avec des vraies informations. » (B8)

6. Les besoins de formation

a) **Ressentir un besoin de formation initiale sur la CM dans les études médicales**

L'absence du sujet dans la formation initiale des médecins, 2ème et 3ème cycle compris, était déplorée par certains participants. Ils mentionnaient que seule la vasectomie était abordée.

« On n'en parle jamais dans nos études, on devrait en parler dans nos cours de gynécologie ou en urologie avec la vasectomie. » (E2)

b) **Identifier des formations en ligne comme ressource professionnelle**

Une partie des participants déplorait le manque de temps que les MG accordaient à la FMC. Le format de formation en ligne apparaissait comme attractif.

« J'étais allée à un truc en présentiel il me semble mais c'était à 14h donc pas du tout pratique, et là ils ont fait des sortes de webinaires et c'est vrai que c'est pas mal. » (E7)

c) **Identifier des formations par des pairs lors de la FMC comme ressource professionnelle**

La formation par les pairs, et notamment par des confrères de spécialités différentes, était parfois plébiscitée comme moyen de formation, traduisant la prise en charge pluridisciplinaire possible à mettre en place pour la CM.

« Des formations avec d'autres professionnels qui abordent la contraception peuvent être utiles pour leur adresser les patients, comme les urologues et les gynécologues. »

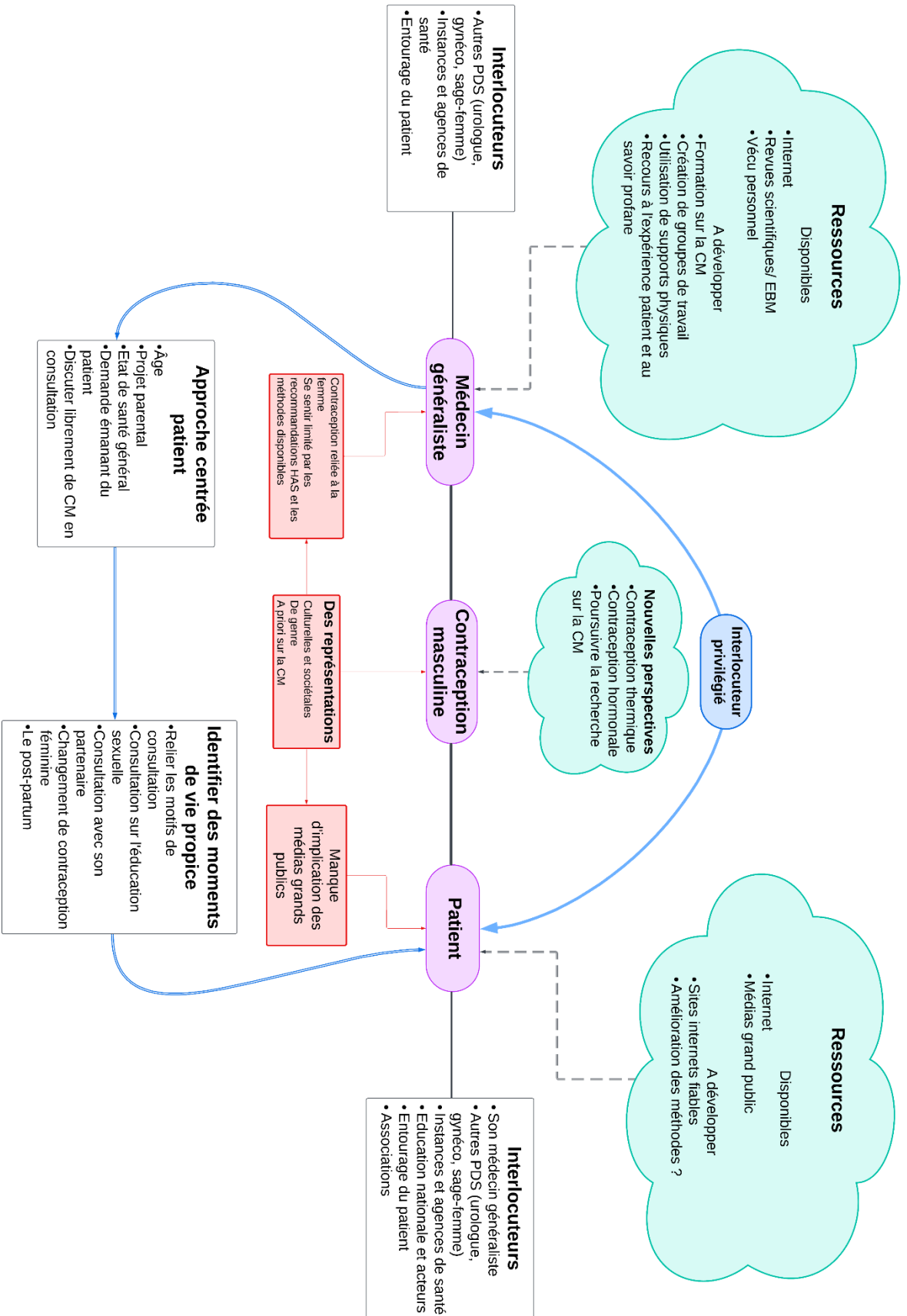
(B5)

d) **Créer des groupes de travail autour de la CM**

Un des participants mentionnait un groupe de travail sur la CM composé de MG. Parmi leurs missions, ils tenaient une liste de diffusion informant les destinataires de l'avancée de la recherche sur la CM.

« C'est d'ailleurs à cette occasion-là que j'ai rejoint le groupe des chefs de clinique qui se forment sur la CM. » (B9)

E. Schéma intégratif



IV. DISCUSSION

A. Les forces et les limites de l'étude

1. Echantillon

Dans notre échantillon, les hommes étaient moins représentés que les femmes puisque 78% des participants étaient des femmes. Cela peut être considéré comme une limite de l'étude. Néanmoins, selon le CNOM, au 1er janvier 2020, les femmes représentent 65% des MG de moins de 40 ans en France (18).

Notre recherche s'intéressait aux MG d'Auvergne. Dans notre échantillon, 50% des participants exerçaient dans le Puy-De-Dôme et nous n'avons interrogé qu'un seul participant dans les départements du Cantal et de la Haute-Loire. De même, deux tiers des participants travaillaient en milieu rural et seuls 6 en zone urbaine.

Le département et le lieu d'exercice étaient demandés afin de rester exhaustif sur les caractéristiques de l'échantillon. Cependant, lors de l'analyse de nos verbatim, nous n'avons pas constaté de différence de pratique en termes de CM selon le département et le lieu d'exercice.

Nous n'avons fait face à aucun refus de la part des MG sollicités pour participer à l'étude. Néanmoins une possible limite est à considérer du fait d'un échantillonnage effectué par convenance.

2. Investigatrices

Les deux chercheuses, ainsi que la directrice de thèse, étaient des femmes. Cela pouvait générer des a priori de genre sur la question d'étude. Ces a priori ont été limités par un travail d'auto-questionnement à l'aide de 7 questions (19). Il a été mené par chacune avant de débiter l'investigation, afin de déconstruire leurs a priori personnels.

Les chercheuses et la directrice de thèse n'ont déclaré aucun lien d'intérêt avec la question de recherche, et elles n'ont pas reçu de financement pour ce travail.

3. Guide d'entretien

Nous avons tenté de formuler des questions les plus neutres possible afin de ne pas orienter les réponses des participants. Les questions ouvertes étaient privilégiées pour laisser une certaine liberté d'expression sur les sujets abordés.

4. Entretiens

Le choix d'entretiens individuels permettait de libérer la parole sur un sujet sensible et délicat à aborder en groupe. En ce sens, le format semi-directif des entretiens permettait aux participants de s'exprimer sans retenue ni crainte de jugement.

5. Méthode

Le choix d'une méthode qualitative inspirée de la théorisation ancrée était particulièrement adapté au sujet d'étude et a permis un recueil de données riche et diversifié.

Le biais d'interprétation a été limité par la triangulation de l'analyse des données, entre les deux chercheuses et la directrice de thèse. Lorsque des divergences étaient rencontrées, une discussion orale permettait une uniformisation des points de vue.

A noter que les chercheuses étaient novices dans la recherche qualitative. Elles avaient toutefois suivi en plus des ateliers sur la thèse compris dans leur DES, une courte formation d'initiation à la recherche qualitative proposée par les enseignants de médecine générale de leur faculté, ainsi qu'une autoformation grâce à certains ouvrages (19).

L'étude a été rédigée en s'appuyant sur les critères de la grille SRQR (*annexe VI*) pour en consolider la rigueur méthodologique.

B. Comparaison avec la littérature

La CM, et plus précisément le rôle du MG dans la CM, est un sujet en plein essor. Lors de la mise à jour bibliographique finale, au moment de clore la rédaction des résultats, nous avons trouvé six travaux sortis pendant la réalisation de notre étude, ainsi que la création d'un groupe de travail.

Parmi ces travaux, deux d'entre eux portaient sur la mise en place de la CCP chez les jeunes hommes et le recours à cette consultation auprès des MG de Haute-Savoie, de Savoie, d'Isère (20) et de Charente-Maritime (21). Les conclusions ont été similaires et ont montré une méconnaissance de la part des MG sur l'extension de la CCP auprès des jeunes hommes, ce que nous avons également retrouvé lors de nos entretiens.

Les travaux de recherche d'Elise Bouissou ont exploré les attentes des hommes en termes d'information sur la contraception par leur MG. Elle a montré que les hommes désiraient s'impliquer dans le parcours contraceptif et voyaient leur MG comme un interlocuteur privilégié sur le sujet (22).

Le travail de Maud Pillet concernait l'opinion du MG sur l'implication des hommes dans la contraception. Il a montré, comme dans notre étude, une démocratisation difficile de la CM en médecine générale et un manque d'implication des médias grands publics pour promouvoir une contraception partagée (23).

Une étude de pratique des MG du Limousin concernant la CM réalisée par Pauline Rey en 2023 retrouvait un manque d'attrait des praticiens pour les méthodes contraceptives non reconnues (24). La conclusion de cette étude quantitative justifiait

la réalisation de notre recherche, qui s'intéressait de surcroît aux ressources disponibles et à développer concernant la CM en consultation.

Enfin, les conclusions du travail de Charlotte Pambour sur les freins et leviers à la CM chez les MG d'Occitanie a permis de corroborer la plupart de nos hypothèses dans une autre région (25).

Un groupe de travail « Contraception Masculine » a été créé en mars 2023 au sein du Collège de Médecine Générale (CMG). L'outil créé par ce groupe de travail a été présenté au congrès du CMGF en mars 2024. Il s'agit d'un support à destination des MG présentant 8 méthodes de CM et abordant l'importance du conseil contraceptif auprès des hommes (26).

D'après nos résultats, ce guide, peu connu des participants de notre étude, serait une ressource pour les MG afin d'aborder la CM en consultation. Il s'inscrit en complément de notre travail puisqu'il apporte un outil pratique à destination des MG.

C. Les perspectives

1. Pour la recherche

Nous avons choisi d'orienter notre travail sur les jeunes hommes de 18 à 25 ans. Il pourrait être intéressant d'élargir cette étude à l'entièreté des hommes en âge de procréer. Effectivement, le choix contraceptif est une notion qui évolue avec l'âge, le stade de vie, le projet parental.

Nos résultats suggèrent que les MG sont prêts à intégrer la CM dans leurs consultations, sous réserve d'avancées de la science et de la formation médicale comme le montre le guide du CMG (26). Il serait intéressant d'explorer par des travaux

complémentaires la possible évolution des pratiques professionnelles et la satisfaction des sujets ayant pu en bénéficier.

2. Pour l'enseignement

Les participants souhaitaient voir développer une formation sur le sujet à la fois dans la formation initiale et dans la FMC. Ainsi pourrait se réfléchir d'intégrer la CM dans un module de la formation initiale. Le développement de supports de FMC divers (présentiel, visioconférence, articles scientifiques, revues...) permettrait d'accompagner les professionnels dans le développement de leurs compétences sur le sujet.

3. Pour la pratique

Sur le plan organisationnel, nous avons montré qu'une implication des différents acteurs du système de santé (HAS, CPAM) est attendue. Elle permettrait une démocratisation de la CM au travers, notamment, de campagnes de sensibilisation, de diffusions au grand public.

Enfin, il semblerait intéressant de s'appuyer sur une méthode inspirée du "patient-expert", pour que les hommes s'apportent mutuellement des informations sur leur expérience en matière de CM. Ce partage d'expérience entre patients pourrait également se faire grâce au développement des associations engagées dans la promotion de la CM.

V. CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence le tabou encore largement présent autour de la CM, influencé par des normes culturelles et sociétales. La perception dominante associant la charge contraceptive aux femmes limitait les discussions et les pratiques en médecine générale. Le manque de formation des professionnels, associé à l'absence de recommandations médicales et à une méconnaissance générale des méthodes disponibles, contribuaient à maintenir ce statu quo.

La démocratisation de la discussion partagée autour de la CM est un enjeu essentiel pour dépasser ces freins. Certains motifs de consultations propices comme l'éducation sexuelle, les vaccinations ou les dépistages sont des leviers. Le développement de ressources adaptées (supports pédagogiques, formations initiales et continues) permettrait d'accompagner les MG à mieux intégrer la CM dans leur pratique.

Enfin, la sensibilisation des patients via les médias et les campagnes de prévention apparaît cruciale pour briser les tabous et encourager un partage équitable de la responsabilité contraceptive entre les genres. Une telle démarche favoriserait un choix contraceptif libre et éclairé, au bénéfice de la santé sexuelle de tous.

Clermont-Ferrand, le 20/01/2025
Pierre CLAVELOU
Doyen directeur



Clermont-Ferrand, le 16/01/2025
La présidente du Jury
Hélène VAILLANT-ROUSSEL



VI. BIBLIOGRAPHIE

1. SIEBER C, ENZLER D. LE RÔLE DES HOMMES – ÉGALITÉ ET CONTRACEPTION MASCULINE. SANTE Sex Suisse. 26 sept 2019;4.
2. Wang C, Meriggiola MC, Amory JK, Baratt CLR, Behre HM, Bremner WJ, et al. Practice and development of male contraception: European Academy of Andrology and American Society of Andrology guidelines. Andrology. 20 sept 2023;31.
3. France Inter [Internet]. 2020 [cité 15 janv 2024]. Contraception masculine : où en sommes-nous ? Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/contraception-masculine-ou-en-sommes-nous-5550104>
4. Tcherdukian J, Mieusset R, Netter A, Lechevallier E, Bretelle F, Perrin J. Knowledge, professional attitudes, and training among health professionals regarding male contraceptive methods. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. oct 2022;27(5):397-402.
5. World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method [Internet]. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2022 [cité 25 déc 2024] p. 17. Report No.: UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4. Disponible sur: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf
6. OMS. A global study of men and women's male contraceptive knowledge, attitudes, and behaviors using mixed methods [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/m/item/global-study-men-and-women-male-contraceptive-knowledge-using-mixed-methods>
7. Soufir JC, Mieusset R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique. Basic Clin Androl. sept 2012;22(3):211-5.
8. Contraception : de nouvelles marques de préservatifs prises en charge par l'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-loire/assure/actualites/contraception-de-nouvelles-marques-de-preservatifs-prises-en-charge-par-l-assurance-maladie>
9. VIDAL [Internet]. [cité 6 mars 2024]. Stérilisation masculine et féminine en France : avantage à la vasectomie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/30667-sterilisation-masculine-et-feminine-en-france-avantage-a-la-vasectomie.html>
10. État des lieux de la pratique de la vasectomie en France entre 2010 et 2022 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 10 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-vasectomie-france-2010-2022>
11. Dakhli J, Vallée J, Joubert S. Male Hormonal Contraception: Which method could be available in the next ten years? Médecine. 1 juin 2022;18(6):273-8.

12. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir JC, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? Prog En Urol - FMC. 1 déc 2020;30(4):F105-11.
13. Amory JK, Blithe DL, Sitruk-Ware R, Swerdloff RS, Bremner WJ, Dart C, et al. Design of an international male contraceptive efficacy trial using a self-administered daily transdermal gel containing testosterone and segesterone acetate (Nestorone). Contraception. 1 août 2023;124:110064.
14. Ku AF, Sharma KL, Ta HM, Sutton CM, Bohren KM, Wang Y, et al. Reversible male contraception by targeted inhibition of serine/threonine kinase 33. Science. 24 mai 2024;384(6698):885-90.
15. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 Contraception, Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé Publique Fr. sept 2017;
16. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. Cah Genre. 2021;70(1):157-84.
17. DES de Médecine Générale – CNGE [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
18. CNOM. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. 2020.
19. LEBEAU JP. Initiation à la recherche qualitative en santé. CNGE et Global Média Santé. Paris-La Défense Cedex: Global Média Santé; 2021. 192 p.
20. Michel J, Le Guennic L. Accueil de la consultation longue « santé sexuelle » chez le jeune homme : étude réalisée auprès des médecins généralistes installés en Savoie, Haute-Savoie et Isère [Internet]. [Grenoble]: Université de Grenoble; 2023 [cité 16 janv 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04087915>
21. Perrot-Audet C. Consultation de contraception et prévention en santé sexuelle (CCP) chez les hommes de moins de 26 ans : Enquête de pratique auprès des médecins généralistes [Internet] [Thèse]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2024 [cité 16 janv 2025]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/69778>
22. BOUISSOU E. INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION : ATTENTES DES HOMMES. [Tours]: Université de Tours; 2022.
23. Pillet M. Opinion du médecin généraliste concernant l'implication des hommes dans la contraception. [Angers]: Université d'Angers; 2023.
24. Rey P. « Et si le préservatif n'était pas le seul moyen de contraception disponible chez l'homme ? » : étude de pratique des médecins généralistes du Limousin. [Limoges]: Université de Limoges; 2023.

25. Pambour C. Freins et leviers à la contraception masculine : une étude qualitative auprès des médecins généralistes d'Occitanie [Internet]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2023 [cité 16 janv 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04511665>
26. Groupe de travail « Contraception masculine » du CMG. La contraception masculine - Point sur la CM en France en 2024 [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2024/03/Contraception-masculine-en-France-CMG-2024.pdf>

VII. ANNEXES

Annexe I - Lettre de présentation

Bonjour !

Nous sommes deux internes de médecine générale à l'Université de Clermont-Ferrand, Bérangère JACQUOT et Eva BRIAT. Nous réalisons actuellement notre thèse de fin d'étude sur la contraception masculine en médecine générale. Nous déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

Nous recherchons des médecins généralistes thésés installés en Auvergne pour participer à un entretien sur le sujet, sur la base du volontariat. Vous êtes libres d'accepter ou de refuser, sans conséquence pour vous.

Nos entretiens sont individuels, réalisés en présentiel ou en visio-conférentiels sur la plateforme JitsiMeet ©, selon les préférences de chaque candidat. Les entretiens seront enregistrés qu'ils soient en présentiel ou distanciels, afin que nous puissions par la suite retranscrire notre échange le plus fidèlement possible et l'analyser. Ils durent entre 30 minutes et 1 heure. Toutes les données que nous récupérerons seront pseudonymisées. La participation à l'étude n'est pas rémunérée, mais les résultats pourront être très enrichissants pour votre pratique si le sujet vous intéresse !

Si vous souhaitez participer à l'aventure avec nous, vous pouvez nous contacter par mail :

- Bérangère JACQUOT : berangere.jacquot@etu.uca.fr
- Eva BRIAT : eva.briat@etu.uca.fr

A bientôt peut-être,

Bérangère et Eva

Annexe II - Version initiale du guide d'entretien

Court questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon :

- Type de structure d'exercice : MSP / cabinet de groupe / centre de santé / hôpital / autre
- Lieu d'exercice : Rural / Urbain
- Département d'exercice
- MSU : oui/non
- Sexe : M / F / NSP
- Tranche d'âge : < 30 / 30-45 / 45-60 / > 60 ans
- Situation familiale : célibataire / en couple / enfants

Question brise-glace : Parlez-moi de la dernière fois que vous avez parlé de contraception dans une consultation ?

Pour rappel, les patients ciblés sont les hommes entre 18 et 25 ans, pensez bien à adapter vos réponses à cette tranche d'âge.

- Que connaissez-vous des différentes méthodes de CM ?
- D'après vous, quelles ressources sur la CM les hommes ont-ils à leur disposition ?

Lesquelles seraient à privilégier ?

- Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans l'éducation à la contraception chez les jeunes hommes ?

Dans quelles circonstances pourriez-vous aborder le sujet de la CM avec un jeune homme ?

- Quelles difficultés et obstacles pensez-vous rencontrer en abordant la CM avec de jeunes hommes ?
- Quels seraient vos besoins et vos suggestions afin d'améliorer votre pratique en termes de CM ?
- Comment organiseriez-vous une consultation dédiée à la CM ?

A qui vous adresseriez-vous (patient seul, couple, jeune homme avec parents...) ?

Que diriez-vous ?

Sources :

- Initiation à la recherche qualitative en santé
- Fiche concernant l'élaboration d'un guide d'entretien (CHU-Nice)

Annexe III - Deuxième version du guide d'entretien

Court questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon :

- Type de structure d'exercice : MSP / cabinet de groupe / centre de santé / hôpital / autre
- Lieu d'exercice : Rural / Urbain
- Département d'exercice
- MSU : oui/non
- Sexe : M / F / NSP
- Tranche d'âge : < 30 / 30-45 / 45-60 / > 60 ans
- Situation familiale : célibataire / en couple / enfants

Question brise-glace : Parlez-moi de la dernière fois que vous avez parlé de contraception dans une consultation ?

Pour rappel, les patients ciblés sont les hommes entre 18 et 25 ans, pensez bien à adapter vos réponses à cette tranche d'âge.

- Que connaissez-vous des différentes méthodes de CM ?

Quelles méthodes de CM connaissez-vous, avec ou sans AMM ?

- D'après vous, quelles ressources sur la CM les hommes ont-ils à leur disposition ?

Lesquelles seraient à privilégier ?

- Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans l'éducation à la contraception chez les jeunes hommes ?

Dans quelles circonstances pourriez-vous aborder le sujet de la CM avec un jeune homme ?

- Quelles difficultés et obstacles pensez-vous rencontrer en abordant la CM avec de jeunes hommes ?

Et si vous rencontriez un patient qui vous parle d'une méthode que vous ne connaissez pas, comment réagiriez-vous ? (ou qui n'est pas aujourd'hui validée)

- Quels seraient vos besoins et vos suggestions afin d'améliorer votre pratique en termes de CM ?
- Comment organiseriez-vous une consultation dédiée à la CM ?

A qui vous adresseriez-vous (patient seul, couple, jeune homme avec parents...) ?

Que diriez-vous ?

Sources :

- Initiation à la recherche qualitative en santé
- Fiche concernant l'élaboration d'un guide d'entretien (CHU-Nice)

Annexe IV - Formulaire de consentement

Autorisation d'enregistrement et d'utilisation de l'image/la voix d'une personne majeure

Je soussigné(e),

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Domicilié(e)

Code Postal Ville Pays

AUTORISE

L'UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE,

Etablissement Public Expérimental (EPE), inscrit sous le numéro Siret [130 028 061 00013](#), code APE 8542Z, dont le siège est situé 49 boulevard François Mitterrand – CS 60032 - 63 001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1, représentée par son Président, Monsieur Mathias BERNARD,

Agissant pour le compte de l'UFR de médecine de Clermont Ferrand., représenté par son Directeur Pr CLAVELOU, ayant ses locaux au 28, place Henri DUNANT 63000 CLERMONT FERRAND.

à utiliser mon image/ma voix, captée à l'occasion de la passation dans le cadre de la recherche/étude décrite ci-dessus :

Date(s) de la captation :

Lieux(s) de la captation :

Contenu(s) :

• Modes d'exploitation envisagés

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image/la voix, j'autorise l'Université Clermont Auvergne à fixer, reproduire et diffuser les photographies/vidéos/enregistrements sur les supports et pour les durées précisées ci-dessous :

Support	Durée	Étendue de la diffusion	Responsable du projet
x En ligne	2 ans après diffusion des résultats	<input type="checkbox"/> Site internet de l'UCA (Drive UCA) Précisez : Drive sécurisé, partagé seulement entre les investigatrices (Eva BRIAT et Bérangère JACQUOT) et la directrice de thèse (Dr BOUCHET-PITHON Nolwenn)	NOM : BRIAT et JACQUOT Prénom : Eva et Bérangère Fonction : internes en médecine générale E-mail (institutionnel) : eva.briat@etu.uca.fr et berangere.jacquot@etu.uca.fr

<input type="checkbox"/> Autre (précisez) 	NOM Prénom Fonction E-mail (institutionnel)
--	-------	--------------------	--

L'Université Clermont Auvergne s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies/vidéos/enregistrements susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser ces dernières dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe, ou toute autre exploitation préjudiciable.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution de la présente, les tribunaux Clermont-Ferrand seront compétents.

Je reconnais être entièrement investi(e) de mes droits personnels. Je reconnais expressément n'être lié(e) par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de mon image et/ou de ma voix.

OUI NON

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la fixation et l'utilisation de mon image et/ou de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant :

OUI NON

Fait à : Le (date) :	Signature :
-----------------------------	-------------

Formulaire de non-opposition

Université Clermont Auvergne 49, boulevard François Mitterrand CS 60032 63001 Clermont-Ferrand	Dr Hélène VAILLANT ROUSSEL Helene.VAILLANT_ROUSSEL@uca.fr UFR de médecine de Clermont Ferrand
--	---

- Finalité de l'étude

Le but de cette recherche est de modéliser les éléments constitutifs d'une consultation dédiée à la CM en MG en s'appuyant sur les besoins identifiés par les praticiens.

Déroulé de la recherche :

Pour réaliser cette étude, nous utilisons une méthode qualitative inspirée de la théorisation ancrée.

Dans un premier temps, nous recruterons par convenance des médecins généralistes thésés de la région Auvergne qui ont dans leur patientèle, de jeunes hommes âgés de 18 à 25 ans, puis nous constituerons un échantillonnage raisonné théorique. Aucune rémunération n'est prévue au cours de l'étude.

Le recueil de données se fera par le biais d'entretiens semi-dirigés en présentiel ou en visioconférence par une investigatrice unique, à savoir selon les entretiens Eva BRIAT ou Bérangère JACQUOT. Les entretiens seront enregistrés ou filmés afin de retranscrire le verbatim mot à mot avec pseudonymisation sur un logiciel de traitement de texte.

Une fois retranscrit, l'entretien sera analysé et codé par l'investigatrice qui l'aura réalisé puis de manière croisée, la seconde investigatrice l'analysera et le codera.

L'ensemble des données seront partagées entre les 2 investigatrices et la directrice de thèse permettant ainsi une triangulation des données.

L'arrêt du recrutement se fera une fois que nous considérerons la suffisance des données atteinte, c'est-à-dire lorsque les entretiens n'amèneront plus de nouvelle catégorie.

La rédaction de l'étude se fera selon la grille méthodologique SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research).

Notre guide d'entretien porte sur différents thèmes parmi lesquels les pratiques professionnelles au sujet de la contraception en général dans l'exercice, les connaissances sur la CM en médecine générale, les besoins et éléments facilitants l'abord de la CM en consultation pour aborder cette thématique en consultation (apport de connaissances théoriques, création d'outils ?).

Une fois l'étude terminée, un temps d'échange est prévu avec l'expérimentateur pour vous expliquer les objectifs de l'étude et répondre à vos éventuelles questions.

La durée de passation est d'environ 60 minutes.

Pour votre information, cette recherche, ne soulève pas de problème éthique particulier, et a obtenu un avis favorable du CER IRB-UCA.

- Base légale

L'Université Clermont Auvergne agissant pour le compte de l'UFR de médecine de Clermont Ferrand est le responsable de ce traitement de données à caractère personnel.

Le traitement de ces données à caractère personnel est fondé sur une mission d'intérêt public de l'Université Clermont Auvergne et ces données sont collectées dans le cadre de la recherche du service public.

- Catégorie de données traitées

Etat-civil, identité, données d'identification, images : Nom, prénom du MG thésé interrogé, âge; sexe ; département d'exercice professionnel ; à noter que ces données seront pseudonymisées pour la retranscription

Avis personnel sur la CM, situation familiale, engagement associatif éventuel

Vie professionnelle (CV, situation professionnelle, scolarité, formation, distinctions, diplômes, etc.) : ville et type de structure d'exercice, formation et diplômes des docteurs interrogés si elle est en lien avec la santé sexuelle

Vos données à caractère personnel ne seront pas réutilisées pour des programmes de recherche ultérieurs.

- Sources des données

Les données à caractère personnel traitées proviennent uniquement des participants.

Le traitement ne prévoit pas de prise de décision automatisée telle que définie à l'article 22 du RGPD.

- Destinataires des données

En fonction de leurs besoins respectifs, sont destinataires de tout ou partie des données :

- Eva BRIAT, interne chercheuse (UCA)
- JACQUOT Bérangère, interne chercheuse (UCA)
- Dr BOUCHET Nolwenn, directrice de thèse (MSU UCA)
- Pr VAILLANT-ROUSSEL Hélène, consultante sur la méthodologie de la thèse (MSU UCA)
- Dr CHARISSOU Alan, consultant sur le sujet de la contraception masculine (Médecin directeur de la PMI de Meurthe et Moselle, Responsable du groupe de travail "Contraception masculine" du CMG, Coordinateur médical bénévole chez Entrelac Coop)

Pas d'autre destinataire, notamment pas de sous-traitant des données.

- Transfert hors UE

Aucun transfert de données hors de l'Union Européenne n'est réalisé.

- Durée de conservation des données

Ces données sont conservées pendant 2 ans après publication, conformément à la MR 004

- Sécurité

S'agissant d'une recherche fondamentale, vos données à caractère personnel seront traitées de manière confidentielle, pseudonymisées.

- Vos droits sur les données vous concernant

Vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. [Comprendre vos droits sur les données personnelles](#)

L'investigateur principal et/ou le délégué à la protection des données (DPO) de l'Université sont vos interlocuteurs pour toute demande d'exercice de vos droits sur ce traitement.

Investigateur principal :

eva.briat@etu.uca.fr / 0669382914

berangere.jacquot@etu.uca.fr / 0634123259

Délégué à la protection des données :

- Par voie électronique : dpo@uca.fr
- Par voie postale : Direction des Affaires Juridiques et Institutionnelles

À l'attention du Délégué à la protection des données

Université Clermont Auvergne

49, boulevard François Mitterrand – CS 60032

63001 Clermont-Ferrand Cedex 1

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL (CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

De plus, vous pourrez, à tout moment arrêter votre participation à cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude.

Annexe V - Avis du comité d'éthique



Clermont-Ferrand, le 26 janvier 2024

Mme Eva BRIAT
Mme Bérangère JACQUOT
Département de médecine générale
Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2023-54

Mesdames,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« Exploration des attentes des médecins généralistes (MG) pour aborder la contraception masculine (CM) en consultation – Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés »

Vous nous avez précisé que l'objectif principal de votre recherche est « de modéliser les éléments constitutifs d'une consultation dédiée à la contraception masculine en médecine générale en s'appuyant sur les besoins identifiés par les praticiens ».

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA (dpo@uca.fr) sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Mesdames, l'expression de nos salutations distinguées.

Sophie Monceau
Pour la Directrice du Comité d'Éthique de
la Recherche IRB-UCA
Anne FOGLI

P/10



Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA
49 Boulevard François Mitterrand - CS 60032 – 63 001 Clermont-Ferrand
Contact : irb@uca.fr

Annexe VI – Version française de la grille SRQR

Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* - version française

Titre et résumé

Titre – Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Identifier l'étude comme qualitative ou indique l'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretiens, focus group) est recommandé.

Résumé – Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format de la publication visée ; typiquement introduction, objectif, méthodes, résultats et conclusions.

Introduction

Formulation du problème – Description et significativité du problème/phénomène étudié ; revue des théories pertinentes et des travaux empiriques ; formulation du problème.

But ou question de recherche – But de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.

Méthodes

Approche qualitative et paradigme de recherche – Approche qualitative (ex : ethnographie, théorisation ancrée, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et théories sous-jacentes si approprié ; identifier le paradigme de recherche (ex : post-positivisme, constructivisme/interprétativisme) est également recommandé ; justification*.

Caractéristiques du chercheur et réflexivité – Caractéristiques du chercheur qui peuvent influencer la recherche, en incluant les attributs personnels, qualifications et expérience, relations avec les participants, préjugés et présupposés ; potentielle ou réelle interaction entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, approche, méthodes, résultats et/ou transférabilité des résultats.

Contexte – Déroulé, lieu et facteurs contextuels saillants ; justification*

Stratégie d'échantillonnage – Comment et pourquoi les participants, les documents ou événements ont été sélectionnés ; critères permettant de décider à quel moment arrêter l'échantillonnage (ex : saturation) ; justification*

Questions éthiques relatives aux sujets humains - Documentation de l'approbation par un comité d'éthique approprié et du consentement du participant, ou explication de l'absence de consentement ; autres questions de confidentialité et de sécurité des données

Méthodes de collecte des données - Types de données collectées ; détails des procédures de collecte des données, y compris (le cas échéant) les dates de début et de fin de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif, la triangulation des sources/méthodes et la modification des procédures en fonction de l'évolution des résultats de l'étude ; justification*

Instruments et technologies de collecte de données - Description des instruments (par exemple guides d'entretien, questionnaires) et des dispositifs (par exemple, enregistreurs audio) utilisés pour la collecte de données ; le cas échéant comment le ou les instruments ont changé au cours de l'étude

**(Rapidement justifier le choix de cette théorie, de cette approche ou technique par rapport à d'autres options envisageables, les suppositions et limites inhérents à ces choix, et comment ces choix influencent les conclusions de l'étude et la transférabilité des résultats)*

Unités d'étude - Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude ; niveau de participation (pourrait être indiqué dans les résultats)

Traitement des données - Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris la transcription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de l'intégrité des données, le codage des données et l'anonymisation/identification des extraits
Analyse des données - Processus par lequel des inférences, des thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris les chercheurs impliqués dans l'analyse des données ; fait généralement référence à un paradigme ou une approche spécifique ; justification*

Techniques visant à renforcer la fiabilité - Techniques visant à renforcer la fiabilité et la crédibilité de l'analyse des données (par exemple, vérification des membres, chemin d'audit, triangulation) ; justification*

Résultats

Synthèse et interprétation - Principaux résultats (par exemple, interprétations, inférences et thèmes) ; peut inclure l'élaboration d'une théorie ou d'un modèle, ou l'intégration avec une recherche ou une théorie antérieure

Liens avec des données empiriques - Éléments de preuve (par exemple, citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies) pour étayer les résultats de l'analyse

Discussion

Intégration avec les travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine - Bref résumé des principaux résultats ; explication de la manière dont les résultats et les conclusions sont liés à des travaux antérieurs, les soutiennent, les développent ou les remettent en question ; discussion du champ d'application/généralisation ; identification des contributions uniques à l'érudition dans une discipline ou un domaine

Limites - Fiabilité et limites des résultats

Autres

Conflits d'intérêts - Sources potentielles d'influence ou d'influence perçue sur le déroulement et les conclusions de l'étude ; comment celles-ci ont été gérées

Financement - Sources de financement et autres aides ; rôle des financeurs dans la collecte, l'interprétation et la communication des résultats

Référence : O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, Vol. 89, No. 9 / Sept 2014
DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388

**(Rapidement justifier le choix de cette théorie, de cette approche ou technique par rapport à d'autres options envisageables, les suppositions et limites inhérents à ces choix, et comment ces choix influencent les conclusions de l'étude et la transférabilité des résultats)*

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

Les médecins généralistes d'Auvergne face à la contraception masculine : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Résumé :

CONTEXTE La contraception masculine est moins développée que la contraception féminine, en partie par manque d'options et d'informations. Les médecins généralistes sont en première ligne de la santé et de la prévention chez les jeunes hommes de 18 à 25 ans.

OBJECTIF L'objectif principal de l'étude était d'explorer les attentes des médecins généralistes pour aborder la contraception masculine en consultation.

MÉTHODE Étude qualitative par 18 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes d'Auvergne. Après retranscription intégrale, les verbatims ont été analysés selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée : codage descriptif ; analyse ouverte, axiale et intégrative ; triangulation des données à chaque étape.

RÉSULTATS Les participants considéraient la contraception masculine comme secondaire par rapport à la contraception dite féminine, influencés par des représentations sociales et un manque de formation et de connaissances sur les méthodes disponibles. Les consultations avec les hommes sur ce sujet sont rares, en partie parce que ces derniers ne sollicitent pas spontanément d'informations sur le sujet. Par ailleurs, l'absence de recommandations médicales claires, la méconnaissance des méthodes, et la perception de celles-ci comme contraignantes ou peu fiables freinaient leur promotion par les médecins généralistes. Les critères d'âge, le projet parental et la crainte des méthodes définitives étaient également des freins importants. En revanche, certains motifs de consultation, comme les vaccinations ou les dépistages, étaient identifiés comme des opportunités potentielles pour aborder la contraception masculine.

CONCLUSION Cette étude a montré le manque de support des médecins généralistes sur la contraception masculine, le manque de sensibilisation du grand public et l'absence d'outil adapté pour intégrer ce sujet dans les consultations. Une approche proactive des médecins généralistes, soutenue par des recommandations et des ressources claires, pourrait permettre une démocratisation progressive de la contraception masculine, au bénéfice d'une contraception plus équilibrée entre les genres. Le développement d'un outil d'aide pour cette consultation serait intéressant, par le biais de futurs travaux de recherche.

Mots clés :

- Contraception masculine
- Médecine générale
- Recherche qualitative
- Entretiens semi-dirigés
- Santé sexuelle
- Responsabilité contraceptive