



FACULTÉ DE MÉDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

ANNÉE 2023

THÈSE

N°23SORUM32

**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État**

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

par Mme Manon LACROIX
née le 9 février 1994 à Paris XIXe (75)

présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2023 à Paris

« Se contracepter »
Une étude phénoménologique auprès des utilisateurs de la
contraception masculine par remontée testiculaire

Présidente de thèse :

Professeure Nathalie CHABBERT-BUFFET

Directrice et directeur de thèse :

Docteure Juliette VANDENDRIESSCHE

Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

Membres du jury :

Professeur Philippe CORNET

Docteur Alan CHARISSOU

*« Messieurs, on ne touche pas au corps des hommes.
Surtout pour la contraception. Les femmes sont faites
pour cela ! »*

Un responsable de l'Ordre des médecins (années 1980),
propos rapportés par Daniel Welzer-Lang (1)

Liste des PU-PH de la faculté de médecine Sorbonne Université, octobre 2021

Nom	Prénom	Hôpital	Discipline
ACAR	CHRISTOPHE	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
AIT OUFELLA	HAFID	Saint Antoine	Médecine intensive-réanimation
ALAMOWITCH	SONIA	Saint Antoine	Neurologie
ALLENBACH	YVES	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie
AMARENCO	GERARD	Tenon	Médecine Physique et Réadaptation
AMOURA	ZAHIR	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie
AMSELEM	SERGE	Armand Trousseau	Génétique
ANDRE	THIERRY	Saint Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie
ANDREELLI	FABRIZIO	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
APARTIS	EMMANUELLE	Saint Antoine	Physiologie
ARNULF	ISABELLE	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
ARRIVE	LIONEL	Saint Antoine	Radiologie et imagerie médicale
ASSOUAD	JALAL	Tenon	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
ASTAGNEAU	PASCAL	Pitié-Salpêtrière	Épidémiologie
ATLAN	MICHAEL	Tenon	Chirurgie plastique reconstructrice
AUBART COHEN	FLEUR	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie
AUBRY	ALEXANDRA	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie - Virologie - Hygiène
AUCOUTURIER	PIERRE	Saint Antoine	Immunologie
AUDO	ISABELLE	15/20	Ophtalmologie
AUDRY	GEORGES	Armand Trousseau	Chirurgie infantile
BACHELOT	ANNE	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
BACHET	JEAN BAPTISTE	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie ; Hépatologie
BAGNIS	CORINNE	Pitié-Salpêtrière	Néphrologie
BALLADUR	PIERRE	Saint Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
BARBAUD	ANNICK	Tenon	Dermatologie
BARROU	BENOIT	Pitié-Salpêtrière	Urologie
BAUJAT	BERTRAND	Tenon	ORL
BAZOT	MARC	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
BEAUGERIE	LAURENT	Saint Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
BELMIN	JOEL	Charles Foix	Médecine interne Gériatrie
BENVENISTE	OLIVIER	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie
BERENBAUM	FRANCIS	Saint Antoine	Rhumatologie
BERTOLUS	CHLOE	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BIELLE	FRANCK	Saint Antoine	Anatomie pathologique
BILLETTE VILLEMEUR	THIERRY	Armand Trousseau	Pédiatrie
BLONDIAUX	ELEONORE	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
BOCCARA	FRANCK	Saint Antoine	Cardiologie
BODAGHI	BAHRAM	Pitié-Salpêtrière	Ophtalmologie
BODDAERT	JACQUES	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie
BOELLE	PIERRE-YVES	Saint Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
BOFFA	JEAN JACQUES	Tenon	Néphrologie
BONNET	MARIE-PIERRE	Armand Trousseau	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BONNET	FRANCIS	Armand Trousseau	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BORDERIE	VINCENT	15/20	Ophtalmologie
BOUHERAOUA	NACIM	Pitié-Salpêtrière	Ophtalmologie
BRICE	ALEXIS	Pitié-Salpêtrière	Génétique
BROCHERIOU-SPELLE	ISABELLE	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique
BRUCKERT	ERIC	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
BUOB	DAVID	Tenon	Anatomie pathologique
CACOUB	PATRICE	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie
CADRANEL	JACQUES	Tenon	Pneumologie
CALVEZ	VINCENT	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie - Virologie - Hygiène
CANLORBE	GEOFFROY	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
CARBAJAL SANCHEZ	DIOMEDES	Armand Trousseau	Pédiatrie
CARPENTIER	ALEXANDRE	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
CARRAT	FABRICE	Saint Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
CARRIE	ALAIN	Pitié-Salpêtrière	Biochimie et biologie moléculaire
CATALA	MARTIN	Pitié-Salpêtrière	Histologie embryologie et cytogénétique

CAUMES	ERIC	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses
CHABBERT BUFFET	NATHALIE	Tenon	Endocrinologie
CHAPPUY	HELENE	Armand Trousseau	Pédiatrie
CHARRON	PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Génétique
CHARTIER-KASTLER	EMMANUEL	Pitié-Salpêtrière	Urologie
CHAZOUILERES	OLIVIER	Saint Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
CHERIN	PATRICK	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie
CHICHE	LAURENT	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
CHRISTIN-MAITRE	SOPHIE	Saint Antoine	Endocrinologie
CLARENCON	FREDERIC	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
CLEMENT	KARINE	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
CLUZEL	PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
COHEN	DAVID	Saint Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie
COHEN	ELIE LAURENT	Saint Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie
COHEN	ARON ARIEL	Saint Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie
COLLET	JEAN-PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
COMBES	ALAIN	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive-réanimation
COMPERAT	EVA	Tenon	Anatomie pathologique
CONSTANT	ISABELLE	Armand Trousseau	Anesthésiologie-Réanimation et méd
CONSTANTIN	JEAN-MICHEL	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
CONTI MOLLO	FILOMENA	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
COPPO	PAUL	Saint Antoine	Hématologie clinique
CORNU	PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
CORVOL	JEAN CHRISTOPHE	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
CORVOL	HENRIETTE	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
COULOMB	AUORE	Armand Trousseau	Anatomie pathologique
CUSSENOT	OLIVIER	Tenon	Anatomie / Urologie
DARAI	EMILE	Tenon	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DAVI	FREDERIC	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
DECHARTRES	AGNES	Pitié-Salpêtrière	Épidémiologie
DEGOS	VINCENT	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
DELHOMMEAU	FRANCOIS	Saint Antoine	Hématologie biologique
DEMOULE	ALEXANDRE	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive-réanimation
DERAY	GILBERT	Pitié-Salpêtrière	Néphrologie
DOMMERGUES	MARC	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DORMONT	DIDIER	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
DRAY	XAVIER	Saint Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
DUBERN	BEATRICE	Armand Trousseau	Pédiatrie
DUCOU LE POINTE	HUBERT	Armand Trousseau	Radiologie et imagerie médicale
DUGUET	ALEXANDRE	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
DUPONT DUFRESNE	SOPHIE	Pitié-Salpêtrière	Anatomie / SSR
DURR	ALEXANDRA	Pitié-Salpêtrière	Génétique
DUSSAULE	JEAN-CLAUDE	Saint Antoine	Physiologie
DUVAL	ALEX	Saint Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
ELALAMY	ISMAIL	Tenon	Hématologie immunologie
FAIN	OLIVIER	Saint Antoine	Médecine interne Gériatrie
FARTOUKH	MURIEL	Tenon	Médecine intensive-réanimation / Pneumologie
FAUTREL	BRUNO	Pitié-Salpêtrière	Rhumatologie
FERRERI	FLORIAN	Saint Antoine	Psychiatrie adultes
FEVE	BRUNO	Saint Antoine	Endocrinologie
FITOUSSI	FRANK	Armand Trousseau	Chirurgie infantile
FLAMAND-ROZE	EMMANUEL	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
FOIX L HELIAS	LAURENCE	Armand Trousseau	Pédiatrie
FONTAINE	BERTRAND	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
FOSSaint Antoinel	PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie adultes
FOURNIER	EMMANUEL	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
FREUND	YONATHAN	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
FUNCK BRENTANO	CHRISTIAN	Pitié-Salpêtrière	Pharmacologie clinique
GALANAUD	DAMIEN	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
GANDJBAKHCH	ESTELLE	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
GAUJOUX	SEBASTIEN	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive

GEORGIN LAVIALLE	SOPHIE	Tenon	Médecine interne Gériatrie
GIRARD	PIERRE-MARIE	Saint Antoine	Maladies infectieuses
GIRERD	XAVIER	Pitié-Salpêtrière	Thérapeutique / Endocrino
GLIGOROV	JOSEPH	Tenon	Cancérologie ; Radiothérapie
GONZALEZ	JESUS	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
GOROCHOV	GUY	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
GOSSEC	LAURE	Pitié-Salpêtrière	Rhumatologie
GOUDOT	PATRICK	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GRABLI	DAVID	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
GRIMPREL	EMMANUEL	Armand Trousseau	Pédiatrie
GUIDET	BERTRAND	Saint Antoine	Médecine intensive-réanimation
HAMMOUDI	NADJIB	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
HAROCHE	JULIEN	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne. Gériatrie
HARTEMANN	AGNES	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie, Diabétologie
HATEM	STEPHANE	Pitié-Salpêtrière	Physiologie / Cardio
HAUSFATER	PIERRE	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
HAYMANN	JEAN PHILIPPE	Tenon	Physiologie
HELFT	GERARD	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
HENNEQUIN	CHRISTOPHE	Saint Antoine	Parasitologie
HOANG-XUAN	KHE	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
HOUSSET	CHANTAL	Saint Antoine	Biologie cellulaire
HUGUET	FLORENCE	Tenon	Cancérologie ; Radiothérapie
IBANEZ	GLADYS	DMG	Médecine générale
ID BAIH	AHMED	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
IRTAN	SABINE	Armand Trousseau	Chirurgie infantile
ISNARD	RICHARD	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
JOUANNIC	JEAN MARIE	Armand Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
KALAMARIDES	MICHEL	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
KARACHI	CARINE	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
KAS	AURELIE	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
KATLAMA	CHRISTINE	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses
KAYEM	GILLES	Armand Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
KHIAMI	FREDERIC	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie orthopédique et traumatologique
KINUGAWA BOURRON	KIYOKA	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie
KLATZMANN	DAVID	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
KOSKAS	FABIEN	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
LACAVE	ROGER	Tenon	Histologie embryologie et cytogénétique
LACOMBE	KARINE	Saint Antoine	Maladies infectieuses
LACORTE	JEAN-MARC	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
LAMAS	GEORGES	Pitié-Salpêtrière	ORL
LANDMAN-PARKER	JUDITH	Armand Trousseau	Pédiatrie
LAPILLONNE	HELENE	Armand Trousseau	Hématologie biologique
LAVERNEZIANA	PIERANTONIO	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
LAZENNEC	JEAN-YVES	Pitié-Salpêtrière	Anatomie/Chirurgie orthopédique
LAZIMI	GILLES	DMG	Médecine générale
LE FEUVRE	CLAUDE	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
LE GUERN	ERIC	Pitié-Salpêtrière	Génétique
LEENHARDT	LAURENCE	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie / médecine nucléaire
LEFEVRE	JEREMIE	Saint Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
LEGER	PIERRE-LOUIS	Armand Trousseau	Pédiatrie
LEGRAND	OLLIVIER	Saint Antoine	Hématologie clinique
LEHERICY	STEPHANE	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
LEMOINE	FRANCOIS	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
LEPRINCE	PASCAL	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LETAVERNIER	EMMANUEL	Tenon	Physiologie
LEVERGER	GUY	Armand Trousseau	Pédiatrie
LEVY	RACHEL	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
LEVY	RICHARD	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
LORENZO	ALAIN	DMG	Médecine générale
LORROT	MATHIE	Armand Trousseau	Pédiatrie
LOTZ	JEAN PIERRE	Tenon	Cancérologie ; Radiothérapie

LUBETZKI	CATHERINE	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
LUCIDARME	OLIVIER	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
LUSSEY	CHARLOTTE	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
LUYT	CHARLES-EDOUARD	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive-réanimation
MAINGON	PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Cancérologie ; Radiothérapie
MANESSE-CONSOLI	ANGELE	Pitié-Salpêtrière	Pédo psychiatrie
MARCELIN	ANNE GENEVIEVE	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie - Virologie - Hygiène
MARTEAU	PHILIPPE	Tenon	Gastro entérologie ; Hépatologie
MAURY	ERIC	Saint Antoine	Médecine intensive-réanimation
MEKINIAN	ARSENE	Saint Antoine	Médecine interne Gériatrie
MENEGAUX	FABRICE	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
MESNARD	LAURENT	Tenon	Néphrologie
MEYOHAS	MARIE-CAROLINE	Saint Antoine	Maladies infectieuses
MILLET	BRUNO	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie adultes
MOHTY	MOHAMAD	Saint Antoine	Hématologie clinique
MONSEL	ANTOINE	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
MONTALESCOT	GILLES	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
MONTRAVERS	FRANCOISE	Tenon	Biophysique et médecine nucléaire
MORAND	LAURENCE	Saint Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
MORELOT-PANZINI	CAPUCINE	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
MOZER	PIERRE	Pitié-Salpêtrière	Urologie
NACCACHE	LIONEL	Pitié-Salpêtrière	Physiologie / Neurologie
NAVARRO	VINCENT	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
NETCHINE	IRENE	Armand Trousseau	Physiologie
NGUYEN	YANN	Pitié-Salpêtrière	ORL
NGUYEN KHAC	FLORENCE	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
NGUYEN QUOC	STEPHANIE	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
NIZARD	JACKY	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
OPPERT	JEAN-MICHEL	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
PAQUES	MICHEL	15/20	Ophthalmologie
PARC	YANN	Saint Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
PASCAL-MOUSSELLARD	HUGUES	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PATERON	DOMINIQUE	Saint Antoine	Médecine d'urgence
PAUTAS	ERIC	Charles Foix	Médecine interne Gériatrie
PAYE	FRANCOIS	Saint Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
PERETTI	CHARLES	Saint Antoine	Psychiatrie adultes
PETIT	ARNAUD	Armand Trousseau	Pédiatrie
PHE-VU	VERONIQUE	Pitié-Salpêtrière	Urologie
PIALOUX	GILLES	Tenon	Maladies infectieuses
PIARROUX	RENAUD	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie
POIROT	CATHERINE	SL	Histologie embryologie et cytogénétique
POITOU BERNERT	CHRISTINE	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
POURCHER	VALERIE	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses
PRADAT DIEHL	PASCALE	Pitié-Salpêtrière	Médecine Physique et Réadaptation
PRADIER	HELENE	Tenon	Néphrologie
PUIBASSET	LOUIS	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
QUESNEL	CHRISTOPHE	Tenon	Anesthésiologie-Réanimation et méd
RATIU	VLAD DEMETRU	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie ; Hépatologie
RAUX	MATHIEU	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
REDHEUIL	ALBAN	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
RENARD PENNA	RAPHAELE	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
RIOU	BRUNO	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
ROBAIN	GILBERTE	RTH	Médecine Physique et Réadaptation
ROBERT	JEROME	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie - Virologie - Hygiène
RODRIGUEZ	DIANA	Armand Trousseau	Pédiatrie
RONDEAU	ERIC	Tenon	Néphrologie
ROSMORDUC	OLIVIER	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie ; Hépatologie
ROSSO	CHARLOTTE	Pitié-Salpêtrière	Neurologie / urgences
ROTGE	JEAN-YVES	Tenon	Psychiatrie adultes
ROUPRET	MORGAN	Pitié-Salpêtrière	Urologie
SAADOUN	DAVID	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie

SAHEL	JOSE-ALAIN	15/20	Ophtalmologie
SANSON	MARC	Pitié-Salpêtrière	Histologie embryologie et cytogénétique
SARI ALI	EL HADI	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAUTET	ALAIN	Saint Antoine	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCATTON	OLIVIER	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
SCHMIDT	MATHIEU	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive - réanimation
SEILHEAN	DANIELLE	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique / neurologie
SEKSIK	PHILIPPE	Saint Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
SELLAM	JEREMIE	Saint Antoine	Rhumatologie
SEROUSSI FREDEAU	BRIGITTE	Tenon	Biostatistiques, Informatique médicale et
SIFFROI	JEAN-PIERRE	Armand Trousseau	Histologie embryologie et cytogénétique
SILVAIN	JOHANNE	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
SIMILOWSKI	THOMAS	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
SIMON	TABASSOME	Saint Antoine	Pharmacologie biologique
SOARES	ANDRE	DMG	Médecine générale
SOKOL	HARRY	Saint Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
SORIA	ANGELE	Tenon	Dermatologie
SPANO	JEAN PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Cancérologie ; Radiothérapie
STANKOFF	BRUNO	Saint Antoine	Neurologie
STEICHEN	OLIVIER	Tenon	Médecine interne Gériatrie
STRAUS	CHRISTIAN	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
SVRCEK	MAGALI	Saint Antoine	Anatomie pathologique
TANKERE	FREDERIC	Pitié-Salpêtrière	ORL
THABUT	DOMINIQUE	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie ; Hépatologie
THOMASSIN NAGGARA	ISABELLE	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
THOUMIE	PHILIPPE	RTH	Médecine Physique et Réadaptation
TOUBOUL	CYRIL	Tenon	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
TOUITOU	VALERIE	Pitié-Salpêtrière	Ophtalmologie
TOUNIAN	PATRICK	Armand Trousseau	Pédiatrie
TOURAINÉ	PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
TOURRET	JEROME	Pitié-Salpêtrière	Néphrologie
TRAXER	OLIVIER	Tenon	Urologie
TUBACH	FLORENCE	Pitié-Salpêtrière	Épidémiologie
ULINSKI	TIM	Armand Trousseau	Pédiatrie
UZAN	CATHERINE	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
VAILLANT	JEAN CHRISTOPHE	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
VERNY	MARC	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie
VEZIRIS	NICOLAS	Saint Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VIALLE	RAPHAEL	Armand Trousseau	Chirurgie infantile
VIDAILHET	MARIE-JOSE	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
VIGOUROUX	CORINNE	Saint Antoine	Biologie cellulaire
WAGNER	MATHILDE	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
WEISS	NICOLAS	Pitié-Salpêtrière	Thérapeutique / Neurologie
WENDUM	DOMINIQUE	Saint Antoine	Anatomie pathologique

Liste des MCU-PH de la faculté de médecine Sorbonne Université, octobre 2021

Nom	Prénom	Hôpital	Discipline
ALLAIRE	MANON	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie ; Hépatologie
AMOUYAL	CHLOE	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
ARON WISNEWSKY	JUDITH	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
AVENIN	GUILLAUME	DMG	Médecine générale
BACHY RAZZOUK	MANON	Armand-Trousseau	Chirurgie infantile
BARRAL	MATTHIAS	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
BASSEZ	GUILLAUME	Pitié-Salpêtrière	Histologie embryologie et cytogénétique
BAYEN	ELEONORE	Pitié-Salpêtrière	Médecine Physique et Réadaptation
BELLANNE-CHANTELOT	CHRISTINE	Pitié-Salpêtrière	Génétique
BELLOCQ	AGNES	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
BENDIFALLAH	M'HAMED SOFIANE	Tenon	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
BENOLIEL	JEAN JACQUES	Pitié-Salpêtrière	Biochimie et biologie moléculaire
BENUSIGLIO	PATRICK	Pitié-Salpêtrière	Génétique
BODINI	BENEDETTA	Armand-Trousseau	Neurologie
BOISSAN	MATHIEU	Saint Antoine	Biologie cellulaire
BOUGLE	ADRIEN	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BOURRON	OLIVIER	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
BOUTOLLEAU	DAVID	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie ; Virologie ; Hygiène
BRIOUDE	FREDERIC	Armand-Trousseau	Physiologie
BRISOT DAVAIN	EOLIA	Saint Antoine	Hématologie clinique
BUFFET	CAMILLE	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
BURREL	SONIA	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie ; Virologie ; Hygiène
CADWALLADER	JEAN SEBASTIEN	DMG	Médecine générale
CAMBON-BINDER	ADELIN	Saint Antoine	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CAMUS-DUBOC	MARINE	Saint Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
CERVERA	PASCALE	Saint Antoine	Anatomie pathologique
CHAPIRO	ELISE	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
CHARLOTTE	FREDERIC	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique
CHASSET	FRANCOIS	Tenon	Dermato-vénéréologie
CHASTANG VALENTIN	JULIE	DMG	Médecine générale
CHAVANNES	BARBARA	DMG	Médecine générale
CHOLLAT	CLEMENT	Armand-Trousseau	Pédiatrie
COHEN	ROMAIN	Saint Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie
COULET	FLORENCE	Pitié-Salpêtrière	Génétique
COUVERT	PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Biochimie et biologie moléculaire
CRISTOFARI	SARRA	Tenon	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
DANZIGER	NICOLAS	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
DAVAIN	JEAN MICHEL	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
DECRE	DOMINIQUE	Saint Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
DELORME	PIERRE	Armand-Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DEMONDION	PIERRE	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DENIS	JEROME	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
DHOMBRES	FERDINAND	Armand-Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DOZI	STEEVE	Tenon	Urologie
DRES	MARTIN	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive-réanimation
DROUIN	SARAH	Tenon	Urologie
DUPONT	CHARLOTTE	Tenon	Biologie et médecine de la reproduction
ECKERT	CATHERINE	Saint Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
EGUETHER	THIBAUT	Saint Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
FAJAC CALVET	ANNE	Tenon	Histologie embryologie et cytogénétique
FEKKAR	ARNAUD	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
FRERE	CORINNE	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
GALICHON	PIERRE	Pitié-Salpêtrière	Néphrologie
GARDERET	LAURENT	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
GARNIER	MARC	Saint Antoine	Anesthésiologie-Réanimation et méd
GAURA SCHMIDT	VERONIQUE	Tenon	Biophysique et médecine nucléaire
GAY	FREDERICK	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
GAYMARD	BERTRAND	Pitié-Salpêtrière	Physiologie

GENSER	LAURENT	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GEROTZIAFAS	GRIGORIS	Tenon	Hématologie immunologie
GIABICANI	ELOISE	Armand-Trousseau	Physiologie
GIRAL	PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
GIURGEA	IRINA	Armand-Trousseau	Génétique
GOUMARD	CLAIRE	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GOZLAN	JOEL	Saint Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
GRABAR	SOPHIE	Saint Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
GUEDJ	ROMAIN	Armand-Trousseau	Pédiatrie
GUIHOT THEVENIN	AMELIE	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
GUITARD	JULIETTE	Saint Antoine	Parasitologie et mycologie
HABERT	MARIE-ODILE	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
HAJAGE	DAMIEN	Pitié-Salpêtrière	Biostatistiques, Informatique médicale et
HERITIER	SEBASTIEN	Armand-Trousseau	Pédiatrie
HIRSCH	PIERRE	Saint Antoine	Hématologie biologique
JERU	ISABELLE	Saint Antoine	Génétique
JOFFRE	JEREMIE	Saint Antoine	Médecine intensive-réanimation
KIRCHGESNER	JULIEN	Saint Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
LAFUENTE LAFUENTE	CARMELO	Charles Foix	Médecine interne Gériatrie
LAMAZIERE	ANTONIN	Saint Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
LAMBERT NICLOT	SIDONIE	Saint Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
LAMBRECQ	VIRGINIE	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
LAPIDUS	NATHANAEL	Saint Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
LAURENT-LEVINSON	CLAUDINE	Pitié-Salpêtrière	Pédo psychiatrie
LE BIHAN	JOHANNE	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
LEBRETON	GUILLAUME	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LEMOINNE	SARA	Saint Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
LOUAPRE	CELINE	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
MAKSUD	PHILIPPE	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
MALARD	FLORENT	Saint Antoine	Hématologie clinique
MANCEAU	GILLES	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
MARIANI	LOUISE-LAURE	Pitié-Salpêtrière	Pharmacologie clinique / neurologie
MIRAMONT	VINCENT	DMG	Médecine générale
MIYARA	MAKOTO	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
MOCHEL	FANNY	Pitié-Salpêtrière	Génétique
MORENO-SABATER	ALICIA	Saint Antoine	Parasitologie et mycologie
NABET	CECILE	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
PEYRE	MATTHIEU	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
PHILIPPON	ANNE-LAURE	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
PLU	ISABELLE	Pitié-Salpêtrière	Médecine légale
QASSEMYAR	QUENTIN	Armand-Trousseau	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
RAMBAUD	JEROME	Armand-Trousseau	Pédiatrie
ROBERT	SARAH	DMG	Médecine générale
ROHAUT	BENJAMIN	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
ROOS-WEIL	DAMIEN	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
ROSENZWAIG	MICHELLE	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
RUPPERT	ANNE MARIE	Tenon	Pneumologie
SALEM	JOE ELIE	Pitié-Salpêtrière	Pharmacologie clinique
SCHNURIGER	AURELIE	Armand-Trousseau	Bactériologie - Virologie - Hygiène
SCHOUMAN	THOMAS	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
SEISEN	THOMAS	Pitié-Salpêtrière	Urologie
SOUGAKOFF	WLADIMIR	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie - Virologie - Hygiène
SOUSSAN	PATRICK	Tenon	Bactériologie - Virologie - Hygiène
STERLIN	DELPHINE	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
SURGERS	LAURE	Saint Antoine	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
TANKOVIC	JACQUES	Saint Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
TEZENAS DU MONTCEL	SOPHIE	Pitié-Salpêtrière	Biostatistiques, Informatique médicale et
THELLIER	MARC	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
VALLET	HELENE	Saint Antoine	Médecine interne Gériatrie
VATIER	CAMILLE	Saint Antoine	Biologie cellulaire
VERDONK	FRANCK	Saint Antoine	Anesthésiologie-Réanimation et méd

VIMONT-BILLARANT	SOPHIE	Saint Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VOIRIOT	GUILLAUME	Tenon	Médecine intensive-réanimation
VORON	THIBAUT	Saint Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
WORBE	YOULIA	Saint Antoine	Physiologie
YORDANOV	YOURI	Saint Antoine	Médecine d'urgence
ZERAH	LORENE	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne Gériatrie

REMERCIEMENTS

À madame la professeure Nathalie Chabbert-Buffet, merci de me faire l'honneur de présider le jury et d'évaluer mon travail.

À monsieur le professeur Philippe Cornet, merci d'avoir accepté de faire partie du jury et d'apporter votre regard sur mon travail. Merci pour vos enseignements au sein du DMG.

À monsieur le docteur Alan Charissou, merci également d'avoir accepté de faire partie du jury, merci pour tous nos échanges (passés et futurs !) concernant la contraception dite masculine.

À madame la docteure Juliette Vandendriessche, merci pour ton intérêt pour mon sujet de recherche et de m'avoir accompagnée pendant ces deux ans. Tu m'as aidée à me creuser les méninges et je suis très fière de ce que à quoi je suis parvenue grâce à toi.

À monsieur le docteur Jean-Sébastien Cadwallader, merci d'avoir accepté de me co-diriger avec Juliette. Ton expertise méthodologique et ton intérêt particulier pour ce sujet m'ont grandement aidée à affiner ce travail.

Aux participants qui ont accepté de me confier leur histoire. Très bonne continuation à vous tous.

Aux militant·es et membres des associations et collectifs qui œuvrent pour la diffusion et la connaissance des méthodes de contraception masculine : les GONADES (merci pour votre accueil), ARDECOM, Thomas Bouloù, GarCON, le Planning familial, ZéroMillions, Entrelac.coop... Merci pour vos réflexions et vos bonnes énergies qui ont accompagné mon travail de thèse.

Aux soignant·es militant·es pour la contraception dite masculine avec qui j'ai eu le plaisir d'échanger : Alan bien sûr, Samuel, Gersende, Violaine, Véronique, Eva, Anissa... Merci tout spécial à Clément pour le dernier petit coup de pouce et nos riches discussions depuis un an et demi.

À tout·es les chercheurs et chercheuses, notamment en sciences sociales, s'étant déjà penché sur le sujet et m'ayant permis de déblayer le terrain. Merci à Léo Girard pour nos échanges.

Aux médecins enseignant·es du DMG de Sorbonne Université dont les réflexions ont nourri mon parcours d'interne en médecine générale, et particulièrement à Sophie Duverne, Annie De Oliveira, Barbara Chavannes et Vincent Miramont. Aux médecins qui m'ont encadrée et inspirée lors de mes études : à Francine, Sélim, Claire, Juliette, Catherine, Lahoueri, Uyen, Caroline, Arthur, Nicole, Marie, Nicolas, Ève.

À tous les patients et toutes les patientes dont j'ai croisé le chemin jusqu'ici, et à tout·es les futur·es. Vous m'avez appris mon métier, et vous ne cesserez jamais de le faire.

À Pour une M.E.U.F., formidable association dont je suis fière d'être membre. À Lori, Maeva, Caro, Oriane, JJ, Bleuenn, Emma, Maud, les Laura, Marion, Julie, Laurie, Nina... Il serait impossible de toutes vous citer. Nos discussions me font pratiquer des soins meilleurs chaque jour. Pierre et Sarah, mention spéciale pour votre soutien dans les derniers mois de rédaction de cette fichue t-h-e-s-e !

À mes copines Amélie, Cléo, Ibtissem et Louise-Anne. À celles de Jean Verdier : Camille, Élisabeth, Hassina, Laura, Louise, Marie et Noémie.

À mes ami·es qui sont loin mais que je garde près. À Clément. À Quentin. À Marine. À Mellie.

À ma famille, mes parents, mon frère, Thomas, ma sœur, Claire. Je vous aime.

À mes grands-parents. Vous me manquez.

À ma belle-famille : Stéphanie, Philippe, Tanguy, Claire et Alice. Merci pour votre soutien en ce jour tout particulier.

À JB. Je t'aime.

Et pour finir, à celles et ceux qui liront ces lignes au hasard d'un PDF trouvé sur Google (ou ailleurs).
Bonne lecture !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	16
PRÉAMBULE	17
INTRODUCTION.....	18
1. Généralités sur la contraception en France.....	18
1.1 Histoire de la contraception en France	18
1.2 La norme contraceptive française.....	19
1.3 Remise en question récente	19
2. La contraception masculine	19
2.1 État des lieux des méthodes existantes	19
2.2 Freins au développement de la contraception masculine	20
2.3 À propos de la vasectomie.....	22
3. La contraception par remontée testiculaire (CRT)	22
3.1 Historique et principe	22
3.2 Protocole en vigueur.....	23
3.3 Dispositifs	25
3.4 Une remise au goût du jour	26
4. Justification de la question de recherche	27
MATÉRIEL ET MÉTHODE	28
1. Type d'étude.....	28
1.1 Choix de la méthode qualitative et de l'analyse interprétative phénoménologique	28
1.2 Utilisation du journal de bord et déconstruction des a priori	28
1.3 Observation participante dans les milieux militants.....	29
2. Population d'étude.....	29
2.1 Principe d'échantillonnage	29
2.2 Critères d'inclusion	29
2.3 Critères de non-inclusion.....	29
2.4 Recrutement.....	30
3. Recueil des données	30
3.1 Choix de l'entretien semi-dirigé.....	30
3.2 Guide d'entretien	30
3.3 Conditions de recueil des données	31
3.4 Retranscription des données	31
4. Analyse des données	32
5. Aspects réglementaires	32
RÉSULTATS	33
1. Description des données	33
1.1 Caractéristiques des participants	33
1.2 Caractéristiques des entretiens	34

2.	Résultats d'analyse	35
2.1	Partager la « charge » contraceptive.....	35
2.1.1	Prendre conscience de sa fertilité.....	35
2.1.2	Rencontrer la contraception par remontée testiculaire : une opportunité à saisir ..	38
2.1.3	Devenir responsable.....	40
2.2	Faire le choix de « se contracepter » : un parcours d'autodétermination.....	44
2.2.1	Des valeurs et une remise en question des normes	45
2.2.2	Vouloir devenir père ou pas : contrôler sa fertilité et sa destinée	47
2.2.3	Être acteur de sa contraception	51
2.2.4	Se faire confiance et avoir confiance	56
2.2.5	Avoir accès à son propre corps.....	59
2.3	Le savoir comme pouvoir : devenir un usager pair-expert.....	62
2.3.1	L'information : la clé d'accès à la contraception.....	63
2.3.2	Les usagers pairs : information, identification et responsabilisation	65
2.3.3	Le médecin comme allié dans son parcours	67
2.3.4	Devenir expert et militant à son tour.....	75

DISCUSSION..... 81

1.	Synthèse des principaux résultats	81
2.	Comparaison avec la littérature	83
♦	Le partage de la « charge contraceptive »	83
♦	La remise en question des hormones	84
♦	Le rôle des hommes dans la contraception du couple.....	85
♦	La persistance d'une charge pour les femmes	86
♦	La notion de confiance au cœur de la démarche.....	87
♦	Le désir de paternité en question – maîtriser sa propre fertilité.....	88
♦	Un protocole adapté et négocié	89
♦	Contraception par remontée testiculaire et démedicalisation	90
♦	Une consultation « andrologique » pour l'adolescent ou le jeune adulte ?	92
♦	<i>Self-help</i> et pair-aidance.....	93
♦	Une curiosité pour le corps et d'autres formes de sexualité	94
♦	Virilité et héroïsation	94
3.	« <i>Member checking</i> ».....	95
4.	Forces et faiblesses de l'étude	96
4.1	Forces de l'étude.....	96
4.2	Faiblesses de l'étude.....	96
5.	Perspectives	97
5.1	Pour la recherche	97
5.2	Pour la pratique en médecine générale, l'enseignement et la formation	98
5.3	Pour l'organisation des soins.....	99

CONCLUSION..... 100

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 101

ANNEXES.....	109
Annexe 1 : dispositifs utilisés pour la contraception par remontée testiculaire.....	109
Annexe 2 : grille COREQ-32	110
Annexe 3 : extraits du journal de bord	112
Annexe 4 : historique de participation à des événements en lien avec la contraception par remontée testiculaire.....	115
Annexe 5 : guide d’entretien	116
Annexe 6 : fiche d’information remise aux participants	117
Annexe 7 : extrait d’entretien	118
Annexe 8 : schémas du parcours de chaque participant	126
RÉSUMÉ.....	130

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFU	Association Française d’Urologie
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARDECOM	Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine
ATU	autorisation temporaire d’utilisation
CE	conformité européenne
CHM	contraception hormonale (dite) masculine
CHU	centre hospitalier universitaire
CMT	contraception masculine thermique
CNIL	Commission nationale de l’informatique et des libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
CRT	contraception par remontée testiculaire
CT	contraception thermique
CTT	contraception testiculaire thermique
DIU	dispositif intra-utérin
DIY	« <i>do it yourself</i> » (fait-maison)
FSH	<i>follicle stimulating hormone</i> (hormone folliculo-stimulante)
GarCON	Groupe d’action et de recherche pour la CONtraception
GTCM	Groupe de Travail sur la Contraception Masculine
HAS	Haute Autorité de Santé
IST	infection sexuellement transmissible
IVG	interruption volontaire de grossesse
LGBT	lesbiennes, gays, bisexuel·les, transgenres
LH	<i>luteizing hormone</i> (hormone lutéinisante)
MAMA	méthode de l’allaitement maternel et de l’aménorrhée
MFPF	Mouvement français pour le Planning familial
MLF	Mouvement de libération des femmes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
SIDA	syndrome de l’immunodéficience acquise
VIH	virus de l’immunodéficience humaine

PRÉAMBULE

La contraception par remontée testiculaire représente aujourd'hui un enjeu pour la contraception dite « masculine ». Cette méthode innovante, tout comme d'autres méthodes s'adressant aux personnes dotées d'un appareil génital masculin (contraception hormonale, vasectomie...), vient bousculer les normes contraceptives et notamment l'usage et les représentations des contraceptions dites « féminines ». Il nous a semblé important dans ce travail de thèse de ne pas perdre de vue la mise en perspective des contraceptions *masculines* et *féminines*, des *hommes* et des *femmes*, afin de rendre compte de ce potentiel changement de paradigme. Nous conserverons donc ces termes quand nous évoquerons des généralités sur les contraceptions.

Nous avons aussi choisi d'utiliser le masculin générique pour décrire les enquêtés, qui s'identifient en majorité comme des hommes, ainsi que pour les potentiels usagers de la contraception par remontée testiculaire. La contraception concernant en majorité des couples hétérosexuels, les compagnes de ces (potentiels) usagers seront genrées au féminin générique.

Néanmoins, l'usage des termes genrés a ses limites et les personnes utilisant ces méthodes s'identifient dans une variété de genres. Également, si la contraception est majoritairement dévolue aux femmes de nos jours, la catégorisation genrée des méthodes n'est pas forcément évidente : un spermicide est-il *masculin* ou *féminin* ? Les méthodes dites *coopératives* le sont-elles vraiment ? Nous avons ainsi choisi de désigner la méthode étudiée par le terme neutre et anatomique « *contraception par remontée testiculaire* », préféré à celui de « *contraception (masculine) thermique* ». Ce dernier peut en effet laisser penser que la méthode repose sur un système externe d'augmentation de la température, alors que la température des testicules augmente grâce à la température corporelle. Le terme « *contraception par remontée testiculaire* » (CRT) permet en outre d'inclure toutes les personnes possédant des testicules, hommes, femmes trans et personnes non binaires, à qui elle peut s'adresser.

En tant que chercheuse, je déclare ne pas avoir de lien d'intérêt financier en rapport avec mon sujet de recherche. Je suis membre du groupe de travail « Contraception masculine » du Collège de la Médecine Générale. Je suis sociétaire de la coopérative Entrelac.coop (Société Coopérative d'Intérêt Collectif), qui œuvre pour le développement des contraceptions testiculaires. Je suis présidente de l'association Pour Une M.E.U.F. (Médecine Engagée, Unie et Féministe), association de soignant·es engagé·es dans la lutte contre le sexisme dans le domaine de la santé et du soin. Je suis adhérente du Planning Familial 44 ainsi que de la Société d'Andrologie de Langue Française.

INTRODUCTION

1. Généralités sur la contraception en France

1.1 Histoire de la contraception en France

Des textes font état de l'existence de méthodes contraceptives et abortives depuis l'Antiquité, bien qu'il soit difficile d'estimer si ces pratiques étaient connues et répandues au sein des populations. Des recherches historiques portant sur l'étude des populations grâce à des registres paroissiaux ont permis de mettre en évidence un recours massif aux méthodes contraceptives depuis le XVIII^e siècle en France, grâce à l'adoption du retrait (aussi appelé « coït interrompu ») par les couples mariés. Cette période a marqué la première révolution contraceptive. (2) (3) Le préservatif externe, initialement élaboré à partir de restes animaux (peaux de poissons, boyaux de mammifères), s'est par la suite diffusé après que sa fabrication à partir de caoutchouc a été mise au point au cours du XIX^e siècle. Néanmoins, il a été davantage associé à la prévention d'infections sexuellement transmissibles (IST) et était peu utilisé au sein des couples mariés. (2) À la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, en plus du coït interrompu, les couples mariés utilisent des diaphragmes et des éponges pour limiter les naissances. Ces outils seront interdits en 1920 par une loi réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle, afin de favoriser la reprise de la natalité après la Guerre de 1914-1918. (4) Le préservatif est resté en vente pour son utilisation prophylactique et les couples ont continué à utiliser le retrait.

Dans les années 1950, de nombreux travaux scientifiques ont porté sur les hormones et la première pilule contraceptive progestative a été mise au point aux États-Unis d'Amérique. Elle est mise sur le marché en 1961 en Europe où elle a été prescrite afin de réguler les cycles menstruels. (5) Le premier dispositif intra-utérin (DIU) a été introduit en France au cours des années 1960 par des médecins militant pour la régulation des naissances et pour la légalisation de la contraception au sein du Mouvement français pour le Planning familial (MFPF).

À la fin de l'année 1967, l'Assemblée nationale a adopté la loi portée par Lucien Neuwirth visant à légaliser la contraception. (6) Les méthodes de contraception féminines modernes (pilule, DIU) se sont diffusées rapidement au sein des populations au cours des décennies suivantes, ce qui a constitué la seconde révolution contraceptive. (3) La contraception est sortie du cadre privé et de l'intime vers les cabinets médicaux, et sa responsabilité qui autrefois était partagée et coopérative avec le retrait, est devenue progressivement presque entièrement dévolue aux femmes.

L'épidémie de VIH, survenue dans les années 1980, a légitimé l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports sexuels ou des rencontres avec des nouveaux·elles partenaires. (7)

Dans les années 2000, de nouvelles méthodes hormonales féminines ont été commercialisées : implant, anneau vaginal, patch. Cependant, en 2016, à peine plus de 5 % des femmes avaient recours à ces méthodes. (8)

Récemment, afin de favoriser l'accès aux méthodes remboursées (à l'exception des préservatifs), les femmes âgées de 15 à 25 ans ont été dispensées de toute avance de frais concernant la contraception depuis le 1^{er} janvier 2023 en France. (9) Cela couvre la dispensation des médicaments et dispositifs (pilules de 1^{ère} ou de 2^e génération, implant, DIU, contraception d'urgence), une consultation par an avec un médecin ou une sage-femme et les examens biologiques potentiels.

1.2 La norme contraceptive française

La légalisation a entraîné la médicalisation et la féminisation de la contraception en France pendant la seconde moitié du XXe siècle : plus de 7 femmes sur 10 utilisaient un moyen de contraception médicalisé en 2016. (8) Petit à petit s'est mise en place une « norme contraceptive française » (10) implicitement prescrite par les professionnel·les de santé. Cette norme dicterait les usages contraceptifs selon l'âge et la situation relationnelle des personnes (chiffres du Baromètre santé 2016 de Santé publique France) (8) :

- le préservatif est utilisé au début de la vie sexuelle ou lors de rapports avec de nouveaux·elles partenaires (45 % des femmes de 15 à 19 ans utilisaient le préservatif comme méthode de contraception en 2016, seul ou en association avec la pilule contraceptive),
- la pilule contraceptive est ensuite utilisée lorsqu'une relation se stabilise (59,5 % des femmes de 20 à 24 ans et 48 % des femmes de 25 à 29 ans utilisaient la pilule comme méthode de contraception en 2016, seule ou en association avec le préservatif),
- enfin, le DIU est utilisé lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint (37,4 % des femmes âgées de 40 à 44 ans utilisaient le DIU comme méthode de contraception en 2016).

1.3 Remise en question récente

En 2012, une jeune femme a déposé plainte contre un laboratoire pharmaceutique à la suite d'un accident thrombo-embolique veineux survenu alors qu'elle utilisait une pilule contraceptive œstroprogestative, provoquant un débat médiatique. (11) La « crise de la pilule » a entraîné le déremboursement des pilules de 3^e et 4^e génération par l'Assurance maladie et provoqué une baisse globale de l'utilisation de la pilule contraceptive (- 7,6 % entre 2010 et 2016) au profit du préservatif externe (+ 4,7 %) et du dispositif intra-utérin (+ 6,9 %). (8) Entre 2010 et 2013, on a également assisté à un léger regain du recours à des méthodes non médicalisées comme le calcul des dates, la symptothermie et le retrait, tendance qui ne s'est pas confirmée entre 2013 et 2016. (2)

Il est à noter que 8 % des femmes concernées par la contraception n'utilisaient aucune méthode en 2016, contre plus de 13 % en 2010. La « crise de la pilule » a donc provoqué une augmentation de la méfiance envers les méthodes hormonales (12) et une diversification des méthodes contraceptives utilisées, mais semble n'avoir pas éloigné pour autant les femmes de la contraception. (8)

2. La contraception masculine

2.1 État des lieux des méthodes existantes

Il existe une asymétrie importante entre le nombre de méthodes de contraception disponibles selon qu'elles sont destinées à être utilisées par les femmes, par les hommes ou de manière coopérative. Nous avons choisi d'inclure dans cette liste les méthodes présentées dans les diverses recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). (13) (14) (15)

- méthodes dites « féminines » : pilule, DIU au cuivre et DIU hormonal, implant, injections hormonales, anneau vaginal, patch, diaphragme, cape cervicale, spermicides, méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et méthodes de stérilisation à visée contraceptive (ligature des trompes, électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips),
- méthodes dites « coopératives » : préservatifs internes et externes, abstinence périodique (méthodes d'auto-observation), retrait (coït interrompu),
- méthode dite « masculine » : vasectomie.

La HAS a publié une « fiche mémo » consacrée à la « Contraception chez l'homme » en 2013. (15) Ce document présente comme méthodes utilisables chez l'homme :

- le préservatif externe,
- la vasectomie,
- le retrait.

Ces méthodes comprennent d'importantes limites pour leur utilisation, que ce soit l'absence de réversibilité pour la vasectomie (qui est une méthode de stérilisation) ou la moindre efficacité du préservatif externe ou du retrait, dont les indices de Pearl sont respectivement de 15 et de 27 en utilisation courante. (14) Ces deux méthodes ont aussi pour inconvénient d'interférer avec l'acte sexuel. (16) Le préservatif prescrit sur ordonnance fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie depuis fin 2018 en France et il a été rendu gratuit pour les personnes de moins de 26 ans sur simple présentation de la carte Vitale en pharmacie en janvier 2023. (17) (18) On notera l'absence de l'abstinence périodique dans ces recommandations, pourtant désignée comme « coopérative » dans les classifications précédemment citées. Si elle nécessite bien la coopération de deux partenaires, cette méthode repose essentiellement sur un travail d'auto-observation effectué par la femme elle-même. (19)

Depuis plusieurs décennies, d'autres méthodes innovantes de contraception masculine sont à l'étude et/ou en attente de mise sur le marché (20) :

- la méthode hormonale, validée par l'OMS, consistant en une injection hebdomadaire d'énanthate de testostérone, promue en France par le Dr Jean-Claude Soufir, et dont l'efficacité est comparable à celles des méthodes médicalisées féminines. (21) D'autres molécules ont été testées, notamment des associations d'androgènes et de progestatifs, (22)
- la méthode thermique, consistant en l'augmentation de la température des testicules à la température corporelle par leur remontée « mécanique » en position supra-scrotale, soutenue en France par le Dr Roger Mieusset, (21) à laquelle la présente étude s'intéresse et que nous détaillerons plus tard,
- des méthodes déférentielles mécaniques réversibles, comme le VASALGEL® ou le RISUG®, consistant en l'injection de polymères dans les canaux déférents, (22)
- des méthodes médicamenteuses ciblant des protéines non-hormonales ou utilisant des méthodes d'immunothérapie. (23)

2.2 Freins au développement de la contraception masculine

Plusieurs freins ont ralenti ou empêché le développement et/ou la commercialisation de méthodes de contraception masculine. La médecin Anissa Moreau en a fait un état des lieux complet dans sa thèse d'exercice. (24) Parmi les freins identifiés, on peut d'abord noter des freins médicaux :

- la difficulté à atteindre des seuils contraceptifs efficaces (le seuil contraceptif fixé par l'OMS étant actuellement une concentration de spermatozoïdes inférieure à 1 million par millilitre), avec une forte variabilité interindividuelle et des patients non répondeurs,
- la survenue d'effets secondaires à court ou long terme, jugés plus « graves » dans le cadre d'une contraception chez les hommes que chez les femmes, car si elle empêche la survenue de grossesses chez ces dernières, la contraception est une modification d'un « corps sain » chez un homme, avec une balance bénéfice / risque plus défavorable *de facto*, (25)
- la réversibilité des méthodes étudiées,
- l'acceptabilité des méthodes, de leurs effets secondaires, de leurs modalités pratiques.

Il existe en outre de nombreux freins sociaux, économiques et culturels, tels que :

- le manque de financements de la recherche pharmaceutique, certainement dû à la faible rentabilité perçue et à la potentielle concurrence que des méthodes de contraception masculine représenteraient pour le commerce très rentable des méthodes féminines, (25) (26)
- dans le contexte français, une absence de volonté politique concrète de favoriser le développement des méthodes de contraception masculine, (26)
- toujours dans le contexte français, la féminisation de la contraception a eu pour effet de déléguer l'ensemble du « travail contraceptif » (recherche d'informations, consultations médicales, observance, gestion des effets indésirables) à la charge des femmes. (2) Cette révolution contraceptive a exclu les hommes de la responsabilité contraceptive, (28)
- aussi, la médicalisation de la contraception a entraîné un déplacement du sujet depuis l'intimité des couples jusque dans les cabinets médicaux. Il a été étudié que les hommes sont souvent jugés par les professionnel·les qui prescrivent les méthodes de contraception comme des « irresponsables » ou des « incompetents », essentialisant une impossibilité de leur déléguer la tâche du travail contraceptif, qui reviendrait *naturellement* aux femmes, (29)
- enfin, ce schéma selon lequel il incomberait aux femmes d'assurer l'entièreté du travail lié à la famille (procréation, soins aux enfants, et donc gestion de la contraception) est également culturellement dominant dans la société, suivant des représentations sociales genrées (le féminin étant rattaché à la sphère intérieure, intime, au *care* ; le masculin au monde extérieur, au travail, à la force). Une des questions soulevées par la contraception masculine est également celle de son impact sur le sentiment de virilité, à laquelle est symboliquement rattachée la fertilité chez l'homme. (30) (31)

Enfin, des éléments historiques sont à prendre en compte pour expliquer que la contraception masculine est peu développée à l'heure actuelle :

- la chronologie de la légalisation de la contraception en France à la fin des années 1960 a été concomitante avec les révolutions sociétales de 1968 et notamment les mouvements féministes, comme le MLF (Mouvement de libération des femmes) pour qui elle a représenté une possibilité d'émancipation des femmes via la maternité choisie. Il est alors devenu difficile pour les femmes de vouloir déléguer cette responsabilité aux hommes, craignant une perte de leur autonomie contraceptive récemment acquise. (30) Il est à noter que certaines femmes réclamaient aussi, déjà à l'époque, un partage de la responsabilité de la contraception avec les hommes, les mettant aussi face à leurs responsabilités parentales et sexuelles. (32)
- en parallèle des mouvements féministes, des groupes de paroles d'hommes ont émergé dans les années 1970 au Québec et en France, souhaitant s'opposer à la norme de la « virilité obligatoire ». (1) (26) Ils n'ont pas connu la même ampleur que les mouvements féministes. Parmi ces groupes est née en France en 1977 l'ARDECOM (Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine), dont les membres ont participé aux essais cliniques sur les méthodes de contraception hormonale et thermique, écrit dans des médias grand public et organisé des groupes de parole. L'association s'est arrêtée à la fin des années 1980.
- l'épidémie de VIH/SIDA dans les années 1980 a enterré par la suite les recherches sur la contraception masculine : le préservatif devenant indispensable pour se protéger de l'infection, les autres méthodes ont été considérées comme moins nécessaires,
- enfin, la « crise de la pilule » au début des années 2010 a entraîné non seulement une méfiance des femmes envers les hormones, mais également des hommes, peu favorables à une contraception hormonale. (33) (34) Néanmoins, ce contexte a certainement été propice au développement de la CRT, tel que nous le développerons ci-après.

2.3 À propos de la vasectomie

La vasectomie est une méthode de contraception définitive (ou stérilisation) consistant à couper ou obturer les canaux déférents pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans l'éjaculat, aboutissant à une azoospermie (absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat). (35) Mise au point par un médecin français à la fin du XIXe siècle, à l'origine dans une tentative de soigner l'hypertrophie prostatique, (36) elle a été pratiquée clandestinement au début du XXe siècle par des militant·es de mouvements libertaires antinatalistes, en Europe y compris en France (où ces pratiques sont restées très marginales). (37) La vasectomie n'a été autorisée en France, pays historiquement nataliste, qu'en 2001 comme la ligature des trompes, son équivalent féminin. (38) (39) À l'inverse des pays anglosaxons, où elle est largement répandue (la vasectomie est, par exemple, la méthode de contraception de 22 % des couples canadiens), (40) la vasectomie est très peu utilisée en France où moins de 1 % des hommes sont stérilisés malgré son efficacité et la facilité de sa mise en œuvre. (41)

Néanmoins, très récemment, le nombre de vasectomies a augmenté : de 1 908 en 2010, leur nombre était autour de 13 000 en 2019 et 2020 et de plus de 23 000 en 2021, soit une augmentation d'un facteur 12 en une douzaine d'années, d'après les chiffres de l'Assurance Maladie communiqués dans la presse généraliste. (42) Cela pourrait témoigner d'un nouvel intérêt des hommes pour cette méthode de contraception mais aussi d'une amélioration de l'accès à la stérilisation volontaire par les professionnel·les de santé français·es, traditionnellement peu enclin·es à la proposer. (38)

3. La contraception par remontée testiculaire (CRT)

3.1 Historique et principe

La contraception par remontée testiculaire (CRT) est une méthode émergente de contraception masculine, qui est également désignée par d'autres noms, que ce soit dans la littérature scientifique ou des ouvrages destinés au grand public : contraception thermique (CT), contraception masculine thermique (CMT), contraception testiculaire thermique (CTT), etc. Comme explicité dans le préambule, le terme « contraception par remontée testiculaire » a été préféré pour cette étude pour rendre compte du principe anatomique de la méthode et essayer d'éloigner l'idée selon laquelle les testicules sont « chauffés » par un dispositif externe (comme le laisse entendre, par exemple, l'expression encore répandue « slip chauffant »).

Le rôle de la température dans la spermatogenèse a été pour la première fois évoqué à la fin du XIXe siècle lors d'une étude portant sur des chiens dont les testicules avaient été replacés chirurgicalement dans la cavité abdominale. (43) L'hypothèse de l'influence de la température a ensuite été confirmée par de multiples études chez l'animal, et enfin chez l'être humain en 1941. Par la suite, d'autres études interventionnelles ou observationnelles ont montré l'effet de sources de chaleur externe (bains chauds, exposition professionnelle, sauna, ordinateur portable) ou « interne » (fièvre, cryptorchidie, varicocèle) sur la spermatogenèse. (44)

Un principe important de l'altération de la spermatogenèse par la température est qu'elle est réversible, ce qui a été à l'origine de recherches sur son utilisation comme méthode contraceptive dès les années 1940 en Inde et au Japon, au moyen de bains chauds de courte durée. (20) La réversibilité est possible grâce à un phénomène d'apoptose des cellules germinales (spermatocytes et spermatides) sans atteinte des cellules souches (spermatogonies). Il y aurait des altérations du matériel génétique des spermatozoïdes (aneuploïdies) pendant 3 à 6 mois après la reprise de la spermatogenèse. (45)

Il est apparu plus tard l'idée de la cryptorchidie artificielle (remontée des testicules en position supra-scrotale), afin d'élever modérément la température des testicules de 33°C à la température corporelle pendant quinze à vingt-quatre heures par jour, ce qui est suffisant pour bloquer la spermatogenèse et évite certains effets indésirables des bains chauds et/ou sous-vêtements isolants (hypersudation, mycoses cutanées, etc.). Entre 1985 et 2012, plusieurs essais cliniques non randomisés ont été menés, principalement en Égypte, aux États-Unis et en France, afin d'étudier l'effet contraceptif de la cryptorchidie artificielle obtenue grâce à des dispositifs textiles qui permettent de maintenir les testicules en position supra-scrotale, près de l'orifice externe du canal inguinal. (46) (47) (48) (49)

En France, Roger Mieusset, médecin andrologue, a développé puis étudié un sous-vêtement textile performant qui permet d'obtenir en trois mois une efficacité contraceptive. Il a tenu une consultation spécialisée dédiée à la contraception thermique au CHU Paule de Viguier à Toulouse dans le cadre d'une ATU depuis les années 1980 jusqu'à la fin de l'année 2021. (50)

3.2 Protocole en vigueur

Les recommandations d'utilisation de la CRT actuellement en vigueur sont issues des recherches du Dr Roger Mieusset, qui les a résumées dans un article co-écrit avec le Dr Jean-Claude Soufir, médecin français spécialiste de la contraception hormonale masculine (CHM), (21) et qui ont été reprises dans un article publié par l'Association française d'urologie (AFU) en 2020. (23)

Le protocole requiert que les testicules soient maintenus en position supra-scrotale, dans la poche inguinale superficielle, pendant les heures d'éveil, soit environ 15 heures par 24 heures, tous les jours.

Des contre-indications doivent être respectées et certaines nécessitent une consultation médicale avec un examen clinique (examen cutané, palpation des testicules, des orifices inguinaux et du cordon spermatique) :

- anomalies de la descente des testicules (cryptorchidie, ectopie) traitées ou non ;
- torsion testiculaire traitée chirurgicalement (testicule « fixé ») ;
- hernie inguinale traitée ou non ;
- cancer du testicule ;
- présence d'une varicocèle de grade 3 ;
- présence d'une obésité importante,
- lésions dermatologiques de la zone périnéale (eczéma, mycose, psoriasis...).

Aucun bilan biologique sanguin n'est nécessaire mais les utilisateurs doivent réaliser un spermogramme dont les paramètres doivent être normaux d'après les normes OMS 2010 (51) :

- concentration de spermatozoïdes supérieure à 15 millions/ml,
- mobilité progressive supérieure à 32 %,
- formes normales selon la technique utilisée.

Cette précaution est nécessaire afin de garantir un retour à la fertilité à l'arrêt de la CRT, l'effet de la CRT sur des personnes ayant un spermogramme « pré-contraception » anormal étant à ce jour inconnu.

L'effet contraceptif se met en place en 2 à 4 mois, sachant qu'un cycle de spermatogenèse est d'environ 72 jours. Le seuil contraceptif actuellement retenu est une concentration en spermatozoïdes inférieure à 1 million par millilitre. (52) Les autres paramètres spermatiques (mobilité, formes normales, etc.) ne sont pas pris en compte dans le seuil contraceptif. Il doit être atteint sur deux spermogrammes réalisés à 3 semaines d'intervalle pour garantir l'efficacité de la méthode.

D'après une revue de la littérature menée en 2020 par le médecin Joan Dupont, l'indice de Pearl de la CRT s'établirait à 2,34 grossesses pour 100 couples sur 12 mois, chiffre obtenu à partir de 3 essais cliniques rassemblant 51 couples (512 mois d'exposition), utilisant des dispositifs textiles ou la suspension chirurgicale. (44) Une étude descriptive transversale menée en 2021 par la médecin Manon Guidarelli et portant sur les usagers de divers dispositifs a estimé un indice de Pearl à 0,53 (n=966 usagers, pour un total de 13 634 mois d'exposition). (50) L'efficacité de la CRT paraît donc être comparable aux méthodes féminines les plus couramment utilisées. (14)

On peut distinguer trois phases pendant l'utilisation de la CRT :

- la phase d'inhibition : du début de l'utilisation à l'atteinte du seuil contraceptif (2 à 6 mois). Il est recommandé d'utiliser une autre méthode de contraception pendant cette première phase,
- la phase contraceptive : dès que le seuil contraceptif est atteint. La CRT peut alors être utilisée comme unique méthode de contraception. Il est recommandé d'effectuer un spermogramme tous les trois mois afin de vérifier le maintien de l'efficacité de la méthode.
- la phase de restauration : de l'arrêt de l'utilisation à la restauration des paramètres spermatiques (3 à 6 mois). Il est recommandé d'utiliser une autre méthode de contraception jusqu'à ce que les paramètres du spermogramme se soient normalisés.

La CRT est une méthode à envisager sur un temps long, en raison de la physiologie de la spermatogenèse (cycles de 72 jours, soit un peu plus de 2 mois). Ce temps est à prendre en compte dans les parcours contraceptifs des couples, notamment si un projet de grossesse est prévu à court ou moyen terme. Par ailleurs, les études cliniques les plus longues ont été réalisées sur une durée d'utilisation de 4 ans, et ont permis de constater la réversibilité après ce délai. Il n'est donc actuellement pas recommandé de dépasser cette durée même si quelques usagers auraient constaté une réversibilité malgré une utilisation plus longue. (53)

En cas d'oubli d'heures de port, aucun protocole n'existe à l'heure actuelle, en l'absence de données sur les conséquences des oublis. Les clinicien·nes recommandent d'utiliser une autre méthode contraceptive pendant 1 à 3 mois puis de faire un contrôle du spermogramme.

Outre l'altération de la spermatogenèse, la CRT comporte certains effets secondaires (47) (50) :

- la réduction du volume testiculaire d'environ 20 % (avec une réversibilité en quelques mois à l'arrêt),
- une gêne ou une douleur aux testicules et/ou à l'aîne, surtout dans les premiers jours d'utilisation,
- une irritation cutanée et des démangeaisons (verge et / ou scrotum),
- des érections douloureuses, particulièrement avec le port de dispositifs plus rigides et non adaptables comme les anneaux en silicone,
- des troubles mictionnels (gouttes retardataires, miction incomplète).

Il n'y a pas d'effet de la CRT sur les taux de LH, FSH ou de testostérone, ni de modification de la libido.

Les effets à long terme ne sont pas connus, compte tenu du manque de recul sur la méthode. Cependant, la température ne semblerait pas être en cause dans le développement des cancers testiculaires. (54)

3.3 Dispositifs

Des dessins des différents dispositifs sont proposés en annexe (annexe 1).

Le sous-vêtement du Dr Mieusset ou « slip »

Ce dispositif est dénommé « sous-vêtement spécifique » dans les études de Roger Mieusset. Nous nommerons « slip » pour la présente étude, car il s'agit d'un de ses noms d'usage les plus répandus.

Il s'agit d'un sous-vêtement fabriqué à partir de slip du commerce, avec la réalisation d'une ouverture pourvue d'un anneau réglable laisse passer la verge et le scrotum. Le slip est renforcé au moyen de bandes élastiques qui permettent le maintien des testicules en position supra-scrotale. Les slips étaient fabriqués par une couturière à partir de mesures prises en consultation par le Dr Mieusset au CHU de Toulouse, ce qui nécessitait un déplacement sur place. Début 2023, il n'y avait plus de production des slips ni d'études cliniques en cours avec ce dispositif à Toulouse. (55)

Le jockstrap artisanal

Le jockstrap a été conçu en s'inspirant du sous-vêtement du Dr Mieusset. Il s'agit d'un modèle de sous-vêtement plus « léger », consistant en un anneau textile réglable qui laisse passer la verge et le scrotum et de plusieurs bandes élastiques enserrant l'aîne et la taille. Les jockstraps sont aujourd'hui produits par les usagers eux-mêmes, notamment au sein d'ateliers participatifs dits « *ateliers couture* ». Les collectifs militants, comme Thomas Bouloù ou GarCON (Groupe d'Action et de Recherche pour la CONtraception) à Toulouse, ont produit des vidéos et des documents explicatifs en accès libre pour aider à leur réalisation. (56) (57) Certains modèles détournent des soutiens-gorges en leur apportant des modifications pour les transformer en jockstraps.

L'anneau en silicone

L'anneau en silicone Andro-switch® a été inventé en 2018 par Maxime Labrit, infirmier de formation. Il s'agit d'un anneau moulé en silicone médical, d'environ 15 mm de largeur, disponible en 5 tailles (de diverses circonférences de 31,5 à 44,7 mm), à la face extérieure lisse et à la face intérieure pourvue de petites protubérances permettant une bonne adhérence à la peau. (58) Plus discret et accessible (coût peu élevé de 37 €, commande sur Internet), il a certainement contribué à la diffusion de la méthode de CRT. Néanmoins, sa commercialisation a été interdite par un avis de police sanitaire de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) en décembre 2021, en attente de sa mise en conformité et notamment de l'obtention d'un marquage CE. (59) Ce processus, long et coûteux, mettra plusieurs années avant d'aboutir.

En 2022, Samuel Flambard, un usager de la CRT, a mis au point des anneaux en silicone en libre accès (par la fabrication de moules 3D en licence libre). La technique de fabrication d'anneaux a depuis été diffusée dans les collectifs militants. (60)

Le sous-vêtement chauffant « Spermapause® »

Le sous-vêtement Spermapause® n'est pas un dispositif de remontée testiculaire mais un système de chauffage externe du scrotum. Inventé par un ingénieur français (Olivier Nago) et commercialisé par sa société, il s'agit d'un caleçon dans lequel ont été cousues des « compresses thermiques » permettant de chauffer les testicules à plus de 37°C pendant quelques heures dans la journée. Ce dispositif n'a jamais fait l'objet d'études cliniques. (61) Les personnes utilisant ce dispositif n'ont pas été retenues pour participer à la présente étude, puisque qu'il ne s'agit pas d'un dispositif permettant de remonter les testicules.

3.4 Une remise au goût du jour

Longtemps restée confidentielle et uniquement prescrite par le Dr Roger Mieusset dans le cadre de ses recherches cliniques, la CRT a connu un « nouveau souffle » au milieu des années 2010, grâce à la constitution de collectifs et associations militantes et par leur collaboration avec le Planning familial mais aussi à la commercialisation et la publicité de l'Andro-switch®.

Tout d'abord, des collectifs et associations se sont formés. En 2015, quelques militants de réseaux alternatifs et féministes du sud du Finistère se sont rassemblés autour de la question de la contraception masculine et ont créé le collectif « Thomas Bouloù » (du breton *tomma*, chauffer et *bouloù*, testicule). (57) (62) C'est au sein de Thomas Bouloù qu'ont été développés les modèles de jockstraps artisanaux, par une réappropriation des savoirs scientifiques à partir du sous-vêtement du Dr Mieusset. Le collectif s'est employé à les diffuser au sein des réseaux militants et par la création d'ateliers couture réguliers dans la région de Quimper puis dans toute la France. En 2019, l'association GarCON est fondée à Toulouse, organisant également des ateliers couture. (63) Une deuxième antenne a été créée à Lille peu de temps après. Elles ont été suivies par de nombreux autres collectifs locaux ces dernières années (les Sans-Gamètes à Grenoble, les GONADES à Nantes, 13ticules à Marseille, ZéroMillions à Paris, Contraception pour Toustes à Saint-Étienne, etc.). (53)

Parallèlement, le Mouvement français pour le Planning familial, associé à l'ARDECOM depuis 2013, a œuvré pour développer les contraceptions masculines via notamment la création du GTCM (Groupe de Travail sur la Contraception Masculine) en 2017. Ainsi, la première consultation spécifique a été créée en 2017 à l'antenne parisienne de la rue Vivienne, tous les premiers samedis du mois. (64) Depuis, le MFPF a fait des formations à destination de ses bénévoles et salarié·es, y compris les médecins et sages-femmes, aux méthodes de contraception masculine, créé un annuaire d'orientation, constitué des recueils de données, organisé des rencontres entre les acteurs et actrices du milieu et participé aux plaidoyers pour la reconnaissance et le soutien au développement des méthodes de contraception masculine. (65)

L'anneau Andro-switch® a été inventé par Maxime Labrit en 2018, qui l'a commercialisé via son entreprise Thoreme et en a fait la publicité, notamment sur les réseaux sociaux. (58) Un témoignage vidéo à la première personne, « *J'utilise une contraception masculine naturelle* », diffusée par le média web Konbini, a été visionné plusieurs millions de fois. (66) Avant son interdiction de vente par l'ANSM fin 2021, Thoreme vendait plusieurs centaines d'Andro-switch® par mois. (67) L'anneau en silicone, plus facile d'accès par plusieurs aspects (design plus léger qu'un jockstrap ou un slip, moindre coût, produit manufacturé) a certainement beaucoup contribué à la diffusion de la CRT.

Depuis quelques années, la CRT a fait l'objet de nombreux articles dans la presse y compris internationale, et a été le sujet de plusieurs ouvrages grand public (notamment de bandes-dessinées), de reportages et de films documentaires, de podcasts et d'émissions radiophoniques et de projets artistiques (photographie, théâtre).

En dehors de la France, quelques initiatives autour de la CRT ont vu le jour dans les pays et régions francophones (Belgique, Suisse, Québec) et en Allemagne. (68)

Malgré cette remise récente au goût du jour de la CRT et sa médiatisation, la méthode ne concerne actuellement probablement que quelques milliers d'utilisateurs et demeure donc très marginale dans le paysage contraceptif français.

4. Justification de la question de recherche

Plusieurs centaines ou milliers d'hommes ont fait le choix, depuis quelques années, de s'affranchir des normes contraceptives et des normes de genre et d'utiliser une contraception masculine innovante : la contraception par remontée testiculaire.

Pratiquement inconnue du monde médical, cette méthode semble d'une part aussi efficace que les méthodes féminines les plus répandues comme le DIU et la pilule, et d'autre part, causer très peu d'effets secondaires, notamment par le fait qu'elle n'influe pas sur le système hormonal.

Au moment de décider de commencer ce travail de recherche, il n'existait aucune étude qualitative sur le vécu des usagers de la contraception par remontée testiculaire. Ces hommes, pourtant, consultent en médecine générale ou dans les centres de planification familiale. Ils sont demandeurs d'informations sur la méthode et sur leur santé sexuelle, d'un examen clinique, d'ordonnances pour réaliser des spermogrammes ainsi que de conseils sur leur pratique.

Quelles sont leurs motivations et leurs aspirations ? Comment vivent-ils au quotidien l'utilisation de leur(s) dispositif(s) de CRT ? Comment la CRT a-t-elle influé sur leur vie personnelle, amoureuse et sexuelle ? Quelle est leur attitude vis-à-vis des professionnel·les de santé ?

L'objectif de ce travail de thèse est d'étudier le vécu des usagers de la contraception par remontée testiculaire, dans le but de mieux connaître ce phénomène social émergent et d'en tirer des enseignements pour la pratique en médecine générale.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Notre travail a consisté en une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés d'utilisateurs de la méthode de contraception par remontée testiculaire.

1. Type d'étude

1.1 Choix de la méthode qualitative et de l'analyse interprétative phénoménologique

Les méthodes qualitatives sont utilisées en sciences sociales depuis environ un siècle et en médecine, seulement depuis les années 1990. (69) Elles permettent d'explorer et de trouver du sens au vécu subjectif des personnes, à leurs expériences de vie, leurs émotions et leurs actions, à travers l'interprétation de leurs propres discours.

À l'heure de décider de faire l'étude, aucune étude qualitative n'avait été menée auprès des utilisateurs de la contraception par remontée testiculaire. Il nous semblait important de prendre le vécu subjectif des personnes comme « point de départ » pour notre recherche.

En ce qui concerne la méthode d'analyse des données, une approche inspirée par l'analyse interprétative phénoménologique (IPA) a été retenue. Très utilisée en psychologie et sciences humaines de la santé, elle est la plus apte à explorer le sens, à partir de la description par les participants, du phénomène commun vécu.

Le travail de thèse et le présent manuscrit ont été pensés en suivant la grille de référence pour les études qualitatives COREQ-32, cf. annexe 2. (70)

1.2 Utilisation du journal de bord et déconstruction des a priori

L'utilisation d'un journal de bord a servi d'instrument réflexif tout au long du travail de thèse depuis l'été 2021. Il a été réalisé sous forme de traitement de texte et rédigé chronologiquement, au moment du travail préparatoire puis de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation des données.

Le journal de bord a permis de consigner à l'écrit les réflexions, idées, questionnements et pistes d'analyse mais également de rendre compte d'étapes marquantes (participation à des événements en lien avec le sujet, rendez-vous avec les directeur et directrice de thèse...).

Un travail de déconstruction des « *a priori* » a également été effectué au début du travail afin d'identifier les réponses auxquelles nous nous attendions, pour pouvoir les mettre à distance et « laisser parler » le phénomène en tant que tel. Ces « *a priori* » étaient de rencontrer des hommes hétérosexuels en couple stable, de niveau socio-professionnel élevé, plutôt jeunes, sans enfant et confortables avec leur corps et leur sexualité.

Des extraits du journal de bord sont présentés en annexe (annexe 3) pour rendre compte de son contenu et de la progression du travail.

1.3 Observation participante dans les milieux militants

Nous avons participé à divers événements autour des questions de contraception masculine : journées scientifiques, journées militantes, atelier de couture de jockstraps contraceptifs, projection de documentaires suivies de débats, etc. Un bref historique de ces événements a été consigné en annexe 4.

Sur le principe de l'observation participante en sociologie, ces rencontres ont permis de nourrir le travail de réflexion autour du sujet. Nous avons également pu nous entretenir de manière plus ou moins formelle avec des acteurs·trices du milieu : usager·es, militant·es, médecins et professionnel·les de santé, bénévoles et salarié·es du Planning familial, chercheurs et chercheuses. Notre qualité de médecin généraliste et « thésarde » était la plupart du temps connue des personnes avec qui nous avons échangé.

2. Population d'étude

2.1 Principe d'échantillonnage

La population d'étude a été sélectionnée selon le principe de l'échantillon homogène ciblé. Les participants n'étaient ainsi pas représentatifs de la population d'étude mais choisis pour apporter un éclairage différent et explorer toute la diversité du phénomène commun vécu.

Pour notre étude, la population cible était précise : les utilisateurs des méthodes de contraception par remontée testiculaire. Afin d'apporter de la diversité, nous avons choisi d'inclure des personnes utilisant différents types de dispositifs différents (anneau, slip, jockstrap), originaire de diverses régions et qui soient d'âges variés.

Aucun nombre a priori d'entretiens n'a été déterminé. Nous avons décidé de ne pas poursuivre au-delà de huit entretiens, l'échantillon nous semblant suffisamment varié et les entretiens suffisamment approfondis pour explorer le phénomène, d'après la notion de « suffisance théorique » des données.

2.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion retenus étaient :

- Utilisation d'une méthode de contraception par remontée testiculaire depuis au moins 6 mois
La durée de 6 mois permettait de cibler des individus avec une pratique qui soit, a priori, maîtrisée et appropriée.
- Personne majeure, consentante à l'entretien et maîtrisant la langue française

2.3 Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion retenus étaient :

- Utilisation d'une méthode de contraception par remontée testiculaire depuis moins de 6 mois
- Utilisation d'une autre méthode de contraception masculine thermique notamment par système de chauffage externe (Spermopause®)

2.4 Recrutement

Au début de l'étude, à peine quelques milliers d'hommes semblaient utiliser une méthode de contraception par remontée testiculaire en France. Il paraissait ainsi difficile d'effectuer un recrutement via des consultations de médecine générale. Les personnes utilisant la CRT semblaient, en outre, se servir massivement du Web et des réseaux sociaux pour s'informer et se faire accompagner. (71) (72)

Le recrutement s'est donc fait via un appel sur les réseaux en ligne fréquentés par les personnes utilisant une méthode de CRT : le groupe Facebook « Contraception masculine - infos et témoignages », (73) le serveur Discord « Ring Com'Unity » appartenant à l'entreprise Thoreme qui commercialisait l'anneau Andro-switch®, (58) et les listes de diffusion internes de plusieurs associations ou collectifs d'utilisateurs (association GarCON, adresse mail d'un collectif d'utilisateurs : « usagers-contraception-thermique-testiculaire@googlegroups.com »). De nombreuses personnes ont répondu et aucune relance n'a été nécessaire.

3. **Recueil des données**

3.1 Choix de l'entretien semi-dirigé

Les méthodes qualitatives s'appuient sur l'entretien individuel comme mode de recueil des données, indispensable lorsque l'on cherche à connaître le « point de vue » ou « l'histoire de vie » (récit biographique) d'une personne. (74)

Le choix s'est porté vers l'entretien semi-dirigé (ou semi-structuré) car il permettait d'explorer de manière systématique des thématiques identifiées à l'avance. Par ailleurs, l'entretien semi-dirigé était au départ plus facile à mettre en œuvre que l'entretien ouvert, compte tenu de l'inexpérience de l'investigatrice en recherche qualitative. Néanmoins, les entretiens se sont de plus en plus ouverts au fur et à mesure de leur réalisation.

3.2 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été construit grâce aux réflexions de la chercheuse et des personnes l'ayant dirigée, ainsi qu'aux recherches bibliographiques effectuées en amont. Les questions ont suivi une logique chronologique afin de laisser les personnes rendre compte de leur parcours. Elles ont été rédigées de la manière la plus ouverte possible, pour laisser l'espace à chaque enquêté de « se raconter ».

Le guide a servi de trame mais l'ordre et la forme des questions a pu varier d'un entretien à l'autre afin de laisser une plus grande liberté à l'investigatrice et de permettre aux enquêtés de s'exprimer selon le cours de leur pensée.

Le guide d'entretien a été testé sur le premier enquêté dont l'entretien a été inclus dans l'analyse. Il a par la suite évolué tout au long des entretiens pour être enrichi, notamment grâce aux thèmes soulevés par les participants ou émergeant dans les réflexions de l'investigatrice et de ses directeur et directrice de thèse. Le guide dans sa dernière version est proposé en annexe (annexe 5).

L'entretien se concluait par un recueil de données socio-personnelles :

- âge
- profession

- niveau d'études
- genre
- milieu urbain / périurbain / rural
- type(s) de dispositif(s) utilisé(s)
- début/fin d'utilisation de la méthode
- situation conjugale
- nombre d'enfants
- orientation sexuelle
- nombre de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois

3.3 Conditions de recueil des données

Les entretiens ont été réalisés au choix dans un lieu choisi par l'enquêté (dans les trois cas, leur domicile) ou, pour cinq d'entre eux, par un service de visioconférence en ligne ne nécessitant pas d'inscription préalable (WhereBy®, conforme au Règlement Général sur la Protection des Données), qui avait été conseillé par le premier enquêté. La visioconférence permettait de voir les expressions faciales des enquêtés, ce qui a été préféré aux entretiens téléphoniques. Seul le son a été enregistré.

La question de proposer le domicile de l'investigatrice comme lieu pour les entretiens s'est posée, mais cela aurait provoqué un sentiment d'insécurité pour elle. A contrario, l'idée de se rendre au domicile des enquêtés n'a pas été source d'inquiétude. Il était essentiel de pouvoir réaliser l'entretien dans un lieu permettant des échanges libres, sur des sujets intimes (sexualité, couple...). En cas d'impossibilité de se rendre au domicile de l'enquêté, il était prévu de demander une salle à la faculté de médecine, ce qui n'a pas été nécessaire.

Les entretiens ont été enregistrés par deux moyens distincts, un dictaphone et l'application d'enregistrement vocal du téléphone portable de l'investigatrice. Les discussions ayant eu lieu au décours immédiat des entretiens ont également été enregistrées.

L'information et le recueil du consentement de chaque participant s'est fait systématiquement en amont de l'entretien par des échanges d'e-mails avec la délivrance d'une fiche d'information présentée en annexe (annexe 6). Il était précisé à titre indicatif aux participants que l'entretien durerait « environ une heure » mais le temps n'a pas été mesuré pendant les discussions.

Un cadre était défini au début de chaque entretien :

- Le contexte : travail de thèse de médecine générale,
- Les modalités d'enregistrement et de retranscription,
- Le principe d'anonymat et la possibilité de retrait du consentement à tout moment.

Les participants étaient encouragés à être spontanés dans leurs réponses et à laisser libre court à leurs propos, sans rester forcément dans le cadre posé par la question initiale. L'investigatrice a pu également demander des précisions ou proposer des reformulations afin de stimuler la discussion.

3.4 Retranscription des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement, mot pour mot, sur le logiciel de traitement de texte Word®, en indiquant autant que possible les manifestations non verbales, les rires et les hésitations. En raison de leur longueur, tous les entretiens n'ont pas pu être présentés en annexe de ce travail, il est simplement proposé un extrait en annexe (annexe 7).

Les participants et leurs proches ont été anonymisés dans les verbatims. Les personnes actrices du milieu de la contraception par remontée testiculaire (par exemple, Maxime Labrit, inventeur de l'Andro-switch®, souvent mentionné) n'ont pas été anonymisées.

Les entretiens n'ont pas été relus par les participants.

4. Analyse des données

Les données ont été analysées en plusieurs phases, dans un processus inspiré par l'analyse phénoménologique interprétative (IPA).

Dans un premier temps, nous avons réalisé un codage ouvert à l'aide du logiciel MAXQDA®, afin de proposer une « transformation » des verbatims en étiquettes expérientielles. Ce premier codage a ensuite permis dans un second temps de faire émerger des « propriétés », puis des « catégories », qui ont été pensées pour l'ensemble des entretiens. Ces catégories ont permis ensuite l'émergence de « thèmes », c'est-à-dire des expressions à la fois ancrées dans les données et faisant appel à des concepts. (69) Ce travail sur les catégories et les thèmes a été effectué par l'investigatrice et par ses directeur et directrice de thèse. Les connexions entre les thèmes puis entre les différents cas ont été ensuite pensées pour faire émerger un modèle explicatif.

Des schémas pour rendre compte du « parcours contraceptif » de chaque enquêté ont également été réalisés et sont présentés en annexe (annexe 8).

À la fin de notre travail, nous avons présenté les résultats d'analyse à un usager expert de la contraception par remontée testiculaire, également médecin de santé publique. Son regard sur l'analyse a permis des ajouts à la discussion et la rectification de certains termes qui avaient été choisis pour les thèmes. Ce retour d'usager expert est inspiré de la méthode de « *member checking* » utilisée en recherche qualitative.

5. Aspects réglementaires

Notre projet de recherche n'était pas considéré comme impliquant la personne humaine selon la loi Jardé et ne relevait ainsi ni de l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) ni de l'avis d'un comité d'éthique.

Notre étude a fait l'objet d'un engagement de conformité à la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) d'après la méthodologie de référence MR-004 (déclaration n°2224225).

RÉSULTATS

1. Description des données

1.1 Caractéristiques des participants

Huit entretiens ont été réalisés. Ce nombre n'avait pas été fixé à l'avance mais il a été décidé d'un commun accord avec les directeur et directrice de thèse de ne pas en réaliser davantage à l'aide de la notion de « suffisance théorique » permettant une analyse idiographique des données.

Parmi les personnes volontaires qui nous ont écrit pour participer à l'étude, très peu étaient les hommes qui avaient des enfants. Il n'y a donc qu'un seul père dans l'échantillon (E6).

Les participants étaient âgés de 19 à 33 ans, pour une moyenne d'âge de 27,8 ans. Parmi eux, cinq étaient en couple hétérosexuel exclusif, deux en couple hétérosexuel « ouvert » (ayant des relations sexuelles occasionnelles avec d'autres personnes) et un était célibataire. Tous avaient fait, ou étaient en train d'effectuer, des études supérieures au bac. Ils utilisaient la contraception par remontée testiculaire depuis en moyenne 12,8 mois. Deux avaient arrêté d'utiliser la CRT au moment de l'entretien (E1 et E4). Le participant E7, non-binaire, a accepté l'utilisation d'accords et pronoms masculins pour le désigner.

L'investigatrice et les participants ne se connaissaient pas au moment de l'étude.

	Âge (ans)	Profession	Dépt 1	Niveau d'études	Genre 3	Dispositif-s utilisé-s	Durée d'utili- sation	Situation familiale	Orientation sexuelle	Nb part. sexuels / 12 m 4
E1	29	Développeur web freelance	05	Bac+5	H	Anneau	8 mois	Célibataire, Ø enfant	Hétérosexuel	4
E2	29	Interne en médecine	31	Bac+12	H	Slip	7 mois	En couple « ouvert », Ø enfant	Bisexual	4
E3	19	Étudiant en sciences politiques	94	Bac+1	H	Anneau	18 mois	En couple, Ø enfant	Hétérosexuel	1
E4	28	Ingénieur matériaux	NC 2	Bac+5	H	Anneau	7 mois	En couple, Ø enfant	Hétérosexuel	1
E5	30	Développeur web	31	Bac+2	H	Slip	10 mois	En couple « ouvert », Ø enfant	Hétérosexuel	6
E6	33	Professeur des écoles	49	Bac+5	H	Anneau	18 mois	En couple, 2 enfants	Hétérosexuel	1
E7	23	Service civique (hôpital)	75	Bac+2	NB	Anneau, jockstrap	14 mois	En couple, Ø enfant	Bisexual	1
E8	31	Intermittent du spectacle (régisseur son)	95	Bac+2	H	Jockstrap, anneau	20 mois	En couple, Ø enfant	Hétérosexuel	1

1 : département de résidence ; 2 : non connu (E4 était en voyage au long cours en Europe) ; 3 : H = homme, NB = non binaire ; 4 : nombre de partenaires sexuel·les pendant les 12 derniers mois

Tableau 1. Caractéristiques des participants (données autodéclarées)

1.2 Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés du 22 novembre 2021 au 7 mars 2022.

La plupart des entretiens se sont déroulés par visioconférence, compte tenu de l'éloignement géographique entre l'investigatrice et les participants. Les participants étaient généralement à leur domicile pour la visioconférence, à l'exception de E1 (lieu de travail) et E4 (lieu de villégiature). L'investigatrice réalisait les entretiens depuis son domicile personnel.

Les entretiens ont duré de 31 minutes à 1 h 45, pour une durée moyenne de 64 minutes (1 h 04 minutes).

	Date de l'entretien	Modalités de l'entretien	Lieu de l'entretien ou lieu où se trouvait l'enquête si visioconférence	Durée de l'entretien
E1	22/11/2021	Visioconférence	Lieu de travail (Hautes-Alpes)	31 minutes
E2	26/11/2021	Visioconférence	Domicile (Haute-Garonne)	32 minutes
E3	26/11/2021	Face à face	Domicile (Val-de-Marne)	39 minutes
E4	11/02/2022	Visioconférence	Lieu de villégiature (Albanie)	1 h 21 minutes
E5	17/02/2022	Visioconférence	Domicile (Haute-Garonne)	54 minutes
E6	18/02/2022	Visioconférence	Domicile (Maine-et-Loire)	1 h 07 minutes
E7	03/03/2022	Face à face	Domicile (Paris)	1 h 45 minutes
E8	07/03/2022	Face à face	Domicile (Val d'Oise)	1 h 40 minutes

Tableau 2. Caractéristiques des entretiens

2. Résultats d'analyse

L'analyse a fait émerger trois thèmes et douze sous-thèmes :

Partager la « charge » contraceptive

- Prendre conscience de sa fertilité
- Rencontrer la contraception par remontée testiculaire : une opportunité à saisir
- Devenir responsable

Faire le choix de « se contracepter » : un parcours d'autodétermination

- Des valeurs et une remise en question des normes
- Vouloir devenir père ou pas : contrôler sa fertilité et sa destinée
- Être acteur de sa contraception
- Se faire confiance et avoir confiance
- Avoir accès à son propre corps

Le savoir comme pouvoir : devenir un usager pair-expert

- L'information : la clé d'accès à la contraception
- Les usagers pairs : information, identification et responsabilisation
- Le médecin comme allié dans son parcours
- Devenir expert et militant à son tour

2.1 Partager la « charge » contraceptive

E3 « Ça permet d'enlever un poids quand même à la femme dans le couple, parce que quand même... Justement, on pense au fait d'avoir un enfant donc euh... C'est déjà un poids énorme : l'accouchement, porter l'enfant, etc. Donc tout ça, en fait, ça va de pair, le fait de se contracepter dans un premier temps, puis d'avoir un enfant, euh, voilà, c'est un cheminement entier, et donc le fait d'assurer cette partie-là du cheminement, fin... Ça me paraît évident, nécessaire, voilà. »

Le thème du partage de la « charge » contraceptive a permis d'explorer le lien des usagers avec leurs compagnes : à travers la prise de conscience des problématiques contraceptives de leurs partenaires, voire la survenue de grossesses non désirées, les usagers ont pris conscience de leur fertilité et désiré agir. La contraception par remontée testiculaire a alors répondu à un besoin, mal identifié auparavant : le partage de la « charge » contraceptive. De cette nouvelle « charge » sont nées des responsabilités, qui peuvent être une source de soulagement mais également un poids lourd à porter.

2.1.1 Prendre conscience de sa fertilité

La prise de conscience de la fertilité est passée chez les usagers par l'écoute et la considération des difficultés rencontrées par leurs compagnes ou partenaires dans leurs parcours contraceptifs et reproductifs : effets secondaires, charge mentale, contre-indications, oublis ou échecs. Face à ces problématiques, voire ces impasses, ils ont questionné leur rôle.

2.1.1.1 Voir sa compagne souffrir de sa contraception

La plupart des usagers ont parlé des effets secondaires des contraceptifs pris par leurs compagnes, qui ont eu des parcours contraceptifs « chaotiques » et essayé de nombreux moyens de contraception différents (pilule, implant, DIU...) sans parvenir à en trouver un qui leur convenait :

E4 « *l'implant lui avait apporté beaucoup de difficultés liées aux hormones... Fin tous les effets secondaires que tu peux imaginer. »*

E5 « *Elle a essayé plusieurs contraceptions, euh, qui ont pas forcément fonctionné et elle en avait un peu marre, d'avoir des sautes d'humeur, enfin des hormones et tout ça, ainsi de suite... Hum... Prise de poids aussi, ce genre de choses. Et du coup elle a décidé d'arrêter la pilule, euh... Pendant trois ans. »*

E6 « *Elle avait l'impression qu'au niveau de... Alors c'est toujours un peu délicat, elle avait l'impression qu'au niveau des migraines ça jouait, et les règles n'étaient pas les mêmes non plus. Elle avait l'impression d'avoir des cycles plus naturels et plus... Enfin, est-ce que c'est les cycles qui étaient plus naturels et qui du coup ont joué sur les migraines, ou est-ce que c'est la pilule qui déclenchait les migraines, on sait pas, mais bon... Voilà. »*

E8 « *On en a parlé un petit peu et ouais... La pilule ça lui fait beaucoup d'effets secondaires, et euh... Bah l'implant, fin tout le reste... Le stérilet je sais pas, après le stérilet, ce qu'elle a essayé lui convenait pas, et après y a d'autres choses qu'elle a pas essayé quoi, ou pas envie. »*

Les partenaires des usagers ont exprimé leur volonté d'arrêter les contraceptifs, notamment hormonaux :

E2 « *Parce que elle, elle voulait pas reprendre la pilule, hein, c'était... c'est n'importe quoi ! »*

E6 « *on avait constaté que depuis qu'elle avait arrêté la pilule, elle se sentait quand même mieux. Euh... Fin, c'était pas envisageable qu'elle reprenne la pilule. Voilà. »*

Leurs partenaires ont pu aussi avoir des contre-indications à certains contraceptifs :

E6 « *Elle a discuté avec sa sage-femme du stérilet, euh... Qui lui expliquait qu'elle pouvait avoir des règles plus abondantes. Et euh, sachant qu'elle a déjà des règles actuellement très abondantes et douloureuses, de base... Euh... Donc euh c'était pas non plus ce qui convenait. Hum... Donc voilà. Et puis... Elle est allergique au latex, donc en plus, les préservatifs sans latex c'est quand même une contrainte. »*

E1, le seul célibataire de l'échantillon, a également eu une prise de conscience du poids de la contraception chez ses partenaires :

E1 « *on en parlait beaucoup aussi avec mes partenaires, de comment elles géraient leur contraception, de comment, de comment ça se passait à ce niveau-là et, et... je me suis dit, du coup, toutes mes partenaires étaient contraceptées hum... mais ça me paraissait nécessaire malgré tout de, de, savoir comment ça marchait et si à un moment bah y en a le besoin, est-ce que je pourrais prendre cette charge, cette charge de mon côté ? »*

À l'inverse, la compagne de E3 ne se plaignait pas de sa contraception mais c'est lui qui percevait que cela pouvait représenter un « danger » pour elle :

E3 « *Ça m'a amené en fait à me poser des questions (...) sur la contraception qu'on utilisait avec ma compagne, donc la pilule. J'avais dû lire un article sur les différents méfaits de la pilule... Et j'avais cherché à voir si y avait pas d'autres alternatives et... et pourquoi pas, moi, assurer cette contraception, parce que je*

trouve qu'il y a déjà beaucoup de choses qui pèsent sur ma compagne, donc j'ai pensé que ça pouvait être bien d'enlever ce poids-là. (...) Elle, ça la dérangeait pas plus que ça de prendre la pilule.»

2.1.1.2 Avoir été confronté à des échecs de contraception ou des grossesses non désirées

Plusieurs usagers ont mentionné une expérience de grossesse non désirée dans leur passé ou celui de leur partenaire :

E2 « *elle a eu deux grossesses sous pilule, donc moi déjà, ça... ça me stressait quoi, j'avais pas envie d'avoir un enfant, elle non plus. »*

E8 « *et c'est arrivé donc avec mon ex-copine qu'elle avorte parce que... Enfin, qu'elle ait une grossesse non désirée. (...) Euh bah, on a fait les... On a eu un rapport sans protection. Voilà quoi. Fin c'était vraiment pas de bol parce que c'était une fois, et voilà quoi ! (rires) »*

E8 a accompagné son ex-compagne dans ses démarches d'IVG, en faisant remarquer sa responsabilité dans la survenue de la grossesse.

E8 « *[L'accompagner] c'était important pour moi, et puis c'était important pour elle aussi à ce moment-là quoi. Bah parce que de toute façon, ce genre de connerie ça se fait toujours à deux... (rires) (...) C'est la femme qui en subit les conséquences donc c'est la moindre des choses d'être là... »*

La « menace » d'une grossesse non désirée et l'utilisation d'une contraception d'urgence a également marqué E3, qui s'est senti responsable :

E3 « *Ma compagne avait oublié de prendre sa pilule... Deux jours de suite. Et donc euh... Fin c'était pendant une période, fin vraiment la période de... d'ovulation et euh... Et donc elle avait pris la pilule du lendemain, fin entre guillemets par précaution. C'était un peu une période euh... Fin un peu pas tendue, mais euh... Ouais ça a été vécu un peu, un peu difficilement, quoi. (...) J'me sentais, j'me sentais coupable, responsable de pas avoir... de pas m'être dit... fin, de pas... l'avoir... l'avoir aidée plus que ça là-dedans, de pas lui avoir rappelé de la prendre, etc. »*

2.1.1.3 Être dans l'« impasse contraceptive »

Ces échecs de contraception, qu'ils soient dus à des contre-indications, des effets secondaires ou la survenue d'oublis et de grossesses non désirées, ont mené à une « impasse contraceptive ».

E6 « *il fallait trouver une autre solution, il fallait en sortir. »*

E8 « *Hormis le préservatif, on n'avait pas de solution. (...) C'était une impasse, ouais une impasse en mode y a pas de solution... »*

Au fond de cette impasse, certains usagers se sont interrogés : « pourquoi pas moi ? ». Cette prise de conscience est celle de leur pouvoir de fertilité et de leur responsabilité en tant qu'homme dans le « travail contraceptif », jusque-là impensée.

E2 « *Elle, elle prenait pas la pilule parce qu'elle a eu deux grossesses sous pilule. Et euh donc euh au bout d'un moment on en a un peu eu marre des préservatifs quoi. Je me suis dit : « Tiens est-ce que je me pencherais pas sur les contraceptions masculines ? » »*

2.1.2 Rencontrer la contraception par remontée testiculaire : une opportunité à saisir

La découverte de la contraception par remontée testiculaire a été un moment de rencontre, une « première fois » qui a débouché sur une relation fructueuse entre un futur usager, sa ou ses compagnes et une méthode qui est apparue comme une « révélation ». Cette opportunité a été saisie dans un contexte où un besoin s'est exprimé (la nécessité d'une contraception satisfaisante pour chacun·e) et où les hommes sont déjà impliqués dans la contraception, ce qui a facilité la décision, puis la mise en place.

2.1.2.1 Une rencontre souvent médiée par la compagne

Plusieurs usagers ont découvert la contraception par remontée testiculaire par des éléments transmis par leur compagne : une vidéo sur les réseaux sociaux ou un article de presse.

E4 « *J pense que la première fois que j'en ai entendu parler c'est via une vidéo que m'a partagée ma copine, je pense, sur Konbini, ça devait être Maxime Labrit, la vidéo Konbini de Maxime Labrit qu'il a faite pendant le confinement, un truc comme ça... où il présentait Andro-switch.* »

E5 « *C'est elle qui a vu la vidéo, on l'a regardée ensemble. (...) C'est vrai, vraiment, la découverte vient d'elle.* »

Cela semble traduire l'intérêt qu'ont les femmes à se renseigner sur les méthodes de contraception existantes et les alternatives moins connues. Ces découvertes « fortuites » pourraient être un moyen d'exprimer une demande de changement de contraception et de prise en charge par leur partenaire.

E6 « *je crois que c'était elle qui est tombée par hasard sur un article, et qui me l'a montré, mais pas euh... Fin. Elle est tombée sur un article qui parlait de voilà, la contraception thermique. Elle m'a demandé si je connaissais, et puis bah non je connaissais pas.* »

D'autres usagers ont découvert la méthode par les mêmes moyens, mais sans l'aide de leur compagne.

E3 « *J'ai dû voir une vidéo sur Internet, probablement de Maxime Labrit ou un membre de... d'Ardecom, fin quelque chose comme ça. Et donc je m'y suis penché ensuite, sur la contraception masculine.* »

E8 « *J'étais célibataire à ce moment-là, et juste j'étais... C'était sur un post Facebook, quelqu'un qui avait partagé le témoignage... Enfin c'était pas le témoignage mais on va dire, enfin si entre guillemets le témoignage de Maxime, de l'Andro-switch, qui faisait un petit peu la pub de ça quoi. Enfin ouais, la pub... Donc c'est resté dans un coin de ma tête.* »

E2, médecin, a découvert la contraception par remontée testiculaire à travers ses études.

E2 « *La première année de médecine, y avait le... le Dr Mieusset qui faisait cours là-dessus en fait, donc nous on avait bien rigolé, je m'en souviens.* »

Pour ces derniers, c'est leur situation de couple qui a déclenché la mise en action : le besoin contraceptif « masculin » a rencontré la technique préalablement connue, ou découverte.

E2 « *Et y a deux ans j'me suis mis en couple avec une fille... Elle, elle prenait pas la pilule parce qu'elle a eu deux grossesses sous pilule. Et euh donc euh au bout d'un moment on en a un peu eu marre des préservatifs quoi. Je me suis dit : « Tiens est-ce que je me pencherais pas sur les contraceptions masculines ? » du coup,*

et, et j'ai repensé à ... au Dr Mieusset et à la contraception masculine avec le sous-vêtement thermique. Donc du coup, j'ai pris rendez-vous avec lui. »

E8 « Après le Covid, avec Clara on s'est mis ensemble, et donc au bout de... Bah quelques mois de relation, s'est forcément posée la question de la contraception. Et je sais que Clara, elle de toutes façons, elle avait eu que des mauvaises expériences avec la pilule, avec à peu près toutes les contraceptions qu'elle avait essayées. Et donc moi comme j'avais ça dans un coin de ma tête, ça m'est revenu, je lui ai dit « Bah voilà », enfin je lui en ai parlé quoi... »

La découverte de la CRT est vécue comme une révélation, un soulagement.

E5 « C'est vrai que quand on a su ce truc-là on s'est dit : « Ha bah finalement y a d'autres choses, y a d'autres choix ! » »

2.1.2.2 Une décision discutée à deux

La décision du changement de contraception a été, pour tous les usagers en couple, discutée avec leur compagne. La demande a pu venir directement de la partenaire.

E4 « Anaïs m'a dit « Bah du coup, ça veut dire que moi je peux retirer ma contraception ». Je pense que c'est quelque chose qu'elle attendait, notamment du fait que l'implant lui avait apporté beaucoup de difficultés liées aux hormones... Fin tous les effets secondaires que tu peux imaginer. »

Le désir de changement de contraception s'est situé parfois plutôt du côté de l'utilisateur. Plusieurs ont parlé d'avoir dû « convaincre » ou « rassurer » leur compagne, en utilisant la documentation qu'ils ont accumulée.

E3 « Y avait quand même pas mal de peur de son côté, de se dire que... parce que c'est vrai que c'est tellement inconnu euh... Personne n'en parle et donc elle connaissait pas du tout et y avait vraiment la peur de me donner cette charge. (...) Tout ça fait qu'au début il a fallu vraiment présenter tous les dossiers que j'avais pu créer, pour la, pour la convaincre, entre guillemets. »

E7 « elle m'a dit « Bon bah tu fais ce que tu peux... Fin ce que tu as à faire, et au deuxième spermogramme je serais vraiment rassurée ». Et donc voilà, ça a été... Et au deuxième spermogramme y avait zéro spermatozoïde, du coup... Elle a accepté. (...) Et pour la rassurer aussi, je lui ai envoyé toute la paperasse qu'on nous envoie en commandant l'Andro-switch, et donc euh... Et là je pense que ça a répondu à beaucoup de ses questions, et ça a été... plutôt pas mal... »

La décision semble aussi parfois s'être imposée d'elle-même, comme une évidence.

E6 « depuis qu'on est ensemble avec Julie, fin elle s'en est tout le temps occupé, et on s'était même pas posé la question de pourquoi c'était comme ça... Quand on a vu qu'il existait autre chose on a dit « Ha bah c'est bon on arrête, là je prends le relais ! » »

E8 « je lui ai dit « Tiens, y a ça... est-ce que ça t'irait que je fasse ça ? » Après, perso quoiqu'il en soit moi j'avais envie d'essayer, de toutes façons, mais je voulais qu'elle soit ok. Donc « Est-ce que ça te va qu'on fasse ça ? » Elle m'a dit « Ouais y a pas de souci. » »

2.1.2.3 Des hommes déjà impliqués dans la contraception du couple

Plusieurs des usagers étaient déjà impliqués dans la contraception de leur couple, particulièrement par l'usage du préservatif comme unique moyen de contraception avant la CRT.

E2 « *Oui, on a fait préservatif pendant un an et demi, quoi. »*

E5 « *On n'était que... qu'au préservatif tout le temps. Seul moyen. »*

E8 utilisait également le retrait comme méthode contraceptive avec sa compagne.

E8 — « *Y a eu le retrait et les préservatifs, et une fois que j'ai commencé ça et que ça fonctionnait... Fin qu'on a vu que c'était ok, bah depuis voilà.*

ML — *Mais au final, retrait, préservatif, thermique, ça a toujours été ton travail tout ça finalement ?*

E8 — *(silence) Ouais, ouais... »*

Certains jouaient également un rôle dans la prise de contraceptifs par leurs compagnes, par exemple en leur rappelant de prendre leur pilule.

E3 « *souvent, oui, oui, je lui rappelais. Au départ, presque tous les jours et on se le disait tous les deux oui. »*

E6 « *Au début de notre relation, oui y avait le réveil qui sonnait à 21 heures tous les jours pour lui dire de... de lui demander si elle avait pensé à sa pilule. Ou de lui envoyer un message quand on n'habitait pas encore ensemble. »*

Enfin, des usagers s'impliquaient aussi dans les autres champs du domaine « reproductif » ou « procréatif » : E8 a accompagné son ex-compagne à ses rendez-vous d'IVG, E6 est venu aux rendez-vous de suivi de grossesse de sa compagne.

E6 « *Oui, les deux grossesses j'étais présent à tous les rendez-vous, ça me tenait à cœur. Et du coup la deuxième grossesse qui était pendant le COVID donc j'ai pas pu y assister, j'avais bien les boules. »*

E8 « *c'était important pour moi [de l'accompagner], et puis c'était important pour elle aussi à ce moment-là »*

2.1.3 Devenir responsable

Le « transfert de la charge contraceptive » a impliqué un transfert de responsabilité : s'il y a échec de contraception, ce sera la « faute » de l'utilisateur et non plus celle de sa compagne. De cette possibilité d'erreur découle pourtant une conséquence touchant davantage la femme dans le couple : une grossesse non désirée (ou non planifiée). Cette responsabilité, pensée comme nouvelle, alors même que les usagers la partageaient déjà pour un certain nombre d'entre eux, peut représenter un poids lourd à porter. Par ailleurs, devenir responsable, porter une charge, c'est également devoir gérer des contraintes. Pour d'autres usagers, la responsabilité est apparue aussi comme un soulagement : être le seul responsable, c'est aussi être en contrôle. Enfin, certains ont eu tendance à nuancer leur responsabilité : leur compagne, en conservant le risque de grossesse, conserve aussi une part de la charge dans la contraception.

2.1.3.1 Une responsabilité pesante

Les usagers sont rapidement devenus conscients de la charge qui leur incombe : celle d'être responsable de la contraception et donc de la maîtrise de la fertilité dans le couple.

E2 « *il pourrait pas y avoir un accident parce que ma partenaire a oublié la pilule et euh... Fin c'est moi qui gère ça quoi, et pis... Donc si y a un oubli c'est moi qui suis à blâmer* »

E4 « *j'avais ce côté « Du coup je porte la charge donc faut pas que... il faut pas que je déconne »... »*

E6 « *Là c'est sûr que du coup je suis le seul responsable de s'il y a une grossesse ou non, ça c'est clairement ma responsabilité parce que c'est moi qui aurais mal pris mon... mal porté l'anneau, mais de la même façon que c'était elle auparavant qui prenait la pilule euh... C'est juste voilà qu'on a pu complètement transférer la charge contraceptive.* »

E8 « *jusqu'à preuve du contraire, ce sera toujours la femme qui tombera enceinte, même si... Si là moi je me chie pendant trois jours, je le porte pas, c'est pas moi qui vais en subir les conséquences en fait. C'est pas mon corps qui...* »

La conscience du risque de grossesse est aussi celle de l'issue d'une grossesse non désirée si elle venait à survenir : l'IVG.

E4 « *je sais que pour nous euh... Si y a une grossesse, c'est l'avortement. Fin c'est... Aujourd'hui on n'est pas du tout prêts pour ça.* »

La responsabilité peut être associée à un sentiment de peur :

E4 « *j'avais peut-être effectivement cette peur de la responsabilité de la contraception qui m'animait.* »

Le sentiment de responsabilité et la charge qu'il représente a tendance à diminuer avec le temps et l'habitude que les usagers ont prise dans leurs pratiques.

E3 « *au départ y avait vraiment l'aspect responsabilité, maintenant je vois plus ça... Fin... C'est toujours une responsabilité mais, mais ça me pèse pas on va dire. Parce que... Je sais que je fais confiance à la méthode, je sais que je le porte quinze heures par jour... Et... Voilà, maintenant c'est déjà plus... C'est plus pesant quoi.* »

Tout comme la « charge contraceptive » des femmes comprend les effets secondaires des contraceptifs, les usagers ont dû également faire face aux contraintes liées à leurs dispositifs ou au protocole. Il peut tout d'abord s'agir de contraintes liées aux démarches : aller chez le médecin, faire des spermogrammes, trouver un dispositif.

E6 « *c'est sûr qu'il faut trouver un laboratoire, enfin le laboratoire qui fait les spermogrammes et y en pas tant que ça ! Euh, les médecins qui prescrivent les spermogrammes, apparemment c'est un peu compliqué à trouver. Euh, donc oui, y a cette contrainte-là, c'est-à-dire qu'il faut qu'on bataille un peu...* »

E7 « *Les spermogrammes, ça a été un peu une... Une épreuve du combattant.* »

Ensuite, le protocole est contraignant, notamment le nombre d'heures de port nécessaires dans une journée (quinze heures), les activités empêchées par le port du dispositif, le port de certains vêtements rendu inconfortable.

E2 « *c'est quand même contraignant, le fait de le porter quinze heures, voire dix-sept heures par jour. C'est ça qui revient en fait, c'est... c'est la contrainte du temps.* »

E7 « *j'ai dû apprendre à mettre des choses un peu moins euh... Moulantes, parce qu'il pouvait y avoir des moments où bah je... Bah y avait beaucoup trop de frictions et donc euh, la peur qu'il se décale (...) Je dois un peu réfléchir à... « Bon bah là, tu vas avoir l'Andro-switch donc tu... Soit tu vas faire plus gaffe, donc tu dois trouver des moments où tu dois aller aux toilettes, pour pouvoir te checker, ou bien... tu mets pas cet habit », quelque chose comme ça... Ou bien tu souffres en silence, je sais pas ! (rires)* »

Enfin, tous les usagers ont rapporté des effets secondaires : des irritations cutanées, une gêne douloureuse, des érections douloureuses ou se résorbant difficilement.

E1 « *alors ça a jamais été insoutenable du tout, mais j'ai toujours eu des toutes petites irritations liées à l'anneau* »

E3 « *la sensation au départ ça fait quand même bizarre, ça fait pas mal mais c'est... Fin c'est plutôt perturbant, fin si quand même ça tire pas mal au début.* »

E8 « *Le premier anneau que j'avais était trop petit, du coup, j'avais regardé les tailles et tout, a priori c'était bon, mais non c'était trop petit. Donc ce qui se passait, c'est que si je le portais et que j'avais une érection, bah ça... Ça me compressait, et c'était une érection infinie quoi !* »

Après un temps d'adaptation, tous les usagers se sont accordés à dire que les effets secondaires se sont atténués et sont devenus supportables.

E5 « *Les deux premiers jours on le sent, vraiment on le sent, on sent qu'on a quelque chose, que c'est pas habituel. Pas de douleur ou quoique ce soit. Et au bout d'une semaine je l'avais limite oublié, fin, je le sentais plus.* »

E7 « *c'est quelque chose qui m'a un peu déstabilisé, c'est des sensations qu'on n'a pas l'habitude de ressentir. Mais c'est pas euh... C'est pas du tout un frein, c'est pas du tout un effet secondaire que je trouvais assez marquant pour vouloir mettre en doute cette contraception.* »

E8 « *La semaine dernière ou y a deux semaines, je sais plus, je me suis rendu compte que j'avais un petit bouton, dû aux frottements, ou à l'irritation... Après, c'était vraiment plus présent au début.* »

Néanmoins, deux usagers ont dû arrêter leur contraception, E1 et E4. Le premier a été limité par son accès aux spermogrammes difficile depuis qu'il mène une vie itinérante et ne peut plus prévoir ses rendez-vous à l'avance. Sa décision d'arrêter a été facilitée par le fait qu'il n'est pas en couple exclusif et qu'il n'a pas un fort besoin contraceptif. Le second a eu des douleurs dues à une hernie inguinale qui n'avait pas été diagnostiquée au début de son parcours. Alors en voyage à vélo en Europe, il a dû arrêter la méthode faute d'une prise en charge médicale suffisante, au bout de 7 mois.

E1 « *Donc l'anneau je l'ai porté pendant, si je dis pas de bêtise, huit mois. (...) J'ai déménagé, j'ai quitté mon logement (...) avec l'optique de vivre en van au moins une bonne partie de l'année et... Et en fait, bah, je me suis renseigné au maximum, moi je sais globalement où je serais maximum deux-trois semaines à l'avance et bah, les rendez-vous pour faire les spermogrammes ils sont à prendre au minimum un mois, un mois et demi*

avant et ils sont que dans les grandes villes où je ne suis jamais et du coup bah face à cette situation-là, j'étais en mode bah, du coup j'ai plus de partenaire stable donc j'utilise toujours la capote, et du coup bah comme y a cette grosse difficulté à trouver des spermogrammes fiables dans les lieux où je passerais, bah euh je fais une pause pour l'instant et je reprendrais quand je serais un peu plus stable à nouveau en terme géographique. »

E4 « *au milieu du voyage j'ai eu un ... Une petite douleur au testicule qui est arrivée. Et donc j'ai dû retirer l'anneau parce que j'étais pas dans une forme de suivi médical... adéquat, pour pouvoir continuer ça. »*

2.1.3.2 Un soulagement

Pour certains, plus qu'un poids, la responsabilité de la contraception a été un facteur de soulagement, de réassurance.

E2 « *Mais c'est vrai que voilà, je suis moins stressé avec cette contraception que euh... qu'avec une pilule avec un risque de... d'oubli, fin je sais pas. Ça me... ça me soulage. »*

La CRT était jugée plus fiable que les préservatifs ou le retrait, ce qui a apporté davantage de sérénité, notamment pour les rapports sexuels.

E8 « *Fin, bah déjà on a arrêté le retrait, arrêté les préservatifs, bah du coup on était contents. Donc euh... Ça a juste eu un impact dans le sens où... Fin oui on était libérés quoi ! Plus libérés et sans crainte quoi. »*

A contrario, certains usagers n'ont pas utilisé pas la CRT comme unique moyen de contraception, notamment pour leurs relations épisodiques durant lesquelles ils utilisent le préservatif en complément. Il est arrivé aussi que leurs partenaires utilisent encore une contraception « féminine ». Ainsi, leur contraception n'a pas été la seule en jeu dans le risque de grossesse. Cette décharge de responsabilité était importante pour E1, qui a choisi d'utiliser l'anneau pour expérimenter la CRT temporairement.

E1 « *J'allais dire, ça aurait pu si la fille avait fait le choix de, d'arrêter la pilule et de reposer sur moi mais non, comme avec elle on utilise un préservatif justement, non dans tous les cas y aurait eu un moyen auxiliaire. (...) J'avais bien compris que sur les deux relations que j'avais à ce moment-là, probablement, je caricature hein, mais que le fait que moi j'ai l'anneau, ne servirait à rien, que ça changerait rien. »*

ML — « *Avoir une contraception dans ce cadre-là [les relations épisodiques], c'était important pour toi aussi ?*

E2 — *Euh, pas forcément dans ce cadre-là. C'était plutôt par rapport à elle. [sa compagne]*

ML — *D'accord. Parce que tu utilises des préservatifs avec les autres ?*

E2 — *Oui. »*

2.1.3.3 La persistance d'une charge pour la compagne

Malgré le « partage » voire le « transfert » de la charge contraceptive, certains des usagers estimaient qu'une charge persistait pour leur compagne. Le risque de grossesse — et donc d'IVG — n'a pas été évacué et leurs compagnes sont concernées par leur démarche contraceptive.

E7 « *Je pense qu'après, si un jour cette contraception ne fonctionne pas, ce sera toujours elle qui aura la conséquence. Je vais pas porter un enfant, du coup je pense qu'elle a quand même cette... Cette charge mentale, de... Et une peur qui est légitime, même si on se fait complètement confiance, je pense que... Bah le, je pourrais jamais supprimer sa charge mentale contraceptive, parce que je pourrais pas porter l'enfant, enfin j'aurais jamais ce risque. Du coup en soi elle a... Elle a cette responsabilité dans ma contraception »*

E8 « ça permet aussi de rééquilibrer la charge en fait. Parce qu'en vrai bon ça reste une charge pour la femme, vu que c'est elle qui subit les effets si l'homme se chie, mais ça permet de, de... De rétablir un équilibre quoi. Fin... Ouais si, un équilibre. »

La compagne de E8 est celle qui s'est impliquée le plus directement : elle a été à un atelier couture pour coudre des jockstraps pour son compagnon et a proposé de l'accompagner au laboratoire d'analyses.

E8 « elle est venue à un atelier de couture, elle m'a proposé de venir pour un spermogramme mais je lui ai dit que c'était pas la peine ! (rires) Je sais même pas s'ils acceptent un partenaire... »

Malgré cette prise de conscience, ce partage souhaité et mis en œuvre, plusieurs usagers ont dit ne pas avoir songé à impliquer davantage leur compagne : elle n'a par exemple pas été conviée aux consultations médicales.

E4 « Non, parce que euh... Parce que euh jusque-là moi j'avais jamais envisagé d'aller à ses rendez-vous gynéco et du coup... J'ai jamais envisagé qu'elle puisse venir. »

E6 « Non, j'y suis allé tout seul, euh... Parce que fin en fait à la base j'y allais pour autre chose, et c'est à la fin du rendez-vous que j'en ai parlé avec mon médecin. Euh... Mais euh, non, j'y suis pas allé avec elle. »

Cette manière de se « gérer seul » a également été revendiquée par les usagers, qui disent souhaiter que leur contraception pèse le moins possible pour leur compagne.

E6 « une fois que l'anneau a été acheté, bah si, elle aurait pu le faire à ma place, mais non ! Elle pourrait m'emmener faire mon spermogramme, mais non plus ! (...) Maintenant est-ce qu'elle a un rôle, là ? Non. Fin... Mais euh... Je trouve ça normal. »

2.2 Faire le choix de « se contracepter » : un parcours d'autodétermination

E5 « Mais voilà après le seul truc qui ressort de tout ça c'est que... Je trouve ça hyper important que chaque humain soit maître de sa contraception. Pas un sexe en particulier, chaque humain. »

Devenir « contracepté » a été, pour les usagers, une démarche entreprise non seulement pour autrui, mais aussi, et peut-être avant tout, pour soi-même. Leurs motivations sont nées de multiples valeurs et désirs : le souci profond des questions environnementales ou d'égalité de genre, le désir de vouloir devenir père ou pas, la volonté d'organiser les différents moments de leur vie. La contraception par remontée testiculaire, peu médicalisée, a en outre permis aux usagers de s'appropriier les dispositifs et le protocole, pour les adapter à leur corps et à leur mode de vie. Il existe une tension entre cet aspect assez « artisanal » et l'effet escompté primordial (l'infertilité temporaire, le besoin contraceptif), résolue par une notion de confiance dans la science et dans la méthode, qui est aussi alimentée par leurs partenaires. Enfin, au travers de cette méthode, qualifiée par un usager de « *hack biologique* », ils ont acquis un accès à une partie d'eux-mêmes jusque-là peu explorée : leur propre corps, leur anatomie, ce qui a pu les amener à questionner plus largement leur rapport au corps voire à la sexualité. « Se contracepter » a été un parcours de définition de soi, de ses choix : un parcours d'autodétermination.

2.2.1 Des valeurs et une remise en question des normes

La plupart des usagers ont évoqué au cours des entretiens des valeurs profondes comme l'écologie et l'égalité femmes-hommes. Ces valeurs communiquent avec le champ de la contraception, d'abord pour remettre en question les contraceptifs féminins hormonaux, à la fois d'un point de vue environnemental et également pour les effets qu'ils produisent sur les femmes — effets indésirables physiques et psychiques, « charge » qu'ils représentent. Ils ont également remis en question le préservatif, perçu comme un moyen de contraception polluant et peu fiable.

2.2.1.1 L'écologie et l'égalité femmes-hommes comme valeurs porteuses de choix de vie

Plusieurs usagers ont évoqué être « écologiste » ou « militant écologiste ».

E3 « *au départ, j'étais militant écologiste. Donc j'ai eu... fin j'ai eu une prise de conscience écologiste euh... tout un, tout un cheminement...* »

E4 « *Bon, je suis militant écolo dans tous les sens du terme.* »

Cet engagement a été à l'origine d'interrogations qui ont mené E3 à remettre en question la contraception utilisée par sa compagne.

E3 « *toute cette prise de conscience, à la fois du vivant... de... de... voilà, de l'écologie en général, de la biodiversité. Et ça m'a amené en fait à me poser des questions, notamment sur le, le... fin la contraception qu'on, qu'on utilisait avec ma compagne, donc la pilule.* »

La plupart des usagers ont employé le terme « *méthode naturelle* » pour qualifier la contraception par remontée testiculaire, qui leur a paru moins risquée pour cette raison, par opposition aux méthodes hormonales.

E3 « *Bah les avantages c'est pour moi l'aspect naturel, parce que c'est du silicone bio... Fin, je sais plus... Fin, normalement y a pas de risque euh... Comment, c'est naturel quoi, c'est une méthode naturelle, y a pas de... y a pour moi pas de risque.* »

E5 « *Quand j'en parle aux gens, à mes potes ou quoique ce soit, ils me disent « Ouais nan j'en ai jamais entendu parler, je pensais pas que c'était possible ». De faire une contraception naturelle, en fait surtout. Enfin, naturelle... Pseudo-naturelle, quoi !* »

E7 « *C'est un truc assez naturel, qui ne fait pas mal, qui est indolore...* »

E8 « *J'étais là « Mais ça a l'air hyper bien... ». Fin hyper bien dans le sens où y avait pas d'effets secondaires, enfin très peu d'effets secondaires... Et que c'est... Pas naturel, mais c'est un hack biologique quoi, donc voilà.* »

Plusieurs usagers se sont dit attachés à l'égalité de genre entre les femmes et les hommes. Cela a permis une mise en action de leur démarche de contraception.

E4 « *je m'étais dit « Ouais bah je vais essayer », c'est une manière concrète pour moi de mettre en œuvre quelque part, des discussions qu'on avait pu avoir [sur l'égalité des genres]. Dire que c'est nul que ce soient les femmes qui prennent toute la charge contraceptive, c'est nul, ok bah c'est dire les choses, et là j'avais une opportunité de faire quelque chose, du coup je voulais la saisir.* »

E7 « personne n'a été étonné de ma part. J'ai toujours été dans le militantisme, pro-allié du féminisme. »

Même en se définissant comme n'étant pas « féministe », E5 a exprimé lui aussi un rejet des normes de genre :

E5 « il faut arrêter que les femmes soient toujours centrées sur les enfants, que ce soit toujours la femme qui soit liée à l'enfance, au bébé, à la contraception. J'aimerais vraiment un peu que cette balance change un peu. (...) J'suis pas féministe mais y a beaucoup de choses qui m'énervent dans la société patriarcale ou quoique ce soit, et j'aimerais bien que les choses changent, que les choses bougent là-dessus. »

Ainsi, en utilisant la contraception par remontée testiculaire, à rebours des normes de genre, les usagers se sont distingués de ce qui pourrait être attendu d'eux en tant qu'hommes.

E8 « [Ma sœur] m'a dit « Bah dis donc, t'es un homme moderne ! » (rires) Elle m'a dit un truc comme ça ! Je lui ai dit « Pourquoi un homme moderne ? », et juste elle a dit « Parce que tu te poses ces questions-là, alors que personne se les pose ! Enfin, pas grand monde se les pose... » Oui d'accord, c'est vrai... »

2.2.1.2 La méfiance vis-à-vis des hormones

Plusieurs usagers ont dit se méfier des hormones. Ils leur attribuent des dangers, par exemple un « dérèglement du corps »...

E3 « Bah tout ce qui est hormones... Fin pour moi... J'ai l'impression, j'avais l'impression que c'était quand même des... un dérèglement du corps et euh... fin c'est, ça casse un peu les cycles naturels etc. Justement avec la contraception euh dite masculine, en fait y a pas... y a pas ces dérèglements-là... Fin moi j'trouve. »

... une « destruction de l'intérieur » ...

E5 « Je suis quelqu'un qui... qui évite de me mettre de... de, désolé du terme, mais qui évite de me mettre de la merde dans le corps ou quoique ce soit. Et quand je vois les pilules pour, pour... pour femmes avec les hormones, et tout ce que ça peut faire derrière, qui sont pas forcément... pas forcément bonnes, voilà, c'est pas quelque chose qui me détruit de l'intérieur fin, de mon corps, quoi... »

... mais aussi une « charge ».

E4 « la charge médicale et contraceptive portée par les femmes aujourd'hui, d'un point de vue notamment, euh... ingestion d'hormones... »

E8 a également évoqué la possibilité d'une contraception hormonale masculine, en disant qu'il n'en voudrait pas pour lui. Il s'est identifié à sa compagne qui refuse aussi les hormones.

E8 « Elle voulait pas prendre la pilule, elle voulait pas de stérilet, enfin elle voulait pas... Ce que je comprends, fin, moi, j'ai toujours compris ça parce que bah... Par exemple, la contraception hormonale moi je voudrais pas la faire non plus. Elle existe pour hommes mais moi j'aurais pas du tout envie de la faire. »

2.2.1.3 L'insatisfaction vis-à-vis du préservatif

Le préservatif, méthode de contraception facilement accessible, a été utilisé par tous les usagers, parfois sur de longues périodes. La contraception par remontée testiculaire leur est apparue meilleure pour diverses raisons. Le préservatif est en effet jugé peu écologique...

E3 « Y a cette gêne quand même du préservatif de devoir euh... De devoir, bah déjà l'acheter, et du coup je suis écolo (rires), fin c'est une partie quand même du truc de, de créer des déchets, etc. Voilà. Ouais c'est quand même plus... plus contraignant, pour moi. »

... moins fiable ...

E3 « Le préservatif peut craquer, il peut y avoir tous ces problèmes-là, qui arrivent quand même relativement souvent, j'en ai entendu parler quand même plusieurs fois autour de moi donc... Ça a aussi été un questionnement. »

... et surtout, il viendrait perturber les rapports sexuels et le plaisir. Les usagers de la CRT semblent donc, dans la recherche d'une alternative contraceptive, avoir aussi le souci de leur plaisir sexuel et de celui de leur(s) partenaire(s).

E5 « C'est qu'au bout d'un moment on aime vraiment sentir, vraiment les sensations quoi... Après on a de très bonnes... on a de très bons préservatifs mais c'est vrai que quand même au bout d'un moment c'est quand même mieux si on pouvait s'en passer quoi. »

E6 « fin, quand même, on préférerait sans.

ML — Ok, c'est moins agréable avec le préservatif ?

E6 — Oui. »

E7 « je pense que c'est aussi le côté assez impulsif, de ne pas devoir un peu couper le moment, pour pouvoir mettre le préservatif, je pense que ça, ça a été un réel avantage. »

E8 « Bah c'est vrai que le préservatif c'est moins agréable. On trouvait ça moins agréable quoiqu'il en soit. »

2.2.2 Vouloir devenir père ou pas : contrôler sa fertilité et sa destinée

Les usagers de la CRT ont tous interrogé leur désir d'enfant, ou plutôt leur désir de paternité. Qu'il soit existant, questionné, partagé avec leur compagne, déjà réalisé ou non envisagé, il est présent et central dans leur démarche de contraception. La peur de la paternité involontaire, cristallisée dans l'expression « *enfant dans le dos* », est mise en avant par certains comme une motivation supplémentaire de maîtriser leur fertilité. Le recours à une contraception qui leur est propre leur a permis d'organiser leurs choix de vie, des moments où ils ne se voient pas devenir pères, tout en gardant cette possibilité pour plus tard.

2.2.2.1 Le désir de paternité en question

Parmi les usagers, quelques-uns étaient certains de vouloir des enfants.

E3 « La question de la réversibilité elle est assez importante. Nous... Nous on sait qu'on veut avoir des enfants. Je veux avoir des enfants, donc euh... Forcément, y a cette question qui s'est posée. »

E5 « on aimerait bien plus tard avoir un enfant en effet. Un ou deux enfants. »

E6 était déjà père de deux enfants au moment de l'entretien. Avec sa compagne, ils se questionnaient sur leur désir d'un troisième.

E6 « pour l'instant on se projette pas du tout avec un troisième enfant, mais j'ai encore du mal à me dire que ce sera pour... Fin voilà. »

D'autres étaient indécis et reliaient cette question à des engagements plus larges : l'écologie, la justice sociale, l'altruisme.

E4 « avoir des enfants pour un militant écolo c'est une grande question. (rires) (...) On n'a pas du tout décidé qu'on en aurait ou qu'on n'en aurait pas. Aujourd'hui, on est plutôt dans le « Je ne sais pas trop, plutôt non », plutôt que dans le « je sais plutôt que oui », mais euh... Mais voilà. C'est quelque chose qui évolue, voilà. Aujourd'hui pas de oui, pas de non. Euh... Mais plutôt non. »

E7 « pour l'instant je me sens trop jeune pour être père. Hum... Mais que... En soi, toute ma jeunesse j'étais persuadé de vouloir être père. (...) Au fil des dernières années, j'ai plus, je me suis plus demandé si j'avais une réelle envie de mettre au monde un enfant, plutôt que d'en adopter un. C'est peut-être une idée... Fin de, de privilégié, mais de me dire qu'il y en a déjà qui n'ont pas du tout de famille, qui, qui... Qui sont en train de galérer de foyer en foyer. Si j'ai le cœur de pouvoir euh... Éduquer, nourrir, tout, une personne, bah autant que ce soit une personne qui n'a pas eu cette chance ailleurs. Si je peux construire un foyer aimant, euh... Que ce soit du coup pour une personne qui n'en a pas. »

Le désir de paternité était aussi ressenti comme une notion qui pouvait évoluer dans le temps, ou en fonction des différentes relations nouées avec leurs compagnes successives. La compagne était incluse dans le choix contraceptif et le désir de devenir parent(s).

E2 « ma copine elle disait « Fais comme tu veux », j'ai dit « Mais j'ai pas comme je veux, parce que déjà on est deux », euh donc, euh, fin... « Je peux pas me stériliser si toi t'es pas d'accord ! »... (...) Voilà, au final on s'est dit que c'était une méthode qui marchait... qu'on peut l'utiliser pendant un temps, et ensuite voir si... Si on a des envies de parentalité qui arrivent plus tard. J'me suis dit que ça pouvait arriver même si maintenant c'était pas le cas. »

E8 « j'avais pas ce projet-là, et puis quand on s'est mis ensemble avec Clara, qu'on a fini par discuter, bah on s'est dit pourquoi pas. Et sinon moi c'est depuis que j'ai... Je vais avoir trente-deux ans, bah toute la relation que j'avais eue avant, avec mon ex-copine, on avait dit qu'on voulait pas d'enfant, et en fait quand on en a parlé avec Clara, on s'est dit bah pourquoi pas. »

La question posée par le désir de paternité était finalement celle de la réversibilité de la contraception. Presque tous les enquêtés avaient envisagé de faire une vasectomie, solution rejetée en raison de son caractère définitif. Cette solution avait parfois été discutée avec leur compagne.

E2 « on en a pas mal discuté. J'ai aussi mis le sujet de la vasectomie sur la table, parce que le Dr Mieusset m'a demandé « Est-ce que tu veux une contraception ou une stérilisation ? » Hum... On en a discuté et euh... Au final, on a décidé que c'était mieux de faire une contraception au début. »

E5 « C'est pour ça que je suis pas parti sur la vasectomie du coup. Parce que si j'en voulais pas [des enfants], clairement, si j'en voulais pas, j'aurais été vers la vasectomie, comme ça au moins pouf ! C'est fait c'est

tranquille et puis voilà. Et au moins avec cette chose-là en plus, ce qui est bien, avec cette méthode-là [la CRT], c'est que c'est vraiment réversible quoi. On l'enlève et au bout de 4 mois ça revient et c'est bon. »

E6 « je me sens pas prêt pour une vasectomie. Mais pas euh... Pas au niveau de l'opération, hein, juste par rapport au côté définitif. »

E8 « Je m'étais posé la question avant, à savoir est-ce que je congèle du sperme et puis je fais une vasectomie... Et puis je me suis dit non, c'est quand même plus... Fin, le côté réversible de la chose me plaît plus quoi ! »

2.2.2.2 La peur de la paternité involontaire

Pour les usagers, le choix de « se contracepter » a été aussi celui de maîtriser sa fertilité et d'échapper à la paternité involontaire. Conscients de leur incapacité à décider de l'issue d'une grossesse non désirée, les usagers de la CRT ont souhaité prévenir sa survenue. La perspective de devenir père contre leur gré peut être une source d'angoisse pour certains.

E2 « Moi la parentalité, ça, ça m'effraie vraiment, euh, fortement. Alors euh, quand je raconte ça aux gens, ils comprennent pas trop, mais, fin bref... Moi, vraiment ça m'effraie, j'ai vraiment pas envie d'être parent. En tout cas pas pour l'instant. »

E5 « C'est vraiment moi qui décide quand est-ce que je veux procréer la vie ou pas quoi. Et que en gros je vais mettre un être humain, enfin une vie en jeu. »

L'utilisation de l'expression « *enfant (ou bébé) dans le dos* » est survenue plusieurs fois dans les entretiens, parfois critiquée. Cette expression populaire et familière correspond à une situation où une femme cherche à tomber enceinte et ment à son compagnon en le laissant croire qu'elle a une contraception efficace. Les usagers ont souvent utilisé la figure d'un tiers pour en aborder le sujet. En devenant infertiles, ils se sont prémunis de cette situation redoutée.

E2 « je me suis toujours dit, fin c'est un peu con mais tu vois ... « Voilà, euh, est-ce qu'elle va pas oublier ? Est-ce que... » Fin... Toujours la peur d'un enfant dans le dos, mais alors ça vraiment, j'avais confiance en mes partenaires tu vois mais... »

E4 « Je sais que chez certains hommes c'est quelque chose qui est très important, pour moi c'est pas forcément le plus important. Mais le fait de bah, pas « avoir des enfants dans le dos » entre guillemets, euh, je sais que ça peut être important chez certains hommes. C'est pas mon cas, euh, personnellement. »

E7 « J'ai convaincu une personne de se contracepter et euh... En soi, oui... Et il m'a dit directement, comme ça, « Elle va pas me faire un bébé dans le dos ! ». Ha, c'est pas pour les bonnes raisons que tu vas te contracepter, toi ! Fin... Formulé comme ça... En soi, pouvoir contrôler si un enfant quand je veux, où je veux et avec qui je veux... Mais je pense que le côté bah... Fin, je trouve que c'est quand même un mythe, faire un bébé dans le dos... »

E8 « Je sais plus, on en parlait avec Erwan [Taverne, fondateur de GarCON], il disait par exemple, il avait eu le cas je crois d'un homme... Enfin je sais plus si c'était fictif ou si c'était quelqu'un qu'il avait rencontré... Mais en fait sa femme lui disait qu'elle prenait la pilule, alors qu'en fait elle la prenait pas, parce qu'en fait elle voulait être enceinte, alors que lui non. Et donc elle lui a fait un enfant dans le dos. Mais dans ce cas-là, t'as pas d'enfant dans le dos en fait ! Gérer sa fertilité, c'est aussi contrôler son corps quoi. Moi on peut pas me faire un enfant dans le dos quoi ! Je sais que je suis pas fertile quoi ! »

« Contrôler sa fertilité », « être maître de sa contraception », a donc été l'enjeu principal pour certains. Devenir père ou pas est devenu un choix plein et conscient, indépendamment de leur situation de couple.

E4 « *Je considère que c'est important pour chacun notamment parce que moi, le fait de pouvoir contrôler ma fertilité, ça m'a permis de me rendre compte que je pouvais aussi décider, moi, si j'avais un enfant ou pas.* »

E5 « *Je dis « maître de ma contraception » du coup. C'est-à-dire que c'est quand je décide de... de mettre un nouvel être sur Terre, et de pouvoir... De pouvoir être là pour lui.* »

E7 « *[Si j'étais célibataire] j'aurais toujours cette volonté de... De... pouvoir contrôler ma fertilité, fin... Ouais.* »

E8 « *[Un ami] m'a dit « (...) il y a plein de femmes célibataires qui prennent la pilule quoi ! » (...) C'est pareil pour un homme, on peut avoir envie de gérer sa fertilité...* »

Ainsi, loin d'être seulement une démarche uniquement tournée vers le couple et le partage de la « charge contraceptive », la CRT a aussi été pensée pour certains comme un parcours *pour soi*.

E8 « *Ça peut être dangereux, ça peut amener des mecs qui vont dire « Je vais faire plaisir à ma copine », alors que... On devrait jamais faire ça pour faire plaisir à quelqu'un.*

ML — *Ça doit venir de soi-même.*

E8 — *Oui voilà, c'est une démarche personnelle.* »

2.2.2.3 Organiser ses choix de vie

Contrairement au préservatif, qui s'utilise à chaque rapport, et à la vasectomie, qui est définitive, la CRT est une méthode réversible qui s'envisage à long terme. Ainsi, les usagers l'ont envisagée comme répondant à un besoin dans un temps défini de leur parcours de vie.

E3 « *Donc tout ça, en fait, ça va de pair, le fait de se contracepter dans un premier temps, puis d'avoir un enfant, euh, voilà, c'est un cheminement entier, et donc le fait d'assurer cette partie-là du cheminement, fin... Ça me paraît évident, nécessaire, voilà.* »

E5 « *on a le projet de trouver, de, de, de... de se trouver une maison et du coup après d'avoir un enfant. Hum... Donc du coup ça c'est l'histoire de... je nous donne trois, quatre ans encore.* »

E7 « *Je me dis que peut-être je vais avoir une crise de la trentaine où je vais me dire « Bah non, je veux absolument mettre un enfant au monde ! » (...) On va voir comment ça va se passer... Pour l'instant, je mets cette contraception pendant trois à cinq ans... (...) Si mes envies changent, parce que du coup, je suis une personne qui change beaucoup d'avis, du coup je... (rires) J'ai pas envie de mettre trop de pression, je sais pas comment dire ça... Mais peut-être que du coup dans, dans cinq ans... Je serais sûr, ou en tout cas je serais plus rassuré ou sûr, de faire une vasectomie, et j'en ferais une. Je sais pas.* »

Le partage de la « charge contraceptive » va aussi avec un partage du temps : on peut décider que ce soit l'un ou l'autre membre du couple qui a une contraception pendant un temps donné. E1, qui s'est contracepté pendant une période de célibat sans en avoir un fort besoin, s'est laissé la possibilité de reprendre plus tard.

E1 « *c'est agréable je pense pour moi et je pense pour mes partenaires de pouvoir juste demander, se demander ouvertement comment, où est-ce qu'on en est en termes de contraception.* « Ha du coup toi t'as quelque chose,

toi t'as rien ? » Bah du coup, moi je peux avoir aussi ma solution, je l'ai arrêtée actuellement, mais est-ce qu'il y a une nécessité que je m'y remette ? »

E4 « cette notion de partage de la contraception elle allait passer d'une étape de « On porte tous les deux une contraception » à « Pourquoi pas alterner une contraception ». C'est-à-dire que pendant une période donnée, je porte la contraception, et pendant une période donnée, elle porte la contraception. (...) Au bout de deux ans, on reconsidérerait la chose. »

2.2.3 Être acteur de sa contraception

La contraception par remontée testiculaire existe depuis plusieurs décennies mais est toujours restée très confidentielle et marginale. À l'exception des deux hommes suivis par le Dr Mieusset à Toulouse (E2 et E5), les autres usagers interrogés pour cette étude étaient seuls au moment de commencer leur démarche. Comme nous le verrons plus tard, ils ont acquis des savoirs, notamment scientifiques, sur le protocole à appliquer pour avoir une contraception efficace. Dispositifs, heures de port, remèdes aux effets secondaires, adaptations à ses activités... Chaque aspect de la CRT a été approprié par l'utilisateur, qui a fait « sa » contraception, selon son mode de vie mais aussi ses croyances et ses capacités. L'utilisateur est devenu l'acteur de sa propre contraception.

2.2.3.1 Un protocole à s'approprier

Les usagers ont presque tous démarré en réalisant un nombre d'heures de port croissant de jour en jour, jusqu'à atteindre quinze heures.

E3 « Au début je le portais vraiment pas beaucoup d'heures (...) Après je suis passé sur les vrais cycles de quinze heures, même un peu plus. »

E5 « [Le Dr Mieusset] m'a dit de faire, de faire petit à petit, pas porter les quinze heures d'un seul coup... Donc c'était du coup, je faisais, le premier jour euh... Une heure... Deuxième jour, deux heures, troisième jour quatre heures, et ainsi de suite. (...) Et au bout d'une semaine je l'avais limite oublié, fin, je le sentais plus. (...) C'est comme si ça faisait partie de moi depuis très longtemps. »

E7 « J'ai commencé du coup euh, un peu comme il l'a conseillé, euh, Maxime Labrit. C'est-à-dire au début faire deux heures, puis quatre heures, puis... Et donc assez progressivement, parce que j'avais pas envie de... Bah de me brusquer. »

Porter son dispositif quinze heures est devenu rapidement instinctif, une habitude à prendre.

E2 « Au début ce... c'était un peu compliqué, j'avais toujours envie de regarder s'il était bien mis, si les testicules étaient en place, etc. Au bout de quelques semaines, trois semaines, un mois, on est vraiment totalement habitué quoi. (...) On n'y fait plus attention, même parfois on l'oublie. Je l'ai parfois porté dix-neuf heures, vingt heures, parce que je l'avais complètement oublié quoi. »

E5 « je calculais et je me disais « Bon bah ok je me suis levé à neuf heures, donc bah du coup il faut que je le porte quinze heures, donc jusqu'à minuit quoi ». Donc voilà. Après je me dis finalement c'est quinze heures c'est... C'est ce qu'on vit la journée en fait. C'est mon rituel de vie en fait, c'est quinze heures, fin c'est quinze, seize heures éveillé. Donc euh... C'est pas dérangent. »

E8 « Une fois qu'on est lancé... On s'en rend même pas compte en fait ! Enfin on s'en rend même pas compte, et on s'en rend compte quand on l'a pas en fait ! Je me dis « Ha tiens ! Ha non c'est vrai, j'ai le droit de pas le porter là... » Une fois qu'on est lancé dans le truc, c'est pas si contraignant que ça au final. »

Plusieurs usagers ont dit ne jamais avoir eu d'oubli, tant cela s'est intégré dans leur quotidien.

E2 « C'est... c'est vraiment automatique, j'l'oublie jamais quoi. »

E3 « Bah ça devient complètement instinctif et habituel, c'est comme si je mettais ma montre euh, je le prends le matin, je le mets... Je l'enlève le soir. (...) C'est devenu instinctif, je l'ai jamais oublié. (...) Ça coule de source je trouve. »

E6 « Le matin ça m'est jamais arrivé d'oublier de le mettre, hein. Je le mets quand je m'habille, il est posé sur ma table de nuit. J'éteins le réveil, je prends l'anneau et puis voilà quoi. Donc des fois je me lève pas spécialement, mais je le mets au cas où je reste un peu au lit. »

Certains disent compter les heures en « négatif », en veillant à ne pas être sans leur dispositif plus de neuf heures consécutives.

E6 « Je compte surtout le nombre d'heures où je le porte pas. C'est quinze heures minimum, et donc après je calcule si dans neuf heures je vais pouvoir le remettre ou pas. »

Plusieurs s'aident de leur téléphone (alarmes, application) pour compter leurs heures de port.

E6 « [utiliser une application de suivi], je le fais tous les jours ! Et c'est satisfaisant tous les jours de voir que ma ligne elle est verte, avec le minimum de quinze heures. »

E7 « Du coup dans mon téléphone j'ai deux réveils. Un à 7 h du matin, et un à 22 h. »

Ce suivi quotidien leur évoque la prise d'une pilule.

E4 « J'ai envie de dire que la charge... hum... psychologique elle est identique à celle de la pilule, euh c'est-à-dire que je dois penser quand je le mets et quand je l'enlève, de la même manière que euh... Anaïs doit penser à quand elle prend sa pilule chaque jour, quoi. »

Le protocole requiert aussi de faire des spermogrammes régulièrement. Les usagers connaissent le rythme préconisé (tous les trois mois) et tâchent de s'y astreindre.

E5 « Là, le dernier que j'ai fait c'était donc en décembre. Euh... Et là j'en refais un début mars. Euh... Ouais c'est ça, début mars. Euh, sachant que je vais sans doute passer à des spermogrammes tous les six mois. Dr Mieusset m'a dit, sachant que moi j'ai toujours été à zéro, là les trois derniers spermogrammes je suis à zéro tout le temps, il m'a dit « Si celui-là vous êtes à zéro, vous pouvez espacer. » »

E6 « Alors, j'ai fait le premier spermogramme, après j'en avais fait un au bout de trois mois. Et un après au bout de six mois, et un au bout d'un an. J'en ai pas fait à neuf mois, comme ce qui est préconisé il me semble... »

E7 « maintenant c'est tous les trois mois. »

2.2.3.2 S'arranger et s'adapter

Quasiment tous les usagers ont fait des adaptations, plus ou moins significatives, du protocole. Plusieurs disent effectuer un protocole de nuit, pensé par eux ou prescrit par le médecin. Quand ils en font l'expérimentation eux-mêmes, ils disent savoir que ce n'est pas recommandé. Le contrôle du spermogramme leur a permis de justifier et poursuivre leur changement.

E1 « moi j'ai fait un choix, alors j'ai pris un peu le pari euh, puisque, euh, on m'avait plutôt dit de ne pas faire ça euh... mais malgré tout je l'ai tenté, ça avait bien marché, de le porter euh aussi la nuit. Hum, donc sur mes quinze heures de port, je le portais en gros euh huit heures la nuit sept heures le jour. (...) Et j'ai eu la chance que moi ça, fin ça marche quand même très bien, quand j'ai fait mon deuxième spermogramme, j'étais complètement contracepté. »

E2 « Donc quand c'était en journée, c'était de huit heures à vingt-trois heures. Euh... Je l'ai fait pendant un temps, j'ai dit [au Dr Mieusset] « C'est un peu compliqué, j'arrive pas trop... parce que moi euh parfois je me couche plus tôt que 23 h, donc c'est un peu embêtant ». (...) Du coup il m'a fait un [slip] « de nuit », qui est plus large, plus adapté. Donc là maintenant je fais minuit – dix-sept heures. Tu dois le porter dix-sept heures par jour, quand tu fais un port de nuit. »

E4 « même avant les trois mois, je le portais aussi la nuit pour rattraper les éventuels retards. Et je... J'avais vu que ça fonctionnait pour moi, j'étais en azoospermie complète. »

Un des usagers a considérablement réduit ses heures de port, pour que sa pratique contraceptive soit plus compatible avec son mode de vie. Il a réalisé ces adaptations avec l'assentiment de sa compagne.

E8 « après le truc c'est que comme j'ai un rythme de vie... (...) Depuis décembre dernier, alors j'en ai parlé avec Clara, on en parlé, je lui ai dit (...) « Est-ce que ça te va ? Je pense que ce que je vais faire maintenant, c'est que si je me couche à, je sais pas, vingt-trois heures, et que je me lève à dix heures, ça fait du coup onze heures, bah je le porte pas pendant onze heures. Donc j'aurais fait moins de quinze heures... » Et euh en fait, donc là j'ai commencé ce process-là donc en décembre, en janvier j'étais toujours à zéro, et là je vais repasser un spermo dans les mois qui viennent, voir si ça change quelque chose. Mais entre guillemets, je me suis accordé... Fin je me suis un peu euh, relâché sur le strict quinze heures. »

A contrario, E4 portait son anneau presque 24 heures sur 24 avant d'arrêter, voulant maximiser l'effet contraceptif.

E4 « Quand on a décidé que Anaïs n'allait plus avoir de contraception, euh, moi j'ai plutôt décidé de au contraire, faire du quasi 24/24, euh... Pour euh, être sûr de mon coup. »

Plusieurs usagers effectuent régulièrement des « pauses » en journée pour mener à bien certaines activités.

E5 « jusqu'à aller à la plage [naturiste] je le porte, je l'enlève, je me mets tout nu, et ensuite je le remets, et du coup je le porte la nuit, pour faire un peu plus. »

E7 « quand j'ai une journée où je sais que je vais faire plein d'activités différentes, qui euh... Bah si par exemple, je sais que je vais devoir utiliser mon vélo ou des choses comme ça, euh... Je me mets un... Un chronomètre. (...) Si je vais prendre ma douche, ou quelque chose comme ça, je le mets en pause, et du coup le jockstrap ou l'Andro-switch n'est plus mis, et du coup je le remets en route, comme ça je sais qu'il y a... Qu'il y a pas d'heure de décalage. »

Cela est particulièrement pertinent pour les activités physiques, et notamment le sport, pas toujours compatibles avec le port des dispositifs (douleur, sueur, manque de maintien...). Les heures manquées sont également rattrapées la nuit.

E4 « *Je pratique l'aviron, aussi, quand je suis... plus sédentaire. (...) J'ai fait cette erreur-là d'essayer de porter l'anneau alors que je ramais, et que c'était le début du port, et donc mon corps n'était pas encore habitué. Et donc là clairement j'ai fait deux mouvements, et là j'ai dit « Ha non, aviron et anneau, ça marche pas ! » (rires) (...) J'ai plus ré-essayé de le porter, parce que j'ai direct trouvé la solution de le porter la nuit. Et la nuit, du coup je portais, beaucoup plus que les deux heures d'entraînement que je squeezais dans la journée. »*

E6 « *j'étais avec ma classe à la piscine, et justement l'anneau s'est enlevé ! (rires) J'avais décidé de garder l'anneau pendant que je faisais la séance de piscine, je l'ai regretté ! (...) Du coup la séance d'après j'ai enlevé mon anneau, pour une heure voilà c'est pas très grave, je rattrape le soir... »*

E8 « *Quand des fois avec des potes on va faire du basket euh, au basket je l'enlève quoi ! (rires) Parce qu'en jouant... (...) Quand tu te prends un coup et qu'ils sont maintenus, c'est beaucoup plus douloureux quoi ! Parce qu'ils sont bloqués quoi, donc forcément... Ils peuvent pas encaisser le truc quoi !»*

Certains de ces « décalages » sont perçus comme des « oublis » à la manière des oublis de pilule, quand pour d'autres, ils sont simplement rattrapés la nuit.

E2 « *Parce que une fois j'avais fait une soirée un peu arrosée on va dire... J'ai eu un oubli de trois heures. [Le Dr Mieusset] m'a dit : « Bah tu remets les capotes pendant un mois ». Voilà. Donc je l'ai fait... Et après j'ai repris le protocole et ça s'est bien passé quoi. »*

E7 « *J'ai dû l'oublier... Peut-être trois heures que j'ai rattrapées après... Au lieu de le mettre à sept heures, je l'ai mis à dix heures et euh... Je me suis dit bah... Et comme de toute façon je le mets pendant la journée euh... Et que bah c'est plus efficace la journée, ça sera trois heures du coup euh... Pendant la nuit, et je me mets un autre réveil trois heures plus tard, etc. C'est pas grave. »*

Un des usagers n'a pas fait de spermogramme depuis plus d'un an au moment de l'entretien, tout en ayant conscience qu'il ne respecte pas les préconisations.

E3 « *J'ai pas fait de, j'ai pas fait de spermogramme de contrôle, normalement il est conseillé d'en faire au moins, au départ tous les trois, ensuite six mois. (...) J'ai pas, fin j'ai pas... Pas vraiment trouvé le temps, le temps pour y aller, et là c'est vrai que... C'est pas sérieux, c'est sûr que c'est pas sérieux. »*

Le choix du dispositif a été une étape importante de la mise en place du protocole. Beaucoup d'usagers ont dû essayer différentes tailles (d'anneau, de slip) avant de trouver celui qui était le mieux adapté.

E1 « *[Mon premier anneau] me faisait vraiment mal... Du coup il a fallu que je recommande une deuxième. (...) J'ai l'impression que c'est pas si facile, et que souvent il faut essayer deux-trois tailles. »*

E2 « *je lui avais renvoyé le slip et il m'en avait renvoyé un un peu plus... adapté, et là y avait pas eu de problème. »*

E4 « et donc en fait j'avais deux anneaux. Euh... Parce que j'ai eu un petit doute sur la taille, au début je l'ai trouvé un peu serré donc j'ai... Un peu serré la nuit, du coup j'ai décidé de commander un deuxième anneau de la taille au-dessus. Et donc en fait je portais l'anneau plus serré le jour, et l'anneau moins serré la nuit. »

E5 « après mes mensurations, il a reçu... [le Dr Mieusset] avait reçu trois, trois modèles [de slip], que je devais essayer. Euh... Y en avait un qui était vraiment pas bon, qui m'a fait plutôt mal, à l'épididyme, c'était le gauche je crois. Ça m'avait fait mal, vraiment, direct sur le coup, fin je l'avais senti direct. (...) On se met d'accord sur le modèle qui est le bon. Euh, j'ai attendu trois semaines, je crois, trois semaines, un mois. Parce que c'est une couturière qui les fait pour tout le monde, donc ça prend du temps ! »

Quelques usagers utilisent plusieurs dispositifs différemment selon leurs besoins : selon les activités, les moments de la journée...

E7 « au départ j'avais uniquement l'Andro-switch et euh je trouvais... Fin, tout allait assez bien. Euh, et quand du coup j'ai euh... commencé à le porter pendant... Des séances d'escalade, ou bien quand je faisais du vélo, je me suis rendu compte qu'il y avait un... Pas mal de moments où euh j'avais peur que ça glisse (...) Alors qu'avec un jockstrap, j'avais la conscience saine, je pouvais ne pas penser à ça, c'était assez... Bah, c'était assez magique. »

E8 « Le soir quand je rentre, que je prends ma douche, j'enlève le jockstrap et je mets l'anneau, parce que l'anneau ça s'enlève plus facilement, et ça se remet plus facilement quand on s'endort et qu'on se réveille plutôt que le jockstrap où faut l'enfiler, le passer en dessous du sous-vêtement et tout ça... Donc j'ai fait directement cette méthode-là... (...) Je fais vraiment un mix des deux, depuis le début j'ai fait ça. »

Plusieurs usagers aimeraient essayer d'autres dispositifs que celui qu'ils utilisent au quotidien.

E2 « Faudrait que je teste l'Andro-switch, pour voir. (...) À tester pour voir, par rapport au slip, qu'est-ce que ça donne. »

E5 « j'ai juste envie de tester le jockstrap, juste pour... pour tester autre chose. »

E8 « Après juste par curiosité, franchement je me dis que j'aimerais bien tester un jour le slip, mais juste cinq minutes quoi, pour tester, mais non je le garderais pas... »

2.2.3.3 Fabriquer sa contraception

Certains usagers de la CRT ont fabriqué leurs dispositifs textiles sur-mesure en « *do it yourself* » (DIY, « fait maison ») : les jockstraps.

E7 « Je pense que le faire sur-mesure à soi-même, c'est une autre démarche, on réfléchit à plein d'autres trucs, je trouvais que c'était hyper intéressant de pouvoir faire son propre jockstrap, de A à Z. Que ce soit à la main ou à la machine. Très intéressant. »

E8 « Je participe toujours le plus possible aux ateliers de couture quand je suis disponible. Ça moi j'aime bien, je trouve ça intéressant... (...) Puis à terme je pense que le temps qu'on emménage et tout, je pense que je vais m'acheter une machine à coudre aussi. Ça servira pour d'autres trucs, pour d'autres choses, et au moins si je veux m'en coudre, ce sera plus... Plus simple. (...) S'en coudre, à la maison, c'est juste voilà être autonome. »

Cette fabrication a été également l'occasion de développer une compétence qu'ils n'avaient pas forcément et dont ils se servent en dehors du cadre de la contraception : la couture.

E8 « *Et puis en plus moi la couture... (rires) Je faisais pas du tout de couture avant et... Bon bah j'en fais pas beaucoup plus maintenant mais si j'ai une couverture à recoudre, ça va me prendre un dimanche ou je sais pas quoi, et puis voilà je vais recoudre le truc et voilà...* »

D'autres usagers qui n'ont pas encore utilisé de jockstrap aimeraient en essayer ou projettent de s'en fabriquer. La possibilité de pouvoir les fabriquer eux-mêmes les attirent : autonomie, conception sur-mesure adaptée à l'anatomie avec davantage de confort.

E2 « *bon eux [GarCON], ils font les jockstraps, là. Donc euh, du coup on a pu échanger, c'était cool. (...) Bon déjà c'est agréable à porter. Un peu plus que euh, que les slips. Euh... Mais après... Euh oui après, le fait aussi qu'on puisse les faire soi-même. Ça c'est vachement intéressant.* »

E5 « *Mais par contre, le jockstrap, c'est un truc qui me plairait plus... Parce que c'est toi qui le fais, c'est de la matière qui est plus, qui est un peu plus agréable en plus que le caleçon, parce que [le slip] c'est vraiment un élastique assez serré, alors que sur les jockstraps c'est un élastique qui est assez mou, mais en plus c'est molletonné autour, donc ça évite les irritations et ce genre de choses.* »

E6 « *je cherche un atelier où le faire, ou un pote. Et donc c'est là du coup que mon ami, qui commence à s'y intéresser, et qui depuis un an veut acheter un anneau, et quand il a voulu l'acheter, bah les anneaux ne sont plus en vente ! Est-ce que c'est un acte manqué, je ne sais pas. Mais les anneaux ne sont plus en vente. Dans ce cas-là, on le fabrique, on fait les jockstraps, on y va, on le fait tous les deux, on va y arriver quoi ! Donc on s'est motivés pour faire ça.* »

L'aspect artisanal de la fabrication des jockstraps peut aussi être rebutant pour certains.

E6 « *J'ai trouvé que l'anneau... Il me semblait plus simple, dans le sens où je me mesurais, je le mettais, et on n'en parlait plus. (...) L'anneau il était forcément bien fabriqué. Le côté « fabrication artisanale » [des jockstraps] m'inquiétait un peu plus, au début.* »

2.2.4 Se faire confiance et avoir confiance

La plupart des usagers de la CRT interrogés étaient très informés sur la méthode. Ils ont lu la documentation et sont attachés aux bases scientifiques. Cette confiance dans la science se traduit dans la confiance pour la méthode. Pourtant, ils ont aussi exprimé des craintes légitimes avant d'avoir débuté (altération de la fertilité, conséquences hormonales, douleurs, etc.), qui ont rapidement été surmontées. Avoir confiance c'est aussi se faire confiance et s'engager dans la démarche avec sérieux. Enfin, la confiance de leurs partenaires a été essentielle pour poursuivre le processus.

2.2.4.1 Avoir confiance dans la méthode et dans la science

Les preuves scientifiques de la méthode de CRT a été un gage de confiance pour les usagers. Pour les patients du Dr Mieusset (E2 et E5), cela a été d'autant plus important.

E2 « *Je pense qu'on peut faire confiance à ça, surtout qu'il y a eu un protocole scientifique validé derrière, tu vois. (...) En tant que scientifique... J'étais rassuré.* »

E3 « *Je sais que je fais confiance à la méthode.* »

E5 « Je suis parti plus avec le Dr Mieusset parce que je me suis dit c'est la personne qui sait le plus... Fin, ça fait vingt ans, qu'il fait sa thèse dessus, fin qu'il bosse dessus, ou quoique ce soit. (...) C'est pour ça que je suis vraiment plus parti vers Mieusset, pour vraiment être suivi, pour pas faire de bêtise et que ce soit effectif, quoi. »

E7 « j'ai fait quatre ans de biomédical, en soi j'avais parfaitement conscience que la température pouvait interférer avec la spermatogenèse, et du coup en soi, quand j'en ai entendu parler, ça m'a paru complètement logique. »

Le fait d'observer l'effet sur les spermogrammes a augmenté le niveau de confiance qu'avaient les usagers pour la méthode.

E1 « ça marche quand même très bien, quand j'ai fait mon deuxième spermogramme, j'étais complètement contracepté. »

E2 « Je sais que en tout cas, le Dr Mieusset a fait ses études, tu sais, fin, tu as dû voir, sur pas mal de patients... Sur les 150, y a eu une grossesse mais liée à un protocole mal fait, en fait. Je sais pas ce qu'il avait fait le gars, il avait dû mal porter le slip, ou pas pendant les bonnes heures... Donc j'trouvais, j'trouvais que c'était quand même assez fiable, et j'étais euh... Au début j'étais à 89 millions de spermatozoïdes et là j'étais à... cent, j'crois. Je me suis dit « Bon là quand même, y a absolument aucun risque de grossesse quoi ! Si je le porte correctement, y aura pas de souci. ». Et après j'en ai refait un deuxième plus tard et là j'étais azoosperme total, fin, tu vois... »

E8 « Après quand j'ai vu que je suis tombé à zéro, je... Je sais que ça fonctionne bien, et que du coup ça veut dire que je fais les choses bien. »

La survenue d'un effet secondaire ayant poussé E4 à arrêter la méthode, une hernie inguinale, a réduit son niveau de confiance.

E4 « maintenant je sais pas si cette petite hernie inguinale elle est liée à l'anneau ou pas. Et ça ça me pose problème parce que du coup, ça réduit un peu mon niveau de confiance dans cette technique de contraception, parce que bah si ça me fait des effets secondaires vraiment chiant bah c'est pas top quoi... »

L'absence d'un suivi médical approprié, et particulièrement hors de France (puisqu'il était en voyage dans les pays des Balkans), l'ont convaincu d'arrêter. Il compare alors la confiance dans les méthodes « classiques » comme la pilule, comparativement à celle qu'il a dans la CRT, moins grande.

E4 « et donc j'ai dû retirer l'anneau parce que j'étais pas dans une forme de suivi médical... adéquat, pour pouvoir continuer ça, compte tenu du... de la confiance et de la connaissance que [ma compagne] avait de la pilule versus la confiance et la connaissance que moi j'avais de l'anneau, et des impacts potentiels à long terme que ça pouvait avoir sur... ma fertilité, mais surtout les douleurs que je pouvais ressentir à ce moment-là quoi. Donc euh on a décidé que j'allais arrêter de porter l'anneau jusqu'au retour du voyage. »

2.2.4.2 Avoir peur et la surmonter, se faire confiance

La contraception par remontée testiculaire est méconnue et très peu répandue. Les usagers ont cependant exprimé assez peu de craintes vis-à-vis de la méthode. Certains l'ont fait, en pointant des peurs liées à des effets à long terme, par exemple sur la fertilité...

E3 « Une peur aussi au début, hein, parce que le fait de savoir qu'on va être dans un seuil de stérilité, enfin sous le seuil de stérilité, ça pose quand même des questions. »

E5 « [Les conséquences sur la fertilité] c'est quelque chose qui me faisait peur aussi, que j'ai posée au Dr Mieusset. C'était savoir si... Si vraiment c'était réversible, que ça pouvait se remettre tranquillement, et il m'a dit par exemple « Moi j'ai un patient ça fait huit ans qu'il l'utilise et il a eu deux enfants ». Donc euh c'est pas un souci. C'était aussi une de mes peurs aussi. »

E6 « Est-ce que ça me fait peur ? Je pense pas avoir peur des effets négatifs, cancer des testicules, parce que je porte l'anneau, mais après oui, peut-être que quelque part, en plus, si jamais y avait un souci, bon ! J'ai mes deux enfants, c'est pas très grave. »

... ou sur la virilité et les érections.

E5 « Est-ce que ça va jouer sur ma virilité, je vais perdre de la testostérone... »

E5 « J'avais un peu peur pour l'érection aussi mais en fait pas de souci. »

Les peurs ont été surmontées grâce à la réassurance apportée par les connaissances théoriques, les médecins et les usagers pairs.

E5 « ça s'est passé super, super bien, [le Dr Mieusset] explique bien, il met en confiance... »

Plusieurs usagers ont insisté sur le fait que la méthode nécessite d'être sérieux, qu'il ne faut pas prendre la démarche à la légère.

E8 « c'est pas du courage qu'il faut pour faire ça... Faut juste avoir envie de, de le faire, et avoir conscience qu'il faut le faire... comment dire, qu'il faut le faire bien quoi. C'est pas un truc tu te dis « Bon vas-y je me lance là-dedans et je vais faire ça... Et puis on verra », non faut être consciencieux quand même en faisant ça. »

Notamment, un des usagers a pointé qu'il n'existe pas de « pilule du lendemain », pas de manière de remédier immédiatement à un oubli. Se faire confiance, et être sérieux, est donc primordial.

E7 « on nous avait jamais posé cette question, et ce jour-là, on nous l'a posée trois ou quatre fois « Mais du coup dans votre solution, y a pas de pilule du lendemain ? » Et... J'avais jamais pensé et... Bah non, non... (...) Pour cette contraception, il faut être carré ! Voilà. Et que non y a pas de... Pas de pilule du lendemain. »

2.2.4.3 Avoir la confiance de sa compagne

Même si elles n'ont pas été interrogées directement, les usagers rapportent ce dont ils ont discuté avec leurs compagnes. La notion de confiance a été centrale dans le choix contraceptif. Le moment de décider d'utiliser la CRT comme unique méthode de contraception a souvent été raconté. Plusieurs usagers ont transmis de la documentation écrite à leurs partenaires. E5 utilisait encore le retrait — à la demande de sa compagne — pour maximiser l'effet contraceptif.

E5 « [On a arrêté le préservatif] dès que j'ai vu que le spermogramme était à zéro. (...) Elle a eu un peu d'appréhension ! Un peu d'appréhension... Mais après on fait le retrait en plus, pour éviter vraiment... Voilà comme ça au moins on est sûr. C'est vrai qu'au début elle avait une appréhension, clairement. »

E6 « Elle était confiante. Elle a pas ressenti le besoin de doubler la contraception. Quand on était à zéro euh... Fin elle me fait confiance sur le fait que je porte bien les quinze heures par jour, et euh... Donc euh... Voilà. »

E7 « au deuxième spermogramme y avait zéro spermatozoïde, du coup... Elle a euh... Elle a accepté, fin, accepté, oui. Et pour la rassurer aussi, je lui ai envoyé bah toute la paperasse qu'on nous envoie en commandant l'Andro-switch. (...) Je pense qu'elle avait besoin de... Bah d'une preuve euh... Écrite, un peu plus explicative, peut-être un peu plus scientifique, de comment ça se passe. Euh et donc là oui, elle a accepté. »

E8 « Mine de rien, elle m'a fait confiance hyper vite, puisque de toute façon elle prend pas d'autre méthode, elle prend pas de contraceptifs ou autre, donc elle me fait confiance. »

Aussi, pour certains, la confiance que leur accorde leur compagne n'est pas « innée ». Il y a une conscience que certaines femmes pourraient difficilement déléguer la contraception à leurs partenaires masculins.

E8 « Elle m'a dit aussi « Je te fais confiance », parce que c'est important aussi que la partenaire fasse confiance à son homme — ce qui est pas obligatoire non plus ! J'ai déjà parlé à des amies euh... Enfin des amies femmes quoi, qui me disaient « Moi j'aurais jamais confiance en mon mec pour faire ça » quoi. Et ça peut se comprendre, de toute façon. »

2.2.5 Avoir accès à son propre corps

La contraception par remontée testiculaire a pour particularité d'intervenir sur l'anatomie des usagers : les testicules sont placés en dehors de leur position physiologique, plus haut, près de l'orifice inguinal. Cette manipulation, apprise, les fait les interroger sur leur propre corps. Beaucoup ont dit avoir eu une éducation à la sexualité lacunaire, et certains disent regretter de ne pas avoir de « suivi andrologique » comme les femmes peuvent avoir un suivi gynécologique, pour gagner un accès à leur anatomie. Finalement, c'est par l'auto-exploration corporelle qu'ils se sont découverts, pour parvenir parfois à d'autres questionnements sur leur sexualité.

2.2.5.1 Combler un manque

La plupart des usagers ont dit avoir manqué d'une éducation à la vie affective et sexuelle, notamment au sein de leur famille, par leurs parents.

E1 « mes parents sont très fermés en terme de sexualité. Et on a très très peu ces discussions-là. Euh, donc euh la contraception euh globalement... j'ai un peu appris ça tout seul, dans un sens comme dans l'autre... »

E6 « tout se repose sur nos parents, et nos parents sont pas forcément à l'aise pour en parler. Et puis les garçons entre eux, bon bah voilà quoi. On parle pas du tout... C'est compliqué de parler sérieusement de... De sexe je trouve. »

E7 « dans ma famille, on n'a jamais eu en soi LA discussion sur la sexualité... (...) si on avait une question, on pouvait toujours leur poser. Mais euh, on n'a jamais eu de discussion réellement... »

Plusieurs ont regretté également de ne pas avoir eu d'espace au sein des consultations médicales pour aborder le sujet de la sexualité. Ils ont fait un parallèle avec les consultations gynécologiques, où les

femmes vont « naturellement », gagnent en connaissances sur elles-mêmes, sont questionnées sur leur contraception et leur vie reproductive.

E4 « *c'est quelque chose auquel les femmes, entre guillemets, ont droit... dont elles ont pas le droit, mais c'est quelque chose que les femmes font naturellement, de s'intéresser depuis leur plus jeune âge, en allant voir un gynéco, euh, etc. etc. Y compris pour certaines contre l'avis de leur famille. Euh... Et... Ça c'est quelque chose que chez les hommes on ne trouve pas du tout.* »

E6 « *on sait pas trop comment ça fonctionne notre corps quand même, les mecs, à ce niveau-là... Les filles on les bassine avec des rendez-vous chez les gynécos très régulièrement, et moi, là clairement, c'est la première fois que je me posais la question de « Ha oui, alors exactement, euh... ». Fin, le génital, les plis inguinaux, y avait un peu de ça, « C'est quoi exactement ? » (...) Je trouve ça vraiment euh dommage (...) qu'on soit pas habitués à avoir un suivi médical, à devoir faire une visite à quatorze ans ou dix-sept ans, euh... (...) Enfin je sais pas tu vois, y a quand même vachement de choses importantes euh... À expliquer aux mecs !* »

E7 « *y a deux ans, j'avais fait un bilan offert par la Sécu, avec du coup une amie. Et, euh, on n'a pas du tout eu les mêmes questions pendant euh l'entretien médical. Mon amie euh... Du coup qui a un utérus, elle a eu peut-être une demi-heure d'entretien avec le médecin généraliste, y avait au moins dix minutes qui étaient sur sa contraception. Alors que moi j'ai même pas eu une seule question. (...) J'aurais bien aimé qu'on me pose la question et que je puisse dire « S'il existait une contraception euh... que je puisse prendre... bah peut-être que je l'envisagerais ». Je sais pas.* »

2.2.5.2 Découvrir son corps

La contraception par remontée testiculaire nécessite des manipulations des parties génitales inhabituelles. Cette nouvelle approche de son corps a permis aux usagers de s'intéresser à leur anatomie.

E4 « *Le fait de porter l'anneau m'a fait, m'a permis de m'intéresser euh... À... la sexualité et à mon sexe et à mes parties génitales de manière générale, chose que je n'avais pas faite avant.* »

E6 « *Je me suis un peu retrouvé en fait voilà, à découvrir en fait mon corps, d'un point de vue plus anatomique on va dire.* »

E7 « *Fin même dans mes cours de, de reproduction, on m'a jamais parlé de... De cette poche [inguinale] ! Fin j'ai... Quand j'ai commencé la contraception, j'ai ressorti mes cours de bio du développement et j'étais genre en mode « Bah... Cette poche, pourquoi on n'en parle pas ? » Et donc ça... C'est grâce à cette contraception que j'ai un peu plus pu connaître mon corps.* »

E8 « *Je pense que plein de mecs devraient s'y intéresser, parce que ça amène à s'intéresser à plein d'autres choses aussi... Ça amène même à comprendre comment nous on fonctionne ! Nous les hommes, comment on fonctionne nous. Et j'ai appris des choses sur moi aussi.* »

La spermatogenèse a été un processus démystifié par l'acquisition de connaissances dans le parcours de contraception.

E8 « *comment est fait le sperme, quel est le pourcentage de spermatozoïdes dans le volume total, quand tu te dis que ça représente rien du tout... Le fait que tu te dises que les spermatozoïdes que tu vas éjaculer ils ont été faits un ou deux mois avant... Ce genre de choses ! (rires) Moi je m'étais jamais posé la question de... de ça, quoi ! (rires)* »

Le geste de remontée des testicules a demandé un apprentissage mais n'a pas été compliqué à acquérir.

E5 « *c'était bizarre au début, à comprendre vraiment comment bien faire pour enlever euh... que la peau du scrotum se fasse bien, qu'on tire pas trop, qu'on fasse pas des mauvais gestes...* »

E7 « *on n'a jamais en soi à manipuler les testicules... (...) Ça glisse tout seul... (rires)* »

E8 « *je pense que beaucoup d'hommes ne visualisent pas bien ce que c'est la remontée testiculaire... (...) au tout début, j'avais rien compris du tout ! Je pensais qu'en gros fallait coller le scrotum euh... Enfin que le scrotum soit collé à la verge, et qu'en faisant ça, ça faisait que les testicules soient à côté de la verge et que ça allait les chauffer quoi ! (rires)* »

Les examens complémentaires ont pu donner lieu à une forme de fascination pour son propre corps, mais aussi de confrontation aux normes.

E4 « *à la suite de cette échographie, je sais pas pourquoi ils te donnent euh... Le poids estimé de tes testicules. Maintenant je sais que j'ai un testicule de 13 grammes et un de 17 grammes ! (rires) Ça nous a fait bien marrer ! Voilà. Bref. Du coup, c'était plutôt une bonne expérience, tout compte fait. (rires)* »

E6 « *je me suis dit « Est-ce qu'il y a assez de sperme ? Est-ce que j'éjacule assez ? » et euh du coup j'étais rassuré de voir que j'étais complètement dans la norme avec le premier spermogramme. Mais ça c'est complètement... C'est débile quoi ! De stresser de savoir s'il y a assez de sperme ! Sachant que j'ai eu deux enfants, donc je sais que ça fonctionne ! »*

E7 « *Y a quand même un avantage à pouvoir faire un spermogramme et pouvoir contrôler sa fertilité. (...) Je trouvais que c'était une innovation impressionnante de pouvoir faire un spermogramme.* »

Pour E6, le fait d'utiliser la contraception par remontée testiculaire a permis de lever le tabou qu'il avait pour sa génitalité. Il a décidé de « s'occuper » d'un problème de phimosis.

E6 « *J'ai fini par prendre en main le fait que j'avais un problème de phimosis. Je... J'avais pas du tout, enfin voilà... et j'ai trente-trois ans et j'en avais jamais parlé avec un médecin ! »*

A contrario, certains n'ont pas tiré d'enseignements sur eux-mêmes grâce à la pratique.

E1 « *« Est-ce que ça m'a appris des choses sur moi ? » ... Eh ben, j'en sais rien, pas forcément, y a rien qui me vient comme ça, en vrai.* »

2.2.5.3 Un impact sur la sexualité et les désirs

La CRT a eu un impact sur la sexualité jugé comme plutôt neutre par la plupart des usagers interrogés. Ils ont remarqué très peu de changements, et s'il y en a eu, ils ont plutôt été dus à l'arrêt des contraceptifs hormonaux par leurs compagnes.

E4 « *moi j'ai vu aucune différence. J'ai pas plus ou moins de difficulté à avoir des érections, ou plus ou moins de plaisir... Ou en tout cas je l'associe absolument pas à... à l'anneau.* »

E7 « *son arrêt de la pilule bah ça a, à mon avis, je pense, changé sa sexualité. Euh... Fin, du coup elle avait beaucoup plus de libido, et euh y avait des sensations qui étaient différentes...* »

E8 « *Je dirais un impact positif, parce que du coup on pouvait plus... Fin, bah déjà on a arrêté le retrait, arrêté les préservatifs, bah du coup on était contents. Donc euh... Ça a juste eu un impact dans le sens où... Fin oui on était libérés quoi ! Plus libérés et sans crainte quoi.* »

Le dispositif est parfois gardé pendant les rapports sexuels, l'érection durant alors plus longtemps.

E3 « *des fois je l'enlève pas forcément... Des fois je l'enlève mais euh... Ça... ça change... assez peu je trouve. Même des fois l'érection dure un peu plus longtemps quand... quand je l'ai, j'ai l'impression.* »

Le fait de s'être intéressé profondément à son anatomie et son corps a bouleversé E6, qui a pris la décision de régler son problème de phimosis, jusque-là tabou.

E6 « *tout ça pour dire que bah au niveau de ma vie sexuelle, ça a changé, parce que je pense que j'ai un peu pris mon corps en... Enfin pas contrôle de mon corps mais euh... Je sais pas comment dire euh... Je m'intéresse plus à comment fonctionne mon corps, et là du coup en l'occurrence, comment il dysfonctionne. Et ça m'a permis du coup d'en parler, c'est moins tabou.* »

La démarche de la CRT l'a aussi poussé à se questionner sur son orientation sexuelle. « Se contracepter » l'a mené à une démarche d'introspection, pour mieux se définir lui-même.

E6 « *Non, je disais que je me suis toujours défini comme hétérosexuel, parce que j'ai eu des relations que avec des femmes (...) mais aujourd'hui, je me dis fin, je pense que c'est une construction, fin je suis pas sûr de... Je suis pas sûr de... Que ce soit l'étiquette qui me corresponde le plus.* »

De même pour E7, que la CRT a aidé à interroger son sentiment de « virilité ».

E7 « *ça m'a aidé à être plus en symbiose avec mon corps, et de pouvoir ouais je sais pas... De déconstruire des préjugés, des... virilistes, de euh...* »

2.3 Le savoir comme pouvoir : devenir un usager pair-expert

E2 « *Je trouve que ça, ça retire un poids, au niveau euh social, c'est quand même intéressant. Et après euh, je suis dans un processus qui a l'air de, de monter. Et s'tu veux on en entend parler de plus en plus, alors j'suis content de, de transmettre ces idées et de... d'essayer de convaincre des gens. C'est une méthode qui marche, qui peut être alternative. Voilà, fin, j'pense qu'il faut qu'on se saisisse de... de cette chance, nous les mecs !* »

Les usagers de la contraception par remontée testiculaire sont très informés sur leur méthode de contraception, ayant épluché les sites Internet et la littérature scientifique. Plusieurs d'entre eux avaient déjà des notions sur la contraception, domaine pourtant traditionnellement attribué aux femmes. Surtout, ils ont tous bénéficié de l'aide, directe ou indirecte, de leurs pairs : acteurs connus du milieu de la CRT ou usagers militants au sein de collectifs ou d'associations. Ce contact est une source d'information précieuse mais également un moyen d'identification et de responsabilisation vis-à-vis de la contraception. L'apprentissage par les pairs est complété par la consultation médicale, passage obligé pour avoir une ordonnance de spermogramme et également un lieu de ressource pour certains (information, examen clinique...). Les médecins ne sont d'ailleurs pas choisis au hasard : par le bouche-à-oreille ou en allant dans des structures militantes comme le Planning familial, les usagers sélectionnent des praticien·nes qu'ils pensent « bienveillant·es ». Ménageant leur rôle de « patient » d'un côté et leur autonomie de « pratiquant sachant » de l'autre, ils se servent des médecins comme d'allié·es dans leurs

parcours. Forts de ce bagage de connaissances et de pratiques, beaucoup d'usagers font connaître la méthode, dans leur cercle privé ou en s'engageant au sein de groupes militants, par une forme de *self-help* (« aide à soi-même »). Faisant le pont entre des personnes intéressées, des usagers plus ou moins expérimentés, et le corps médical et social, ils deviennent de véritables usagers pairs-experts.

2.3.1 L'information : la clé d'accès à la contraception

Les usagers de la CRT étaient très informés sur la méthode : littérature scientifique, retours d'expérience... Ils ont mené des recherches approfondies sur le sujet pour étayer leur démarche. La plupart avaient déjà formulé un intérêt pour la question de la contraception, parfois avant même de découvrir la CRT. Presque tous ont dit regretter de ne pas avoir connu plus tôt la méthode.

2.3.1.1 Partir de quelque part : connaître ou avoir un intérêt pour la contraception masculine

Les usagers de la CRT s'intéressaient à la contraception avant de découvrir la méthode.

E4 « *on avait déjà parlé de ces sujets d'égalité des genres, fin, c'est un sujet qui nous intéressait beaucoup, euh... Moi j'avais déjà évoqué le fait que c'est vrai que je comprenais pas pourquoi y avait pas plus de contraceptions masculines... Euh... Que ce soit pilule ou autre, fin... Voilà, on avait déjà eu des discussions.* »

E5 « *on parlait de la pilule de l'homme mais bon... On sait pas trop où ça en est.* »

E7 a évoqué ses études passées et ses connaissances sur la physiologie de la spermatogenèse.

E7 « *Comme du coup j'ai fait quatre ans de biomédical, en soi j'avais parfaitement conscience que la température pouvait interférer avec la spermatogenèse, et du coup en soi, quand j'en ai entendu parler, ça m'a paru complètement logique.* »

Certains avaient entendu de la CRT des années avant de « franchir le pas », soit parce que le contexte ne le permettait pas, soit parce que le processus leur paraissait trop lourd.

E1 « *ça me paraissait assez complexe et j'avoue que, bah, j'ai pas dépassé cette complexité et je suis resté un peu, un peu bloqué par ça.* »

E4 « *J pense que la première fois que j'en ai entendu parler c'est via une vidéo que m'a partagée ma copine, je pense, sur Konbini (...). À ce moment-là moi je pense que j'étais pas tout à fait conscient de ce que j'avais vu.* »

E8 « *Novembre, euh octobre 2019, enfin par là quoi... J'étais célibataire à ce moment-là, et juste j'étais... C'était sur un post Facebook, quelqu'un qui avait partagé le témoignage... (...) Donc c'est resté dans un coin de ma tête. Après en tant que... Fin je me posais pas vraiment la question à ce moment-là de... de me contracepter ou quoique ce soit, vu que j'étais célibataire, j'avais même pas... Même pas spécialement de relations sexuelles avec... Enfin voilà quoi j'étais seul.* »

2.3.1.2 Une découverte trop tardive

Les usagers ont dit regretter de ne pas avoir découvert la CRT plus tôt...

E5 « *Le gros truc que je me suis dit c'est « Pourquoi j'en ai pas entendu parler avant ? Pourquoi ? ». C'est, c'est... c'est vraiment la question qui reste tout le temps, quoi. »*

E6 « *Enfin, je regrette de ne pas avoir connu ça plus tôt. Je pense vraiment que si j'avais découvert ça avant d'avoir eu des enfants, je l'aurais fait avant. »*

E7 « *Domage qu'on en ait pas entendu parler avant. »*

... notamment car elle aurait pu être une solution à des problèmes passés.

E8 « *Et c'est arrivé donc avec mon ex-copine qu'elle avorte parce que... Enfin, qu'elle ait une grossesse non désirée. Donc à ce moment-là, on était allés voir le Planning... (...) Et c'est pas pour les blâmer, parce que juste ils savaient pas je pense, mais personne m'a jamais dit « Y a ça » quoi. Donc ça a été un peu une révélation quoi, quand j'ai découvert qu'il y avait ça... »*

Plusieurs ont réalisé qu'ils ne s'étaient jamais posé la question de la contraception autrement que par leurs représentations passées : comme « un problème de femmes ».

E3 « *J'avais l'image qu'on m'a donnée, justement celle du collège, celle de... Fin, une image fermée, que la femme doit se contracept... Doit euh... utiliser la contraception. »*

E5 « *Après en effet y avait, pour moi, je me suis dit « Le seul moyen de contraception que j'ai moi, c'est le préservatif ». Préservatif qui est aussi pour les IST et quoique ce soit, mais je me dis c'est le seul truc... Donc forcément contraception... Pour les hommes y a que le préservatif, et du coup on voit tout ce qu'il y a contraception pour les nanas, on se dit « Bon bah voilà, tout est dit ! » Je veux dire, inconsciemment c'est, c'est le truc féminin. »*

E8 « *Même quand j'étais dans l'impasse contraceptive avec mon ex, bah... (...) Même à ce moment-là quoi j'ai jamais tapé « contraception masculine » sur Internet ! Avec le recul, je me dis « Merde, c'est con... » (...) Je me suis même pas posé cette question. »*

2.3.1.3 Le Web comme outil de connaissance

Au tout début de leur démarche, les usagers, parfois isolés géographiquement, se sont renseignés majoritairement sur le Web.

E4 « *je me suis lancé dans la recherche, vraiment d'infos, via le site de Thoreme. Euh... Concrètement ça a été ma seule source d'information »*

E5 « *ouais j'ai fait pas mal de recherches »*

E6 « *J'ai commencé à y regarder d'un peu plus près. Bon y a pas non plus énormément de... De sites, t'as fait assez rapidement le tour. »*

E8 « *moi par contre, j'avais poncé le site [de Thoreme], j'avais tout lu... Donc j'avais toutes les infos quoi. »*

Les réseaux sociaux ont aussi été une source d'information.

E1 « J'étais sur un groupe Facebook qui s'appelle « Contraception masculine... (...) j'ai jamais posé de question moi-même mais ne serait-ce qu'en faisant des recherches sur euh sur ce, sur ce groupe-là, j'ai souvent eu des réponses aux interrogations que je pouvais avoir »

E3 « y avait un groupe Signal avec donc d'autres usagers, ensuite euh y avait aussi un groupe euh Facebook sur Internet. (...) Ouais les groupes c'est vrai que ça aide beaucoup, y a aussi un groupe Discord, très bien géré, avec énormément d'accompagnement, sur toutes les questions. »

E7 « j'ai quand même passé énormément d'heures à lire sur les forums, tout... Tout ce qu'il fallait que je sache avant de commencer, et tout ce qui pouvait être les effets indésirables, donc j'avais l'impression ouais qu'il fallait juste me lancer, avec le médecin. »

Certains usagers ont accumulé de la documentation, pour s'y référer si besoin.

E3 « J'avais pas mal de documentation, je savais qu'elle allait m'accompagner tout au long de... de ma démarche. »

2.3.2 Les usagers pairs : information, identification et responsabilisation

Les usagers de la CRT se sont tournés vers leurs pairs, au début et parfois même avant de commencer leur démarche. Ils ont sollicité des personnes qui avaient déjà de la pratique afin de profiter de leur expérience et s'informer. Ce contact leur a aussi permis de s'identifier et de se responsabiliser vis-à-vis des « préconisations » liées au protocole.

2.3.2.1 S'informer par ses pairs

Les usagers ont cherché des informations en s'adressant directement à leurs pairs via des associations...

E2 « En fait je suis allé dans l'association GarCON à Toulouse — je sais pas si tu connais. (...) Donc euh, du coup on a pu échanger, c'était cool. Y en a qui, qui utilisaient le slip comme moi avec le Dr Mieusset au début, qui ensuite sont passés au jockstrap. Hum... Donc voilà, on a beaucoup échangé. »

E5 « j'ai vu aussi qu'à Toulouse y avait une association qui s'appelait GarCON, euh... qui en parlait beaucoup, qui a fait le site « Contraception masculine », avec beaucoup de... beaucoup d'études. Je les ai rencontrés aussi, du coup, avant de voir Mieusset, comme ils faisaient... ils avaient fait, comment on dit, pas une réunion, mais du coup un truc pour en parler, j'y suis allé, forcément... »

E8 « c'est vrai que ça manquait un peu d'infos, donc c'est là que j'ai rencontré Erwan, de GarCON. Et... j'ai cousu... Je suis allé chez lui, il m'a fait un atelier juste pour moi, pour coudre un jockstrap »

... ou parce qu'il s'agit de Maxime Labrit, l'inventeur et vendeur de l'anneau Andro-switch®...

E1 « et aussi euh du coup Maxime, qui a, avec qui j'étais en contact pour le Thoreme, a toujours été ultra réactif et les petites questions que je pouvais avoir, euh sur lesquelles je trouvais moins facilement la réponse, m'a toujours aiguillé de manière claire et efficace, très simplement. »

E6 « Maxime m'avait conseillé en attendant que je reçoive l'anneau, euh de... bien masser en fait les poches inguinales, pour euh... détendre les tissus, et que du coup au moment de la remontée testiculaire, ça se passe mieux, et du coup, je sais pas si c'est ça, mais en tout cas, moi, j'ai jamais eu de douleur à ce niveau-là. »

... ou via d'autres usagers, à travers les réseaux sociaux et les forums en ligne.

E3 « y avait déjà beaucoup de questions qui revenaient souvent... que je me posais, donc j'ai pu avoir mes réponses directement par l'intermédiaire d'autres questions. »

E7 « j'ai dû utiliser je sais pas, une ou deux fois [le forum Discord], pour poser des questions. Bah du coup c'était pour euh... Euh bah pour du coup, la question de la pilosité, savoir si y en avaient d'autres qui avaient ce genre d'irritations ou pas, et oui bah du coup la réponse était unanime ! (rires) »

Les contacts avec les autres usagers ont permis d'obtenir des conseils pratiques et personnalisés : mise en place des dispositifs, remèdes aux « petits désagréments »...

E3 « Y a une douleur, une douleur au niveau de l'anneau, en fait, des rougeurs, et donc euh... Là pareil j'en avais parlé à Maxime Labrit, il m'avait dit que c'était assez normal, et puis j'avais regardé, je savais que ça allait arriver donc je suis allé acheter chez le pharmacien un euh... Il m'avait conseillé euh... Une crème oléocalcaire, quelque chose comme ça. Et donc euh j'avais appliqué ça et après, j'avais plus eu de... j'ai plus eu aucun autre effet secondaire. »

E8 « [en parlant du geste de remontée des testicules] J'avais déjà vu des vidéos, Erwan m'avait montré, de toute façon... Ça j'avais compris comment ça fonctionnait. »

Savoir qu'on peut compter sur quelqu'un, ou une communauté, a été très rassurant pour les usagers. Certains ont évoqué pouvoir se passer d'un suivi médical grâce à l'accompagnement par leurs pairs.

E4 « Je me suis beaucoup adressé à... sur le Discord de l'anneau. J'avais pas de médecin qui me suivait particulièrement. Euh... J'avais pas de médecin, pas d'andrologue, rien à ce moment-là. Euh... Donc c'était majoritairement Discord. »

E6 « Vu que, en fait... l'isolement fait que c'est compliqué de se lancer dans cette contraception, je trouvais, et là du coup d'avoir quelqu'un à qui parler, de l'avoir au téléphone, et de pouvoir discuter avec lui, et bien j'ai trouvé ça, rassurant »

E7 « le fait que j'ai accès à... fin... à plein de personnes militantes, voire des médecins, grâce au collectif. Je pense qu'il y a un côté où si j'ai la moindre question, je sais qu'il y a des personnes qui vont avoir la réponse très facilement. »

D'autres ont eu peu de contacts avec d'autres usagers mais aimeraient en avoir davantage.

E3 « J'ai jamais été mis en contact euh... J'ai jamais rencontré euh directement de visu des personnes qui étaient, euh, qui étaient contraceptées aussi. Des hommes contraceptés. »

E5 « Mais après non c'est vrai que j'ai pas trop de, de communication avec d'autres personnes, qui le font aussi, pour l'instant. Mais j'aimerais bien. Donc c'est pour ça que j'ai hâte de refaire... De faire l'atelier couture jockstrap, ça me permettrait rencontrer d'autres personnes quoi. »

2.3.2.2 De l'identification à la responsabilisation

Discuter avec ses pairs a permis d'avoir des informations personnalisées et de s'identifier plus facilement. E6 a, par exemple, montré ses parties génitales à un usager pour l'ajustement de son anneau.

E6 « *quand il a fallu, en visio, montrer à un inconnu, pour savoir si l'anneau que j'avais c'était le bon ou pas, bon bah je suis plus à ça près quoi...* »

Aussi, l'accompagnement a permis de responsabiliser des usagers dans leur démarche. E8 ne pensait pas utile de passer son premier spermogramme et c'est grâce à un pair expert qu'il s'est résolu à le faire.

E8 « *Moi par exemple, quand j'ai reçu l'anneau (...) j'appelais les labos pour passer le premier spermogramme, savoir si c'est ok, fin voilà le tout premier quoi... Et le rendez-vous c'était trois mois, deux mois, six mois... Donc j'étais là, « Attends c'est pas possible, je vais pas attendre trois mois ! (...) Je savais que j'étais fertile puisque... Y avait eu une grossesse non désirée dans une relation précédente, je me demandais si c'était vraiment important de passer ce premier spermogramme. (...) j'ai vu Erwan de GarCON, qui a passé pour le coup... On a passé une heure au téléphone déjà, et ensuite je suis allé coudre le jockstrap chez lui. (...) les discussions que j'ai eues avec Erwan, ça m'a permis de me responsabiliser, de me sensibiliser, et de... de... Donc ça pour moi, c'était le vrai accompagnement on va dire quoi. De comprendre les enjeux, de comprendre comment ça fonctionne, de comprendre ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire quoi. »*

2.3.3 Le médecin comme allié dans son parcours

Les usagers ont consulté des médecins afin d'avoir accès aux spermogrammes pour réaliser le protocole prescrit pour la CRT. Conscients, par la lecture de témoignages, que de trouver un·e médecin « arrangeant·e » ne sera pas aisé, ils ont utilisé des stratégies diverses pour trouver le ou la praticien·ne qui pourra les aider. Le choix a été différent pour les patients du Dr Mieusset, qui se sont engagés dans un parcours très codifié. Cependant, comme les autres, ils sont devenus des « patients », avec une relation de soins à respecter. Néanmoins, on observe que tous ont tenu à garder une forme d'autonomie, qu'elle soit facilitée par leur médecin ou non.

2.3.3.1 À la recherche du médecin « arrangeant »

Au début de leur démarche, les usagers ont rapidement pris connaissance de la nécessité de réaliser un spermogramme avant de commencer la CRT. Cet examen permet de vérifier leur fertilité et nécessite une ordonnance pour le réaliser au laboratoire.

E1 « *la personne avec qui j'étais en contact pour l'anneau thermique m'a dit que c'était d'abord intéressant de faire un spermogramme pour savoir si j'étais fertile* »

Les usagers étaient conscients de la difficulté de trouver un médecin qui pourra les suivre.

E3 « *Parce que, j'avais vu aussi pas mal de euh ... de personnes qui étaient allées dans des, voir des médecins qui leur avaient dit que c'était... en gros n'importe quoi, etc.* »

E5 « *la contraception masculine... Avant que ça arrive chez tous les médecins généralistes... J'y crois moyen !* »

E6 « *je suis allé voir l'urologue pour le phimosis, donc rien à voir avec la contraception, je lui ai quand même dit que j'étais contracepté, et ça m'a stressé plus que le rendez-vous ! C'était « Comment il allait réagir quand j'allais lui dire que j'utilise un moyen de contraception ? ». Ça a été un vrai stress parce qu'en plus il est un peu âgé... Et du coup je me suis dit « Bah laisse tomber, il va pas du tout... Il va me sermonner en me disant que c'est n'importe quoi ! »* »

Une sélection de médecins s'est faite, notamment car le médecin de famille est fréquemment rejeté. Les usagers ont craint d'être jugés. E3, qui était mineur au début de sa démarche, n'a pas souhaité consulter le médecin généraliste qui le connaît depuis qu'il est enfant et qui soigne ses parents. Le médecin de famille de E7 est parti à la retraite, il a exprimé les mêmes craintes s'il avait dû aller le voir.

E3 « *J'en ai pas parlé à mes parents, j'avais pas trop envie de leur en parler et euh... d'aller voir mon médecin généraliste non plus. Parce que, fin il est, fin c'était en campagne donc il est... je, j'avais un peu peur de sa réaction* »

E7 « *Ha ouais non [mon médecin de famille], je pense que ça aurait... J'aurais eu beaucoup de mal ! Il est... très, très, « vieille France », euh... Et je pense que j'aurais pas du tout été capable, fin... Même si je mets de côté ses idéaux supposés, euh... Je pense que le fait que je le connaisse depuis que je suis tout petit, m'aurait empêché de parler de ça avec lui. Ou même que du coup, il m'examine les parties génitales, je pense que j'aurais eu un blocage à ce niveau-là.* »

Beaucoup d'usagers n'avaient pas de médecin traitant ou de suivi médical régulier.

E1 « *j'avais laissé mon médecin traitant en Bretagne et... je, je changeais régulièrement de médecin quand j'en avais besoin à Lyon, en sachant que je vais très rarement voir le médecin à Lyon* »

E4 « *J'avais pas de médecin qui me suivait particulièrement.* »

E1 a cherché des médecins « alliés » sur une plateforme recensant des soignant·es « féministes » (Gynandco). Comme d'autres, il s'est aussi adressé au Planning familial.

E1 « *j'ai cherché du coup un médecin (...) j'ai passé plusieurs coups de fil, notamment en passant par une plateforme qui s'appelle Gynandco qui référence des, des médecins normalement un peu ouverts à ces nouvelles... à ces nouveaux besoins on va dire, autour de la sexualité et... Et je sais plus pourquoi ça a pas fonctionné mais j'ai trouvé personne sur cette plateforme (...) Et au final, je me suis retrouvé un peu en ... en désespoir de cause à appeler le Planning familial de Villeurbanne* »

E3 « *J'étais allé voir un médecin quand même euh... Un médecin euh avant le... avant le, le port. C'était du coup au Planning familial de euh... de Troyes.* »

E8 « *j'ai contacté le Planning familial à Montauban, elles elles avaient pas d'infos mais elles m'ont dit « Si t'en as, on veut bien que tu nous les donnes après ! » (rires)* »

E7 a fait son choix de nouveau médecin traitant au moment où il débutait la CRT. Il a cherché un médecin « safe », c'est-à-dire sûr, non jugeant.

E7 « *fallait que je trouve un médecin... Qui euh... Qui soit assez safe, qui soit, du coup je me suis dit que ça allait être le moins galère possible euh... (...) j'ai recontacté mon ex petite copine, je lui ai dit « Bah voilà, je me souviens que ton généraliste avait fait une thèse sur le rôle des médecins généralistes dans les violences conjugales »... (...) Et donc je me suis dit « Bon bah cette personne a l'air quand même... Fin d'avoir réfléchi un peu à des choses bienveillantes, du coup... pourquoi pas... en faire ton nouveau médecin généraliste, ton nouveau médecin.* » »

D'autres « tentent leur chance », notamment avec leur médecin traitant qui avait été choisi « par défaut » auparavant.

E4 « j'étais arrivé récemment dans le 9^e [arrondissement de Paris], et donc j'ai pris le premier médecin que j'ai pu trouver. Hum... En bas de la rue, et je suis allé le voir. »

E8 « je suis allé voir un médecin... Enfin c'est mon médecin traitant, mais c'est mon médecin traitant par défaut, c'est juste que... J'ai été le voir et fallait que je coche un médecin traitant, donc je lui avais demandé. »

E6 en a parlé à son médecin de longue date, qui suit ses enfants.

E6 « je sais que là mon médecin il a été très ouvert et j'étais pas étonné, parce que c'est vraiment un très bon médecin, et j'ai vraiment confiance en lui (...) C'est la sage-femme de ma compagne qui me l'a conseillé, ce médecin-là, qui est très, très bien avec les enfants, et moi j'ai accroché avec lui tout de suite. Et à l'époque j'avais pas de médecin qui me convenait, du coup je l'ai pris comme médecin généraliste »

Les Toulousains ont bénéficié de leur proximité géographique avec le Dr Mieusset.

E2 « j'ai repensé à ... au Dr Mieusset et à la contraception masculine avec le sous-vêtement thermique. Donc du coup, j'ai pris rendez-vous avec lui. »

E5 « moi qui vis à Toulouse, j'ai pu directement aller voir le Dr Mieusset »

Certains usagers ont essayé des refus, des jugements de la part des médecins à qui ils ont confié utiliser le CRT ou demandé une ordonnance de spermogramme. Ils se sont alors tournés vers d'autres médecins.

E5 « j'en avais parlé avec un de mes médecins traitants, ici... Et euh, c'était quelque chose il disait « Mais non ça marche pas, ça fonctionne pas, on n'a pas assez d'études », ce genre de choses quoi. »

E8 « je suis allé voir [mon médecin traitant], en lui expliquant que je faisais ça et qu'il me fallait une ordonnance pour les spermogrammes. Et en fait il a commencé à... En fait pendant cinq minutes il me parlait plus et il regardait sur son ordinateur, il me disait « Mais ça avait pas été interdit ça .. ? », enfin je sais pas quoi, il marmonnait un peu... (...) et puis à la fin il m'a dit « Ha bah non je vous ferai pas d'ordonnance, parce que je suis pas apte à vous suivre, à faire un suivi là-dessus ». Il m'a donné le numéro d'un confrère urologue à lui... (...) je lui ai dit « C'est pas grave, je vais aller au Planning, c'est beaucoup plus simple... » »

2.3.3.2 Devenir (un) « patient »

Une fois leur médecin trouvé, la « première réaction » de ce dernier était variable. Certains médecins ne connaissaient pas du tout la méthode...

E6 « quand je lui ai expliqué qu'on voulait choisir... une contraception, m'occuper moi de la contraception, il a fait un drôle de regard ! (...) il m'a clairement dit que j'étais le premier à lui en parler »

... d'autres, un peu ...

E7 « Je lui ai expliqué ma volonté de commencer cette contraception. Il était pas énormément au courant. Mais il en avait déjà entendu parler. »

... d'autres étaient formé·es et plus ou moins expérimenté·es.

E1 « *je sentais bien qu'elle en connaissait cinq fois plus que moi, quoi et c'est agréable de sentir malgré tout cette expertise en face de soi.* »

E2 « *L'expérience dans la contraception, euh, le fait qu'il s'y connaisse, qu'il soit formé.* »

E3 « *c'était une plutôt jeune docteure qui connaissait la méthode. Elle avait jamais pris en charge de personne qui, qui voulait se lancer dans cela mais en tout cas... Elle connaissait la méthode quoi. Du coup elle a pu quand même plutôt bien m'accompagner.* »

E5 « *Je suis parti plus avec le Dr Mieusset parce que je me suis dit c'est la personne qui sait le plus... Fin ça fait vingt ans, qu'il fait sa thèse dessus, fin qu'il bosse dessus, ou quoique ce soit.* »

Au-delà de leurs connaissances, ce sont aussi les qualités humaines des médecins qui étaient recherchées et appréciées.

E1 « *je sentais que voilà, la relation était 100 % professionnelle, que y aurait pas une once de jugement quel que soit ce que je pourrais raconter (...) elle savait que je lui cacherais probablement rien et à l'inverse moi je savais qu'elle me jugerait sur rien.* »

E3 « *le fait qu'elle connaisse et qu'elle me conforte (...) ça m'a mis quand même bien plus à l'aise, et conforté encore dans mon choix.* »

E4 « *il m'a dit « Bah ouais en vrai cool... Franchement bravo de vous lancer là-dedans, c'est cool... » Ce qui m'a un peu étonné parce qu'il avait l'air un peu vieux jeu* »

La notion de confiance a été très importante pour plusieurs usagers.

E2 « *Dr Mieusset il s'y connaît bien donc euh... J reste avec lui.* »

E6 « *c'est vraiment un très bon médecin, et j'ai vraiment confiance en lui. Si j'avais pas ce niveau de confiance là avec mon médecin, bon bah clairement, faut aller voir ailleurs.* »

Les usagers ont eu un suivi médical « en pointillés » pour la plupart et étaient confrontés, pour la première fois, à une médecine préventive dont ils avaient peu l'habitude, en particulier dans le champ de la santé sexuelle et reproductive.

E7 « *la reproduction dite masculine, elle est pas du tout médicalisée, on voit pas des andrologues comme on le conseille à des personnes qui ont un utérus avec le gynécologue bah y a un côté où je me dis... Et que voilà, que quand on consulte c'est normalement que quelque chose va pas, alors que là bah... Là j'ai consulté un médecin et j'ai parlé de ma reproduction, enfin de ma contraception, ça a eu... Enfin voir un médecin quand tout va bien, c'était quand même une expérience ! C'est quand même une avancée, j'en apprend plus sur comment ça fonctionne... »*

Ils ont reçu des conseils sur leur santé : E3 s'est vu proposer le vaccin contre le papillomavirus.

E3 « *Elle m'a parlé aussi pas mal d'autres choses... On en est venus à parler du vaccin contre euh... euh... le cancer du col de l'utérus, qui était aussi accessible aux hommes.* »

Leurs parties génitales ont fait l'objet d'un examen clinique jamais ou rarement expérimenté jusqu'alors. L'examen génital a été l'occasion pour certains d'essayer leur dispositif.

E1 « elle devait faire euh une palpation pour vérifier qu'il y avait pas de problème potentiel »

E2 « Il faut se faire examiner initialement, voir si t'as pas de contre-indication, etc. »

E5 « Ça a été long, parce que du coup, ça a duré je crois une heure et demie, parce que du coup c'est vraiment je crois pour euh... pour prendre les mesures, euh, bon ça fait toujours bizarre de se faire tâter... (rires) Bon voilà, faut le faire, faut le faire. »

E7 « il m'a examiné physiquement. Il a du coup regardé si la remontée testiculaire était possible ou non. (...) je m'étais ramené avec l'anneau du coup, le premier... essai, je l'avais fait devant lui (...) il m'a confirmé que c'était bien comme ça qu'il fallait le mettre... »

Après le premier examen, E5 relate que le Dr Mieusset ne l'a pas touché pour les essayages. Les ajustements des slips se sont faits par guidance orale.

E5 « Il m'explique en vocal, et ensuite je mets, et là il va me dire « Attention, fais comme ça, là mets ton doigt, tire... ». Mais par contre il me touche pas, ou quoique ce soit. Ça il le dit : je touche juste au tout premier rendez-vous, pour bien voir, après je ne touche plus. Chose que j'ai appréciée aussi, même si ça me dérangeait pas, je m'en fiche voilà... (...) Je trouve ça bien le consentement, de demander avant, si on peut toucher ou pas, tout simplement. »

Quelques-uns n'ont pas eu d'examen physique. Ils disent le regretter, connaissant le protocole.

E6 « Non. Euh... Ce qui me convenait très bien, je dois avouer, la première fois, parce que je me suis dit que moins j'en montrais mieux je me portais, et aujourd'hui je me dis que c'est quand même très con parce que... C'était normalement... C'est dans le protocole qu'on reçoit donc voilà... »

E8 « si on suit le processus, bah si, ça manque, clairement. (...) Je savais que j'étais pas dans ces cas-là [de contre-indication]. Donc je me suis dit « Bon bah je vais voir, je vais mettre l'anneau... » et pfft ! J'ai jamais eu aucune douleur. Donc à partir de ce principe-là, pour moi je me dis ça m'a pas manqué. »

E4 n'a pas été examiné non plus par son médecin qui a préconisé une échographie. Depuis, il a eu une hernie inguinale qui l'a obligé à arrêter la CRT. Il s'est demandé si cela n'aurait pas pu être évité avec un examen clinique plus poussé.

E4 « Je saurais pas [si ma hernie est due à la CRT]. Alors que je l'aurais su si j'avais eu, entre guillemets, les examens, les bons examens au départ. (...) Y a des usagers de l'anneau qui ont eu des hernies, qui avaient des hernies inguinales qu'ils ont découvertes, parce qu'ils ont fait avec un médecin, la... le check-up complet. »

Les patients du Dr Mieusset étaient dans une relation médecin/patient assez « classique » : le protocole était prescrit et devait être respecté à la lettre. Les spermogrammes étaient contrôlés et le choix du dispositif contraint.

E2 « j'ai essayé d'en coudre [des jockstraps]. Bon après le Dr Mieusset veut pas que je les utilise, hein ! Ha ça, il... ça c'est non pour lui, hein ! (...) il m'a dit « Bah si tu fais ça, bah j'te suis plus » ! »

E5 « Mieusset, il demande juste « Bah envoyez-moi les résultats [du spermogramme], et pis je vous fais l'ordonnance pour le prochain, et puis si tout est ok, c'est bon. » »

Les autres usagers ont également réalisé des spermogrammes régulièrement. L'expérience a différé d'une personne à l'autre et d'un laboratoire à l'autre : tantôt austère, tantôt plus accueillant. Plusieurs usagers ont changé de laboratoire jusqu'à trouver celui qui leur a le mieux convenu.

E1 « j'ai fait mon spermogramme dans la foulée, qui est l'expérience euh, la moins agréable au monde (rires), dans une pièce toute blanche, euh (rires), sans absolument aucune stimulation et... et ça reste un moment pas cool du tout, vraiment pas très agréable... »

E2 « le premier était vraiment, c'était pas terrible hein. Une salle toute blanche, y avait rien. (...) Donc après, j'ai changé. (...) Le deuxième était vachement mieux, quoi, parce que, c'était un peu mieux, y avait une lumière tamisée, euh y avait des euh... y avait des films pornos à la télé, s'tu veux, parce que... sinon c'est pas très... euh... t'as pas envie de... d'éjaculer dans une salle toute blanche où t'as rien quoi »

E3 « Les personnes étaient très compréhensives et très sympathiques, donc je trouvais que l'ambiance était plutôt saine, contrairement à ce que j'ai pu voir dans d'autres, fin ce que j'ai pu entendre d'autres personnes dans d'autres laboratoires. Avec des problèmes d'isolation des murs, des problèmes à se concentrer aussi ça pour... Ça avait été, sinon, ça s'était bien passé. »

E6 « on entendait vachement les portes qui claquaient dans le couloir, « Ha y a quelqu'un qui vient de rentrer dans la salle d'à côté ! ». T'entends les allers-retours dans le laboratoire, la laborantine qui passe devant la porte... Tu te dis « Est-ce que j'ai bien fermé à clé ? » donc tu vérifies... »

E8 « C'était un peu bizarre... Enfin de faire ça dans un labo, de devoir faire ça dans un labo, bah tu te masturbes c'est un peu bizarre. (rires) Mais ça va c'est... C'est pas un examen qui est horrible quoi ! (rires) C'est juste un peu bizarre comme ambiance ! »

Au-delà des locaux, le personnel du laboratoire a parfois empêché de faire l'examen. En allant faire son deuxième spermogramme, E7 a fait face à l'incompréhension d'une des secrétaires :

E7 « Y a du coup une des secrétaires qui m'a regardé un peu bizarre (...) En mode « Bah alors pourquoi vous revenez ? Vous êtes pas malade et vous avez pas un désir d'enfant, du coup pourquoi vous revenez ? », j'ai dit « Bah c'est pour une contraception ! » et donc fin... Y a eu tout un... Fin c'était... Ouais un scandale (...) du coup bah je me suis barré ! Et donc bah j'ai trouvé un autre laboratoire, et là j'ai plus jamais eu de problème. »

En outre, les spermogrammes ont nécessité une prise de rendez-vous, parfois très en avance, ce qui a obligé les usagers à les anticiper ou bien à pouvoir changer de laboratoire régulièrement.

E1 « les rendez-vous pour faire les spermogrammes ils sont à prendre au minimum un mois, un mois et demi avant, et ils sont que dans les grandes villes »

E2 « j'ai pris rendez-vous direct pour celui à trois mois. C'est ce qu'il faut faire en fait : dès qu'on a fini le premier, on prend rendez-vous pour le suivant. »

E8 « je change souvent parce que je regarde... Dans lesquels y a de la place rapidement, je prends pas mes rendez-vous deux mois à l'avance quoi »

2.3.3.3 Garder le contrôle et rester autonome

Les usagers ont été assez peu nombreux à penser le suivi médical comme indispensable à leur pratique de contraception. Ceux qui l'ont défendu sont surtout les patients du Dr Micusset.

E2 « en cas de question, ou en cas de problème, d'oubli euh... Je pense que c'est nécessaire ouais. »

E5 « je suis vraiment plus parti vers Mieusset, pour vraiment être suivi, pour pas faire de bêtise et que ce soit effectif, quoi. »

Beaucoup ont dit pouvoir se passer d'un suivi médical, certains dès le début...

E3 « Au départ, moi dans ma visée c'était vraiment pour... pour avoir un spermogramme, fin j'avais pas le besoin d'un accompagnement. (...) les réseaux sociaux, etc. ça m'a quand même aidé, ça a répondu à beaucoup de mes questions, donc je voyais pas... pas plus que ça l'intérêt de faire un suivi sur le long terme. »

E4 « Oui, bien avant. Euh... Pour moi, c'était pas évident en fait qu'il y avait besoin d'un suivi médical. Euh... J'étais... Je pense que j'étais confiant dans ce truc... »

E8 « j'ai jamais senti le besoin d'être accompagné par un médecin. »

... et d'autres, depuis qu'ils ont acquis suffisamment d'expérience et de confiance.

E5 « le seul truc que je saurais pas faire, c'est si vraiment j'ai une douleur ou quoique ce soit, là oui vraiment ça je pourrais pas. Mais si y a une douleur y a les urgences, et ainsi de suite, voilà. Mais... Par contre pour le suivi, non, non, ça je pourrais le faire tout seul. »

E7 « Je ressens pas spécialement la nécessité [d'un suivi médical], parce qu'il y a pas de problème, tout fonctionne comme sur des roulettes... »

La plupart des usagers ont renseigné leurs médecins sur la méthode de CRT. On peut y voir une inversion du rapport sachant / apprenant.

E4 « J'avais pris en gros le détail des contre-indications qu'il fallait qu'il checke, je lui avais dit « Est-ce que vous pouvez checker tout ça ? »... »

E6 « Je lui ai dit que je m'étais renseigné, que j'avais lu pas mal d'articles, qu'il y avait sur le site de Thoreme, et que... Là, c'était mon choix, je voulais partir là-dessus. »

E7 « Il était, assez rapidement très... Très intéressé, et donc il m'a posé plein de questions, et je lui ai répondu avec ce que je savais »

E8 « j'ai été surpris par l'andrologue que je suis allé voir, un andrologue c'est quand même son métier, a priori, l'appareil reproducteur masculin... Et du coup quand je suis rentré c'était ça quoi : « Ouais donc vous venez pour la thermique ? Bah qu'est-ce que vous voulez savoir ? Qu'est-ce que vous voulez ? » J'avais envie de dire « Bah c'est plutôt vous qui devriez me dire... ! Fin c'est pas à moi de... » (rires) Fin j'ai vraiment eu l'impression que les rôles ils s'étaient inversés... »

Les médecins ont aussi apporté de l'autonomie aux usagers grâce à des ordonnances de spermogramme renouvelables.

E7 « il était très motivé, il m'a dit « Bon bah pas de problème, je te fais même une... un spermogramme... enfin une ordonnance de spermogrammes pendant un an, comme ça tu vas pas devoir revenir à chaque fois » »

E8 « elle m'avait fait une ordonnance renouvelable dix fois avec un au bout de trois mois »

Les usagers interprétaient eux-mêmes leurs spermogrammes dans la plupart des cas.

E5 « les spermogrammes, j'arrive à très bien les comprendre. Je sais qu'il y a des gens qui n'arrivent pas forcément à comprendre les analyses de sang, ce genre de choses ou quoi, mais moi par exemple j'arrive à les comprendre »

ML « Tes spermogrammes, c'est toi qui les interprètes toi-même ?

E6 — Euh... Bah du coup, vu que j'étais à zéro, oui. »

E7 « maintenant mes spermogrammes y a juste euh... « Azoospermie » et fin, c'est... Y a deux chiffres à lire et une ligne avec écrit « Contraception réussie », quoi ! »

E8 « le premier spermogramme la seule interprétation que j'ai fait, c'est l'interprétation de quelqu'un qui connaît rien, mais j'ai vérifié que tout était dans les normes quoi. Y a toujours tu sais les petits trucs, enfin bon voilà. J'ai vu que tout était dans les normes. Et à la fin y avait marqué, parce que y a aussi toujours un petit encadré avec le... Avec une conclusion, c'était marqué : « Absence d'anomalie » (...) le deuxième spermogramme c'était trois mois après... J'ai rien eu besoin d'analyser, à part que, y a avait marqué « inférieur à 50 000 par millilitre », je me dis « Bon bah je pense que c'est pas mal », sachant que le... J'avais en tête le seuil de 1 million par millilitre. (...) et après j'ai refait un spermo bah... en novembre, ça devait être novembre. Et j'étais à zéro. (...) Voyant ça, j'ai jamais senti le besoin d'être accompagné par un médecin »

Parfois, la démarche d'un usager a permis d'informer le laboratoire de biologie médicale sur l'existence de la contraception masculine.

E6 « le laborantin a appelé en catastrophe le médecin généraliste en disant « Votre patient y a un gros problème, il a plus de spermatozoïde ! » Donc le médecin a dit « Bah si, si, il est contracepté, il a un anneau pour euh... Il a un anneau, il est contracepté » « Ha ! Bah ça fonctionne très bien ! Vous pouvez lui dire que ça fonctionne très bien ! » Et donc là, depuis j'ai refait mes spermogrammes par la suite, et maintenant dans son formulaire il y a l'inscription, fin pourquoi on fait le spermogramme, il y a marqué « Contraception ». »

E1 aurait aimé simplifier la démarche du spermogramme en les réalisant à la maison.

E1 « soit y a besoin d'ouvrir d'autres lieux un peu plus faciles si la pratique se démocratise, soit y a besoin d'inventer des choses pour pouvoir faire ça chez soi et l'envoyer à un labo, j'en sais rien mais pfff... »

Le rôle du médecin était perçu comme celui d'un accompagnateur plutôt qu'un prescripteur.

E8 « Faire le début de l'accompagnement comme on en parlait, donc euh dire... Expliquer les contre-indications, tester... Et puis après, accompagner... Enfin, pas accompagner mais expliquer la démarche, les choses à ne pas faire... En gros un peu tout ce qu'il y a, toutes les infos qu'on peut trouver sur le site de l'Andro-switch ou ce genre de choses quoi. Mais après les classer quoi, parce qu'on peut pas avoir un tas d'infos comme ça quoi... »

Malgré cette « débrouillardise », aussi imposée par le fait que les médecins sont peu formés et informés, certains usagers ont reconnu qu'un suivi médical peut être intéressant, aussi pour rendre « plus légitime » la CRT aux yeux du grand public.

E3 « y a pas mal de personnes autour de moi, fin sur les groupes, qui recherchent des... des urologues, des médecins spécialisés, pour avoir un suivi, pour avoir... euh... pour avoir vraiment un suivi sur le long terme. »

E4 « quand tu suis un protocole médical, bah c'est important d'avoir le suivi qui va avec »

E8 « *je pense que pour que la méthode soit acceptée, il faut que ce soit plus développé, et que ce soit plus suivi, parce qu'il y a même beaucoup de gens qui... Que ça pourrait réfréner quoi, de se dire « Bah j'ai pas un médecin qui me suit », c'est pas... C'est un métier quoi ! (rires) (...) Même si moi j'en ai pas ressenti le besoin, je pense que pour beaucoup de gens, ça manquerait quoi. »*

E4, qui a eu un effet secondaire, a regretté de ne pas avoir pris au sérieux le suivi médical, se basant seulement sur ses recherches en ligne. Il a attribué son manque de sérieux à un côté « militant ».

E4 « *Mais encore une fois, faites ce que je dis faites pas ce que je fais, c'est exactement pas ce que j'ai fait de mon côté, je saurais pas dire pourquoi. Probablement parce que j'avais un peu... Peut-être, de manière inconsciente, ce côté militant qui a renforcé le truc de « J'y vais ! » »*

2.3.4 Devenir expert et militant à son tour

Forts de leurs connaissances et de leurs pratiques, les usagers ont développé une expertise particulière vis-à-vis de la CRT. Ils sont devenus les messagers de la méthode auprès de leurs proches et ont apporté leur aide à d'autres usagers. Chacun, à son échelle, a souhaité faire progresser la méthode.

2.3.4.1 Se confronter au regard des autres

Les usagers ont parlé de la méthode autour d'eux, à leurs proches, pour la faire connaître ou simplement témoigner de leur expérience.

E2 « *des réactions plutôt positives dans mon entourage. »*

E5 « *j'en ai parlé à ma famille, bah... Euh, pas de souci. Ils ont dit c'est trop bien, c'est super cool. »*

E6 « *j'en ai parlé à mes parents... Alors ils ont été étonnés ! (rires) »*

E8 « *les réactions, ça a été assez euh... Comment dire... Euh, y a eu de la curiosité, parce que voilà les gens ils se demandent, ils savent pas trop ce que c'est, comment ça marche, mais globalement c'est positif quoi. »*

Quelques-uns ont reçu des réactions hostiles.

E2 « *y a eu quelques gens qui euh, qui... étaient totalement euh... contre, en mode « T'es sûr vraiment que ça marche ? Moi à mon avis ça marche pas... C'est des conneries, ça doit faire mal aux couilles... » etc. Mais ça, c'était une petite partie. »*

E5 « *J'en ai eu, j'en ai eu un, de quelqu'un qui est très... patriarcal ou quoique ce soit, et qui m'a dit en gros, « La contraception c'est pas mon problème ! ». Et là je lui dis « Bah si en fait, fin je veux dire, pour faire un bébé, ou quoi, c'est deux personnes, c'est pas qu'une seule personne ! » « Oui mais c'est pas mon problème ! » Ok, bah du coup j'ai coupé court hein, ça sert à rien d'aller plus loin... »*

E6 « *Mes amis, euh... Chaque fois c'était... Au mieux « Ha bon, ha bah c'est bizarre », au pire des... pas des moqueries, sinon ce serait mes amis, mais... (...) Fin ils voient pas du tout pourquoi s'embêter avec un anneau, à mettre quinze heures par jour... alors qu'il suffit de prendre la pilule tous les soirs. Donc là quand c'est comme ça, je rentre pas dans le débat. »*

E7 « *Des personnes euh... Pas inconnues, mais euh des personnes que je rencontre, et où je leur parle de ça... Bah je vais souvent avoir des réflexions en mode, « Ha mais du coup, ça veut dire que t'as pas de couilles ? » (...) j'ai eu énormément de phrases sexistes, misogynes (...) »*

Certaines personnes de l'entourage n'ont pas été informées, notamment par crainte de remarques négatives ou de moqueries.

E1 « *ma famille, je leur en ai pas parlé, mes parents sont très fermés en terme de sexualité »*

E3 « *Les copains mh... tout le monde n'est pas au courant. »*

E8 « *y a même des gens avec qui j'ai pas envie d'en parler parce que je sais pas, j'appréhende un peu, ils pourraient faire des blagues... »*

E7 a scénarisé son annonce pour ses parents, chez qui il vit encore, comme un « coming-out ».

E7 « *au début je savais pas du tout comment... En parler à mes parents. (...) j'ai réfléchi à comment est-ce que j'allais le faire. Et du coup je me suis dit que le choc c'était mieux ! (rires) Et donc quand euh... Quand les Andro-switch sont arrivés, euh... Juste avant de manger, un jour, je les ai juste posés sur la table et je leur ai demandé ce que c'était. Euh... Pour susciter le débat... »*

Les usagers étaient plus ou moins à l'aise à l'idée de montrer leur dispositif en public.

E1 « *je travaille depuis un espace de co-working (...) fallait que hop j'aille aux toilettes, je cache un peu mon anneau et j'étais pas forcément, même si la plupart des gens dont j'étais proche à cet espace-là savaient, genre j'ai pas trop de mal à en parler, je... ils savaient que j'utilisais cette méthode de contraception, et j'ai pas de blocage à l'exprimer, bah malgré tout l'objet tu vois, j'avais un peu plus de mal à le présenter. (...) j'ai pas réussi à désacraliser l'objet on va dire. Alors qu'en parler c'était beaucoup plus facile quoi. »*

E8 « *Ça m'est arrivé pareil d'aller à la plage, et de me dire euh, je me change sur la plage, et je m'en fiche, les gens ils peuvent dire ce qu'ils veulent, je vais pas me poser la question. »*

E8 a dit rejeter toute forme de glorification ou d'héroïsation dont il pourrait faire l'objet.

E8 « *Et puis des fois ça arrive qu'il y ait des copines de Clara qui disent « Ha mais c'est génial que tu fasses ça ! » ou je sais pas quoi... (...) C'est pas parce qu'un mec se contracepte qu'il est bien en fait. Ce sont des choses différentes quoi. On dit pas à une meuf « Tiens tu prends la pilule ? T'es une meuf géniale ! » (rires) »*

Il a été un des rares à évoquer la question de l'atteinte à la virilité, qu'il disait rejeter aussi.

E8 « *Alors déjà ça veut dire quoi la virilité ? Et donc la virilité c'est... Fin je veux dire ça change rien en fait, t'éjacules, c'est exactement... T'es exactement la même personne ! Juste, t'as un dispositif qui fait que tu te contraceptes, donc ça veut dire... Fin je sais pas, ça veut dire qu'une femme qui prend la pilule, elle perd sa féminité aussi ? »*

2.3.4.2 Être pair-expert

Plusieurs des usagers sont devenus « pair-expert » après quelques mois de pratique. Ils ont accompagné des personnes souhaitant s'informer ou débutant avec la méthode de CRT. Cet accompagnement a pu se faire en ligne...

E3 « y avait un groupe Signal avec donc d'autres usagers, ensuite euh y avait aussi un groupe euh Facebook sur Internet. (...) y a aussi un groupe Discord, très bien géré, avec énormément d'accompagnement, sur toutes les questions (...) [les questions, ça peut m'arriver de] les poser (...) [et] parfois y répondre »

E4 « à travers cette pratique de l'anneau, je me suis... Je me suis intégré à une adresse mail qui rassemble des usagers de... de la contraception thermique en général, pas que l'anneau... »

E5 « Bah y a du coup le groupe sur lequel on est, Facebook, sur lequel je parle pas mal. »

... ou bien dans la « vraie vie », auprès de proches ou en faisant partie d'un collectif.

E1 « j'ai aucun ami qui a lancé ce processus là pour eux, ami mec, mais... mais, ça en a titillé quelques-uns et je pense que certains y réfléchissent et à un moment essaieront aussi de leur côté. Donc c'étaient plutôt des discussions saines et ouvertes sur euh bah justement exactement ce que tu me demandes en fait euh : les désagréments potentiels, ce que ça implique au jour le jour... Et on a eu des vraies discussions autour de ça quoi. »

E3 « J'en ai parlé particulièrement avec un ami qui euh, qui... qui avait vu, pareil, une vidéo sur Internet (...) le fait qu'il puisse parler à quelqu'un qui... qui l'utilise, ça l'a... il était vraiment très intéressé »

E5 « J'essaye de, d'en parler autour de moi. J'ai des collègues qui, qui vont sauter le pas là donc c'est cool ! Euh... J'essaye de les informer »

E7 « J'ai cousu [mon jockstrap] (...) avec les membres du coup, du collectif ZéroMillions... (...) Plein de personnes de ce collectif ! Dont je fais partie. »

E8 « On a un collectif qui s'appelle « ZéroMillions »... Ils sont hyperactifs, moi j'ai du mal à tout suivre ! »

Le travail militant a consisté essentiellement à répondre aux personnes intéressées par la méthode, au début de leur démarche. Pour E7 et E8, il y avait aussi la mise en place d'ateliers couture.

E4 « Du coup, je reçois en fait des mails de curieux, ou de gens qui portent l'anneau, et qui ont besoin de... de parler à des usagers. »

E7 « Et bah maintenant du coup je vais donner, je vais les remplacer et euh... Aider les autres personnes à faire des jockstraps. »

E8 « quand il y a un atelier, c'est bien au moins, en fait on peut parler avec les gens, et répondre à leurs questions. Donc ça c'est un vrai accompagnement, un vrai début d'accompagnement, quoi. »

Des temps d'échange ont été organisés.

E8 « ils ont monté des permanences, donc ça c'est bien parce que ça permet d'avoir juste un temps d'échange sans que ce soit un atelier de couture. Parce que l'atelier de couture amène de l'échange, forcément, mais... (...) Si tu veux juste venir discuter, c'est pas forcément le meilleur endroit. »

Même en étant conscient des limites de ses connaissances, E8 dit s'être enrichi des échanges.

E8 « *alors même si on n'a pas les réponses à toutes les questions, et je suis pas celui qui a le plus de réponses, Antoine il est quand même bien plus calé. Mais ça j'aime bien... »*

Faire partie d'un collectif a été une démarche qui s'inscrit dans le parcours de vie de E7 et E8, tous les deux militants et bénévoles d'autres causes. Ils y ont été amenés par d'autres usagers rencontrés pendant leur parcours.

E7 « *c'était à un événement à la maison des femmes de Montreuil. (...) c'est là que j'ai rencontré Antoine... Enfin les deux Antoine, et euh... Et ouais, ils m'ont qu'ils étaient assez déterminés pour faire un collectif »*

E8 « *[avec Erwan Taverne] on a discuté de militantisme et tout ça et en fait euh... Bah... Il était là « Ouais c'est bien si tu t'engages » (...) quand je suis revenu, je suis allé coudre chez Antoine, et après ouais ça a été assez naturel de me dire ouais... J'ai envie de participer à ça, et d'y consacrer un peu de temps quoi. »*

2.3.4.3 Faire du prosélytisme et militer

Au-delà de leur engagement auprès de leurs pairs, tous les usagers ont parlé de la méthode autour d'eux.

E2 « *J pense qu'il y a, y a moyen de... de convaincre pas mal de mecs, en en parlant. »*

E4 « *j'ai commencé à faire chier mes potes pour qu'ils l'utilisent ! (rires) Mais ils me connaissent, je suis militant sur tous les sujets et je les fais chier sur tous les sujets sur lesquels je trouve que c'est important... Ils commencent à avoir l'habitude ! »*

E5 « *à mon échelle, j'essaie d'en parler le plus possible. J'essaie de faire avancer le truc quoi. »*

E7 « *J'en ai quand même pas mal parlé, assez rapidement à mon entourage (...) Bon malheureusement j'ai pas réussi à... À en faire passer de mon côté hein, mais j'y travaille encore ! »*

E8 « *pas mal de mes potes sont au courant que je fais ça, quoi, parce que... juste pour entre guillemets en parler quoi, que ça se sache ! Que les gens soient au courant que ça c'est possible quoi. Parce que personne, personne ne connaît ça... Vraiment, personne, personne ! Fin ça commence là mais euh... Et du coup j'ai tendance à en parler facilement »*

Au sein des collectifs militants, ils ont participé à des actions de sensibilisation du grand public. Ils ont mis leurs compétences personnelles et professionnelles à profit.

E7 « *Au départ c'était euh... Qu'on puisse intervenir, que ce soit avec des soignants, enfin des professionnels, ou bien euh... Dans des collèges/lycée, ou même juste à des événements comme ça, pour pouvoir euh faire... Comment je dirais ça... De la sensibilisation ? À la contraception testiculaire. (...) c'était vraiment le côté pédagogique qui m'intéressait, dans la santé... la santé affective et sexuelle. (...) la transmission »*

E8 « *on a un projet de podcast donc c'est bien, ça allie mes compétences techniques aussi, parce que c'est un peu mon métier ! »*

Quelques usagers ont questionné le rôle des institutions et se sont interrogés sur la méconnaissance générale de la méthode.

E5 « *Y a une chose c'est que je trouve ça ouf que ça existe, et je trouve ça ouf que ce soit pas connu. C'est vraiment le truc qui à chaque fois me met hors de moi. C'est vraiment ce truc-là... Que ce soit pas connu. Bon*

après je vais pas partir dans la conspiration ou quoique ce soit, mais est-ce que y a pas des lobbys pharmaceutiques pour les pilules et que du coup, ça rapporterait moins de sous, et que machin... Fin c'est ce genre de choses qui m'énerve. »

E8 « C'est [Olivier] Véran qui avait parlé de ça à l'Assemblée ? Où il disait « Bah c'est pas nous le gouvernement qui allons aider là-dessus »... Bon bah en fait, si ! (rires) Y a des volontés aussi derrière ! Le gouvernement il pourrait, bon il pourrait mais j'y crois pas une seule seconde (rires), avoir la volonté, de je sais pas, développer ça, de, de... Financer, d'aider à financer, donner de la visibilité, quoi. C'est pas le cas du tout. »

Les usagers ont pensé qu'il y a encore « du chemin à faire » pour faire connaître la méthode et la rendre accessible au plus grand nombre. Ils ont dit vouloir y contribuer à leur échelle.

E1 « Bah pfff, bah en vrai, bah en fait je te l'ai vite fait dit tout à l'heure mais je trouve qu'on est quand même au début d'un chemin, je pense, pour cette contraception masculine mais que, euh, mais que y a encore plein de choses à faire, pour la faciliter notamment logistiquement »

E3 « C'est super que y ait ce pan-là de la médecine, qu'il y ait de la recherche... plus poussée à terme qui s'y mette aussi, pour accompagner ça... parce que y a un besoin aussi quand même qui se fait de plus en plus ressentir quand même. »

E5 « J'suis venu à... À une réunion qu'il faisait avec un parti politique de Toulouse, pour savoir comment... euh, mettre ça dans la politique aussi. Ce genre de choses, mais oui si ça peut faire bouger les choses, je le ferais clairement. »

E6 « C'est pour ça que quand j'ai entendu parler de la thèse, je me suis dit « Bah évidemment ! ». Je vois pas comment... Fin faut faire avancer les choses quoi. Donc évidemment que tous les questionnaires en ligne qu'il y a pu y avoir, je les ai tous remplis. Faut que ça avance quoi. »

E7 « Pour que ce soit plus accessible, faut aussi que... Plus de gens s'y intéressent, et du coup, entre guillemets, ça fasse une vague quoi. »

Plusieurs usagers ont aussi estimé que les médecins ont leur rôle à jouer dans la diffusion de la méthode.

E2 « J'espère que ça... ça fera avancer les connaissances euh... des, des médecins généralistes, et que ça ouvrira en tout cas le... le champ des possibles. »

E5 « Le corps médical n'en parle pas ! Il en parle très, très peu. Quand on... Quand on voit euh... Aux trucs de... sexuel, pour la contraception ou quoi, on va parler que de pilule, on va parler que de stérilet, on va que parler de ce genre de choses, alors qu'il faudrait peut-être parler de « Hé par contre, y a ça aussi qui existe ! » »

E7 « Moi j'avais entendu il me semble qu'au Canada, où... En tout cas, le fait que la vasectomie était 1/5^e des personnes, enfin voilà, c'était grâce au fait que les médecins étaient obligés de présenter toutes les contraceptions (...) s'ils avaient accès à toutes ces contraceptions, bah y avait bien plus de chances que les personnes avec un pénis veuillent se contracepter. »

E8 « Petit à petit, avec plus de médecins, toutes les démarches qu'il y a, ce qu'on fait là... Des gens qui sont formés, qui sont au courant. »

La confrontation au monde extérieur leur a fait se rendre compte que ce sont les femmes qui viennent souvent s'informer avant leurs compagnons.

E4 *« on reçoit des mails de couples qui s'adressent à nous en tant que couples. « Bonjour on est en couple, on envisage la contraception masculine, on aimerait en savoir plus... » Et en fait, à chaque fois, c'est la femme qui pose la question. »*

E5 *« la dernière fois au truc politique, on était dix personnes... Hum... On était euh... Trois mecs contraceptés, et un mec qui venait pour prendre des infos, et tout le reste c'étaient des filles ! (...) Et on voit que la contraception, même pour la contraception masculine, c'est les femmes qui sont en charge de faire ça, d'informer là-dessus. Et j'aimerais bien que ça change, que ce soit l'inverse. »*

E7 *« je me suis surtout rendu compte que — c'est pas du tout étonnant hein — mais que... Les personnes les plus intéressées par ces contraceptions bah sont les personnes qui vont jamais les porter. »*

Plusieurs ont pourtant exprimé le fait que la contraception doit concerner tout le monde, et même que la CRT est une « chance » pour les hommes.

E2 *« C'est une méthode qui marche, qui peut être alternative. Voilà, fin, j pense qu'il faut qu'on se saisisse de... de cette chance, nous les mecs ! »*

E8 *« tant mieux que cette méthode, qui est simple, enfin simple entre guillemets, soit... Touche les hommes, parce que ça permet de se poser ces questions-là, et de mettre ces questions-là sur la table. »*

DISCUSSION

1. Synthèse des principaux résultats

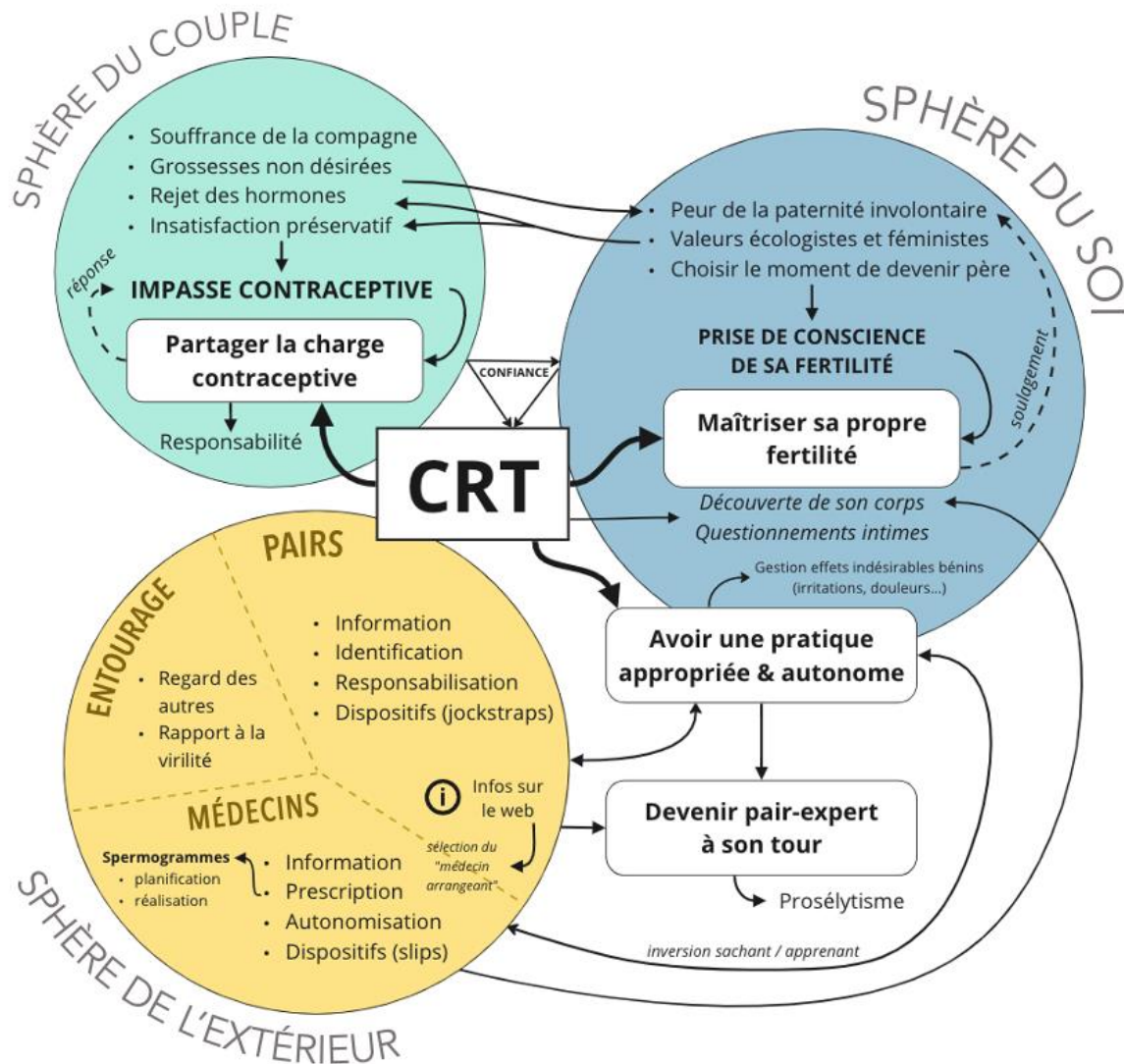


Figure 1. Modèle explicatif proposé pour le vécu de la contraception par remontée testiculaire (CRT) par ses utilisateurs

L'objectif de notre étude était d'explorer le vécu des utilisateurs de la contraception par remontée testiculaire. Nous avons pu mettre en évidence que la démarche contraceptive s'inscrit dans trois dimensions de la vie des usagers : celle du couple, celle du soi et celle de l'extérieur.

Le début du parcours d'un utilisateur de la CRT était marqué par une prise de conscience de sa propre fertilité, qui pouvait faire suite à des événements de vie et notamment la survenue de grossesses non désirées ou la crainte que cela arrive, par exemple à la suite d'un oubli de pilule. Les usagers étaient nombreux à constater la charge contraceptive portée par leur compagne associée à des effets secondaires plus ou moins importants, notamment des contraceptifs hormonaux. La difficulté à trouver « la bonne

contraception » pouvait mener à une situation d'impasse contraceptive dans le couple. Plusieurs usagers étaient déjà impliqués dans la contraception et utilisaient les préservatifs. Néanmoins, ceux-ci étaient responsables d'une certaine insatisfaction : jugés polluants, coûteux, ils provoquaient aussi une diminution du plaisir sexuel ou affectaient la spontanéité des rapports sexuels. Face à cet enjeu, la « rencontre » avec la contraception par remontée testiculaire est apparue comme une révélation : une alternative était donc possible.

La contraception par remontée testiculaire, considérée comme « naturelle » ou « pseudo-naturelle », a coïncidé avec un ensemble de valeurs écologistes portées par les usagers : non polluante et ne rentrant pas en confrontation avec le « fonctionnement hormonal » du corps. En cela, elle a aussi été une opportunité d'échapper à des méthodes médicamenteuses de contraception. Son utilisation a répondu également à des aspirations en faveur de l'égalité de genre : volonté de réduire la « charge » contraceptive des femmes, perçue comme une partie non négligeable du « travail reproductif » qui leur était dévoué. Il pouvait y avoir une demande, plus ou moins directe, de leur compagne en ce sens. La découverte de la CRT était d'ailleurs souvent médiée par la compagne, via le partage d'un article ou d'une vidéo. Une fois la méthode choisie puis appliquée et l'infertilité obtenue, la plupart des usagers ont utilisé la CRT comme unique moyen de contraception dans leur couple. Cette responsabilité a pu être pesante pour une partie d'entre eux, mais aussi un soulagement, notamment car elle les protégeait de grossesses non désirées redoutées.

La peur de la paternité involontaire s'est manifestée différemment selon les usagers, elle pouvait être très centrale pour certains et plus anecdotique pour d'autres. Acceptant le fait de n'avoir aucune responsabilité dans l'issue à accorder aux grossesses non désirées, ils ont perçu leur nouvelle infertilité comme un « atout ». La possibilité d'un « enfant dans le dos » ne les concernait plus. D'une démarche motivée par une situation de couple, ils y ont gagné un intérêt personnel et individuel : la maîtrise de leur propre fertilité. Vouloir devenir père, ou pas, était un déterminant important pour les usagers. La contraception réversible leur donnait du choix dans l'organisation des différents moments de leurs vies. La CRT était donc également un processus « pour soi ». Nous avons choisi pour décrire cette démarche individuelle le terme d'« autodétermination », dont une définition est : « *la détermination de ses actes ou de ses états par soi-même sans contrainte extérieure* ». (75)

Le protocole rigide, très bien connu de tous, était approprié, arrangé, adapté au mode de vie, par des modifications des horaires de port et le retrait choisi du dispositif pour mener certaines activités physiques, sportives ou sexuelles. Certains usagers ont fabriqué eux-mêmes leurs dispositifs sur-mesure (jockstrap). Ils étaient les principaux acteurs de leur pratique contraceptive. Cette autonomie a été renforcée par la forte confiance qu'ils entretenaient pour la science et la méthode en elle-même, et également la confiance que leur portait leur compagne. Les effets indésirables, bénins, ont été jugés supportables. Ils ont considéré la CRT comme la meilleure méthode de contraception disponible.

La remontée des testicules a fourni aux usagers un accès à leur corps, très peu exploré jusqu'alors. La découverte des « poches inguinales » et de la physiologie de la spermatogenèse était une source de fascination. La pratique de la CRT pouvait aussi les amener à des questionnements plus intimes sur leur sexualité ou leur orientation sexuelle. Les usagers ont regretté d'avoir manqué d'une éducation à la vie sexuelle et affective correcte et exprimaient, pour certains, le besoin d'un suivi médical « andrologique » semblable au suivi gynécologique.

La consultation médicale, passage obligé pour obtenir une prescription de spermogramme, a été réalisée avec des médecins sélectionnés. Les usagers ont anticipé, grâce aux connaissances qu'ils avaient

accumulées sur la CRT, la difficulté de trouver un·e professionnel·le de santé apte à les accompagner dans leur démarche. Certains usagers se sont tournés vers le spécialiste de la méthode, le Dr Roger Miousset, quand d'autres se sont adressés au Planning familial. Ceux qui avaient un médecin traitant l'ont choisi pour ses qualités humaines et son ouverture d'esprit. Le médecin prescrivait les spermogrammes, évaluait les contre-indications initiales et assurait le suivi. La confiance qui s'était établie entre l'utilisateur et le médecin a été très importante et a permis, dans une certaine mesure, une inversion du rapport sachant / apprenant. L'utilisateur apportait au médecin des éléments sur la méthode, le médecin accordait de l'autonomie à l'utilisateur. Les usagers interprétaient leurs spermogrammes seuls et estimaient le suivi médical moins essentiel une fois que la pratique était bien en place. Les spermogrammes ont nécessité tout de même un « travail de patient », avec une organisation par la prise de rendez-vous et la réalisation répétée d'un examen jugé peu agréable. La relation avec les personnels de laboratoire était parfois conflictuelle et les locaux n'étaient pas toujours adaptés à l'intimité requise pour l'examen.

Les usagers se sont renseignés en profondeur sur la méthode dès le début de leur pratique. Ils ont utilisé le Web et les réseaux sociaux comme sources d'information. Les associations, collectifs militants et usagers-pairs étaient essentiels dans le parcours. Ils étaient des interlocuteurs privilégiés pour toutes les interrogations sur la pratique. Les usagers s'identifiaient également à leurs pairs et de cette identification naissait une responsabilisation vis-à-vis des risques et conséquences à la fois pour soi et sa partenaire. Satisfaits d'avoir reçu ce savoir personnalisé, beaucoup d'usagers se sont engagés à leur tour dans une mission d'information et de sensibilisation, de manière informelle auprès de leurs proches ou plus organisée en rejoignant des collectifs. Devenus experts, ils ont mis à profit leurs connaissances et leurs pratiques au service des autres, en devenant de véritables usagers pairs-experts. Ce mouvement de l'intime vers le monde extérieur était aussi un moment de confrontation au regard de l'autre et venait questionner leur rapport à la virilité. Tous ont été cependant convaincus que la CRT mériterait d'être plus largement connue et en ont fait la publicité autour d'eux.

2. Comparaison avec la littérature

♦ Le partage de la « charge contraceptive »

Le partage de la « charge contraceptive » était à la fois une motivation et la conséquence de l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire pour nos enquêtés. Cette volonté de « faire leur part » dans le travail contraceptif va à rebours des pratiques contraceptives féminines qui sont les plus répandues en France. (76) Ces dernières ont particulièrement été critiquées depuis une dizaine d'années et la « crise de la pilule ». Les diverses contraintes liées à la contraception hormonale — effets indésirables, mais aussi charge mentale, parcours médical pouvant exposer à des violences (77) — ont été rendues visibles et ont poussé certaines femmes à se tourner vers d'autres contraceptions. La contraception est donc perçue comme une charge, qui s'ajoute à la « charge reproductive » (grossesses, IVG, accouchements, soins aux enfants...) dévolue aux femmes dans les couples hétérosexuels.

La « rencontre » avec la CRT s'est ainsi généralement faite dans un contexte de difficultés contraceptives, dont les hommes sont conscients. Pour Cyril Desjeux, sociologue ayant publié plusieurs travaux dont sa thèse sur le sujet de la contraception masculine, (78) les usagers de ces méthodes y sont souvent sensibilisés par les femmes de leur entourage, et notamment par leurs partenaires. Il écrit dans un article publié en 2012 : « *les femmes (...) sont un levier à la mise en place de pratiques contraceptives*

pour les hommes, à une volonté de partager la maîtrise de la fécondité ou à la construction d'une sensibilité contraceptive pour les hommes ». (79) Les femmes ont semblé souvent faire découvrir la CRT à leurs compagnons. Dans son mémoire de fin d'études, la sage-femme Calistine Rouanet a trouvé que 14 % des utilisateurs avaient eu connaissance de l'existence de l'Andro-switch® par leur partenaire. (71) La majorité (43 %) citaient les médias et réseaux sociaux comme étant à l'origine de leur découverte. Dans notre échantillon, il apparaît que plusieurs fois, c'est la compagne qui a partagé un article ou une vidéo présentant la CRT, ces résultats pourraient donc certainement être affinés dans de prochaines études.

Le « partage de la charge contraceptive » a été une motivation pour 86 % des 36 utilisateurs du slip contraceptif dont le précédent moyen de contraception était féminin interrogés par Samuel Joubert dans son étude publiée en 2022. (80) Ce partage — voire la délégation de la responsabilité — est également mis en avant dans les supports militants informant sur la CRT (57) et est devenu un mantra pour une pétition lancée en mai 2022 : « *Pour l'équité contraceptive, maintenant !* » ayant recueilli plus de 15 000 signatures. (81) Le partage de responsabilité dans la contraception peut également être une demande du monde médical, comme en Inde où une jeune médecin a rédigé un plaidoyer pour appeler au développement de méthodes contraceptives masculines efficaces, afin de réduire la « charge de la contraception » portée par les femmes. (82)

La sensibilité face aux difficultés posées par les méthodes de contraception « classiques » féminines était aussi nourrie par des valeurs pro-féministes par les usagers de la CRT. Une étude de 2023 menée en ligne auprès d'hommes vivant aux États-Unis et au Canada a montré que les hommes qui exprimaient pouvoir recourir à une méthode de contraception masculine « innovante » étaient aussi ceux qui avaient des opinions et des comportements en faveur de l'égalité de genre. (83) Un autre critère montrant une forte corrélation était celui d'avoir précédemment été à l'origine d'une interruption volontaire de grossesse. Les difficultés de parcours reproductifs — impasses contraceptives, IVG — semblent donc pousser certains hommes à vouloir « prendre en charge » la contraception. Cette volonté de partage témoigne d'un travail de « *care* » mené par les hommes « contraceptés » envers leurs partenaires, dans un élan de sollicitude et de prise de responsabilité selon Cyril Desjeux. (84)

La confrontation aux grossesses non désirées, ou simplement à la peur de leur survenue (lors d'un oubli de pilule, un accident de préservatif...) est un mode de sensibilisation des hommes aux enjeux contraceptifs. Ainsi, la sociologue Cécile Ventola note que « *le fait que les hommes qui ont fait l'expérience d'une grossesse non souhaitée dans le cadre de leurs relations amoureuses ou sexuelles, modifient leurs comportements contraceptifs, ce qui affaiblit l'hypothèse d'une indifférence masculine complète et souligne la prise en compte par les hommes des enjeux reproductifs au cœur de la sexualité* ». (38) C'est le cas de E2, dont la compagne a eu deux interruptions de grossesse alors même qu'elle prenait la pilule, avec un précédent compagnon. C'est aussi le cas de E8, dont l'ex-compagne a eu une IVG à la suite d'un rapport sexuel sans contraceptif.

♦ La remise en question des hormones

La contraception par remontée testiculaire a été une méthode promue comme étant « naturelle ». La vidéo du média web Konbini dans laquelle a témoigné Maxime Labrit, l'inventeur de l'Andro-switch®, s'intitulait d'ailleurs : « *La contraception masculine, ça existe et c'est complètement naturel* ». (66) Cet argument a été repris par plusieurs de nos enquêtés, certains la qualifiant de « *pseudo-naturelle* » ou de « *hack biologique* ». Surtout, ils ont témoigné de leur rejet des contraceptions hormonales, à la fois pour leurs compagnes mais aussi pour eux-mêmes. E5 a dit qu'il « *évite de se mettre de la merde dans le*

corps », en référence aux médicaments et aux hormones. Cette volonté de « retour au naturel » a souligné un rejet de la médicalisation de corps « bien portants », un discours présent depuis plusieurs décennies au sujet des pilules contraceptives, intensifié depuis la « crise de la pilule » en 2012-2013. (85) Les hommes ayant recours à la CRT sont « *à la recherche d'un corps « naturel » qui ne soit pas surinvesti par des produits chimiques* » selon Cyril Desjeux. (86)

Dans une revue de la littérature de 2021, plusieurs raisons ont été mises en avant pour expliquer le « rejet » des contraceptions hormonales dans les pays occidentaux : effets secondaires physiques et psychiques, effets sur les menstruations ou la sexualité, peur pour le retour à la fertilité ou des effets indésirables à long terme (cancers), manque de confiance envers les hormones et « appel à la nature ». (87) Ces critiques ont été formulées par des femmes comme par des hommes.

Le rejet des hormones s'est inscrit ainsi parfois dans des questionnements écologistes ou éco-féministes, tel que l'a montré Aurore Koechlin qui a mené des travaux sur l'auto-gynécologie. (88) Plusieurs de nos enquêtés se revendiquaient « militants écologistes » et inscrivaient leur démarche contraceptive dans ce contexte : en plus de l'aspect « naturel » qu'ils lui attribuaient, ils y voyaient une méthode peu polluante par rapport au préservatif.

Dans un article de 2022, la sociologue Cécile Thomé a étudié la méthode du retrait (coït interrompu). Cette méthode comprend des similarités avec la CRT : méthode jugée « naturelle », prise en charge par les hommes, peu ou pas médicalisée. Thomé a observé que le retrait est parfois utilisé comme méthode contraceptive à l'extrémité supérieure de l'échelle sociale, par des hommes au niveau de diplôme élevé, alors même que l'accès à la contraception médicalisée n'est pas un problème et que l'efficacité du retrait est médiocre. (89) Cette population valoriserait les méthodes « naturelles » par opposition aux méthodes médicalisées, y compris dans d'autres domaines de la santé reproductive (accouchement, allaitement). Les couples utilisant la symptothermie partagent les mêmes caractéristiques. (19) Les utilisateurs de la CRT seraient également des personnes d'un niveau social plutôt élevé : 66,2 % ont un niveau bac+3 ou plus dans l'étude de Guidarelli (n=970) (50), 81 % dans l'étude de Joubert (n=63). (80) Nos enquêtés étaient tous titulaires d'un bac+2, mis à part les deux plus jeunes (E3 et E7) qui étaient encore étudiants. Ils pourraient donc être rapprochés de ces utilisateurs de « méthodes naturelles » de haut niveau de diplôme, qui sont sensibles à la cause écologiste et à l'égalité des genres et qui font preuve d'un certain rejet de la médicalisation.

♦ Le rôle des hommes dans la contraception du couple

Mireille Le Guen, sociologue spécialiste des questions de contraception masculine, a écrit dans un article en 2021 que les pratiques contraceptives des hommes en France sont structurées par la norme contraceptive française. Elle a écrit : « *cette norme contraceptive est genrée : en prescrivant le passage du préservatif à la pilule, elle prescrit également le passage d'une responsabilité a priori partagée entre les partenaires à une responsabilité exclusivement féminine de la contraception. Ainsi, avant de davantage s'impliquer dans le travail contraceptif, les hommes doivent d'abord être en mesure de questionner, puis de défier cette norme contraceptive.* » (90) On pourrait donc dire que les usagers de la CRT, sensibilisés par leur(s) partenaire(s), ont questionné et défié la norme contraceptive. Le Guen a également écrit que les hommes ont « *d'autres formes d'implication, comme rappeler à sa partenaire de prendre sa pilule ou de se rendre à la pharmacie pour acheter la méthode* », comportements retrouvés chez nos enquêtés (alarme pour la pilule pour E3 et E6). Le Guen a ajouté qu'au sein d'une « *relation stable* », la méthode contraceptive pourrait être « *discutée* » et « *faire l'objet d'un choix après que les deux partenaires se sont exprimés.* »

Très peu d'études existent sur le rôle des hommes dans les choix contraceptifs des couples. Une méta-analyse internationale publiée en 2013 retrouvait que la décision concernant la méthode de contraception du couple revenait souvent à l'homme. (91) Néanmoins, cela n'est pas forcément transposable en France. Une autre méta-analyse publiée en 2023 et centrée sur les couples hétérosexuels de pays occidentaux a montré qu'au contraire, bien que les hommes souhaitent être inclus dans les choix contraceptifs et reproductifs de leur couple, ils ne voulaient pas entraver l'autonomie et la liberté de choix de leurs compagnes. (92) Une étude française de 2021 explorant l'acceptabilité d'une contraception masculine montre que le choix de leur contraception actuelle a été fait avec leur partenaire par seulement 33 % des femmes interrogées (n=379). (93) Dans notre étude, le choix de la CRT comme méthode de contraception unique a été longtemps discuté avec les compagnes, notamment en raison du risque de grossesse qui les concernait davantage (voir aussi plus loin le paragraphe « *La notion de confiance au cœur de la démarche* »).

En effet, contraception féminine et contraception masculine ne sont pas équivalentes du point de vue de la balance bénéfice/risque. La contraception pour les femmes permet d'éviter des grossesses, dont les risques physiques comme psychiques sont reconnus comme élevés, ce qui rend acceptables les effets indésirables moins graves des contraceptifs « féminins ». Chez les hommes, l'altération de la fonction reproductrice se fait sur un corps sain, ne risquant pas plus que des risques psychiques si une grossesse non désirée survenait. Une équipe états-unienne de chercheur·ses en bioéthique a proposé de retenir la notion de « risque partagé » (*shared risk*) dans les propositions autour de la contraception masculine, arguant du fait que les hommes peuvent être solidaires du risque de grossesse porté par leur(s) compagne(s). (94) La balance bénéfice/risque pourrait ainsi être favorable si des méthodes de contraception masculine comportant moins d'effets secondaires que les contraceptions hormonales féminines venaient à être diffusées. Nelly Oudshoorn, penseuse états-unienne de référence dans le champ de la contraception masculine, a rapporté que la notion de « risque partagé » était déjà évoquée dans les années 1970 par des féministes dans des publications aux titres évocateurs : « *His Safety or Hers?* » (« sa sécurité à lui ou à elle ? »). (32) Même si de nouveaux travaux prospectifs sont nécessaires pour l'étude du profil de sécurité de la CRT, elle a semblé à l'heure actuelle ne provoquer que des effets indésirables mineurs. (50) Cela était remarqué par les enquêtés de notre étude, à l'instar de E6 : « *je vois pas mieux comme moyen de contraception aujourd'hui. (...) y a pas de perturbation de mon état de santé ou de mes humeurs (...) Si y a mieux, faut qu'on me le dise !* ».

Les usagers de notre échantillon utilisaient pour certains des méthodes de contraception masculine avant la CRT : préservatif, retrait. On a retrouvé les mêmes profils dans les études de Joubert — 16 % des hommes interrogés utilisaient le préservatif avant la CRT, et 16 % le retrait (n=63) (80) — et Guidarelli — 73 % des hommes ayant utilisé une contraception l'année précédant l'utilisation de la CRT avaient employé le préservatif, 28 % le retrait (n=882). (50) Dans l'étude de Joubert, les principales raisons invoquées pour l'arrêt de ces méthodes étaient la diminution du plaisir sexuel pour le préservatif et la crainte d'une grossesse non désirée pour le retrait. La CRT a semblé pallier ces insatisfactions, comme elle a semblé efficace et qu'elle n'a pas influé pas sur le plaisir sexuel. Ces raisons étaient aussi évoquées par plusieurs de nos enquêtés, notamment E2 qui a évoqué la diminution du plaisir comme raison à son renoncement au préservatif et E8 qui cherchait une méthode plus efficace que le retrait.

♦ La persistance d'une charge pour les femmes

La contraception masculine ne décharge pas entièrement les femmes, car ces dernières continuent à porter le risque de grossesse. Cet état de fait a été noté par plusieurs de nos enquêtés, qui ont pointé la « persistance d'une charge mentale » pour leurs compagnes. Néanmoins, dans les parcours des différents

usagers interrogés, les compagnes semblaient assez peu présentes. Ils tenaient à leur autonomie et trouvaient « normal » que leur compagne ne tienne pas un rôle prépondérant dans leur pratique. Cependant, il est notable que ce sont souvent leurs compagnes qui leur avaient fait découvrir la méthode. S'étaient-elles renseignées avant de leur présenter ? La compagne de E8 l'accompagnait aux ateliers couture et avait proposé de venir avec lui en consultation médicale. Plusieurs usagers s'interrogeaient aussi sur la place des femmes dans les réunions d'information des associations. E5 a ainsi dit : « *ce qui m'avait étonné c'est qu'à la réunion y avait... beaucoup de femmes et peu d'hommes.* » Les femmes ont semblé avoir au moins une partie de la charge de l'information sur la CRT.

Dans un article de 2016, la sociologue Cécile Thomé a montré que le préservatif, bien que destiné à être utilisé sur le corps des hommes, est aussi la responsabilité des femmes, qui en ont la charge mentale et logistique. (7) Il en est de même pour la symptothermie, vantée comme méthode « collaborative » mais dont l'essentiel du travail d'observation et de négociation est dévolu aux femmes. (19) Les mêmes mécanismes de charge mentale et logistiques pourraient s'appliquer à la CRT, même si cela n'a pas été perceptible dans notre échantillon. Pour cela, il apparaît nécessaire de mener des études exploratoires sur les compagnes des usagers de la CRT.

♦ La notion de confiance au cœur de la démarche

La confiance est un levier important pour la mise en place de la contraception par remontée testiculaire dans le couple. Quand le choix de la méthode a été fait, les partenaires de nos enquêtés ont, pour l'immense majorité, abandonné les autres moyens de contraception. Sur les sept enquêtés en couple « stable » (tous à l'exception de E1), seul E5 continuait à doubler la contraception avec le retrait, en raison d'une sensibilité de sa compagne au sperme et pour assurer une meilleure efficacité contraceptive. D'après les chercheuses Armelle Andro et Annabel Desgrées du Loû, « *la pratique d'une contraception (...) [met] en jeu deux personnes et [est] potentiellement le lieu de négociations* », y compris dans les relations moins stables sans projet commun car tout ce qui est en lien avec la sexualité peut également être discuté (pratiques sexuelles, choix effectués autour de la grossesse, etc.). (95) Cependant, dans un article de 2007 portant sur les représentations d'une contraception masculine médicalisée (CMM), les chercheurs en psychologie sociale Nikos Kalampalikis et Fabrice Buschini notent que : « *[la CMM] reste incompatible avec les exigences d'une vie amoureuse et sexuelle inscrite dans l'éphémère où la prudence vis-à-vis des partenaires s'impose, surtout en raison des risques liés au sida et de la défiance face à l'inconnu. Elle semble être réservée aux couples stables, au sein desquels une relation de confiance est établie* ». (96) Dans une synthèse de l'Espace de Réflexion Éthique de Bourgogne-Franche-Comté autour de la contraception masculine en 2022, la confiance pourrait ainsi être « *le nerf de la guerre de la gestion contraceptive* ». (97)

De nombreuses études ont exploré l'acceptabilité des méthodes de contraception masculine, notamment du point de vue des femmes hétérosexuelles. Une étude internationale (Chine, Hong-Kong, Écosse, Afrique du Sud) en 2000 montrait déjà que plus de 70 % des femmes (n=1894) pensaient qu'une contraception hormonale masculine serait une « bonne idée » et que parmi celles ne le pensant pas, seules 2 % évoquaient un manque de confiance envers leur partenaire. (98) Une étude plus récente et française de Richard *et al*, publiée en 2021, a montré que 69,7 % des femmes interrogées (n=369) « *étaient favorables à laisser les hommes gérer la contraception du couple, sans faire référence à une méthode en particulier.* » (93) Une revue systématique de la littérature internationale a montré que 42,8 à 94 % des femmes interrogées dans les études se disent favorables à utiliser une contraception masculine innovante. (99) Ces nombreuses données concordantes démontrent donc que les femmes font plutôt confiance à leurs partenaires pour gérer la contraception du couple, à l'image des partenaires de

nos enquêtés. Cependant, la méthode par remontée testiculaire ne semble pas spécialement inspirer confiance : seules 11 % des femmes interrogées par Richard *et al* disent la préférer aux autres méthodes présentées (préservatif, vasectomie, méthode hormonale). On peut faire l'hypothèse que les partenaires de nos enquêtés ont été particulièrement bien informés sur la méthode et ses bases scientifiques, notamment par leurs partenaires eux-mêmes (E3 et E7), et que cela a pu également influencer sur leur niveau de confiance, au-delà de la seule confiance qu'elle porte à leur compagnon. Dans sa thèse d'exercice, le médecin Édouard Macé de Gastines a également trouvé que la confiance au sein du couple était un facteur important pour la mise en place d'une contraception masculine dans un échantillon d'hommes entre 18 et 33 ans. (100)

♦ Le désir de paternité en question – maîtriser sa propre fertilité

Le partage de la charge contraceptive, bien qu'étant un facteur déterminant, n'était pas l'unique motivation des usagers de la CRT. Ceux-ci se disaient également intéressés par la maîtrise de leur propre fécondité. Cet intérêt pouvait survenir avant la mise en place ou au cours de leur pratique, considérée comme un « nouvel atout » (E4). Cela a été modélisé par Cyril Desjeux dans un article de 2012, (79) où il développe l'idée selon laquelle les hommes sont d'abord sensibilisés aux enjeux de contraception (généralement par les femmes de leur entourage) puis s'approprient leur méthode de contraception masculine. Il appelle ce profil « *homme relationnel* », ce qui correspond à la majorité de notre échantillon. A contrario, les « *hommes individuels* » vivent la contraception sur un mode personnel, en se réappropriant la maîtrise de leur fécondité. Cela est nourri par un sentiment de méfiance envers la partenaire. En réaffirmant son autonomie, l'« *homme individuel* » surveille et contrôle la contraception. Ce profil correspond à E2 dans notre échantillon, qui exprimait une peur exacerbée vis-à-vis de la paternité : « *j'me sens rassuré par rapport au fait que c'est moi qui contrôle la contraception, déjà. Qu'y aura pas d'oubli de pilule, de risque de grossesse, etc. (...) Ça a toujours été un stress ça pour moi, quand j'étais en couple.* »

E2 disait se prémunir du risque « d'enfant dans le dos » en se contraceptant. Cette peur existait aussi de façon moins marquée chez d'autres enquêtés comme E8. Cyril Desjeux a écrit que la crainte d'un enfant dans le dos « *traduit une forte incertitude de la part des hommes et une forme de vulnérabilité au niveau du couple (manque de confiance en la partenaire), mais également au niveau sexuel (peur de l'infidélité) et filiale (l'ambiguïté quant au lien biologique avec l'enfant)* ». (79) Si un journal dans les années 1980 citait comme raison pour la contraception masculine « *le refus de se faire faire un enfant dans le dos* », (26) aujourd'hui les associations d'usagers rejettent ce motif qui porte un soupçon sur des femmes qui seraient des « voleuses de sperme », selon des arguments masculinistes. (101) Le discours anti-masculiniste des associations a été repris par les enquêtés à l'image de E7 : « *J'ai convaincu une personne de se contracepter, et il m'a dit directement, comme ça, « Elle va pas me faire un bébé dans le dos ! ». Ha, c'est pas pour les bonnes raisons que tu vas te contracepter, toi (...) je trouve que c'est quand même un mythe, faire un bébé dans le dos* ».

La contraception masculine pose cependant la question de la liberté de choix des hommes à contrôler leur désir de paternité dans le paysage contraceptif français actuel où leurs possibilités sont limitées. Dans une enquête de 2010 réalisée par l'Ined, en France, 4,4 % des femmes et 6,8 % des hommes déclaraient ne pas vouloir d'enfant. (102) Un sondage de l'Ifop fin 2022 trouve que 30 % des femmes françaises entre 18 et 49 ans ne souhaitent pas d'enfant (échantillon de 2 000 personnes représentatif). (103) Nous n'avons pas trouvé de chiffres récents sur les hommes « *childfree* », mais l'« éco-anxiété » (« peur chronique de la catastrophe environnementale ») (104) pourrait expliquer un moindre désir d'enfant chez la jeune génération. (105) E4 a d'ailleurs dit : « *avoir des enfants pour un*

militant écolo c'est une grande question ». Dans l'échantillon de Guidarelli (n=970), 83,3 % des usagers de la CRT n'avaient pas d'enfant et seulement 33,1 % souhaitaient en avoir, le reste étant indécis (33,4 %) ou sûrs de ne pas ou plus en vouloir (32,5 %). (50) On retrouve les mêmes proportions dans l'étude de Joubert (n=63) : 78 % des usagers n'avaient pas d'enfant et seuls 32 % disaient en vouloir. (80) Dans l'étude de Rouanet (n=233), la proportion d'usagers de l'Andro-switch® étant sûrs de ne pas vouloir d'enfant s'élevait même à 48 %. (71) Ces pourcentages sont à modérer car il n'y avait pas de distinction faite entre les hommes sans enfant et ceux en ayant déjà et ne souhaitant plus en avoir d'autres. Cependant, dans l'un ou l'autre cas, la CRT est une méthode de contraception de longue durée d'action jugée efficace, qui répond au désir de stérilité temporaire de ces hommes. De plus, sachant les difficultés d'accès à la vasectomie pour les hommes jeunes sans enfant, (97) elle est plus simple à mettre en place pour cette population que la stérilisation définitive. On a aussi observé dans notre échantillon que la CRT est une méthode de contraception prévue pour un « temps donné » : soit avant de « sauter le pas » de la vasectomie (pour E6, qui a déjà deux enfants, ou E7, qui se trouve encore trop jeune), soit pour quelques années avant de faire des enfants (pour E3, E5 et E8). La contraception par remontée testiculaire a permis à ces hommes, au-delà de soulager leur compagne, d'organiser leurs propres choix de vie : « *un enfant quand je veux, où je veux et avec qui je veux* » (E7). Il est intéressant de noter que E1 utilisait la CRT alors même qu'il était célibataire, et que plusieurs usagers en couple (E6, E7, E8) ont exprimé le fait de vouloir poursuivre leur contraception dans le cas où ils deviendraient célibataires. La contraception est devenue pour eux un moyen d'autodétermination, de réalisation de leurs propres choix.

♦ Un protocole adapté et négocié

Les usagers de la CRT de notre échantillon ne respectaient pas tous le protocole tel qu'il était recommandé. Bien que le protocole était connu de tous, plusieurs usagers l'avaient adapté à leur mode de vie. C'est notamment le cas du port nocturne, qui était souvent préféré au port diurne. Plusieurs usagers portaient leur dispositif majoritairement la nuit, parfois sur prescription médicale en augmentant les heures (E2, sur conseil du Dr Mieusset) ou par décision personnelle (E1). Ces comportements ont également été retrouvés dans l'étude de Manon Guidarelli, les usagers déclarant porter leur dispositif une partie en journée et une partie la nuit dans 67 % des cas. (50) De même, elle a trouvé qu'une proportion importante (32,5 %) d'usagers portaient leur dispositif moins de 15 heures par jour, évoquant comme raisons principales que le seuil est atteint et que l'organisation de la vie quotidienne ne leur permettait pas le porter plus longtemps. La notion de seuil atteint est importante : les usagers peuvent contrôler eux-mêmes l'efficacité de leur propre protocole grâce aux spermogrammes répétés, comme E8 : « *là je vais repasser un spermo dans les mois qui viennent, voir si ça change quelque chose. Mais entre guillemets, je me suis accordé... Fin je me suis un peu euh, relâché sur le strict quinze heures* ». À l'inverse, E4 portait son dispositif plus de 15 heures par jour pour « être sûr de son coup » et assurer une bonne efficacité de la méthode. Cette stratégie se retrouvait également chez 22,7 % des usagers interrogés par Guidarelli.

Si la plupart de notre échantillon réalisait ses spermogrammes tel que recommandé (une fois tous les trois mois), ce n'est pas le cas de E3 qui n'en avait pas fait depuis environ un an au moment de l'entretien. Les usagers interrogés par Guidarelli étaient seulement 34,9 % à réaliser un spermogramme tous les 3 mois, plus de 40 % à en réaliser moins souvent, 8,5 % à ne plus en faire aucun et 2 % seulement en cas d'oubli. Les « oublis » ne sont pas mentionnés dans les protocoles. E2 a déclaré avoir eu un oubli de trois heures et doublé la contraception par préservatif pendant un mois, sur conseil du Dr Mieusset. D'autres ont signalé des oublis de quelques heures qu'ils ont simplement « reporté » sur la nuit pour les compenser, sans se soucier particulièrement d'un spermogramme de contrôle systématique par la suite.

Les effets indésirables mentionnés par nos enquêtés étaient ceux le plus souvent déclarés dans les études de Guidarelli (50) et Joubert (80) : irritations, sensation de gêne ou de douleur. Les irritations étaient atténuées par l'application de crèmes, liniments et huiles, et étaient temporaires. La gêne était surtout présente en début de port, pendant une phase d'habituación, telle que l'ont également rapporté les personnes interrogées par Guidarelli. Un de nos enquêtés (E4) a dû interrompre la CRT à la suite de fortes douleurs provoquées par une hernie inguinale. Il n'était pas sûr de l'imputabilité de l'Andro-switch®, n'ayant pas encore eu de bilan médical approfondi au moment de l'entretien. Il était en voyage à vélo, pratique sportive qui a pu favoriser l'apparition de cette hernie. Aucun effet secondaire de ce type n'a été reporté dans l'étude de Guidarelli. La hernie inguinale ne constitue qu'une contre-indication relative à la pratique de la CRT. E2, qui en présentait une « de petite taille », avait d'ailleurs eu l'autorisation du Dr Mieusset pour débiter le port du slip.

♦ Contraception par remontée testiculaire et démedicalisation

Un des points sensiblement différents de la CRT par rapport aux méthodes de contraception féminines les plus couramment utilisées (pilule, DIU) est sa relative démedicalisation. En effet, même si nous avons interrogé des patients suivis par le Dr Mieusset (E2 et E5), les autres se sont procuré leurs anneaux Andro-switch® sur le Web ou ont cousu leurs jockstraps au sein d'ateliers associatifs, sans avoir vu un·e professionnel·le de santé au préalable qui leur aurait « prescrit » cette contraception. Tous les usagers d'anneaux et jockstraps que nous avons interrogés avaient néanmoins consulté un·e médecin, avec des motivations variées : soit pour un « suivi » à proprement parler avec leur médecin traitant (E6 et E7), soit plus souvent uniquement pour l'obtention d'une ordonnance de spermogrammes (E3 et E8), parfois en y ajoutant la vérification des contre-indications avant de débiter (E1 et E4). À l'exception de E3 et E8, les usagers ont tous trouvé un intérêt à avoir un suivi médical minimum, en insistant sur la nécessité de consulter un·e médecin, sinon formé·e à la méthode, au moins montrant une attitude ouverte et bienveillante.

Grâce à leur lecture des témoignages sur les forums en ligne, les usagers étaient tous conscients de la difficulté de trouver un·e médecin disposé·e à leur apporter ce dont ils avaient besoin : une réponse sur les contre-indications, une ordonnance pour les spermogrammes. Ils ont usé de stratégies pour trouver un·e praticien·ne « *safe* » (sûr·e, sécurisant·e) : en utilisant des annuaires en ligne ou en se tournant vers le Planning familial pour nombre d'entre eux. Les mêmes stratégies se sont retrouvées chez les femmes sans enfant souhaitant être stérilisées, tel que le montre Emma Tillich dans un article de 2019. (106) Tillich a décrit aussi que la consultation devenait un lieu de confrontation, où la femme demandeuse de stérilisation tentait de convaincre le médecin de l'opérer. Cette relecture de la relation médecin / patient·e est survenue chez les hommes utilisant la CRT, notamment pour E8 qui a été confronté au refus du premier médecin qu'il a rencontré : « *J'ai cru qu'il allait me faire un sermon* ». Dans l'étude de Guidarelli (n=966), 74 % des participants avaient consulté un·e professionnel·le de santé avant de commencer la contraception, et parmi eux, 41 % décrivaient un non-accompagnement du ou de la professionnel·le de santé. Ce refus d'accompagnement initial était significativement associé à une absence de suivi par la suite. (50) Dans l'étude de Joubert qui a porté sur des patients suivis par le Dr Mieusset (n=63), seuls 30 % ont fait mention de leur démarche à leur médecin traitant, et parmi eux 47 % se sont « sentis délaissés » par ce dernier. (80) Dans ce contexte, on est en droit de se demander si la démedicalisation n'est pas uniquement choisie mais également contrainte par le manque de professionnel·les de santé formé·es et par une certaine stigmatisation de cette méthode non reconnue par le corps médical. (107)

Cependant, des usagers de la CRT ont revendiqué aussi leur autonomie vis-à-vis du monde médical. Dans d'autres enquêtes, notamment une menée par Léo Girard pour son mémoire de fin d'études à l'EHESS, les usagers de la CRT ont déclaré avoir des pratiques en santé « alternatives » : soins par les plantes, recours aux médecines non remboursées, etc. (108) Le rejet des contraceptions hormonales s'est inscrit alors aussi dans cette volonté de démedicalisation. Dans notre étude, les enquêtés ont dit attacher davantage d'importance au suivi médical. C'était le cas des patients du Dr Mieusset qui voyaient mal se passer complètement de leur suivi, pourtant contraignant et ne favorisant pas leur autonomie : ils devaient par exemple donner leur résultat de spermogramme pour obtenir l'ordonnance du suivant. Même E8, qui n'en voyait pas l'intérêt pour lui-même, reconnaissait qu'un.e médecin pouvait être utile pour informer et aussi responsabiliser des hommes intéressés par la démarche : « *Faire le début de l'accompagnement... (...) Expliquer les contre-indications, tester... Et puis après, accompagner... Enfin, pas accompagner mais expliquer la démarche, les choses à ne pas faire.* » Ces résultats ont pu être influencés par plusieurs biais mais cela révèle une variété de positionnements vis-à-vis du monde médical parmi les usagers de la CRT, entre totale autonomie, simple accompagnement et relation médecin/patient plus classique et paternaliste.

La démedicalisation a été une dimension de la CRT revendiquée par certaines associations et collectifs, faisant référence aux effets de la surmedicalisation de la contraception féminine, et plus largement de la santé reproductive des femmes, depuis plusieurs décennies. Ils ont exprimé leur crainte d'une dépossession de leurs savoirs profanes. (101) Dans un manifeste publié en vue d'une soirée d'échanges avec la sociologue Lucile Ruault, des militants belges pour la CRT ont fait le parallèle avec la réappropriation médicale de la pratique des IVG à partir la légalisation de l'avortement en 1975 et se sont interrogés : « *La contraception appartient-elle au monde de la médecine ? Sa délégation à un corps spécialisé est-elle inéluctable ? (...) Ne sommes-nous pas capables de nous prendre en main et de faire face à nos besoins ?* ». (109) Cependant, d'autres associations ont aussi vu dans l'institutionnalisation une manière de gagner la légitimation de la méthode et sa diffusion au plus grand nombre. (65) (107)

Nécessaires avant l'initiation de la CRT pour vérifier la fertilité puis tout au long de l'utilisation pour le contrôle de l'infertilité, les spermogrammes ont offert une autre confrontation au monde médical pour les usagers. Ils étaient vus comme contraignants, à la fois par l'aspect organisationnel (prévoir les rendez-vous) et logistique (conditions de réalisation). Beaucoup de nos enquêtés étaient déçus par les laboratoires de biologie médicale, déplorant un manque d'intimité pour la réalisation de l'examen qui nécessitait une éjaculation et donc une excitation sexuelle. E7 a aussi dû se défendre face à une employée du laboratoire qui lui reprochait de revenir pour son deuxième spermogramme : « *Y a eu une longue discussion en mode « Bah alors pourquoi vous revenez ? Vous êtes pas malade et vous avez pas un désir d'enfant, du coup pourquoi vous revenez ? », j'ai dit « Bah c'est pour une contraception ! » ... Y a eu tout un scandale* ». L'accueil non adapté pouvait éloigner les usagers des laboratoires, comme E3 qui n'en a pas réalisé depuis un an, en partie car il craignait d'aller dans un laboratoire où il lui serait difficile de faire l'examen. Par ailleurs, les laboratoires permettant de réaliser des spermogrammes sont répartis inégalement sur le territoire, majoritairement dans les grandes villes, ce qui provoque des difficultés d'accès. (107) La prise de rendez-vous se fait avec des délais parfois très longs, 32,1 % des personnes interrogées dans l'étude de Manon Guidarelli déclaraient un délai de rendez-vous supérieur à 1 mois pour leurs spermogrammes. (50) Ainsi, E1 a interrompu sa pratique de la CRT car il ne pouvait plus organiser ses rendez-vous en menant une vie nomade en van. Il a dit avoir besoin d'une solution pour faire un « *spermogramme maison* ». Une possibilité existe et a été développée dans un livret par l'inventeur de l'Andro-switch®, Maxime Labrit, moyennant cependant un investissement financier pour l'acquisition du matériel (microscope et cellules de Neubauer) et de bonnes connaissances techniques. (107) (110) Des tests rapides existent aux États-Unis pour la vérification de l'infertilité après une

vasectomie. (111) Néanmoins, ces tests ont des seuils inférieurs à celui retenu pour la contraception (250 000 spermatozoïdes/ml contre 1 million) et sont chers. En étant adaptés au seuil contraceptif en vigueur et à moindre coût, ils pourraient représenter une alternative intéressante au spermogramme effectué en laboratoire et permettre aux usagers d'être moins dépendants du corps médical et de l'offre de soins.

♦ Une consultation « andrologique » pour l'adolescent ou le jeune adulte ?

Plusieurs de nos enquêtés ont exprimé le regret de ne pas avoir accès à des consultations de prévention en santé sexuelle et reproductive qui leur soient spécifiquement destinés en tant qu'hommes. E7 a dit : *« la reproduction dite masculine, elle est pas du tout médicalisée, on voit pas des andrologues comme on le conseille à des personnes qui ont un utérus avec le gynécologue (...) voir un médecin quand tout va bien, c'était quand même une expérience ! C'est quand même une avancée, j'en apprend plus sur comment ça fonctionne... »*. Ces usagers étaient conscients du poids que les consultations gynécologiques font peser sur les femmes, E6 a dit d'ailleurs : *« Les filles on les bassine avec des rendez-vous chez les gynécos »*. Ils ont ainsi pointé l'asymétrie d'un corps féminin surmédicalisé et d'un corps masculin désinvesti par le monde médical, particulièrement dans le domaine de la sexualité. Cécile Thomé a écrit : *« pour les hommes, en revanche, l'accès au corps médical est beaucoup plus restreint : les hommes interrogés ont ainsi eu peu d'occasions d'évoquer leur sexualité face à un·e professionnel·le de la santé »*. (7) En effet, les jeunes hommes sont une population peu consommatrice de soins primaires, en tous les cas moins que les femmes. (112) En France en 2019, seuls 72 % des hommes âgés de 16 à 34 ans avaient consulté un·e médecin généraliste dans l'année écoulée, contre 86 % des femmes du même âge. (113) Cela se retrouve dans notre échantillon, les usagers ayant déclaré pour une majorité d'entre eux ne pas avoir de médecin traitant ou seulement un « par défaut ».

Cependant, comme nous l'avons vu, le positionnement des usagers de la CRT face au suivi médical était ambivalent : ils revendiquaient une forte autonomie tout en déplorant ne pas avoir accès à un suivi préventif pour leur santé sexuelle et une information médicale sur leurs possibilités contraceptives. Une étude états-unienne menée en 2015 auprès d'adolescents et de jeunes adultes a pourtant montré que ceux qui avaient bénéficié d'une consultation par leur médecin généraliste à propos de la contraception étaient mieux informés et en parlaient davantage au sein de leur couple. (114) Une autre étude états-unienne a montré que les hommes souhaitaient consulter leur médecin traitant dans l'éventualité d'une prescription de contraception hormonale masculine, plutôt qu'un·e médecin spécialiste (andrologue, endocrinologue). (115) Dans notre étude, deux usagers se sont tournés vers leur médecin traitant « de confiance » pour leur suivi de CRT (E6, E7). Il est intéressant de noter que E3, le plus jeune de l'échantillon (19 ans), a eu la proposition de réaliser le vaccin contre le papillomavirus (HPV) par la médecin généraliste qui l'a reçu. La CRT pourrait aussi être une voie d'accès pour la diffusion d'autres messages préventifs en santé sexuelle à destination des jeunes hommes : protection contre les IST dont le traitement prophylactique contre le VIH (PrEP), prévention des violences, etc.

Les hommes en demande d'une contraception semblent, au moins pour une partie, vouloir bénéficier d'un suivi médical. Seulement, comme l'a montré Cécile Ventola dans ses travaux, en France, les professionnel·les de santé considèrent pour une bonne partie d'entre eux les hommes comme « irresponsables » dans le domaine de la contraception, selon des représentations genrées et essentialistes. Ce n'est pas le cas en Angleterre où les pratiques de *counseling* en contraception sont plus standardisées et où moins de place est laissée aux représentations individuelles des praticien·nes, en accord avec les recommandations internationales en vigueur. (29) (116) La place laissée aux choix des usager·es est plus importante. Même si cela n'est pas le seul facteur l'expliquant, la vasectomie est ainsi plus répandue dans les pays anglo-saxons qu'en France, où les médecins font preuve d'un « pilulocentrisme » et où la contraception est plus largement féminisée. (117) Une étude menée en 2018

sur l'acceptabilité de la CRT auprès de jeunes pères et de professionnel·les de santé montre cependant que, après information sur la méthode, 61 % de ces dernier·es recommanderaient à leurs patient·es de l'utiliser. (118) La modification des représentations des médecins français envers les différentes méthodes contraceptives paraît nécessaire pour le développement de la contraception masculine.

◆ *Self-help* et pair-aidance

Les collectifs et associations de la CRT se sont développés, non seulement pour aider à la diffusion de la méthode, mais également pour « prendre soin » des usagers : en leur apportant un accompagnement spécifique à la fois matériel (dispositifs), technique (lectures scientifiques) et émotionnel. On a pu reconnaître dans ces groupes d'usagers une pratique du *care*, un souci d'autrui qui cherche à répondre de manière adaptée à ses besoins. (119) On a pu y voir aussi une forme d'appropriation du *self-help* (« aide à soi-même »), définie par Lucile Ruault comme une « *démarche collective de prise de pouvoir de leur corps par les femmes, qui passe par la remise en cause du pouvoir médical et de ses protocoles, par l'investigation pratique, la collecte et l'élaboration collectives de savoirs et de savoir-faire (infections, fertilité, cycle menstruel, hormones...), par la lutte contre l'ignorance des femmes de tout ce qui concerne leur propre corps et contre les inégalités d'accès à la santé* ». (120) Il a existé des parallèles avec les pratiques qui ont eu lieu dans les groupes militants, entre l'acquisitions de savoirs profanes et le « prendre soin » entre pairs. Une des activités emblématiques du *self-help* gynécologique est l'auto-examen. Même si les usagers de la CRT n'effectuent pas d'auto-examen à proprement parler, il leur est arrivé notamment au cours des ateliers couture de se montrer leurs parties génitales pour l'ajustement des dispositifs, tel que l'a montré Sidonie Hadoux dans son film documentaire « *Haut les couilles !* », tourné auprès du groupe lillois GarCON. (121) L'association GarCON proposait d'ailleurs des ateliers d'auto-gynécologie intitulés « Mate ta Chatte », signe de la transmission de savoirs entre *self-help* gynécologique et *self-help* andrologique. (63) Dans notre échantillon, E6 a témoigné d'avoir montré ses parties génitales en visioconférence à Maxime Labrit, qui l'a accompagné au début de sa démarche dans une forme de pair-aidance.

La mobilisation des savoirs était un des axes majeurs du *self-help*. Les groupes d'usagers-pairs étaient très informés sur la CRT et notamment sur la littérature scientifique autour de la méthode. Dans les documents diffusés au sein du réseau militant et sur les forums en ligne, des rapports réguliers sont faits sur les publications scientifiques. (122) Les usagers pairs ont développé ainsi une compétence propre leur permettant de répondre sur des questions techniques concernant la CRT. Il est notable que cet intérêt pour la « technique scientifique » a été un comportement sociologiquement associé aux hommes. (108) Les usagers qui ont agi au sein de groupes militants dans notre échantillon (E4, E7 et E8) ont fait preuve d'une fine connaissance de la méthode et ont apporté leurs connaissances à leurs pairs.

La notion de « réciprocité » est un marqueur de la pair-aidance, qui a été notamment théorisée dans le domaine de la santé mentale. (123) Dans notre étude, les enquêtés ont presque tous bénéficié d'un accompagnement par les pairs, et ont souhaité pouvoir offrir cet accompagnement à leur tour à de futurs usager·es de la CRT, soit de manière informelle dans un cercle proche ou de manière plus collective à travers l'engagement au sein d'un collectif ou d'une association. Leur savoir expérientiel, c'est-à-dire acquis par leur expérience personnelle, de la méthode contraceptive leur a permis d'offrir un accompagnement personnalisé aux autres. Le concept de savoir expérientiel a d'ailleurs été créé pour désigner les productions de significations spécifiques aux groupes de soutien par les pairs par Thomasina Borkman, sociologue et anthropologue états-unienne, dans les années 1970. (124)

◆ Une curiosité pour le corps et d'autres formes de sexualité

Par leur demande d'un suivi médical préventif, les usagers ont aussi exprimé la satisfaction qu'ils ont eu à découvrir leur anatomie au travers de la pratique de la CRT. Cyril Desjeux a écrit que le slip « *« fabrique » un nouveau sexe d'homme (une verge sans testicule)* » (84), mais cette modification de l'aspect de leurs organes génitaux n'est pas intervenue dans les entretiens que nous avons menés. Nos enquêtés ont plutôt noté leur fascination devant l'existence de ce qu'ils nomment les « poches inguinales » où viennent se loger leurs testicules. E7 s'est dit également marqué de se savoir fertile grâce au premier spermogramme qu'il a réalisé avant de commencer la CRT. Les usagers se sont confrontés à leurs réalités anatomiques et biologiques qui étaient impensées et invisibilisées jusqu'alors.

La pratique de la CRT les a également menés à des questionnements plus intimes sur leur sexualité ou leur orientation sexuelle (E6 a dit remettre en question son identification comme hétérosexuel). Daniel Welzer-Lang a rapporté que dans les groupes d'hommes, « *certain ont ainsi découvert leurs attirances érotiques et/ou sexuelle pour des hommes, de manière exclusive ou non* ». (1) Au sein d'ARDECOM, des couples ont aussi expérimenté des formes de sexualité non pénétrative. (84) La CRT a amené à des questionnements sur la masculinité en général, comme le dit E3 : « *les groupes [de discussion en ligne] c'est vrai que ça aide beaucoup (...) sur toutes les questions. À la fois la vision de la masculinité...* ». Dans son article de 2022, Élodie Serna a écrit : « *il est notable que le fait de s'occuper de sa contraception est une voie qui amène à interroger autre chose que la contraception* ». (101)

◆ Virilité et héroïsation

La question de la contraception masculine se confronte au concept de virilité. Françoise Héritier a écrit : « *lorsque le sperme est atteint, la virilité l'est aussi dans l'imaginaire. La contraception féminine n'entraîne pas, quant à elle, un même déni identitaire.* » (125) Nikos Kalampalikis et Fabrice Buschini ont aussi écrit : « *la contraception masculine médicalisée est souvent envisagée comme une forme d'atteinte à cette « virilité-puissance » (...) la contraception masculine peut « briser », « menacer », « mettre une limite » (...) « devenir une sorte de castration temporaire* ». (96) L'idée d'une menace pour la virilité se retrouvait alors également chez les femmes interrogées. Toujours d'après Kalampalikis et Buschini, la contraception, par l'altération de la fertilité « *interroge doublement le statut de l'homme : d'une part, en tant que modification biologique due, la plupart des fois, à un effet hormonal ; de l'autre, comme menace symbolique pour l'identité masculine et le statut social de l'homme au sein du couple, de la famille et de la société* ». Dans l'étude d'Amouroux menée en 2018 sur la perception de la CRT, la potentielle « atteinte à la virilité » était considérée comme un inconvénient de la méthode par 13,5 % des jeunes pères et 32 % des professionnel·les de santé interrogé·es. (118) On voit donc que ces représentations ont pesé non seulement sur les potentiels futurs usagers mais ont également été véhiculées par le corps médical. Les mêmes craintes ont été retrouvées chez les médecins généralistes concernant la vasectomie, dans une étude qualitative publiée en 2017. (126)

Plusieurs de nos enquêtés ont évoqué la question de la virilité : soit par crainte de sa perte (E5), soit comme dimension de sa personnalité à « déconstruire » (E7) ou encore traitée comme un non-sujet comme E8 : « *Alors déjà ça veut dire quoi la virilité ? (...) T'es exactement la même personne ! Juste, t'as un dispositif qui fait que tu te contraceptes, donc ça veut dire... Fin, je sais pas, ça veut dire qu'une femme qui prend la pilule, elle perd sa féminité aussi ?* » E8 a aussi pointé la différence de traitement avec les femmes : alors que la contraception féminine n'atteint pas leur « féminité » et est considérée comme « naturelle », les hommes qui ont fait le choix de se contracepter ont pu eux jouir d'une forme de glorification voire d'héroïsation. Il a ainsi dit : « *Et puis des fois ça arrive qu'il y ait des copines de*

Clara qui disent « Ha mais c'est génial que tu fasses ça ! » (...) On dit pas à une meuf « Tiens tu prends la pilule ? T'es une meuf géniale ! » ». D'après Élodie Serna, dans les pays anglo-saxons, l'héroïsation des hommes ayant réalisé une vasectomie a empêché cette pratique de remettre en cause les rapports entre les sexes. (37) À travers ces traitements différenciés, on a observé une perpétuation des stéréotypes de genre et de la masculinité hégémonique, « *modèle de masculinité culturellement glorifié qui est censé garantir la position dominante des hommes et la subordination des femmes dans la société* » d'après la chercheuse Raewyn Connell. (127) D'après Nelly Oudshoorn, la contraception masculine doit inviter à « redéfinir les identités masculines ». (128) Les collectifs et associations d'usagers ont souhaité s'appuyer sur un nouveau modèle de masculinité, basée sur le *care* et la responsabilité partagée, tout en veillant à ne pas la survaloriser au détriment des femmes. (84) (101)

3. « *Member checking* »

Nous avons effectué un « *member checking* » à la fin du travail d'analyse pour recueillir un avis d'expert sur nos résultats. Cette discussion s'est faite entre l'investigatrice principale et un usager expert de la contraception par remontée testiculaire, également médecin de santé publique.

Cet intervenant a permis de rectifier le terme de « santé communautaire » qui avait été initialement choisi en lieu et place du « *self-help* ». Effectivement, la notion de « santé communautaire » ou d'« approche en santé communautaire » (129) renvoie d'après l'OMS à « *un processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.* » (130) Cette approche a été présente historiquement au sein de communautés marginalisées et/ou discriminées : elle s'est notamment imposée dans les domaines de la santé mentale et de la psychiatrie (131) (132) et dans les communautés LGBT (lesbiennes, gays, bisexuel·les et transgenres). (133) (134) Cette sociologie ne correspondait pas à celle des usagers de la CRT, plus aisés, éduqués et insérés socialement. La CRT, bien que marginalisée et non encadrée, n'était pas une pratique qu'on pourrait facilement qualifier de « stigmatisée ». Il nous a donc semblé plus juste de rectifier le choix du concept de « santé communautaire » et de lui préférer le terme de « *self-help* », qui est une pratique définie et ponctuelle, plutôt qu'une approche globale visant à agir sur les déterminants sociaux de santé. Au « *self-help* » se sont ajoutés les concepts de pair-aidance et d'usager pair-expert.

L'entrevue a également permis de rectifier certains points du préambule et de la discussion, à propos notamment de la catégorisation genrée des méthodes contraceptives, du lien entre le non-désir d'enfant et l'éco-anxiété ou encore de l'ouverture à d'autres formes de sexualité que peut apporter la CRT.

4. Forces et faiblesses de l'étude

4.1 Forces de l'étude

La principale force de l'étude est son originalité, dans la mesure où elle a été la première étude qualitative menée auprès de personnes utilisant la contraception par remontée testiculaire et centrée sur leur vécu singulier. Elle a permis de faire émerger de nombreux thèmes comme le partage de la charge contraceptive, la notion d'autodétermination dans le parcours contraceptif ou encore le rôle d'usager pair-expert joué par les usagers.

Le manque de données existantes sur ce phénomène a mené à l'utilisation d'une méthode qualitative et exploratoire et l'analyse interprétative phénoménologique a répondu au besoin d'explorer un phénomène complexe et centré sur le vécu des participants.

Le sujet était, en outre, d'actualité, car la contraception par remontée testiculaire est un phénomène relativement nouveau dans la société et qui prend de l'ampleur. Elle connaît une forte présence médiatique et culturelle mais doit faire l'objet de davantage de travaux de recherche, notamment dans le domaine de la santé.

La validité interne de l'étude a été assurée par un travail d'analyse mené par l'investigatrice et ses deux directeur et directrice de thèse, qui ont validé le codage axial puis co-construit le codage thématique des entretiens. Le travail de recherche a été guidé par la grille COREQ-32. Nous avons réalisé une forme de « *member checking* » par une entrevue avec un usager expert de la méthode, qui a éclairé les résultats et la discussion.

L'échantillon a été diversifié, notamment sur les âges des participants, cohérents avec les données existantes dans la littérature, et sur les différents dispositifs utilisés, ayant permis d'explorer plusieurs approches de la CRT.

La durée moyenne des entretiens de 64 minutes et leur richesse témoignent d'une exploration en profondeur du phénomène étudié et de la mise en confiance des participants.

La réalisation d'entretiens à distance et en face à face a permis de recruter des participants résidant dans des lieux et des milieux socio-culturels variés en France.

Le travail de comparaison des données obtenues avec la littérature existante, ayant montré leur cohérence, a permis d'assurer une bonne validité externe de notre étude.

4.2 Faiblesses de l'étude

Le recrutement des participants a été réalisé via les réseaux sociaux et les associations et collectifs d'usagers. Ce mode de recrutement a entraîné une sélection des participants, majorée par la participation basée sur le volontariat. Il est raisonnable de penser que les usagers interrogés, en plus d'être désireux de répondre pour participer à l'étude, étaient « militants de la contraception masculine » à des degrés divers, par leur participation à des groupes d'usagers en ligne ou dans la vraie vie. La généralisation des résultats concernant les aspects de « pair-aidance » seraient peut-être à nuancer sur des échantillons plus variés d'usagers, moins impliqués dans le « réseau communautaire » de la CRT.

Les entretiens et le travail d'analyse ont été menés par une investigatrice dont il s'agissait du premier travail de recherche. Le manque d'expérience a pu affecter la richesse des premiers entretiens. La conduction des entretiens a néanmoins été améliorée au fur et à mesure du travail, par l'enrichissement du guide d'entretien et par l'acquisition de compétences spécifiques (relances, reformulations, etc.). La triangulation de la fin de l'analyse a aussi permis de limiter ce biais.

L'échantillon aurait pu être davantage diversifié, notamment, il ne comprend pas d'enquêté ayant plus de 35 ans et il n'y a qu'un seul homme ayant déjà eu des enfants.

En accord avec les principes de l'analyse phénoménologique interprétative, le concept de suffisance des données a été appliqué, ce qui explique le nombre limité de participants. Des entretiens supplémentaires auraient permis de diversifier les parcours vécus.

Le genre de l'enquêtrice, femme, et sa profession de médecin ont pu influencer sur les enquêtés pendant les entretiens. Néanmoins, la proximité en âge entre l'enquêtrice (28 ans) et les enquêtés (19 à 33 ans) ainsi que le tutoiement, presque systématique (à l'exception de E3), ont permis des échanges riches, dans une ambiance de confiance et de respect mutuel.

5. Perspectives

5.1 Pour la recherche

Notre étude a été la première étude qualitative en santé concernant les usagers de la contraception par remontée testiculaire. Il serait intéressant de mener des recherches qualitatives auprès des couples utilisant la CRT ou auprès des compagnes des usagers de la CRT, afin d'explorer leur vécu spécifique, et notamment pour préciser le rôle qu'ont les femmes vis-à-vis de la CRT dans les couples hétérosexuels. Le mode de recrutement de nos enquêtés au sein des réseaux militants a provoqué une sélection d'une certaine « typologie » d'usagers. Faire une étude en recrutant des usagers directement auprès des structures de soins comme le Planning familial ou les centres de santé sexuelle pourrait montrer des résultats différents (moindre propension au militantisme, par exemple).

D'autres pratiques contraceptives peu ou pas médicalisées telles que la symptothermie, l'utilisation de diaphragmes, capes cervicales ou préservatifs, pourraient faire l'objet d'études qualitatives en santé auprès des femmes et/ou d'hommes afin d'explorer des similarités avec la présente étude et les usagers de la CRT. Il serait également intéressant d'étudier la place des hommes dans les choix contraceptifs des couples hétérosexuels.

Afin de poursuivre la recherche sur les usagers de la CRT, de nouvelles études quantitatives pourraient être menées, notamment pour approfondir la relation qu'entretiennent les usagers au monde médical et pour évaluer l'efficacité et la pertinence des suivis (Planning familial, médecin traitant...). Il serait également intéressant de mener des études auprès d'usagers de dispositifs « DIY » tels que les jockstraps ou les anneaux artisanaux, la plupart des études quantitatives ayant été réalisées auprès d'usagers de slips et/ou de l'Andro-switch®.

Enfin, il apparaît nécessaire de mener de nouvelles études cliniques sur les différents dispositifs afin de montrer leur sécurité et leur efficacité. Également, il serait intéressant d'étudier le protocole de port

nocturne des dispositifs, souvent privilégié par les usagers malgré l'absence de données sur son efficacité et son innocuité.

5.2 Pour la pratique en médecine générale, l'enseignement et la formation

Les usagers de la CRT consultent en médecine générale, à la fois pour l'obtention des ordonnances de spermogrammes mais également en y cherchant des conseils et des informations sur la méthode et sur la santé sexuelle. À l'heure où le suivi gynécologique systématique et normatif est remis en question, il ne paraît pas forcément souhaitable de proposer une offre de soins « en miroir » par la mise en place d'un suivi andrologique systématique. Il y a néanmoins un enjeu à développer les compétences des professionnel·les de soins primaires pour la santé sexuelle des hommes, que ce soit pour la contraception mais aussi des actions de prévention spécifiques comme le dépistage et la prévention des IST et des violences.

La contraception par remontée testiculaire est une méthode innovante qui mérite encore d'être développée, notamment par la certification et la diffusion à grande échelle de dispositifs afin de devenir accessible au plus grand nombre. Elle représente déjà une alternative qui semble viable, notamment dans des situations d'« impasse contraceptive », c'est-à-dire dans le cas où aucune méthode contraceptive ne convient à un couple. Dans cette perspective, elle pourrait être proposée, en deuxième ou troisième intention, comme méthode contraceptive alternative aux moyens « classiques », pour des couples demandeurs et informés des potentiels risques.

Les autorités de santé recommandent d'utiliser la méthode « BERCER » (« Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour ») dans le *counseling* en contraception. (13) Ainsi, sur le modèle des pays anglo-saxons, la présentation exhaustive de toutes les méthodes contraceptives, y compris masculines devrait être faite systématiquement en consultation de contraception : vasectomie, retrait, préservatif, et également CRT et méthode hormonale. Toutes les méthodes n'étant pas équivalentes, non seulement en termes d'efficacité mais aussi de recul d'utilisation, ces informations devraient être pondérées le plus loyalement possible.

Les professionnel·les de santé sollicité·es pour le suivi d'usagers de la CRT doivent pouvoir l'effectuer et pour cela, être mieux formé·es sur la méthode et leur rôle (vérification des contre-indications, prescription et interprétation des spermogrammes, surveillance des effets secondaires), et également afin de faire remonter d'éventuels effets indésirables méconnus. En 2023, plusieurs organismes de formation continue proposent des formations sur la contraception masculine.

Le suivi des hommes « contraceptés » ne devrait pas s'envisager sans l'étroite collaboration avec les usagers-pairs qui œuvrent au sein des collectifs et associations. Ces groupements d'usagers experts sont des appuis précieux, à la fois pour la mise à disposition des outils contraceptifs mais également pour la diffusion des « bonnes pratiques », conformes aux recommandations. Comme nous l'avons vu dans notre étude, les groupes d'usagers jouent également un rôle d'éducation et de responsabilisation aux enjeux de la contraception masculine. Le soutien mutuel entre associations d'usagers et institutions médicales, comme le réalise le Planning familial, semble être un modèle efficace qui répond aux attentes des usagers. Cela ne pourra néanmoins pas répondre à toutes les demandes, notamment dans des milieux plus éloignés des centres urbains. Il paraît donc nécessaire de sensibiliser largement à ces questions les gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes.

Par ailleurs, la CRT connaît un grand engouement médiatique mais celui-ci ne semble pas forcément se traduire dans la pratique. Les professionnel·les de santé doivent prendre en compte les causes de cet intérêt sociétal — rejet des hormones, volonté de partage de la charge contraceptive, désir de maîtrise de leur fertilité par certains hommes — pour améliorer l’offre contraceptive en général. Cela passe aussi par l’écoute et l’accompagnement des couples en situation d’« impasse contraceptive », pour qui la CRT peut représenter une alternative mais aussi d’autres méthodes moins connues et/ou moins bien considérées (diaphragme, cape cervicale, retrait, méthodes « naturelles », vasectomie, etc.).

5.3 Pour l’organisation des soins

Notre étude pourra servir à alimenter de futures recommandations professionnelles concernant la contraception masculine et notamment la méthode par remontée testiculaire.

La contraception par remontée testiculaire ne paraît être utilisée que par quelques milliers de couples à l’heure actuelle en France. L’organisation des professionnel·les de santé les accompagnant en « réseau » spécifique semble pertinent, pour le partage d’expériences et d’expertise. Un annuaire constitué par le Planning familial à destination des patient·es existe et est intégré aux informations données par le Numéro Vert national « Sexualités, Contraception, IVG » (0 800 08 11 11). (65)

Les dispositifs qu’utilisent les usagers n’ont pas ou plus d’existence « institutionnelle » : l’Andro-switch® a été interdit par l’ANSM en attente de sa certification, la confection de slips à Toulouse s’est interrompue fin 2021. Seule une offre artisanale subsiste (jockstraps, anneaux DIY). La coopérative « Entrelac.coop » a récemment remporté un appel à projets auprès de la *Male Contraceptive Initiative* aux États-Unis pour la certification de l’anneau Andro-switch®. (135) Cela représente un premier pas pour la future diffusion des dispositifs, tout en gardant en perspective aussi la production de dispositifs textiles à plus grande échelle.

Dans notre étude, les usagers ont rencontré des difficultés pour la réalisation de leurs spermogrammes : examen contraignant, délais de rendez-vous longs, maillage territorial inégal des laboratoires. Un important levier pour la diffusion de la CRT comme d’autres méthodes contraceptives masculines réversibles sera la facilitation de l’accès aux spermogrammes. Le développement de techniques pouvant s’y substituer (auto-spermogramme, test rapide) sont aussi une perspective intéressante pour l’avenir.

CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis d'explorer le vécu des utilisateurs de la contraception par remontée testiculaire, une méthode de contraception masculine émergente. Nous avons mis en évidence que le partage de la « charge contraceptive » était bien souvent au centre de la démarche de ces hommes qui prennent le relais de la contraception de leur partenaire. Pour ses usagers, la rencontre avec la CRT a permis de réaliser plusieurs idéaux en matière de contraception : une méthode considérée comme « naturelle », peu médicalisée, écologique. Elle a semblé répondre à des aspirations de certains hommes de notre époque, soucieux des questions environnementales et de l'égalité de genre.

Au-delà de la sphère du couple, la pratique de cette contraception a également permis d'explorer des dimensions du « soi » : le désir de paternité, la découverte de son corps et de sa physiologie, le questionnement de sa sexualité. Autant qu'une remédiation à une « impasse contraceptive », elle a été une porte ouverte pour la redéfinition d'une nouvelle masculinité, rendant ces hommes responsables de la maîtrise de leur propre fertilité.

En raison de sa très petite échelle de diffusion, la CRT se pratique essentiellement grâce à l'appui de collectifs et associations d'usagers. Ces structures militantes offrent un accompagnement personnalisé permettant l'accès aux dispositifs mais aussi l'acquisition de connaissances et compétences nécessaires à une pratique autonome. Après avoir bénéficié de ce soutien, les usagers ont souhaité aider à leur tour et sont devenus pair-experts de leur contraception auprès de futurs usagers curieux, dans leur cercle personnel ou en s'engageant au sein de collectifs.

À l'exception des patients suivis au CHU de Toulouse, dont l'activité de contraception masculine via la confection de slips s'est arrêtée fin 2021, le suivi médical des usagers n'a été que ponctuel : au début pour la vérification des contre-indications puis par la suite pour la délivrance d'ordonnances de spermogrammes et les remèdes aux rares effets secondaires. Plus qu'un rôle de prescription, les professionnel·les de santé ont rempli un rôle d'accompagnement dans la démarche, en favorisant l'autonomie des usagers. La collaboration entre usagers pairs-experts et professionnel·les de santé pourrait être une réponse satisfaisante aux besoins des usagers et devrait être encouragée et aidée, comme au sein des structures du Planning familial.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Welzer-Lang D. La contraception masculine, ARDECOM et les groupes d'hommes, prémisses de l'évolution des rapports sociaux de genre. In: La contraception masculine [Internet]. Springer-Verlag; 2013 [cité 28 mars 2022]. p. pp139-164. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01429398>
2. Le Guen M. Évolution des usages contraceptifs - Une pratique millénaire et deux révolutions. *médecine/sciences*. 1 juin 2021;37(6-7):641-6.
3. Léridon H. La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Présentation d'un Cahier de l'INED. *Population*. 1987;42(2):359-67.
4. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.
5. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Sociétés*. 2017;549(10):1-4.
6. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
7. Thomé C. D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. *Sociétés Contemp*. 2016;N° 104(4):67-94.
8. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. *St-Maurice Santé Publique Fr*. 2017;8 p.
9. Décret n° 2022-258 du 23 février 2022 relatif à la participation des assurés aux frais liés à la contraception et aux frais liés aux passages dans les structures des urgences des établissements de santé - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045245276>
10. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sci Soc Santé*. 2004;22(3):117-42.
11. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Sociétés*. 2014;N° 511(5):1.
12. Le Guen M, Schantz C, Régnier-Loilier A, de La Rochebrochard E. Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Soc Sci Med*. 1 sept 2021;284:114247.
13. HAS. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). *Recomm Bonnes Prat* [Internet]. 2013; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf
14. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. *Doc Synthèse* [Internet]. 2013; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2elics.pdf
15. HAS. Contraception chez l'homme. *Recomm Bonnes Prat* [Internet]. 2013; Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-homme.pdf>
16. Thomé C. La sexualité aux temps de la contraception : genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960 - années 2010) [Internet] [These de doctorat]. Paris, EHESS; 2019 [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2019EHES0125>

17. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie>
18. Certains préservatifs sont gratuits en pharmacie pour les moins de 26 ans dès janvier 2023 [Internet]. [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16208>
19. Thomé C. Les « méthodes naturelles » de contraception. La construction d'une pratique entre normes de classe et reproduction de genre. *Cah Genre*. 2022;72(1):143-74.
20. Huyghe E, Nohra J, Vezzosi D, Bennet A, Caron P, Mieusset R, et al. Contraceptions masculines non déférentielles : revue de la littérature. *Prog En Urol*. avr 2007;17(2):156-64.
21. Soufir JC, Mieusset R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique. *Basic Clin Androl*. sept 2012;22(3):211-5.
22. Reynolds-Wright JJ, Anderson RA. Male contraception: where are we going and where have we been? *BMJ Sex Reprod Health*. 1 oct 2019;45(4):236-42.
23. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir JC, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? *Prog En Urol - FMC*. déc 2020;30(4):F105-11.
24. Moreau A. Quels sont les freins au développement de la contraception masculine ? Une revue de la littérature en sciences médicales et en sciences sociales. [Thèse d'exercice]. [Université de Lille]; 2021.
25. Chalom S. « L'absence de pilule masculine s'explique par de nombreux freins économiques ». *Les Echos Start* [Internet]. 20 janv 2023 [cité 22 févr 2023]; Disponible sur: <https://start.lesechos.fr/societe/economie/labsence-de-pilule-masculine-sexplique-par-de-nombreux-freins-economiques-1898960>
26. Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. *Autrepart*. 28 déc 2009;n° 52(4):49-63.
27. Daudin G, Jourdain S. Les contraceptés - Enquête sur le dernier tabou. *Steinkis BD*; 2021. 161 p.
28. Jaspard M. III / Révolution sexuelle ou révolution des rapports entre les sexes ? Des années 1960 aux années 2010. In *Paris: La Découverte*; 2017 [cité 24 févr 2023]. p. 47-76. (Repères). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-des-comportements-sexuels--9782707196392-p-47.htm>
29. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. *Cah Genre*. 4 avr 2016;n° 60(1):101-22.
30. Desjeux C. Histoire de la contraception masculine [L'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979-1986)]. *Rev Polit Soc Fam*. 2010;100(1):110-4.
31. Stevelinck L. Contraception : où sont les hommes ? Essai sur une responsabilité partagée L'exemple de Thomas Bouloù [Internet] [Mémoire de fin d'études]. Faculté de philosophie, arts et lettres, Université catholique de Louvain; 2018. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:16009>
32. Oudshoorn N, Akrich M, Le Doaré H. Contraception masculine et querelles de genre. *Cah Genre*. 1999;25(1):139-66.
33. Campo-Engelstein L, Kaufman S, Parker WM. Where Is the Pill for the "Reproductive Man?": A Content Analysis of Contemporary US Newspaper Articles. *Men Masculinities*. 1 juin 2019;22(2):360-79.
34. Le Guen M, Ventola C, Bohet A, Moreau C, Bajos N. Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. *Contraception*. 1 juill 2015;92(1):46-54.

35. HAS. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme. Haute Aut Santé [Internet]. 2019 [cité 6 mars 2023]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme
36. Sheynkin YR. History of vasectomy. Urol Clin North Am. août 2009;36(3):285-94.
37. Serna E. Opération vasectomie: Histoire intime et politique d'une contraception au masculin. Libertia; 2021. 174 p.
38. Ventola C. Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines [Internet] [phdthesis]. Université Paris Saclay (COMUE); 2017 [cité 13 nov 2021]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01795009>
39. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
40. Jacobstein R. The kindest cut: global need to increase vasectomy availability. Lancet Glob Health. 1 déc 2015;3(12):e733-4.
41. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World contraceptive patterns 2013 [Internet]. United Nations; 2013 [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://digitallibrary.un.org/record/789600>
42. La vasectomie séduit de plus en plus d'hommes en France [Internet]. www.20minutes.fr. 2022 [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/3348315-20220909-contraception-masculine-vasectomie-seduit-plus-plus-hommes-france>
43. Griffiths J. The Structural Changes in the Testicle of the Dog when it is Replaced within the Abdominal Cavity. J Anat Physiol. juill 1893;27(Pt 4):482.1-500.
44. Dupont J. Contraception masculine thermique : revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes; 2020.
45. Abdelhamid MHM, Esquerre-Lamare C, Walschaerts M, Ahmad G, Mieusset R, Hamdi S, et al. Experimental mild increase in testicular temperature has drastic, but reversible, effect on sperm aneuploidy in men: A pilot study. Reprod Biol. juin 2019;19(2):189-94.
46. Mieusset R, Grandjean H, Mansat A, Pontonnier F. Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. Fertil Steril. avr 1985;43(4):589-94.
47. Mieusset R, Bujan L. The potential of mild testicular heating as a safe, effective and reversible contraceptive method for men. Int J Androl. août 1994;17(4):186-91.
48. Shafik A. Testicular suspension as a method of male contraception: technique and results. Adv Contracept Deliv Syst CDS. 1991;7(3-4):269-79.
49. Ahmad G, Moinard N, Esquerré-Lamare C, Mieusset R, Bujan L. Mild induced testicular and epididymal hyperthermia alters sperm chromatin integrity in men. Fertil Steril. mars 2012;97(3):546-53.
50. Guidarelli M. Enquête transversale sur les dispositifs de contraception par remontée testiculaire : sécurité, acceptabilité, efficacité. TESTIS_2021 [Thèse d'exercice]. Université des Antilles, Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud; 2023.
51. World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen [Internet]. World Health Organization; 2010 [cité 11 nov 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44261>
52. Nieschlag E, 10th Summit Meeting Group. 10th Summit Meeting consensus: recommendations for regulatory approval for hormonal male contraception. October 22-23, 2006. Contraception. mars 2007;75(3):166-7.
53. Groupe de Travail sur la Contraception « Masculine ». Gazette du GTCM n°13. janv 2023;(13).

54. Hadziselimovic F. Temperature is not a major factor in the differentiation of gonocytes into ad spermatogonia and fertility outcome in congenitally cryptorchid boys. *Basic Clin Androl.* 10 janv 2022;32(1):2.
55. Entretien téléphonique avec le Dr François Isus, andrologue au CHU de Toulouse, 20 mars 2023.
56. Thomas Bouloù. Chaîne YouTube Thomas Bouloù [Internet]. 2018 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/@thomasboulou8186>
57. Collectif. S'occuper de son sperme et être contracepté.e [Internet]. Leslie Bhar. 2021. Disponible sur: <https://contraceptionthermique.noblogs.org/files/2022/01/blog-livre.pdf>
58. Thoreme - Anneau Andro-Switch - Contraception masculine [Internet]. Thoreme.com. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: <https://thoreme.com/>
59. ANSM. Actualité - Anneau contraceptif masculin Andro-switch : il faut démontrer l'efficacité et la sécurité du dispositif - ANSM [Internet]. 2021 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/anneau-contraceptif-masculin-andro-switch-il-faut-demontrer-lefficacite-et-la-securite-du-dispositif-1>
60. Groupe de Travail sur la Contraception « Masculine ». *Gazette du GTCM* n°12. déc 2022;(12).
61. Boxer thermique - SpermaPause [Internet]. JEMAYA Innovations. [cité 17 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.jemaya-innovations.com/fr/>
62. Thomas Bouloù. Rapport(s) - Pour la responsabilisation des hommes pour la prise en charge des risques et des conséquences de leurs sexualités. janv 2016 [cité 17 mars 2023];(1). Disponible sur: <https://remuernoteerde.poivron.org/?p=1717>
63. Qui sommes nous ? | GARCON [Internet]. [cité 17 mars 2023]. Disponible sur: <https://garcon.link/qui-sommes-nous/>
64. Contraception masculine : quelles sont les méthodes disponibles en France ? *Le Monde.fr* [Internet]. 14 janv 2018 [cité 17 mars 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/01/14/contraception-masculine-queelles-sont-les-methodes-disponibles-en-france_5241485_3224.html
65. Groupe de Travail sur la Contraception « Masculine ». *Gazette du GTCM* n°15. mars 2023;(15).
66. Konbini. « J'utilise une contraception masculine naturelle », Le Speech de Maxime" [Internet]. 2020 [cité 17 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/watch/?v=643791319772600>
67. Tribout L. Le travail contraceptif au masculin Hypervisibilisation et recompositions des masculinités [Master de spécialisation en études de genre]. Université de Liège; 2022.
68. Unverhütbar? – Emanzipatorisches Verhütungskollektiv Leipzig [Internet]. [cité 17 mars 2023]. Disponible sur: <https://unverhuetbar.noblogs.org/>
69. Lebeau JPD de publication, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud, France: Global média santé; 2021. 192 p.
70. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* déc 2007;19(6):349-57.
71. Rouanet C. La contraception masculine, c'est (encore) pour bientôt. L'outil contraceptif Andro-switch : retour d'expérience des utilisateurs. [Internet] [Mémoire de fin d'études]. Université de Lille; 2021. Disponible sur: <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2021/06/MEMOIRE-CALISTINE-ROUANET.pdf>
72. Joubert S. Contraception masculine thermique : Étude des motivations, choix et satisfactions auprès des utilisateurs [Thèse d'exercice]. Université de Saint-Étienne; 2021.

73. Contraception masculine - infos et témoignages [Internet]. Groupe Facebook. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/groups/183554925562575>
74. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2^e éd. Paris: Nathan; 2012. 126 p. (Sociologie).
75. Lachapelle Y, Fontana-Lana B, Petitpierre G, Geurts H, Haelewyck MC. Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels. *Nouv Rev - Éducation Société Incl.* 2022;94(2):25-42.
76. Thomé C, Rouzaud-Cornabas M. Comment ne pas faire d'enfants ? *Rech Sociol Anthropol.* 1 déc 2017;48(2):117-37.
77. Fonquerne L. « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». *Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. Santé Publique.* 2021;33(5):663-73.
78. Desjeux C. Pratiques, représentations et attentes masculines de contraceptions [Internet] [These de doctorat]. Paris, EHESS; 2009 [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2009EHES0079>
79. Desjeux C. Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte. *Basic Clin Androl.* sept 2012;22(3):180-91.
80. Joubert S, Tcherdukian J, Mieusset R, Perrin J. Thermal male contraception: A study of users' motivation, experience, and satisfaction. *Andrology.* nov 2022;10(8):1500-10.
81. MesOpinions.com. « Pour l'équité contraceptive, maintenant ! » - pétition en ligne [Internet]. <https://www.mesopinions.com/>. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.mesopinions.com/petition/sante/equite-contraceptive/178962>
82. Anand P. Male Contraceptives: A Future Where the Burden of Contraception Is Shared. *Am J Mens Health.* 28 oct 2022;16(5):15579883221133184.
83. Nguyen BT, Jacobsohn TL. Men's willingness to use novel male contraception is linked to gender-equitable attitudes: results from an exploratory online survey. *Contraception.* 15 mars 2023;110001.
84. Desjeux C. Hétérosexualités, corps et care : l'exemple des hommes d'Ardecom. *Basic Clin Androl* [Internet]. 2012 [cité 11 nov 2021];22(3). Disponible sur: <https://link.springer.com/epdf/10.1007/s12610-012-0184-1>
85. Roux A. « Par amour des femmes » ? : la pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale (1960-2000) [Internet] [These de doctorat]. Paris, EHESS; 2020 [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2020EHES0049>
86. Desjeux C. La « contraception masculine » aujourd'hui. Une réalité plurielle. In: *La contraception masculine.* Springer Paris. Springer Paris; 2012. p. 3-30.
87. Le Guen M, Schantz C, Régnier-Loilier A, de La Rochebrochard E. Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Soc Sci Med* 1982. sept 2021;284:114247.
88. Koechlin A. L'auto-gynécologie : écoféminisme et intersectionnalité. *Trav Genre Sociétés.* 2019;42(2):109-26.
89. Thomé C. Quand la sortie de la norme médicale interroge les normes intimes : l'exemple du coït interrompu. *Sci Soc Santé.* 2022;40(3):75-98.
90. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. *Cah Genre.* 4 nov 2021;n° 70(1):157-84.
91. Hoga LA, Rodolpho JR, Sato PM, Nunes MC, Borges AL. Adult men's beliefs, values, attitudes and experiences regarding contraceptives: a systematic review of qualitative studies. *J Clin Nurs.* 2014;23(7-8):927-39.

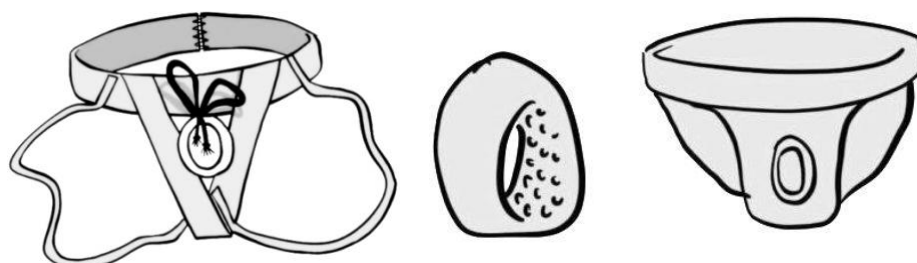
92. Caddy C, Temple-Smith M, Coombe J. Who does what? Reproductive responsibilities between heterosexual partners. *Cult Health Sex.* 8 févr 2023;0(0):1-19.
93. Richard C, Pourchasse M, Freton L, Esvan M, Ravel C, Peyronnet B, et al. Contraception masculine : qu'en pensent les femmes ? *Prog En Urol.* 1 nov 2021;31(13):874-5.
94. Campelia GD, Abbe C, Nickels LM, McElmeel E, Amory JK. « Shared risk »: Reframing risk analysis in the ethics of novel male contraceptives. *Contraception.* août 2020;102(2):67-9.
95. Andro A, Desgrées du Loû A. La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés. *Autrepart.* 28 déc 2009;n° 52(4):3-12.
96. Kalampalikis N, Buschini F. La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. *Nouv Rev Psychosociologie.* 20 nov 2007;4(2):89-104.
97. Espace réflexion éthique Bourgogne Franche-Comté. La contraception masculine : quels enjeux éthiques ? Les « Doc' éthique » de l'ERBFC [Internet]. 11 juill 2022 [cité 26 sept 2022]; Disponible sur: <http://www.erebfc.fr/blog/documentation-la-contraception-masculine/>
98. Glasier AF, Anakwe R, Everington D, Martin CW, Spuy Z van der, Cheng L, et al. Would women trust their partners to use a male pill? *Hum Reprod.* 1 mars 2000;15(3):646-9.
99. Reynolds-Wright JJ, Cameron NJ, Anderson RA. Will Men Use Novel Male Contraceptive Methods and Will Women Trust Them? A Systematic Review. *J Sex Res.* 2 sept 2021;58(7):838-49.
100. Macé de Gastine E. Étude qualitative : l'opinion des hommes de 18 à 33 ans sur l'utilisation potentielle d'une contraception masculine thermique par remontée testiculaire [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Tours, faculté de médecine; 2022. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2022_Medecine_MacedeGastinesEdouard.pdf
101. Serna É. La contraception dite masculine : un enjeu féministe. Dépossession ou réappropriation ? *Rev Crieur.* 2022;20(1):78-93.
102. Debest C, Mazuy M. Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant. *Popul Sociétés.* 3 févr 2014;N° 508(2):1-4.
103. Ifop. Désir d'enfant ? Eco anxiété, féminisme, hédonisme... Enquête auprès des Françaises sur leur désir d'enfant et le regret maternel [Internet]. IFOP. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/en-avoir-ou-pas-eco-anxiete-feminisme-hedonisme-enquete-aupres-des-francaises-sur-leur-desir-denfant-et-le-regret-maternel/>
104. Weiss K. Éco-anxiété. In: *Psychologie environnementale : 100 notions clés* [Internet]. Paris: Dunod; 2022 [cité 11 mai 2023]. p. 85-6. (Univers Psy). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-environnementale-100-notions-cles--9782100828289-p-85.htm>
105. Helm S, Kemper JA, White SK. No future, no kids—no kids, no future?: An exploration of motivations to remain childfree in times of climate change. *Popul Environ.* sept 2021;43(1):108-29.
106. Tillich E. « Pas d'enfant si je veux ». Stérilisée et sans enfant, un refus par corps de la maternité. *Sextant Rev Rech Interdiscip Sur Genre Sex.* 1 déc 2019;(36):73-89.
107. Morlet M. La communauté de l'anneau. Étude d'une innovation en contraception par remontée testiculaire – l'Andro-switch – et de ses effets [Mémoire de Master « Santé, environnement, politique »]. Sciences Po Strasbourg & Université de Strasbourg; 2022.
108. Girard L. Contraception masculine et démedicalisation. Communication aux journées d'étude « Santé et sexualité : savoirs, techniques, pratiques »; 2022 juin 20; Campus Condorcet.
109. Pour une contraception autonome et libre... de tout pouvoir. [Internet]. 2022 [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://stuut.info/Pour-une-contraception-autonome-et-libre-de-tout-pouvoir->

110. Thoreme.com. Mode d'emploi DIY « Spermogramme et contraception masculine thermique » [Internet]. Disponible sur: <https://thoreme.com/wp-content/uploads/2022/08/Sperm@home.pdf>
111. Vasectomy Test - SpermCheck [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://spermcheck.com/vasectomy-test/>
112. Directorate-General for Health and Consumers (European Commission) Now known as. The state of men health in Europe [Internet]. LU: Publications Office of the European Union; 2011 [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2772/60721>
113. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Santé et recours aux soins. In: Femmes et hommes, l'égalité en question [Internet]. 2022 [cité 14 avr 2023]. p. 136-7. (Insee Références). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805#consulter>
114. Richards M, Peters M, Sheeder J, Kaul P. Promoting Adolescent and Young Adult Male Contraceptive Knowledge: Can Health Care Providers Make a Difference? *J Adolesc Health*. 1 févr 2015;56:S5.
115. Jacobsohn T, Nguyen BT, Brown JE, Thirumalai A, Massone M, Page ST, et al. Male contraception is coming: Who do men want to prescribe their birth control? *Contraception*. nov 2022;115:44-8.
116. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. *Sci Soc Santé*. 2017;35(3):41-70.
117. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre Sex Société* [Internet]. 1 déc 2014 [cité 2 nov 2021];(12). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/3215>
118. Amouroux M, Mieusset R, Desbriere R, Opinel P, Karsenty G, Paci M, et al. Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations: New fathers and new providers. *PloS One*. 2018;13(5):e0195824.
119. Zielinski A. L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*. 2010;413(12):631-41.
120. Ruault L. La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? *Crit Int*. 2016;70(1):37-54.
121. Hadoux, S. « Haut les couilles ! » *Sortie* 14; 2021.
122. Groupe de Travail sur la Contraception « Masculine ». *Gazette du GTCM* n°16. avr 2023;(16).
123. Guay J. Retisser les liens et renouer avec le cycle de réciprocité. In: *L'intervention clinique communautaire : Les familles en détresse* [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 2 mai 2023]. p. 83-98. (Thématique Santé, médecine, sciences infirmières et service social). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/14611>
124. Gardien È. Les professionnels du soin et les savoirs issus de l'expérience des patients. *Soins Cadres*. févr 2021;Vol. 30, n° 125:35-8.
125. Héritier-Augé F. Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin. In: *Contraception : contrainte ou liberté ?* [Internet]. Odile Jacob; 1999 [cité 25 avr 2023]. p. 37-52. (Travaux du Collège de France). Disponible sur: <https://www.cairn.info/contraception-contrainte-ou-liberte--9782738107220-p-37.htm>
126. Chambost J, Raboteau A, Vallée J. Vasectomie : regards croisés des hommes et des médecins généralistes. *Rev Exerc*. avr 2017;(132):162-9.
127. Connell R. *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*. Amsterdam. 2014. 311 p.
128. Oudshoorn N. "Astronauts in the Sperm World": The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives. *Men Masculinities*. avr 2004;6(4):349-67.

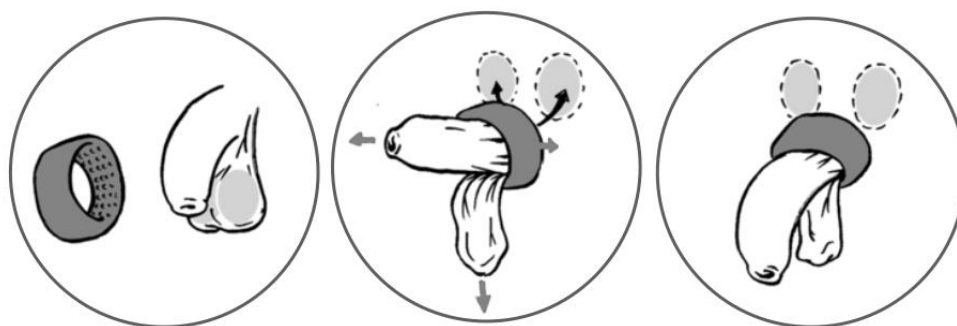
129. Jourdan D, O'Neill M, Dupéré S, Stirling J. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? Santé Publique. 2012;24(2):165-78.
130. Conférence internationale sur les soins de santé primaires (1978: Alma-Ata U, Organization WH, Fund (UNICEF) UNC. Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur le soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS, 6-12 septembre 1978 [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 1978 [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39243>
131. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. World Psychiatry. 2016;15(3):276-86.
132. Shankand R, Saïas T, Friboulet D. De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire. Prat Psychol. 1 mars 2009;15(1):65-76.
133. Saout C. La lutte contre le sida : le face à face des associations et de l'État. Trib Santé. 2015;46(1):25-30.
134. Pluen-Calvo S, Jutant S. Riposter face à l'incertitude par la mobilisation des savoirs et des liens communautaires. Santé Publique. 2022;34(HS1):1a-1a.
135. Entrelac.coop / Our Grantees [Internet]. Male Contraceptive Initiative. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.malecontraceptive.org/entrelaccoop.html>

ANNEXES

Annexe 1 : dispositifs utilisés pour la contraception par remontée testiculaire



Un jockstrap artisanal, un anneau Andro-switch® et un slip contraceptif



Principe de la remontée testiculaire en position supra-scrotale au moyen d'un anneau

Images reproduites avec l'aimable autorisation de leur auteur, Bobika. Tous droits réservés.

Annexe 2 : grille COREQ-32

D'après la traduction française originale. (70)

N°	Item	Guide questions / descriptions	Réponse rapide et/ou justification
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêtrice / animatrice	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené les entretiens ?	cf. Matériel et méthode 3.3
2	Titres académiques	Quels étaient ses titres académiques ?	cf. Préambule et Discussion 3.2
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	
4	Genre	Quel était son genre (homme / femme) ?	
5	Expérience et formation	Quelle était son expérience ou sa formation ?	
Relations avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêtrice et participants se connaissaient-ils ?	Non, cf. Résultats 1.1
7	Connaissances des participants au sujet d'étude	Que savaient les participants au sujet de la chercheuse ?	cf. Matériel et méthode 3.3
8	Caractéristiques enquêtrice	Quelles caractéristiques de la chercheuse ont été signalées ?	
Domaine 2 : conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	cf. Matériel et méthode 1.1 et 4
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	cf. Matériel et méthode 2.1, 2.2
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	cf. Matériel et méthode 2.4
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus ?	cf. Résultats 1.1
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou abandonné ?	Aucun
Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	cf. Matériel et méthode 3.3
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	cf. Résultats 1.1, 1.2
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	cf. Matériel et méthode 3.2
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	La chercheuse utilisait-elle un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, cf. Matériel et méthode 3.3
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après les entretiens ?	Oui, cf. Matériel et méthode 1.2
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens ?	cf. Résultats 1.2
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	cf. Matériel et méthode 2.1
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non, cf. Matériel et méthode 3.4

Domaine 3 : analyse et résultats			
<i>Analyse des données</i>			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une seule, cf. Matériel et méthode 4
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données, cf. Matériel et méthode 4
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	MAXQDA®, cf. Matériel et méthode 4
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	«Member checking», cf. Matériel et méthode 4 et Discussion 3
<i>Rédaction</i>			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, cf. Résultats 2, Discussion 1
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	

Annexe 3 : extraits du journal de bord

2021

3 juillet : Retour d'une soirée à la Maison des femmes de Montreuil autour de la contraception masculine. Très intéressantes statistiques du Planning à récupérer à la fin de l'année : 4x plus de plages de consultations en 4 ans, et une explosion des demandes depuis 1 an. J'ai rencontré les premiers mecs contraceptés, tous très sollicités pendant la soirée. (...) J'ai intégré le serveur Discord (en dilettante) et profite des discussions : est-ce que ton anneau est à la bonne taille, effets sur la peau, les sensations du corps, discussions érections, pratique sportive, relations sexuelles...

13 juillet : Point sur mes a priori. Après ce que j'ai pu déjà lire (et imaginer), je pense l'usager de la CMT comme : plutôt CSP+, plutôt pro-féministe voire quasi altermondialiste, plutôt à l'aise avec son corps et avec sa sexualité, plutôt jeune, plutôt sans enfant.

12 novembre : Point d'étape avec Juliette et Jean-Sébastien ce matin. Ma biblio a convenu visiblement. Discussions intéressantes sur le fond avec par exemple la question de la norme contraceptive française qui est imposée par le corps médical qui dicte ses propres choix contre l'avis des patientes ("*pour vous, ce sera la pilule...*") ; le futur de la contraception se jouerait peut-être donc dans la ré-appropriation des savoirs et des connaissances par les usager·es. La CMT paraît dans l'air du temps : on peut tout faire soi-même (se renseigner, coudre son dispositif, profiter de l'aide des autres usagers, etc.)

22 novembre : Premier entretien avec E1. Plutôt "open" sur sa sexualité donc pas choqué par mes questions (moi sûrement un peu moins à l'aise). Beaucoup de choses auxquelles penser pendant l'entretien, et un peu de mal à me détacher du guide. J'ai eu des questions qui me sont quand même venues à moitié spontanément/naturellement donc contente. Impression de pas avoir suffisamment exploré ses motivations et de pas avoir réussi à faire ressortir son « rapport à la contraception ». Des éléments très intéressants sur ce que ça lui apporte dans ses relations avec ses partenaires, de pouvoir « partager la charge » ou la prendre entièrement, « si nécessaire ».

27 novembre : Hier, entretien visio avec E2 très intéressant. Lui-même médecin et très attaché au suivi médical alors qu'il pourrait être tout à fait autonome maintenant, mais il a du mal à lâcher. (...)

Et en fin d'après-midi, entretien au domicile de E3, très sympathique jeune homme. Lui ne fait plus de spermogrammes et se fait entièrement confiance (il avait honte de me le dire, peur que je le juge). J'ai peut-être orienté un peu certaines questions. E2 et E3 étaient spontanément moins bavards que E1 donc plus difficiles à interroger. E3 très militant et qui juge que la capote c'est pas "zéro-déchet" (j'avais déjà dû lire ça mais il m'a fait marrer à y attacher autant d'importance). Par ailleurs s'est senti assez en confiance pour parler de sa vie sexuelle, donc contente. Note : à ce jour, 100 % de mon échantillon pratique l'escalade.

3 décembre : Journée d'échanges de pratiques organisée par le Planning familial hier avec toutes les assos : GarCON, Thomas Bouloù et ARDECOM. Super intéressant. Pendant les échanges avec les médecins, discussion de la place de l'examen clinique : je pense qu'il faut que je mette une question dessus dans mon guide. Dans les trois entretiens déjà menés, la corporalité, le toucher, le ressenti... ressortent assez peu. Peut-être que l'examen clinique peut être une voie pour ouvrir la porte là-dessus. Aussi demander si la partenaire était présente lors de la consultation médicale. Et d'autre part, envie de poser la question vraiment de la manipulation quotidienne, de l'enfilage.

En tout cas c'est bien de se créer du réseau et d'observer l'engouement autour des méthodes. J'ai aussi appris que l'ANSM avait lancé la "police sanitaire" à l'encontre de Thoreme/Andro-switch.

19 décembre : Avant-hier, session d'analyse du premier entretien. Un peu compliqué mais c'est un exercice de gymnastique mentale enrichissant, qui vient éclairer l'entretien. E1 était vraiment bavard et c'était agréable de ne pas avoir à beaucoup le relancer. J'ai encore du mal à percevoir *exactement* sa motivation. L'ANSM a interdit la vente de l'Andro-switch depuis 10 jours et déconseille aux personnes de continuer à l'utiliser.

2022

14 février : Vu Juliette pour analyse le 11/02. On a bien discuté au-delà aussi des codes (je n'étais pas tout à fait à côté, ouf). Impression de peut-être deux "démarches" différentes vis à vis du monde médical : une partie des usagers qui y est attaché, y compris au fait de participer aux essais cliniques ; une autre, moins soucieuse de ce suivi, spermogrammes moins fréquents ou pas aussi bien programmés, DIY. Intérêt je pense d'aller interviewé des usagers de jockstraps, pour l'instant j'en ai assez peu.

4 mars : Entretien avec E6, instituteur fils d'ouvrier, milieu rural. Il a beaucoup parlé de la modification de son rapport au corps. Le seul qui a des enfants mais en fait je ne sais pas si ça change tant de choses que ça car il m'a dit qu'il aurait pu envisager la méthode avant d'avoir ses enfants s'il en avait eu connaissance.

E7 hier, 1 h 45, chez ses parents chez qui il vit. Très militant, fait partie d'un collectif. Un aspect promédicalisation (peut-être simplement pour une 1^{re} consultation, en fait) mais se considère à présent en autonomie. Plutôt décroissant.

11 mars : Entretien E8 lundi, en présentiel assez loin de chez moi. Enquêté très sympathique. Comme E7, milite dans un collectif mais assure que se contracepter n'est pas un acte militant !

Je regrette certaines questions posées à E7 sur la médicalisation.

Réflexions sur l'avantage de la visio c'est qu'on voit nos visages non masqués, paradoxalement peut-être meilleure communication non verbale... En tout cas j'ai apprécié passer des entretiens en présentiel car c'est un plus grand challenge, plus impressionnant pour moi (ce qui joue cependant peut-être sur la qualité des échanges...).

13 mai : Retour après une pause de plusieurs semaines marquée par mon déménagement à Nantes. Je suis encore dans la retranscription de E7 (après E6 qui a été une tannée car qualité de micro pourrie en visio, donc beaucoup d'allers-retours).

Fin mars : congrès de l'ANCIC à Grenoble. Participation à un atelier sur la contraception masculine. Des jeunes médecins, plus ou moins (in)formés sur la question. Une d'elles se demande : "je me mets en danger en prescrivant des dispositifs interdits par l'ANSM". Pierre Colin (Ardecom) "vous êtes des trouillards !". Après avoir entendu en plénière les médecins des années 60-70 raconter les IVG clandestines à domicile, c'est sûr qu'on ne peut s'empêcher de penser que parfois, il faut être un peu militant·e.

30 août : Reprise après vacances. Fait déjà pas mal de codages depuis juin, et recodé tout ce que j'avais codé cet hiver (Sisyphé). Écouté un podcast de Arte "*Les bijoux de famille*", datant de 2016 avec Mieusset dedans qui raconte que les hommes ont peur qu'on touche à leur virilité. Vrai que dans les quelques entretiens où c'est ressorti, aucun de mes interviewés ne disent y avoir pensé (ou même se figurent ce que représente leur virilité...).

22 décembre : Vu Juliette en novembre, puis en décembre, pour discuter de la suite. Soutenance probable au printemps (j'aimerais). Le travail d'analyse est entamé, codage terminé cette semaine, je commence à essayer de résumer chaque entretien, de trouver des schémas explicatifs. Impression de faire le travail à l'envers, mais je découvre des choses, et c'est stimulant de changer de tâche après des mois de codage laborieux (sûrement pas eu une bonne méthode, ou pas la motivation suffisante).

Été à un atelier couture des GONADES le 19/12. Les trois gars présents pour coudre étaient déjà bien informés, donc on a discuté de sujets de fond, notamment avec un des militants du groupe qui m'a parlé du "droit à la contraception" des hommes. Depuis, j'y réfléchis un peu. Je ne pense pas que le combat se situe dans le fait d'accéder à un droit mais plutôt d'en avoir les moyens matériels. Ça m'a fait du bien de voir la confection des jockstraps en réel.

Été aussi à une réunion d'informations des GONADES en octobre, pu contribuer comme médecin experte, mais je sais pas si je suis encore très à l'aise ou même bienvenue dans ce rôle, impression d'être le cul entre deux chaises et surtout de participer à une forme de censure chez les militant·es.

2023

23 janvier : Contente du travail fait. On commence à apercevoir certains contours. Dix jours assez intenses ensuite, tri refait. Finalement, trop “thématique” et pas assez “interprété”. On reprend les notions, on refait des liens. Travail poursuivi jusqu’ici et que je présente à Juliette et J-S (pas vu depuis un an ?) demain. Assez appréhensive, parce que vu la densité, ce n’est pas simple à “visualiser”. Et plusieurs trucs à discuter, des choses peu utilisées, laissées en suspens (par ex : certains aspects “techniques” comme les dispositifs, le spermogramme, mais aussi les réactions de l’entourage que je trouve vraiment pas très pertinentes) : est-ce une bonne chose ?

Surtout, je sors d’un week-end assez intense. Journée de la SALF sur la contraception masculine à Paris il y a 3 jours. L’occasion de voir (et parfois échanger avec) certains « grands noms » du milieu. Il y a un conflit assez ouvert entre le monde “scientifique” (je ne dis pas “médical”...) et le monde associatif. Soufir a dit aux représentants des associations qu’ils étaient “sympathiques mais irresponsables”. Derrière sa tentative de délégitimation des mouvements militants, on peut voir du mépris certes, mais aussi des craintes plus ou moins fondées : celles de voir apparaître des effets secondaires graves (y compris des grossesses non désirées ou des infertilités provoquées) qui pourraient discréditer complètement les méthodes et mettre à la poubelle des décennies de travail de recherche. Mais l’irresponsabilité ne se situe-t-elle pas avant tout du côté des médecins qui préfèrent la politique de l’autruche à l’accompagnement de cette demande sociale ? Les militants ont en tout cas l’air de penser que les “vieux” seront bientôt dépassés, et que la nouvelle génération (plus jeune, et plus féminine aussi) va essayer de faire le lien entre les patients, les associations, les médecins et les chercheurs.

Avant-hier, il y avait les rencontres inter-collectifs sur les contraceptions testiculaires, au Simplon Lab. On était une trentaine, j’étais la seule médecin et presque la seule femme (Maureen, étudiante en socio, est passée rapidement le matin). C’était vraiment intéressant, on voit que les réflexions deviennent de plus en plus poussées et que les militants ont atteint un très haut niveau d’expertise : à fois scientifique et politique. J’ai beaucoup discuté, notamment avec quelqu’un qui m’a surpris à avoir un discours assez décomplexé sur les bénéfices en terme de sexualité de la contraception testiculaire, et une certaine revendication à se prémunir de la paternité involontaire. Les mecs de ces collectifs ont très peur de récupération par les mouvements masculinistes et cherchent à avoir des discours très construits autour de la non-glorification, de la prise en compte de la parole des femmes etc. Personnellement, j’étais quand même assez heurtée d’être la seule meuf : où sont leurs copines ? quelles informations ont-elles à disposition ? quelle parole ? quels choix ?... Oui, les hommes doivent prendre des responsabilités, et alléger la “charge” c’est aussi s’occuper eux-mêmes du travail militant, par exemple, mais on ne peut pas escamoter pour autant les femmes de ces processus : à la fin, elles y risquent autant, voire plus. J’aimerais vraiment pouvoir développer... mais il va falloir y réfléchir un peu avant.

22 mars : Je réalise que je n’ai pas écrit dans mon journal depuis janvier... (...) Il a fallu s’éloigner un peu du texte pour rentrer dans l’interprétation et organiser nos pensées en propriétés (ça c’était presque fait) puis en catégories et enfin en thèmes. C’est un peu du charabia mais à force d’exemples et de discussions, on est arrivés à quelque chose. (...) Nous sommes arrivés avec JS aux mêmes conclusions, à quelques “grandes idées”. Une qui a émergé, est celle de la *santé communautaire*. J’ai cherché dans mes notes, et je l’ai écrit dès l’été 2021 : « une pratique self-help ? ». C’est sûr que ce petit milieu y fait penser : agir pour sa santé, puis pour celles des autres, plutôt pas en étroite collaboration avec le monde médical mais pour soi, pour les siens. C’est un concept qui reflète bien le réel de la pratique. Également, on a peut-être trouvé le concept central autour de l’autonomie : l’autodétermination. Décider pour soi, faire pour soi... Je disais “autonome”, “approprié”, mais il y a une idée d’intention dans “autodétermination” qui convient bien (merci JS). Possible qu’on le garde. En tout cas, en organisant les catégories autour de ces trois axes (le 3e étant le partage de la charge contraceptive), ça marche. Donc c’est peut-être bien ça, la finalité ?... et alors, soutenance fin juin. Toujours un peu repoussé mais après ça je n’aurais plus le choix, donc ce sera ça !

Annexe 4 : historique de participation à des événements en lien avec la contraception par remontée testiculaire

Vendredi 3 juillet 2021 : Soirée « Contraception testiculaire, t'en es où ? » organisée par la Maison des Femmes Thérèse Clerc à Montreuil (93100)

Jeudi 2 décembre 2021 : Journée du GTCM (Groupe de Travail sur la Contraception dite Masculine) à l'initiative du Planning Familial, à Paris (75011)

Mardi 25 janvier 2022 : Journée de formation à la contraception masculine à destination des internes en médecine par la Société d'Andrologie de Langue Française (en ligne)

Samedi 26 mars 2022 : Atelier « Les enjeux de la Contraception Masculine », animé par Pierre Colin de l'ARDECOM, dans le cadre des 24^e Journées de l'ANCIC (Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception) à Saint Martin d'Hères (38400)

Mardi 17 mai 2022 : Projection du documentaire « Haut les couilles » de Sidonie Hadoux organisée par le collectif « les GONADES » à Nantes (44000)

Mardi 11 octobre 2022 : Soirée « Autour des méthodes de contraception testiculaire » organisée par le collectif « les GONADES » à Nantes (44000)

Lundi 19 décembre 2021 : Atelier couture de jockstraps organisé par le collectif « les GONADES » à Nantes (44000)

Vendredi 20 janvier 2023 : Journée scientifique de la Société d'Andrologie de Langue Française sur la contraception masculine à Paris (75014)

Samedi 21 janvier 2023 : Journée militante « Rencontre interunivers des contraceptions testiculaires » organisée par divers collectifs et associations au Simplon Lab à Paris (75020)

Annexe 5 : guide d'entretien

Le but de l'entretien est que vous me racontiez votre expérience de l'utilisation de la contraception thermique. L'ensemble de l'entretien sera enregistré, puis retranscrit, et restera anonyme.

- 1. Avant l'utilisation (motivations) : Racontez-moi comment vous en êtes venu à utiliser la contraception thermique.**
 - Comment avez-vous eu connaissance de la méthode ?
 - Comment vous êtes-vous renseigné ?
 - Qu'est-ce qui vous a motivé à commencer ?
 - Où en étiez-vous dans votre vie ?
 - Au moment de commencer, étiez-vous en couple, célibataire ? Quelle était l'attitude de votre partenaire ?
 - Quelles autres méthodes de contraception aviez-vous expérimentées avant ? Dans d'autres relations ?
 - C'est quoi la contraception pour vous ?
 - Avez-vous envie de devenir père ? Pourquoi ?
- 2. Pendant l'utilisation (vécu) : Comment s'est passée l'utilisation de la contraception thermique au quotidien ?**
 - Comment s'est passée la mise en place ?
 - Quels types de dispositifs utilisez-vous (anneau, slip, jockstrap) ?
 - Y a-t-il eu des effets secondaires, inattendus ?
 - À qui vous êtes-vous adressé en cas d'interrogation ?
 - Comment se passaient les spermogrammes ?
 - Y a-t-il eu des impacts dans la vie personnelle, professionnelle, amicale, sexuelle ? Comment ça se passait au boulot / à la maison / pendant vos loisirs / les vacances... ?
 - Si vous deviez expliquer l'utilisation à un copain qui n'y connaît rien, vous lui expliqueriez comment ?
 - Vous en avez parlé à vos parents, vos amis ? Comment ont-ils/elles réagi ?
 - Quel a été le rôle de votre partenaire dans l'utilisation de la contraception thermique ?
 - La contraception thermique a-t-elle été votre unique moyen de contraception ? Si oui, vous lui avez fait confiance facilement ? Pourquoi ?
 - Avez-vous eu des contacts avec d'autres usagers ?
- 3. Accompagnement par les professionnel·les de santé : Avez-vous eu un suivi par un ou une professionnel·le de santé ?**
 - Quel a été le rôle du / de la professionnel·le dans votre suivi ?
 - Quelle a été sa réaction initiale ?
 - Votre compagne vous a-t-elle accompagné aux consultations ?
 - Y a-t-il eu un examen clinique ? Comment l'avez-vous vécu ?
 - Si pas de suivi : comment avez-vous vécu le fait de ne pas être accompagné par un·e professionnel·le de santé ? Quelles étaient les raisons de l'absence de suivi ?
 - Qu'auriez-vous apprécié de la part d'un·e professionnel·le de santé dans le suivi ?
- 4. Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?**
- 5. Connaissez-vous quelqu'un qui pourrait participer à un entretien ?**

Annexe 6 : fiche d'information remise aux participants

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité-e à participer à une étude menée par le Département de médecine générale de Sorbonne Université dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité-e à signer au préalable un formulaire de consentement, qui se trouve en page 2 de ce document. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

Investigatrice : Manon Lacroix, médecin généraliste

Coordinateur-trices de la recherche : Dre Juliette Vandendriessche, médecin généraliste, directrice de thèse ; Dr Jean-Sébastien Cadwallader, médecin généraliste et maître de conférences universitaire, directeur de thèse

1. Procédure de l'étude

Vous vous entretenez avec l'investigatrice de l'étude au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre le vécu de l'utilisation de la contraception thermique masculine.

Cette étude fait l'objet d'une demande d'avis auprès du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants. Elle fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et libertés (déclaration n°2224225).

2. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3. Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude pourra permettre de mieux comprendre les usagers de la contraception thermique masculine et d'améliorer leur suivi par les professionnel·les de santé.

4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5. Rémunération et indemnisation

Aucune rémunération ou indemnisation des participants n'est prévue.

6. Informations complémentaires

Les coordonnées de l'investigatrice principale Manon Lacroix sont [informations confidentielles].

7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le Département de médecine générale de Sorbonne Université et l'investigatrice Manon Lacroix vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission des données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement page suivante.

Annexe 7 : extrait d'entretien

ML : Donc je vais me présenter... Moi je suis Manon, je suis une jeune médecin généraliste et je prépare en ce moment une thèse sur les usagers de la contraception thermique dite masculine.

E4 : Ok !

ML : Le but de l'entretien c'est que tu me racontes ton expérience de l'utilisation de la contraception thermique. Euh... Tout est évidemment enregistré, sera retranscrit et restera complètement anonyme.

E4 : D'acc.

ML : J'ai bien reçu aussi ta fiche de consentement signée.

E4 : Ok, cool. Et... peut-être, petite question, ce qui t'intéresse pour toi dans mon expérience, est-ce que c'est le process euh... de réflexion ou c'est le process plus... physique, entre guillemets ?

ML : Tout m'intéresse mais t'inquiète pas je vais te poser des questions.

E4 : D'accord ! Ha tu vas me poser 50 000 questions, super, ok...

ML : Tout à fait ! (rires)

E4 : Impec ! (rires)

ML : Donc du coup la première c'est : raconte-moi comment tu en es venu à utiliser la contraception thermique.

E4 : Ouais ! Euh... Alors euh je vais essayer de faire l'histoire en détails comme ça euh... T'auras tout ! Euh... J pense que la première fois que j'en ai entendu parler c'est via une vidéo que m'a partagée ma copine, je pense, sur Konbini, ça devait être Maxime Labrit, la vidéo Konbini de Maxime Labrit qu'il a faite pendant le confinement, un truc comme ça... où il présentait Andro-switch. Euh... Bah... Bah, ça m'a intéressé parce que ces sujets-là, ça nous intéressait tous les deux avec ma copine. Hum... À ce moment-là moi je pense que j'étais pas tout à fait conscient de ce que j'avais vu. Hum... C'était, voilà, intéressant et tout, cool, on discutait de l'égalité des genres dans notre couple et tout, et bah super. Mais j pense que j'ai pas réalisé que ça pouvait être quelque chose à ce moment-là, que moi je puisse utiliser. Mais j me suis quand même dit bah ok, à la fin du confinement bah je, j'essaierai de me renseigner quoi. À la fin du premier confinement j'ai pas du tout euh... J'avais complètement oublié ça ! Euh... Et euh, à la fin de l'année en gros, vers la fin de l'année y a un de mes potes qui est très intéressé par le sujet et qui m'en a reparlé en me disant « Bah au fait, t'as avancé sur ça ? » et tout... Et... Et j'avais pas du tout... J'avais complètement zappé. Et du coup ça m'a remis un peu dedans et là je me suis lancé dans la recherche, vraiment d'infos, via le site de Thoreme. Euh... Concrètement ça a été ma seule source d'information, j'ai pas du tout euh... Fin j'ai suivi un peu le guide qu'avait fait Maxime, à savoir : prendre rendez-vous chez le médecin, faire un spermo etc. J'ai suivi toutes ces étapes-là, et c'est que dans un deuxième temps que je me suis vraiment... renseigné sur bah voilà... est-ce qu'il y a des études médicales sur le sujet, euh, qu'est-ce que ça implique et tout ça. À la différence de certains copains à qui j'en ai parlé et qui après ont plutôt au contraire, eux, pris le temps de lire les études scientifiques,

euh... qui étaient disponibles sur Thoreme et qui ensuite se sont dit « Ok bah maintenant je me sens à l'aise avec le truc, je vais commander l'anneau ». Moi c'était plutôt le process inverse, c'était plutôt... J'ai suivi euh, voilà, le processus médical recommandé par Maxime, avec un petit... avec une petite modification dans le sens où Maxime recommandait que le médecin pratique une palpation pour la détection de varicocèle et autres euh... contre-indications, et moi en fait le médecin m'a dit que, que selon lui pour détecter une varicocèle, la palpation c'était pas une bonne idée, enfin c'était... pas adéquat, enfin que c'était pas forcément le mieux... Du coup, il a carrément recommandé une échographie. Donc du coup, j'ai fait une échographie testiculaire. Euh... Ensuite, j'ai fait un spermo. Et ensuite, j'ai commandé mon anneau. Ce qui fait que du coup, euh, bah on est passé de janvier 2021 à euh... avril 2021, je pense, ou mai 2021 où j'ai reçu mon anneau, surtout qu'y a eu des histoires de Poste entre les deux donc ça a rajouté du temps, enfin bref c'est des détails.

ML : Et euh...

E4 : J'ai peut-être été trop dans le détail...

ML : Pas du tout, non, non. Y a pas trop de détails, au contraire. Qu'est-ce que je voulais dire... Euh, tu, tu as pas trop parlé de ta copine, mais du coup, elle c'était quoi sa place dans tout ça ?

E4 : Ouais ! Hum... Bah, sa place, je dirais que... euh, pour moi elle a eu... Fin, elle a eu peu de place dans euh... dans mon... Fin, comment, elle a eu une place pour m'introduire au fait que ça existait, euh, elle a eu une place dans le sens où je sais que ... Elle a, fin elle a pris la pilule depuis toute petite, fin toute petite, depuis que ... depuis qu'on peut prendre la pilule. Elle a une histoire contraceptive qui est la sienne. Hum... Mais on avait déjà parlé de ces sujets d'égalité des genres, fin c'est un sujet qui nous intéressait beaucoup, euh... Moi j'avais déjà évoqué le fait que c'est vrai que je comprenais pas pourquoi y avait pas plus de contraceptions masculines... Euh... Que ce soit pilule ou autre, fin je... Voilà, on avait déjà eu des discussions. Donc elle, elle m'a montré ça en me disant « Bah tiens, je pense que ça va t'intéresser » et... puis, après, bah ... Moi comme je m'étais... je m'étais dit « Ouais bah je vais essayer », c'est une manière concrète pour moi de mettre en œuvre quelque part, des discussions qu'on avait pu avoir. Dire que c'est nul que ce soit les femmes qui prennent toute la charge contraceptive, c'est nul, ok bah c'est dire les choses, et là j'avais une opportunité de faire quelque chose, du coup je voulais la saisir. Et quand je me suis rendu compte que j'avais complètement oublié de saisir cette opportunité-là, bah je me suis dit « Bah go quoi ! On y va ! » Bah après y avait aussi dans ce process de réflexion, il se trouve que... À ce moment-là on avait déjà depuis un bon bout de temps entamé la réflexion sur le voyage dans lequel on est actuellement, euh... qui est donc un voyage de un an et demi autour de la Méditerranée, et donc un an en voyage où en fait on n'a pas forcément accès à la pilule, euh... Il se trouvait que, à ce moment-là on savait pas trop comment avoir plus de trois mois de pilule sur ordonnance, euh... Y a peu de médecins qui font plus de trois mois d'ordonnance et les pharmacies sont pas toujours d'accord pour donner... fin six mois max quoi. Euh... Et du coup bah s'est posée la question de comment se contracepter euh... pendant ce voyage. Euh... Donc elle de son côté, à peu près au même moment où moi j'ai commencé les essais pour, fin j'ai commencé les démarches pour euh... l'anneau, elle a décidé de mettre un implant. Parce que, comme elle elle utilisait la cup, on lui avait pas recommandé d'utiliser le stérilet en plus de la cup. Hum... Donc elle a décidé d'essayer l'implant parce que jusque là la pilule hormonale ça fonctionnait bien du coup, elle s'est dit « Bon bah je vais essayer l'implant ». Il s'est trouvé que l'implant ça lui a pas convenu, y compris après trois mois, donc euh... Comme moi j'avais déjà commencé le spermo, euh... fin j'avais déjà fait mon spermo de... de départ, fin mon spermo initial, et juste avant le départ j'ai fait le spermo de contrôle qui a montré que ça a très bien marché pour moi, et du coup, elle a enlevé son implant à peu près un mois après le départ, on était

encore en France, et euh... Elle a retiré son implant, et moi j'ai continué le port de l'anneau. Sachant que le... Sachant que le... l'anneau fonctionnait bien pour moi, quoi, que la thermique fonctionnait bien pour moi. Donc voilà un peu plus de détails sur sa position.

ML : Tu m'as dit « Elle avait une histoire contraceptive qui lui était propre », elle à ce moment-là sa pilule ça lui avait causé des problèmes au-delà des soucis de délivrance, ou ça se passait plutôt bien, est-ce qu'il y avait eu des oublis, quoi que ce soit ?

E4 : Mhmh ! Bah des oublis y en avait comme tout le monde, je veux dire pas plus, pas moins entre guillemets, pour moi je pense pas que c'était le souci pour elle, euh... ni pour moi. Dans le sens où je pense qu'on a... une relation de confiance, si y avait un oubli significatif, euh... Fin je lui faisais confiance pour gérer la contraception clairement à ce moment-là, je lui faisais confiance dans sa connaissance de... de comment sa contraception fonctionnait avec elle, etc. Donc euh parfois elle me disait qu'elle l'oubliait, fin pas qu'elle l'oubliait mais que... que voilà elle l'avait pris en retard, ou quoi, et... Mais elle savait que visiblement ça fonctionnait donc moi je lui faisais confiance sur ce sujet-là. Euh... Mais c'est vrai que euh, comme je te disais dans nos discussions y avait la question de partager le... partager la charge contraceptive. Hum... Quand je te disais tout à l'heure que euh... Que je me disais parfois que c'était chiant que les hommes puissent pas porter la charge contraceptive, pour moi c'était une manière du coup, de dire « Bah ok j'mets l'anneau comme ça... Soit on a une double contraception, soit on la partage ». Et euh... C'est d'ailleurs euh... On a eu euh... Au moment où le spermo de contrôle euh... Après trois mois est arrivé, euh... on a eu une discussion assez intense justement sur le sujet parce que moi j'ai... J'ai compris qu'en fait je pouvais être le seul à porter la charge contraceptive. Euh... Au début, moi j'avais pas du tout envisagé ça comme ça. Euh... J'avais plutôt une notion de partage, dans le sens où on fait chacun notre truc... On fait chacun une méthode quoi. Euh... Au moment où ce truc est arrivé là euh... Anaïs*, du coup, pour dire son prénom, car ce sera plus simple que de dire « ma copine », ça fera plus personnel. Euh... Anaïs m'a dit « Bah du coup, ça veut dire que moi je peux retirer ma contraception ». Je pense que c'est quelque chose qu'elle attendait, notamment du fait que l'implant lui avait apporté beaucoup de difficultés liées aux hormones... Fin tous les effets secondaires que tu peux imaginer. Hum... Et du coup moi à ce moment-là, j'ai... j'ai un peu tiqué, je me suis dit « Bah ouais mais c'est... » fin bah... Je pense que inconsciemment, j'avais ce côté « Du coup je porte la charge donc euh c'est... faut pas que... il faut pas que je déconne », donc forcément ça... Ça a eu un impact sur la façon dont je considérais la chose. Mais pour moi à ce moment-là, c'était pas... Dans cette discussion-là c'était pas ça que... Ça que j'avais le plus fort en tête, en tout cas dans ce que je conscientisais — peut-être que inconsciemment je l'avais mais... Mais fin ce que je conscientisais c'était pas ça, ce que je conscientisais c'était plus... euh... le fait que ... cette notion de... « La contraception c'est une manière pour la femme de contrôler une grossesse éventuelle... euh... et donc est-ce que t'es sûre que tu veux arrêter ce contrôle-là, est-ce que tu veux me laisser euh... gérer la contraception pour nous deux ? » Euh, donc... Et même au sens large, en fait je pense que j'avais... j'ai un peu eu cette réaction de sortir de notre couple à nous, et d'avoir cette vision un peu... j'vais pas dire de politique publique, mais un peu ce côté, de dire euh... « Ouais mais fin, si du coup toutes les femmes abandonnent la pilule, bah... Du coup, c'est les hommes qui reprennent le contrôle de la contraception ?! » Et en fait, fin, voilà ! C'est-à-dire que les hommes reprennent le contrôle entre guillemets... Donc on reste dans une forme de patriarcat... On rajoute juste un... fin voilà, c'était vraiment ce que, ce que je conscientisais lors de cette discussion. C'est pas du tout... Ça c'était y a maintenant quasiment un an... C'est pas du tout la réflexion que j'ai aujourd'hui, mais c'est celle que j'avais à ce moment-là. Et in fine, est sorti de cette discussion que euh... Donc, 1. J'ai conscientisé à la fin de cette discussion que j'avais peut-être effectivement cette peur de la responsabilité de la contraception qui m'animait. Hum... Et 2. Que... cette notion de partage de la

contraception elle allait passer d'une étape de « On porte tous les deux une contraception » à « Pourquoi pas alterner une contraception ». C'est-à-dire que pendant une période donnée, je porte la contraception, et pendant une période donnée, elle porte la contraception. Euh... Et c'était ce qu'on avait décidé de faire, c'est-à-dire qu'on avait décidé que pendant le voyage, c'était moi qui porterais la contraception, pendant le voyage et un peu plus longtemps après, donc ça fait à peu près deux ans — on avait fixé cette durée de deux ans, un peu de manière *random* pour être honnête, y a pas de réflexion du tout derrière, et qu'au bout de deux on reconsidérerait la chose pour qu'éventuellement elle prenne une contraception, prenne ou se fasse poser une contraception, quelle qu'elle soit. Hum... Donc ça, c'est qu'on avait décidé. Finalement au milieu du voyage j'ai eu un ... Une petite douleur au testicule qui est arrivée. Et donc j'ai dû retirer l'anneau parce que j'étais pas dans une forme de suivi médical... adéquat, pour pouvoir continuer ça, compte tenu du... de la confiance et de la connaissance qu'elle avait de la pilule versus la confiance et la connaissance que moi j'avais de... de l'anneau, et des impacts potentiels à long terme que ça pouvait avoir sur... ma fertilité, mais surtout les douleurs que je pouvais ressentir à ce moment-là quoi. Donc euh on a décidé que j'allais arrêter de porter l'anneau jusqu'au retour du voyage, et que je reprendrais quand je pourrais avoir un suivi médical plus réguliers avec un médecin, toujours le même, en France... Euh... et voilà. Parce que là clairement, on change de pays tous les mois... On va dans des pays où même la contraception féminine c'est pas connu donc fin... Clairement, l'anneau thermique on en est loin, et donc le jour où je vais voir un médecin en Albanie qui me dit « Mais qu'est-ce que tu fous, quoi ? »... Fin genre... Voilà...

ML : Tu m'as dit qu'au début tu pensais que si on inverse le port de cette charge, c'est de nouveau le patriarcat, avec le contrôle des hommes sur les femmes... Et tu m'as dit avoir changé d'avis, alors maintenant tu en penses quoi ?

E4 : Hum... ! Bah aujourd'hui j'ai pas... Fin j'ai pas... Du coup c'est... Je pense qu'il y a une vision qui doit différer entre ... qui doit être différente entre... hum... Une prise en charge au sein du couple, donc la façon dont nous on l'a envisagée... Euh... C'est-à-dire pour moi une vision de partage, ou bien une vision ... de la contraception la plus adaptée, si euh... Bah voilà, typiquement dans mon cas, à travers cette douleur, j'ai découvert que j'avais peut-être une petite hernie inguinale, donc je vais... au retour je vais clairement checker ça, et puis si ça marche pas, bah du coup la contraception RCT [remonte-couilles toulousain] ça sera pas adapté pour moi, ou ça sera pas adapté pour notre couple. Ou si je trouve une manière... Si je trouve une façon de l'adapter... Fin donc ces discussions-là au sein de notre couple, pour moi je les trouve importantes, pis voilà. Et après y a une notion de... Sociétalement parlant, dans le sens où... Je considère que c'est important pour chacun notamment parce que moi, le fait de pouvoir contrôler ma fertilité, ça m'a permis de me rendre compte que je pouvais aussi décider, moi, si j'avais un enfant ou pas. Donc ça, ça me donne une... Un atout en plus. Euh... Ça me donne aussi une responsabilité, parce que bah... si je porte l'anneau, c'est que je suis responsable du fait qu'on ait un enfant ou pas dans un couple. Mais ça donne un atout en plus, et donc entre guillemets je suis « heureux » d'avoir gagné... ce... contrôle-là. Je sais que chez certains hommes c'est quelque chose qui est très important, pour moi c'est pas forcément le plus important. Mais le fait de bah, pas « avoir des enfants dans le dos » entre guillemets, euh, je sais que ça peut être important chez certains hommes. C'est pas mon cas, euh, personnellement. Euh... Donc ça c'est une chose. Après, je trouve que euh la charge médicale et contraceptive portée par les femmes aujourd'hui, d'un point de vue notamment, euh... ingestion d'hormones, euh... Et euh... Dispositifs... comment on dit, invasifs, tels que le stérilet, etc. Il est beaucoup plus lourd, elle est beaucoup plus lourde que la charge que moi je peux porter avec le port de l'anneau. Concrètement, l'anneau je le porte je le sens ... Fin maintenant... Fin je le sentais plus quand je le portais, c'était comme si j'avais ... Un... Hum... J'ai envie de dire que la charge... hum... psychologique elle est identique à celle de la pilule, euh c'est-à-dire que je dois penser quand je

le mets et quand je l'enlève, de la même manière que euh... Anaïs doit penser à quand elle prend sa pilule chaque jour, quoi. Hum... Donc euh, ouais, je trouve que aujourd'hui j'ai beaucoup plus... Et par ailleurs, aussi autre sujet ! Euh... Le fait de porter l'anneau m'a fait, m'a permis de m'intéresser euh... À... la sexualité et à mon sexe et à mes parties génitales de manière générale, chose que je n'avais pas faite avant. Maintenant, je pense que... Et maintenant je... Et donc ça je trouve que c'est une chance. Hum... C'est quelque chose auquel les femmes, entre guillemets, ont droit... dont elles ont pas le droit, mais c'est quelque chose que les femmes font naturellement, de s'intéresser depuis leur plus jeune âge, en allant voir un gynéco, euh, etc. etc. Y compris pour certaines contre l'avis de leur famille. Euh... Et... Ça c'est quelque chose que chez les hommes on ne trouve pas du tout. Je trouve que ce serait... une bonne chose pour notamment sortir de la vision patriarcale de la sexualité, un peu euh... dominante, un homme il est fait pour bander et... c'est tout quoi. Euh, je sais pas si j'ai répondu à ta question, je me rends compte que je me suis complètement, j'suis complètement parti ailleurs ! (rires)

ML : Bah non mais c'est très bien ! Et donc qu'est-ce que tu... Qu'est-ce que tu as découvert sur toi ?

E4 : Euh... Qu'est-ce que j'ai découvert sur moi... Euh... Bah j'ai découvert des détails anatomiques. Euh... J'ai découvert euh... J'ai découvert des détails anatomiques, j'ai découvert euh... (chuchote) qu'est-ce que j'ai découvert sur moi...

ML : C'est plutôt plus la démarche de s'intéresser, en tout cas, à la génitalité quoi ?

E4 : Ouais... Au sujet... Et... Ha oui, fin, c'est peut-être pas quelque chose que j'ai découvert sur moi mais par contre... euh... Donc euh, à travers cette pratique de l'anneau, je me suis... Je me suis intégré à une adresse mail qui rassemble des usagers de... de la contraception thermique en général, pas que l'anneau, hum... Et euh... Du coup, je reçois en fait des mails de curieux, ou de gens qui portent l'anneau, et qui ont besoin de... de parler à des usagers. Et notamment y a un, un de ces mails là, qui m'a beaucoup marqué parce que c'était un... un garçon d'une quinzaine d'années en gros, euh, qui euh... Mélangeait tout. Qui mélangeait le fait qu'il avait des érections, très fréquentes, avec euh, le fait qu'il pensait qu'il avait beaucoup de sperme, que l'anneau allait lui enlever son sperme, donc qu'il allait plus avoir de désir et plus d'érections... Fin bref il avait aucune... Fin je me suis rendu compte que... Et que moi, c'était quelque chose que j'avais compris mais vraiment sur le tas, mais la différence entre... la production de testostérone quand t'es ado, le fait que t'aies des érections régulières, parce que à ce moment-là c'est ton sexe qui se met entre guillemets en... en branle, qui démarre, fin ta sexualité qui démarre... La différence entre éjaculation et plaisir... Fin voilà, y avait tout ça qui était mélangé chez lui, et je me suis dit bah... Bon chez les femmes, c'est sûrement le cas aussi, chez les jeunes filles, mais j'ai l'impression que chez les hommes c'est encore plus aujourd'hui le cas quoi. Euh... C'est peut-être un biais psychologique juste parce que moi c'était mélangé pendant longtemps, j'en sais rien, mais... Ouais, voilà ! Donc notamment ça, je me suis rendu compte que... Que bah y avait vraiment... Ouais... De, des choses qui m'avaient peut-être manquées quand j'étais plus jeune, mais qu'aujourd'hui j'avais peut-être, grâce au fait que ma maman étant médecin spécialiste du VIH, bah du coup je pense que grâce à elle, j'ai pu poser toutes les questions de manière assez libre, que j'avais sur le sujet, et donc euh... M'éveiller à ça. Parce que j'ai eu la chance d'avoir eu Anaïs, et aussi d'autres copines à moi, qui étaient ouvertes à parler sur le sujet, et donc j'ai pu... m'ouvrir à ça... (quelques mots inaudibles)... Et y avait une autre idée qui m'était venue en tête mais je sais plus...

ML : Ok. Merci. Et euh, l'autre chose dont t'as parlé aussi, c'est la question de devenir père ou pas, et toi alors, plus tard : oui, non, pourquoi ?

E4 : Euh...

ML : Parce que je crois que t'as pas d'enfant, enfin vous avez pas encore d'enfant c'est ça ? Pardon, je te coupe.

E4 : Non, non on n'a pas d'enfant, non...

ML : Ok.

E4 : Euh on n'a pas d'enfant euh... Et c'est assez marrant que t'en parles parce que justement moi euh... J'ai envisagé de faire une vasectomie y a quelques années. Hum... Bon, je suis militant écolo dans tous les sens du terme. Euh... Donc avoir des enfants pour un militant écolo c'est une grande question. (rires) Et... Donc euh, mais, comme quoi, il semblerait que le fait de rencontrer des enfants, de... d'avoir des expériences, d'avoir eu des petites sœurs... J'ai eu des demi-sœurs quand j'avais 13 et 11 ans et du coup j'avais beaucoup de différence d'âge avec elles, fin du coup j'ai 13 et 11 ans de différence avec elles et donc, tu vois aussi aujourd'hui, enfin je sais pas... je ressens vis-à-vis d'elles... des... des sentiments, d'envie de protection, des sentiments de... voilà, de fraternité, de sororité avec elles... Qui se mélangent un peu, avec de la, je vais pas dire de la « paternité », parce que (quelques mots inaudibles) c'est ce qu'il y a de pire, et j'ai pas du tout envie d'être ça. Mais, mais ouais, ça fait réfléchir. Je pense que dans notre couple aussi on est en train de beaucoup avancer grâce au voyage, et grâce aux rencontres qu'on fait. Et quelque chose qui jusque-là était complètement inad... enfin inenvisageable pour moi, devient dans le domaine du possible. Je... On n'a pas du tout décidé qu'on en aurait ou qu'on n'en aurait pas. Aujourd'hui, on est plutôt dans le « Je ne sais pas trop, plutôt non », plutôt que dans le « je sais plutôt que oui », mais euh... Mais voilà. C'est quelque chose qui évolue, voilà. Aujourd'hui pas de oui, pas de non. Euh... Mais plutôt non.

ML : Qu'est-ce qui t'a fait renoncer à la vasectomie ? C'était quand cette réflexion ?

E4 : Euh... Je pense que ce qui m'a fait renoncer à la vasectomie, c'est le côté... À l'époque euh... Fin à l'époque... Cette réflexion là je l'avais eue... J'avais quoi, je sortais de l'école, j'avais 23... 24 ans... Euh... 23 ou 24... Donc ça fait 4 ou 5 ans que j'y ai pensé. Euh... Mais... À ce moment-là, je me suis dit que j'allais me décider sur la vasectomie le jour où je pensais que j'allais rencontrer la personne avec qui je ferai ma vie, parce que... ou avec qui j'avais vraiment envie de, de... de passer un long moment. Parce que bah, si elle avait envie de faire des enfants ou si... notre relation faisait que ma décision allait évoluer, euh... je voulais pas me retrouver dans une situation où j'avais pris une décision qui était définitive. À ce moment-là, la vasectomie c'était encore quelque chose de très définitif. J'ai lu quelques écrits récemment qui disent que finalement c'est pas aussi définitif que... que je le pensais à l'époque. Mais voilà. C'était notamment le côté définitif qui m'a fait renoncer. Euh... Ouais.

ML : Ok. Hum... Raconte-moi comment ça s'est passé alors pour toi d'utiliser l'anneau, au jour le jour.

E4 : Yes ! Euh... Au jour le jour, je dirais que... Hum... Moi j'ai très rapidement... euh... adapté le protocole, dans le sens où... Le protocole, c'est 15 h par jour. Euh... J'ai vite rejoint le Discord, ce qui m'a permis de justement discuter avec les usagers, de comment ils faisaient, tout ça... Euh... De rapidement me rassurer sur le fait que enlever l'anneau pendant 2 heures, puis le remettre... Et finir les 2 heures plus tard dans les 24 h, c'était pas un problème. Enfin je veux tant que j'étais dans les... dans

les moments d'éveil. Et euh... Ensuite j'ai plutôt décidé, avec le voyage et avec la, entre guillemets la responsabilité qui est arrivée, de le porter quasiment 24 heures. En fait j'ai... Eu... Au début je me suis même pas posé la question si les heures de sommeil étaient différentes des heures d'éveil, donc euh... Je l'ai porté mais c'était avant même de faire le spermo post-trois mois... Du coup, euh, au moment où je me suis posé la question, je me suis dit bah de toute façon, même avant les trois mois, je le portais aussi la nuit pour rattraper les éventuels retards. Et je... J'avais vu que ça fonctionnait pour moi, j'étais en azoospermie complète, fin j'avais genre 4 spermatozoïdes, quoi, donc j'étais en azoospermie. Hum... Du coup, au moment où je me suis posé la question « *Wait*, en fait le sommeil c'est pas tout à fait la même chose l'éveil » bah j'avais déjà eu ma réponse de « Pour moi, ça fonctionne »... Euh, puisque que j'ai eu la validation par ce spermo de contrôle. Et... Mais... Quand on a décidé que Anaïs n'allait plus avoir de contraception, euh, moi j'ai plutôt décidé de au contraire, faire du quasi 24/24, euh... Pour euh, être sûr de mon coup. Et donc en fait j'avais deux anneaux. Euh... Parce que j'ai eu un petit doute sur la taille, au début je l'ai trouvé un peu serré donc j'ai... Un peu serré la nuit, du coup j'ai décidé de commander un deuxième anneau de la taille au-dessus. Et donc en fait je portais l'anneau euh... plus serré le jour, et l'anneau moins serré la nuit. Et... Plusieurs nuits, je vérifiais... Je me réveille souvent la nuit pour aller aux toilettes, et du coup il a jamais bougé. Fin, jamais. Donc j'étais très rassuré sur le sujet.

ML : Pourquoi ton choix il s'est porté sur l'anneau plutôt que le jockstrap, par exemple ?

E4 : Euh... parce que à ce moment-là, je n'avais connaissance que de l'anneau. Et ce n'est que après que j'ai pris connaissance du jockstrap, du RCT... Si aujourd'hui, je devais recommencer, je pense que je re-partirais sur l'anneau mais j'aurais probablement tenté anneau et jockstrap. Je pense que le RCT [remonte-couilles toulousain], je le porterais pas, parce que je suis confort dans un boxer tout simplement. Et du coup avoir un slip euh... Ça me convient pas, personnellement. Bon après je pourrais tout à fait le modifier un peu... Ce serait effectivement envisageable.

ML : Y a eu une période de mise en place, où y a peut-être euh des effets secondaires, euh, des choses qui t'ont surpris ?

E4 : Ouais ! Euh, bah... Pour la période de mise en place, euh... Au début euh... Bah comme j'en avais parlé à mes proches, ils m'ont tous demandé comment ça se passait et tout, c'est marrant parce que je leur décrivais bien, du coup comme ça je m'en rappelle ! Et euh, je me rappelle très bien que je leur disais que je ressentais cette gêne euh... dans l'aine et au niveau des testicules, mais rien de trop grave. Je leur disais juste en rigolant que c'était chiant parce que du coup j'avais pas trop le choix que de pratiquer le « *manspreading* », ce qui était contre-effectif à ma défense des droits féminins. (rires) Hum... Mais du coup c'était ma solution pour avoir moins de tensions dans l'aine entre guillemets, et de pouvoir continuer de porter l'anneau. Et puis avec le temps euh bah... Comme pour beaucoup, ça s'est vraiment complètement... Cette gêne dans l'aine elle s'est vraiment complètement... euh... hum... résorbée. J'ai plus du tout eu aucune gêne euh... À tel point que bah je pouvais à nouveau recroiser les jambes comme je le faisais d'habitude, cuisse sur cuisse aucun problème quoi. Euh... Fin je dis aucun problème mais c'est probablement le fait de faire ça qui a provoqué la petite lésion que j'ai eue après, et... Je te dirai après. Après sur le début, l'autre effet bah c'est... c'est... les irritations autour de la verge et du scrotum. Donc ça pour moi c'est arrivé je pense au bout de cinq-six jours. Euh... Comment j'ai fait... J'ai badigeonné de l'huile de coco au moment de la mise et au moment du retrait de l'anneau. J'ai essayé à un moment de ... raser et couper très court les poils, mais au final ça a été plutôt pire que mieux. Du coup j'ai... Juste euh... Fait... Fin j'ai juste... Par contre, si, le fait d'entretenir plus régulièrement euh... Mes poils pubiens, ça m'aidait à réduire cet effet d'irritation quoi. Et sinon l'huile

de coco ça a aidé. Et sinon au bout de... c'est difficile de me rappeler exactement, mais je pense qu'au bout de... quatre mois, j'avais plus besoin de rien mettre.

ML : Ha ouais quand même !

E4 : Et je portais juste l'anneau et... (inaudible). Fin voilà sinon rien de particulier au début. Si, euh, comme je te disais au début, la gêne que j'avais pendant la nuit et que j'ai solutionnée avec l'anneau plus grand, c'était des érections qui se résorbaient pas, des érections nocturnes qui se résorbaient pas. Et donc ça faisait l'effet... l'effet « verge bleue » quoi... Donc du coup avec l'anneau un peu plus grand ça allait bien. Euh... Voilà !

ML : Ok. Tu euh... Au moment de la mise en place, tu as pu t'adresser à qui si tu avais des questions et tout ?

E4 : Euh, j'ai beaucoup... Je me suis beaucoup adressé à... sur le Discord de l'anneau. J'avais pas de médecin qui me suivait particulièrement. Euh... J'avais pas de médecin, pas d'andrologue, rien à ce moment-là. Euh... Donc c'était majoritairement Discord. Et puis euh voilà.

ML : Ok. Parce que le médecin tu l'as rencontré quand finalement ?

E4 : Je l'ai rencontré une fois au... À la visite pour les contre-indications quoi. Il m'a dit qu'il...

ML : Donc bien avant...

E4 : Oui, bien avant. Euh... Pour moi, c'était pas évident en fait qu'il y avait besoin d'un suivi médical. Euh... J'étais... Je pense que j'étais confiant dans ce truc... Je sens... J'ai jamais été voir le médecin pour un suivi, en tant que mec qui a aucun problème de santé. Fin aucun problème de santé... Qui n'a pas de problème de santé chronique. On m'a jamais appris à aller voir un médecin régulièrement entre guillemets. Moi je vais voir le médecin peut-être une fois par an, une fois tous les deux ans quoi. Comme quoi c'est les enfants des cordonniers les plus mal chaussés ! Euh... (rires) Avec une mère médecin, je devrais être sensé aller voir le dentiste, l'ophtalmo, le médecin, le kiné tous les ans, mais non clairement pas ! Mais du coup ouais fin moi, fin j'ai jamais été voir un andrologue de ma vie, j'ai jamais été voir tous les médecins un peu spécifiques... Je les ai vus que si j'avais des problèmes de santé quoi. Hum, voilà.

[...]

Annexe 8 : schémas du parcours de chaque participant

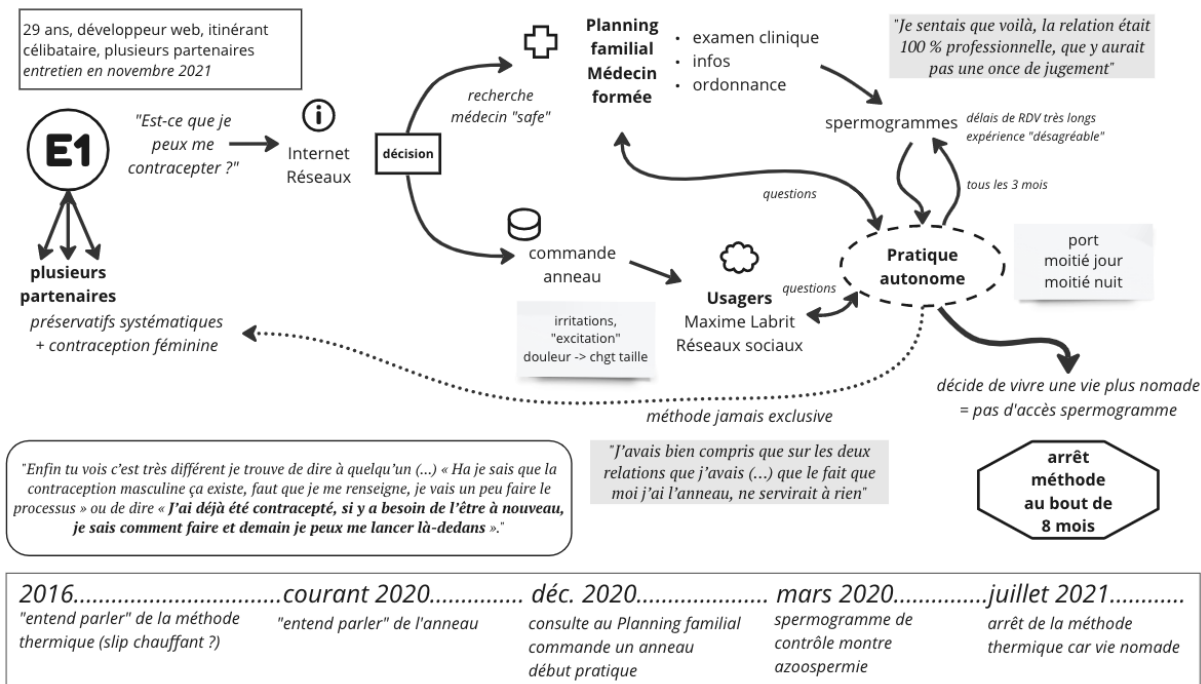


Schéma du parcours de El

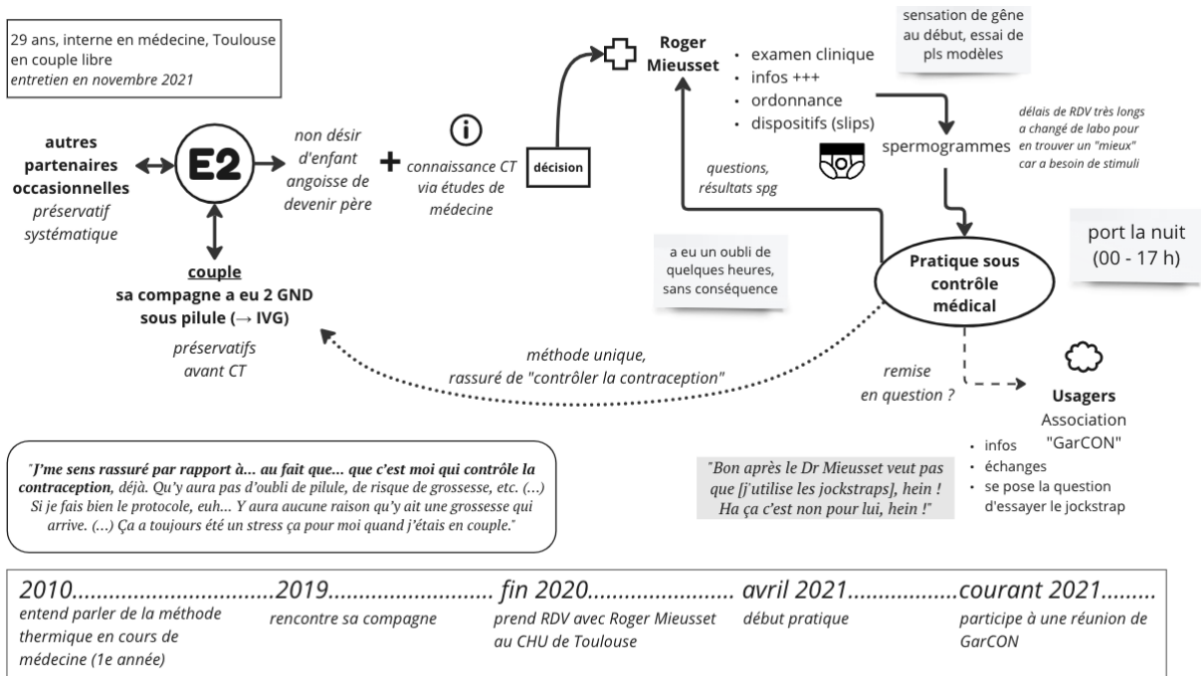


Schéma du parcours de E2

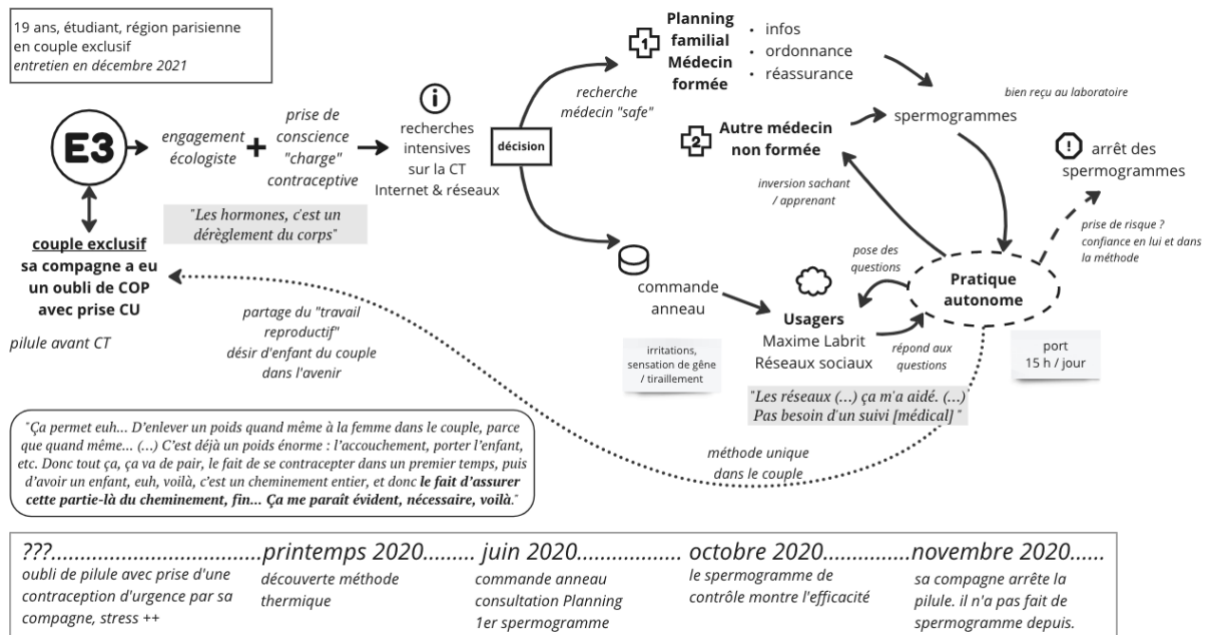


Schéma du parcours de E3

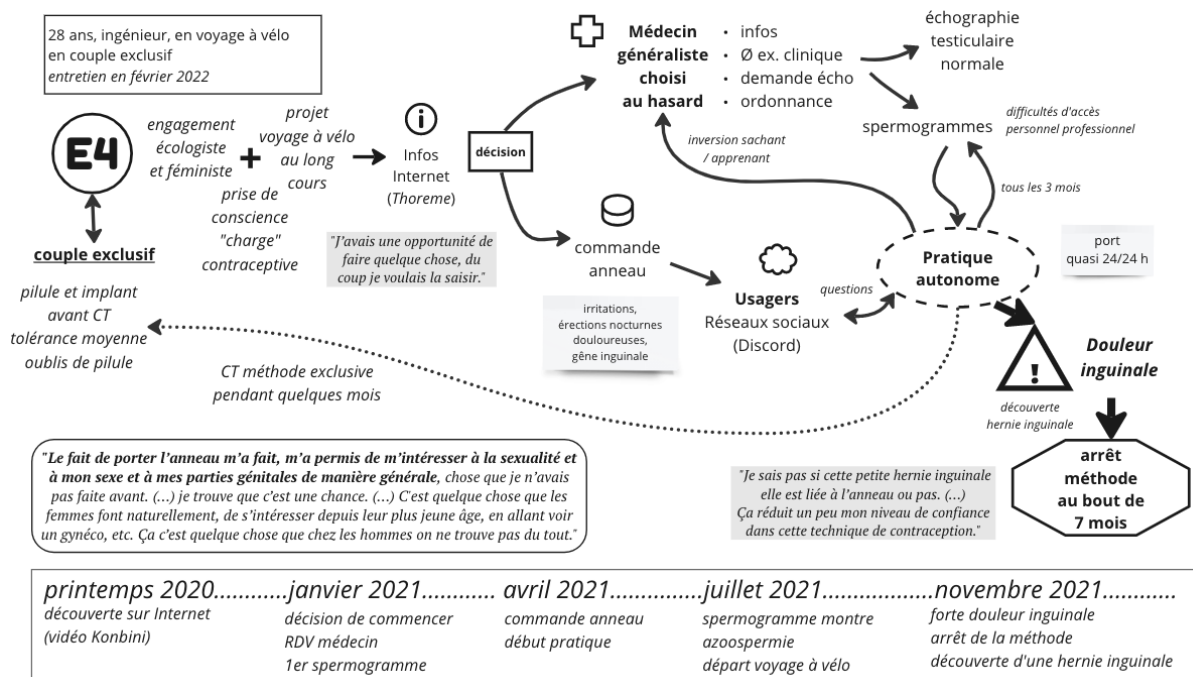


Schéma du parcours de E4

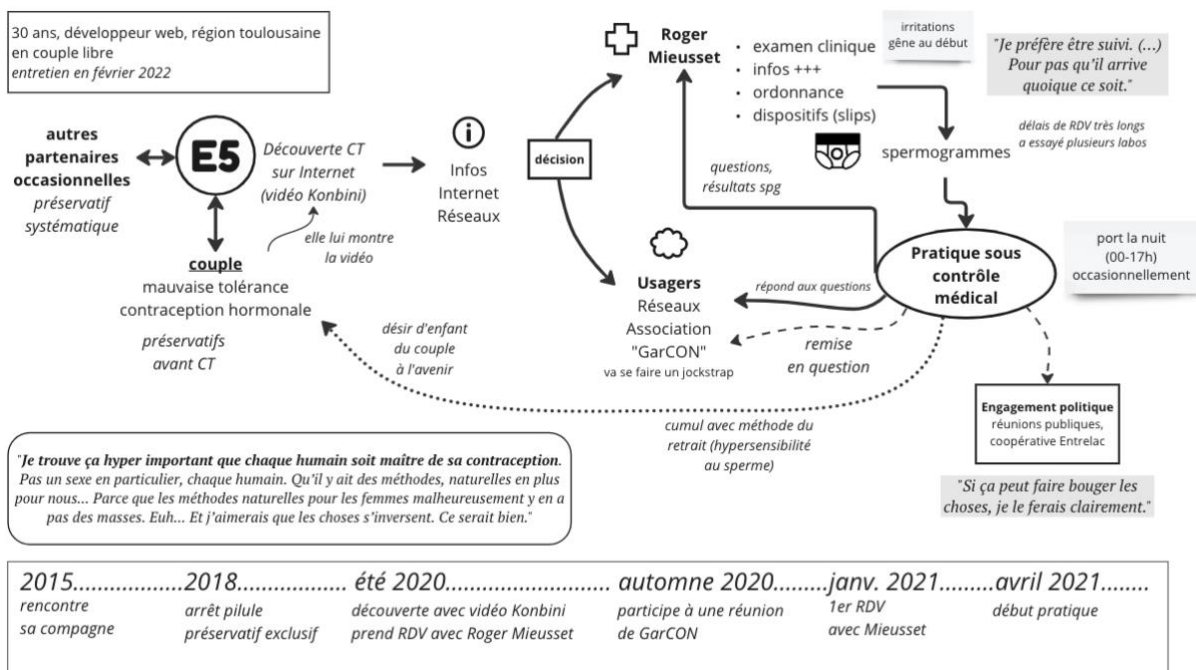


Schéma du parcours de E5

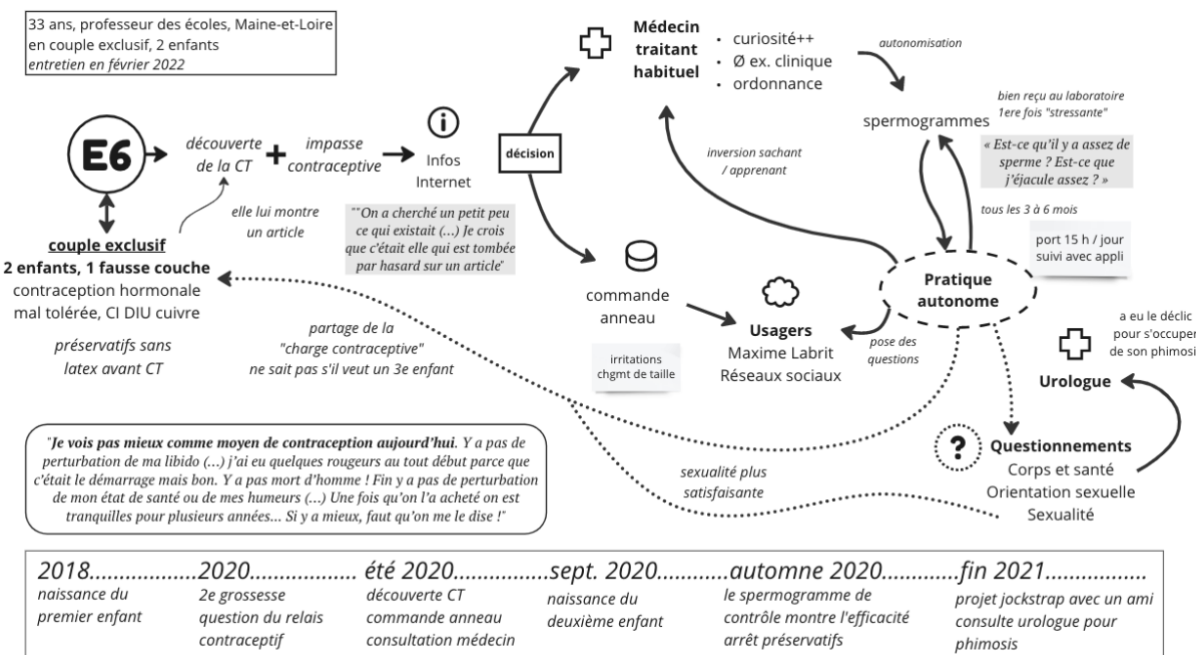


Schéma du parcours de E6

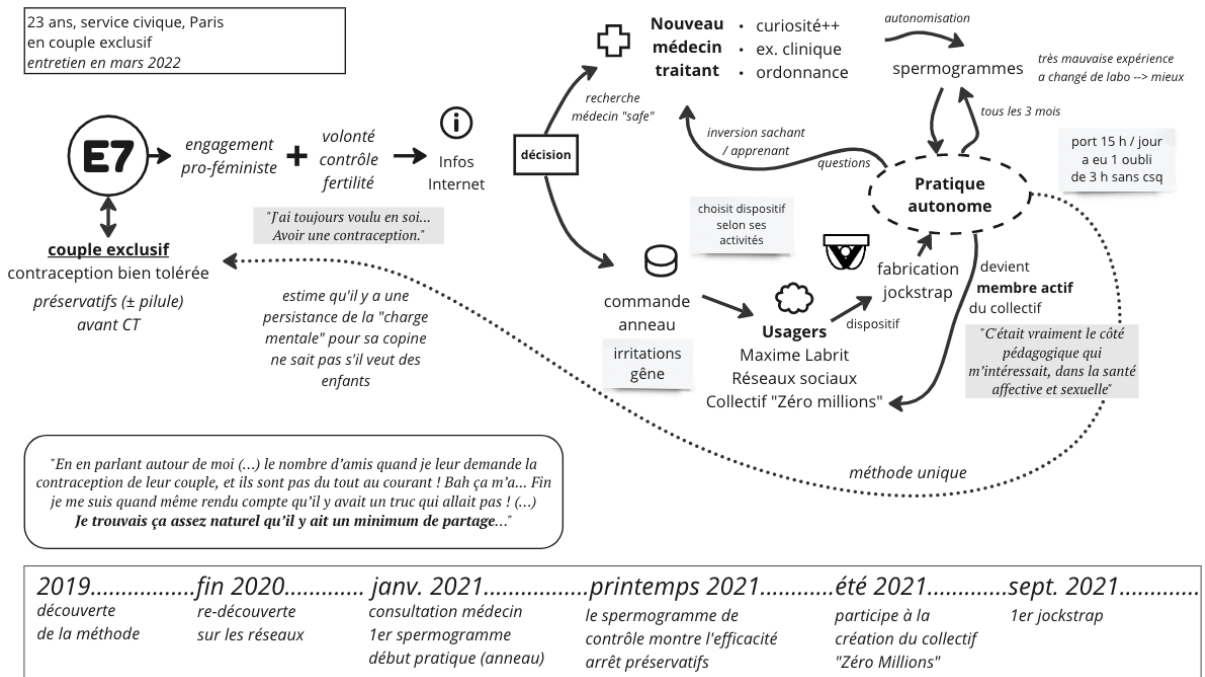


Schéma du parcours de E7

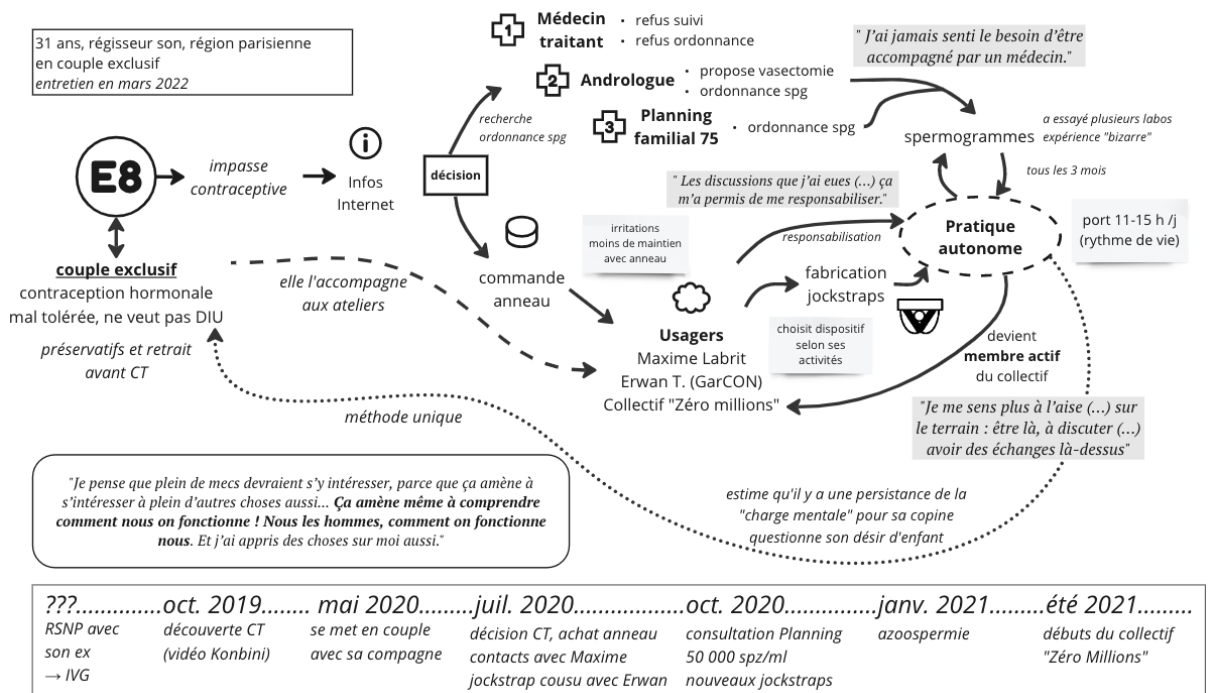


Schéma du parcours de E8

RÉSUMÉ

« Se contracepter »

Une étude phénoménologique auprès des utilisateurs
de la contraception masculine par remontée testiculaire

Contexte : En France, la contraception est médicalisée et féminisée. Les méthodes contraceptives hormonales féminines ont été remises en question à la suite de la « crise de la pilule » au début des années 2010. La contraception par remontée testiculaire, qui consiste à remonter les testicules en position supra-scrotale grâce à des dispositifs textiles ou en silicone, connaît un engouement récent.

Objectif : Explorer le vécu des utilisateurs de la contraception par remontée testiculaire.

Méthode : Étude qualitative phénoménologique auprès d'utilisateurs de la contraception par remontée testiculaire, recrutés via les réseaux militants. Huit entretiens semi-dirigés entre novembre 2021 et mars 2022. Analyse par étiquetage, émergence de catégories et synthèse en thèmes superordonnés. Respect des critères COREQ-32.

Résultats : La décision de mettre en place la contraception par remontée testiculaire a souvent été motivée par une volonté de partage de la « charge contraceptive » au sein du couple. La pratique a permis aux usagers d'explorer d'autres dimensions du « soi » : le désir de paternité, la découverte de son corps et de sa physiologie, le questionnement de sa sexualité. Ils ont trouvé des informations via les contacts avec d'autres usagers-pairs qui les ont aussi aidés à s'identifier et se responsabiliser. Ils ont été accompagnés et autonomisés par les professionnel·les de santé, dont ils ont jugé le suivi moins central dans leur démarche. Forts de connaissances scientifiques et de leurs savoirs expérimentiels, ils sont devenus pairs-experts à leur tour.

Conclusion : La contraception par remontée testiculaire pourrait répondre à de nombreuses aspirations en matière de contraception : méthode « naturelle », écologique et permettant le partage de la charge au sein du couple. La collaboration entre associations d'usagers et structures de soins en santé sexuelle pourrait satisfaire les besoins des usagers pour leur pratique.

Mots-clés : contraception, contraception masculine, étude qualitative