

Année 2024

2024 TOU3 1042 / 2024 TOU3 1043

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Charlotte MARRAST

Mina MONGE

Le 6 JUIN 2024

**Contraception par remontée testiculaire : analyse de l'expérience vécue par les
utilisateurs.**

Directeur de thèse : Dr Elisabeth BACHELARD
Dr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Madame le Docteur Elisabeth BACHELARD

Madame le Docteur Émilie FRANZIN

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine

2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie Urologique et Généraliste
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUCHEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier
Mme BONGARD Vanina
M. BOUNES Vincent
Mme BOURNET Barbara
Mme CASPER Charlotte
M. CAVAINAC Etienne
M. CHAPUT Benoit
M. COGNARD Christophe
Mme CORRE Jill
Mme DALENC Florence
M. DE BONNECAZE Guillaume
M. DECRAMER Stéphane
Mme DUPRET-BORIES Agnès
M. EDOUARD Thomas
M. FAGUER Stanislas
Mme FARUCH BILFELD Marie
M. FRANCHITTO Nicolas
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio
Mme GASCOIN Géraldine
M. GUIBERT Nicolas
M. GUILLEMINAULT Laurent
M. HERIN Fabrice
M. LAIREZ Olivier
M. LEANDRI Roger
M. LOPEZ Raphael
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume
Mme MARTINEZ Alejandra
M. MARX Mathieu
M. MEYER Nicolas
Mme MOKRANE Fatima
Mme PASQUET Marlène
M. PIAU Antoine
M. PORTIER Guillaume
M. PUGNET Grégory
M. REINA Nicolas
M. RENAUDINEAU Yves
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline
Mme SAVAGNER Frédérique
M. SAVALL Frédéric
M. SILVA SIFONTES Stein
Mme SOMMET Agnès
M. TACK Ivan
Mme VAYSSE Charlotte
Mme VEZZOSI Delphine
M. YRONDI Antoine
M. YSEBAERT Loïc

Chirurgie infantile
Epidémiologie, Santé publique
Médecine d'urgence
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique
Radiologie
Hématologie
Cancérologie
Anatomie
Pédiatrie
Oto-rhino-laryngologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et imagerie médicale
Addictologie
Chirurgie Plastique
Pédiatrie
Pneumologie
Pneumologie
Médecine et santé au travail
Biophysique et médecine nucléaire
Biologie du dével. et de la reproduction
Anatomie
Maladies infectieuses, maladies tropicales
Gynécologie
Oto-rhino-laryngologie
Dermatologie
Radiologie et imagerie médicale
Pédiatrie
Médecine interne
Chirurgie Digestive
Médecine interne
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Immunologie
Rhumatologie
Biochimie et biologie moléculaire
Médecine légale
Réanimation
Pharmacologie
Physiologie
Cancérologie
Endocrinologie
Psychiatrie
Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et pharmacologie cardiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Remerciements communs

Au Professeur Dupouy, merci de nous faire l'honneur de présider notre jury

Au Dr Franzin, merci d'évaluer notre travail

Au Dr Bachelard, merci d'avoir dirigé notre travail. Ton expertise littéraire nous a beaucoup aidé dans ce travail. Merci de nous avoir fait passer de bons moments à Leucate mais aussi en Ariège, toujours dans une ambiance studieuse mais agréable.

Au Pr Poutrain, merci d'avoir proposé de co-diriger cette thèse. Merci pour l'intérêt que tu as porté pour notre sujet de recherche. Ton expertise méthodologique, ton intérêt pour notre travail et tes conseils nous ont énormément aidé.

Aux participants de cette thèse, merci de nous avoir confié votre parcours.

À Maxime Labrit, merci pour la mise à disposition d'une bibliographie sur la CRT et pour l'aide au recrutement de notre population. Merci d'avoir contribué à l'aboutissement de ce travail.

À Erwan Taverne, merci pour votre contribution à la thèse

Au Dr Isus, merci pour votre aide tout au long de ce travail. Merci pour votre expertise en contraception thermique, pour votre aide pour le recrutement de notre population et vos suggestions. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

À Léa, merci de nous avoir offert tes talents de graphiste. Tu as transformé notre carte mentale en un graphisme élégant et professionnel.

Aux correctrices et correcteurs, Patricia, Isabelle, Bertrand, Catherine, Clémentine, Raphaël et Gabriel, merci pour vos compétences en grammaire, en syntaxe et vos yeux avisés sur le contenu de notre travail. Merci d'avoir pris de votre temps pour relire notre thèse.

Remerciement Charlotte

À **Mina**, merci de m'avoir permis de travailler avec toi. Je suis ravie d'avoir partagé ces deux années de travail avec toi. Merci pour ta motivation, de ton énergie. Je suis fière d'avoir réalisé un travail où nous avons pu vraiment partager le travail, des idées, mais aussi de très bons moments.

À **la maison de santé de Samatan** qui m'a permis de découvrir une médecine générale humaine. J'ai adoré travailler avec vous dans la bonne humeur et la bienveillance. **Merci Émilie** pour ta gentillesse, ta pédagogie et ton accueil à la maison de santé.

À **mes parents**, merci d'avoir été toujours aimants, de m'avoir encouragé et félicité et de m'avoir toujours fait confiance. Je vous aime.

À **mon frère**, merci de toujours réussir à me faire rire.

À **mon papi Joseph**, qui m'a inspiré la possibilité d'être docteur. J'espère te rendre fier.

À **mamie Marie-Ange** pour tout l'amour que tu nous donnes.

À **papi Robert et mamie Pauline**, avec qui j'aurais aimé partager ce moment, j'espère vous rendre fiers.

À **mes oncles, tantes, cousins** ; merci pour tous ces moments en famille remplis de rires.

À **Audrey**, ma plus vieille amie, qui est devenue ma famille. Merci pour ton soutien et de toujours croire en moi.

À **Estelle**, merci pour tous ces moments et merci de toujours m'aider en anglais.

À **Claire**, merci pour ton amitié et d'être toujours là quand j'en ai besoin.

À **Xenia**, merci pour tes paroles d'encouragements qui me redonnent confiance.

À **Flo et Hugo**, merci pour ces bons moments.

À **Fanny** de m'avoir accompagné dans cette première année de médecine et d'être resté à mes côtés depuis.

À **Nadia**, merci pour ton soutien depuis la première année, sans ta motivation je ne serais pas arrivée jusqu'ici.

À **Clémentine**, la médecine m'a permis de te rencontrer et de trouver une de mes meilleures amies. Merci pour ta présence, ton soutien et ton aide pendant ces années.

Aux copines de l'externat, **Candice, Clara, Safia**, vous avez rendu les sous colles amusantes et m'avez aidé à arriver au bout de la sixième année. Et à **Éloïse**, tu m'as donné le sourire, et m'a fait sentir moins seule quand j'en avais besoin, merci.

Aux copines de St Girons, **Marie et Manon**, merci pour les soirées jeux, les karaokés et les rires.

Aux copains de Cahors, **Adrien, Alexis, Amandine, Claire, Léa, Marie, Myriam et Rémi** pour ce semestre festif et tous les autres bons moments passés ensemble depuis.

À **ma belle-famille**, merci pour votre accueil et votre soutien.

Et surtout, à **Raphaël**, merci pour l'amour, le courage, le soutien que tu me donnes tous les jours depuis 10 ans. Merci pour tout, je t'aime.

Remerciements de Mina

À ma famille :

À **maman**, merci d'avoir toujours soutenu mes choix. Toujours à mes côtés face aux épreuves que j'ai traversées. Merci pour ta présence infaillible : des résultats de mon bac dans la voiture, en passant par les retours sur Bordeaux en train, jusqu'à ce jour de soutenance. Si j'arrive au bout de ces études, c'est aussi grâce à toi. À ton amour, à ta douceur et à ta bienveillance. Je t'aime maman.

À **papa**, à ton aura et à nos atomes crochus (canyoning, plongée, jeux de société et festivités). Merci d'être venu me chercher. Je suis fière d'être votre fille, c'est bien mieux que d'être la fille de l'ambassadrice du Vietnam. Je t'aime papa. À **Isa**, je suis heureuse de te savoir près de mon père. Merci de mettre de l'énergie à créer du lien ensemble et merci de ton soutien.

À **mon frère**, à l'amour inconditionnel que je te porte. J'espère créer de nombreux souvenirs à tes côtés et je te promets de rester toujours un pilier quelles que soit les périodes que tu traverseras. Je t'aime grand frère.

À mes piliers

À **Nounou**, à nos 17 années d'amitié. Même si nous ne sommes pas « Ensemble à Paris », je nous trouve belles et rayonnantes dans nos petites vies. Merci de continuer à mettre toujours un peu de bois dans le feu de notre relation, elle est si importante. Je t'aime.

À **Koush**, à notre amitié inconditionnelle. Vietnam, Budapest, Mykonos ... Quelle sera notre prochaine destination ? Même dans les moments les plus sombres, je t'aime et je serai toujours là pour toi. Tu es ma famille.

À **Léa**, tu es ma découverte sur Toulouse. À cette soirée sur le trampoline et à tous ce qui s'ensuit. À ton soutien sans faille, à la fierté que tu me renvoies et à notre amitié qui ne cesse de s'accroître. Merci de faire partie de mes piliers les plus solides. Je t'aime.

À **l'équipe Safari Corse, Sarah, Agui et Daphné**, je suis heureuse et reconnaissante de vous avoir rencontrées lors de mon arrivée sur Toulouse. Vous avez apporté entraide, réconfort et douceur dans ces longues études. À toutes nos aventures et aux futures (Et à nos futures victoires à la belote)

À mes rencontres :

À **Elisabeth**, à notre belle rencontre. Tu es une maître de stage d'une grande valeur. Toujours à l'écoute des envies et besoins de tes internes , tu crées des relations horizontales avec eux. Merci d'avoir cru en moi et de t'être lancée dans cette direction de thèse. À notre amitié.

À **Charlotte**, merci d'avoir été ma partenaire de travail. À nos "petits papiers" et à tous nos brainstormings. Je suis fière de cette aventure avec toi et je suis heureuse de t'avoir découverte.

À **Jules, Clément et Judith**, qui m'ont prodigué du soin au cours de ces études.

À **ma belle-famille**, merci pour votre bienveillance et votre soutien.

A mes amies :

À **Léon**, merci de m'avoir permis de vivre cette parenthèse au Costa Rica. Merci d'avoir pris soin de moi à la fête chez Costa. A la découverte de notre amitié et à nos futures aventures.

À **Lucie**, merci d'avoir été ma famille d'accueil sur Bordeaux. À la chanson "la tristitude", à tes succulents petits déjeuners et à tout le soutien que tu m'as apporté. Tu as été ma grande sœur de cœur au début de ces études. À nos souvenirs et à tous les futurs.

À **Elie**, à San Francisco, à la cumbia, à la tequila pamplemousse, à mon grand frère de cœur.

Au château de la Daurade, Bebert, Loulou et Popo, vous avez été ma famille d'accueil Toulousaine. Vous êtes mon plus beau souvenir de colocation. Aux soirées Proverbes et Citations, à nos grandes discussions tard dans la nuit et au karaoké sans fin. À votre soutien.

À **la Va plan, Agathe, Félix , Seb, Adrien, Estelle, Val, Aroun**, merci pour cette vie Toulousaine endiablée. Les années d'externat ont été plus douces et plus folles à vos côtés. Au concert d' Hilight tribe et à nos week-end camions. À notre projet collectif inachevé mais qui nous a soudé à vie.

À **la grande bande de copaines**, merci pour tous vos conseils et votre soutien. Chaque jour je me nourris de la richesse de vos amitiés. Vous êtes l'équilibre entre ma vie de médecin et ma vie personnelle. À tous ces beaux futurs projets. Merci de croire en moi.

Et enfin :

À **mon Caillot**, à l'amour inconditionnel que je te porte. Merci d'avoir été le pilier de toutes ces étapes. À la force que tu me donnes. À nos fous rires et nos âmes d'enfants qui évoluent ensemble. Si je deviens Docteur aujourd'hui, tu le deviens aussi. À toutes nos aventures et à toutes celles que nous vivrons. Tu es ma meilleure équipe. À la vie à l'Amor. Je t'aime.

Table des matières

Table des matières	1
I. Introduction	4
II. Matériel et méthode	7
1. Choix de la méthode	7
2. Population.....	7
3. Recueil des données.....	8
4. Analyse des données	8
5. Aspects éthiques et réglementaires	9
III. Résultats	10
1. Population étudiée.....	10
2. Une contraception en accord avec ses idéaux	10
2.1 Un choix personnel	10
2.2 Un choix politique	11
2.3 Un choix de couple	11
3 Responsabilité ; moteur de l'épanouissement.....	12
3.1 Prendre la responsabilité	12
3.2 S'épanouir	13
4 L'adhésion	14
4.1 Rencontrer des contraintes	14
4.2 S'approprier la CRT.....	15
4.3 Adhérer	16
5 Un militantisme informé	17
5.1 Être convaincu	17
5.2 Être expert	17
5.3 Promouvoir.....	18
6 Une contraception expérientielle	18
6.1 Un parcours médical complexe	18
6.2 Contraception confidentielle.....	20
6.3 Apprendre par l'expérience	20
6.4 Être guidé par ses pairs	20
6.5 Des interrogations persistantes.....	21
IV. Discussion	23
A. Synthèse des principaux résultats - Schéma de l'analyse intégrative.....	23
B. Comparaison avec la littérature	23
1. Une contraception expérientielle	23
1.1 Une démedicalisation choisie ou imposée ?	23
1.2 Effets indésirables.....	24
1.3 Adaptation du protocole	24
1.4 Adhésion	25
1.5 Émergence d'un savoir dit expérientiel	25

1.6	Usager “pair-expert”	25
2.	La contraception, une question de couple.....	26
2.1	Se contracepter individuellement	26
2.2	Les femmes et la contraception masculine.....	26
2.3	Sensibilisation des hommes et introduction d’une prise de responsabilité	27
2.4	Responsabilité partagée et non transférée	27
2.5	La CRT et la notion de confiance.....	28
3.	Un changement de paradigme.....	28
3.1	La charge mentale contraceptive et son inégalité de genre	28
3.2	Un engagement féministe ?	29
3.3	Une réflexion écologique sur la paternité	29
4.	Forces.....	30
5.	Limites	31
6.	Perspectives.....	31
6.1	Pour la recherche	31
6.2	Un enjeu de santé publique	32
6.3	Le rôle du médecin généraliste	32
V.	Conclusion.....	34
VI.	Références bibliographiques	35
VII.	Annexes	41
	Annexe 1	41
	Annexe 2	42
	Annexe 3	43
	Annexe 4	46
	Annexe 5	48
	Annexe 6	49
	Annexe 7	50
	Annexe 8	51
	Annexe 9	52
	Annexe 10.....	54

LISTE DES ABRÉVIATIONS

(Toutes les abréviations ont été ici écrites au singulier,
mais peuvent être utilisées au pluriel)

HAS : Haute Autorité de Santé

ARDECOM : Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception
Masculine

CRT : Contraception par Remontée Testiculaire

CMT : Contraception Masculine Thermique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPP : Comité de Protection des Personnes

CNIL : Comité National de l'Informatique et des Libertés

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse

IVG : Interruption volontaire de Grossesse

NDC : Note Des Chercheuses

DIU : Dispositif Intra Utérin

***Préambule** : Nous avons choisi d'utiliser, le plus souvent possible, le terme utilisateur plutôt qu' « homme » afin que les personnes que nous avons interrogées qui ne s'identifient pas comme tel puissent se reconnaître. Pour plus de clarté à la lecture de ce travail, nous avons fait le choix d'utiliser le terme homme plutôt que "personne avec un appareil génital masculin". Dans cette thèse, nous entendons par "homme" une personne avec un appareil génital masculin et qui se reconnaît dans le genre d'homme. Nous entendons par le terme "couple" une relation entretenue par deux personnes qui entretiennent une relation émotionnelle, physique et/ou sexuelle.*

I. Introduction

En 10 ans, la prescription des contraceptifs oraux oestroprogestatifs a été divisée par 3.(1)

En 1967, la Loi Neuwirth autorise l'importation, la fabrication et la délivrance des contraceptifs en France. Cette loi a marqué le début de la libération sexuelle de la femme grâce au contrôle de sa fertilité.(2)

En 2012, une jeune femme a porté plainte et a accusé sa pilule oestro-progestative d'être à l'origine de son accident vasculaire cérébral.(3) Dès lors, les pilules de 3^e et 4^e génération ont fait l'objet d'enquêtes sanitaires au sujet du risque de thrombose veineuse associé à leur utilisation. Cette «*crise des pilules*» a conduit au déremboursement de la plupart de ces dernières.(4) En 2013 la Haute Autorité de Santé (HAS) a alerté sur le risque du rejet de la médicalisation de la contraception. En effet, la volonté de limiter la consommation médicamenteuse est de plus en plus partagée.(5)

Dans l'article « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées » publié en 2014, Cécile Ventola explique que l'espace médical de la contraception a toujours été principalement féminin.(6) En effet, d'après la HAS trois méthodes contraceptives masculines sont reconnues : le préservatif, la vasectomie et le retrait ; contre 13 méthodes féminines. Elle considère la vasectomie comme un moyen de contraception permanent et destiné à être irréversible. De plus, elle classe le préservatif et le retrait comme des méthodes respectivement “modérément efficace et moins efficace”.(7,8)

Nous observons aujourd'hui une évolution sociétale concernant la place de l'homme dans la prise en charge contraceptive. Selon l'enquête quantitative «Contraception : connaissances, intérêt et implication des hommes» 65,2% des hommes seraient intéressés par de nouvelles méthodes de contraception.(9) De plus, l'article de Giacometti et al. publié en 2023, indique que 73% des hommes se déclaraient favorables à l'adoption d'une méthode de contraception masculine innovante en tant que contraception principale.(10)

Depuis 1970 des recherches sont menées par les Docteurs Mieusset et Soufir, pour mettre au point d'autres techniques de contraception masculine. Ils travaillent de pair avec l'association

pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (ARDECOM).(11) Parmi ces nouvelles méthodes, la Contraception par Remontée Testiculaire (CRT) a vu le jour.(12) Elle est connue sous différents noms : «*Contraception Masculine Thermique*» (CMT) ou encore «*slip chauffant*». Dans cette étude nous avons fait le choix d'utiliser le terme «*contraception par remontée testiculaire* » afin d'éviter la confusion avec des dispositifs apportant une source de chaleur externe (type Spermopause®)(13), ainsi que pour bien saisir le mécanisme de «remontée testiculaire» comme apport de chaleur.

La contraception masculine thermique s'appuie sur le postulat que la production de spermatozoïdes s'effectue à une température inférieure à celle du corps (environ 35° dans le scrotum). La CRT consiste à altérer la spermatogenèse en augmentant légèrement la température des testicules grâce à la chaleur corporelle (environ 37,5°), via un dispositif permettant de remonter les testicules en position supra-scrotale.(11,14,15) Un schéma explicatif est présenté en annexe 1.

Le protocole médical actuellement utilisé pour la mise en place d'une CRT est issu des études menées par les Dr Mieusset et Soufir.(16) Ces recommandations publiées en 2012 ont été réactualisées par l'Association française d'urologie en 2020.(15) Une consultation médicale préalable est recommandée. Le dispositif doit être porté quotidiennement 15 heures par jour, en phase d'éveil. Un spermogramme initial doit être réalisé, puis à 3 mois pour contrôler l'efficacité. Le seuil contraceptif est atteint lorsque la concentration en spermatozoïdes est inférieure à 1 million par millilitre de sperme. Le protocole détaillé est présenté en annexe 2.

Il existe différents dispositifs de CRT : les slips contraceptifs, les anneaux et les Jockstraps. Ces différents dispositifs sont présentés en annexe 3. À ce jour, le seul dispositif de CRT ayant prouvé son efficacité, sa réversibilité et son innocuité, dans le cadre d'études observationnelles, est le slip contraceptif.(14,17–22) Cependant aucun de ces dispositifs ne possède actuellement de certification européenne. Leur sécurité d'emploi a été étudiée dans la revue systématique de la littérature publiée par De Toni et al et celle du Dr Carton.(23,24) Ils émettent l'hypothèse que l'augmentation modérée de la température sur des testicules pubères ne semble pas associée à une augmentation de risque de cancer testiculaire. De plus, selon la revue systématique de la littérature publiée par Loebenstein et al(25), le cancer des testicules chez les patients ayant un antécédent de cryptorchidie dans l'enfance, semble être lié à des facteurs génétiques ou

hormonaux. Il existe en revanche un risque tératogène en lien avec des anomalies du matériel génétique des spermatozoïdes lors d'une CRT.(26,27) Après l'utilisation d'une CRT, il est donc recommandé d'attendre le retour à la normale des paramètres spermatiques avant tout projet de grossesse.(15) Si une grossesse survient avant ce délai, il est recommandé, selon le Dr Elisabeth ELEFANT, embryologiste travaillant pour le Centre de Référence sur les Agents Tératogène, de réaliser un diagnostic prénatal afin de détecter les anomalies chromosomiques de nombre. Il faut insister sur le dosage des marqueurs sanguins couplés à l'échographie précoce à 12 semaines d'aménorrhée. Si le résultat est positif ou douteux on proposera un diagnostic prénatal non invasif. Il est également conseillé un suivi de grossesse rapproché.(28). Un essai clinique s'est terminé en septembre 2023 au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de St Pierre sur l'Île de la Réunion et un autre commence depuis les hôpitaux universitaires de Genève.(29,30) Depuis l'arrêt de l'autorisation temporaire d'utilisation du slip contraceptif et l'interdiction de vente de l'anneau Andro-Switch®(31), les utilisateurs voulant une CRT n'ont pas d'autre choix que de passer par de l'auto-fabrication ou de se procurer un dispositif via des circuits de distribution non réglementés.

Problématique : Face à l'intérêt croissant de la population et des médias pour la contraception par remontée testiculaire, nous nous sommes demandé quel est le vécu des utilisateurs de celle-ci ? Quels sont leur parcours, leurs motivations et comment vivent-ils leur contraception au quotidien ?

Objectif de l'étude : Cette thèse qualitative a pour but d'approcher ce phénomène de contraception masculine. L'objectif est donc d'explorer le vécu des utilisateurs ayant fait le choix d'une contraception masculine par remontée testiculaire.

II. Matériel et méthode

1. Choix de la méthode

Les chercheuses ont choisi la méthode qualitative et se sont orientées vers la méthode inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative. Celle-ci permet de connaître l'expérience vécue par l'individu de façon détaillée en explorant ses émotions et ses ressentis. Elle permet de comprendre le sens que les personnes donnent à ce phénomène commun vécu.

Les deux chercheuses ont suivi les lignes directrices du guide d'écriture et de lecture de recherche qualitative COREQ, présenté en annexe 4.

Elles ont réalisé un journal de bord personnel. Le journal de bord permet de comprendre les interrogations préliminaires au travail, les pistes de réflexion et de connaître les événements marquants de ce travail de recherche. Il débute par une mise à distance des à priori. Pour cela, les chercheuses ont répondu à la méthode des sept questions(32). Des extraits du journal de bord et des 7 questions sont présentés en annexe 5.

2. Population

La population étudiée était celle des personnes de plus de 18 ans, utilisateurs d'une méthode de contraception par remontée testiculaire présente ou passée pendant une durée supérieure à 3 mois.

Les critères d'exclusion étaient un âge inférieur à 18 ans, une utilisation inférieure à 3 mois, une méthode de contraception masculine thermique par un autre moyen que la remontée testiculaire. Un échantillonnage homogène raisonné a été réalisé.

Le recrutement de la population a été réalisé sur la base du volontariat, entre avril et juillet 2023. Une note d'information a été diffusée auprès du service d'andrologie de Toulouse du Dr Isus ainsi que sur la page d'un réseau social, dédiée à la contraception (" Slowcontraception ")(33).

3. Recueil des données

Les chercheuses ont mené séparément des entretiens semi-dirigés individuels à l'aide du guide d'entretien commun. Le guide d'entretien était séparé en deux parties. La première partie consistait en un recueil des données socio-professionnelles et personnelles : Âge, profession, genre, situation conjugale, nombre d'enfant, souhait d'enfant, type de dispositif utilisé, présent ou passé ou date de début et date de fin. La deuxième partie débutait par une question « brise-glace » sur une expérience concrète vécue par le participant, permettant d'exposer le sujet et d'entrer dans son vécu. La suite de l'entretien se présentait sous la forme de questions ouvertes et de thèmes à aborder avec des questions de relance si nécessaire.

Le guide d'entretien a été testé sur un premier utilisateur test qui n'a pas été inclus dans l'analyse. Ce test a permis de rectifier les questions trop fermées et d'enrichir le guide. Il a finalement été validé par les directeurs de thèse. La version finale du guide d'entretien est proposée en annexe 6.

Les personnes interrogées ont reçu une information orale et écrite sur les données enregistrées avant l'entretien. Aucune personne n'a refusé la participation.

Devant le caractère intime des données recueillies, le lieu des entretiens a été choisi par la personne interrogée. Ils se sont tenus dans des cafés, bars ou chez la personne interrogée.

Les entretiens menés, ont été enregistrés sur fichier audio, puis anonymisés et retranscrits. Les contextes d'énonciation (rire, hésitation...) ayant été relevés durant l'entretien et qui semblaient nécessaires à la compréhension du verbatim ont été ajoutés. Un extrait d'entretien est proposé en annexe 7.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à ce que les chercheuses ne retrouvent plus d'informations nouvelles au cours de deux entretiens successifs.

4. Analyse des données

L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par la confrontation de l'étiquetage réalisé indépendamment par chacune des chercheuses. L'élaboration des thèmes, des thèmes

superordonnés, ainsi que la création des «cartes mentales» ont été réalisées pour chaque entretien par les deux chercheuses (annexe 8). L'analyse intégrative et sa représentation par «carte mentale» ont été réalisées conjointement. Cette « carte mentale » a été améliorée et numérisée par une graphiste. Elle est présentée en Figure 1.

Notre directrice de thèse, le Docteur Bachelard, a lu les analyses de chacun des entretiens ainsi que l'analyse intégrative, elle nous a amenées à modifier certaines étiquettes, thèmes, ou thèmes superordonnés. Ceci a permis un troisième regard sur notre travail.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Une fiche d'information a été remise aux participants pour les informer de la confidentialité des entretiens ainsi que leur droit de rétractation et de correction. Après avoir vérifié à l'oral leur consentement libre et éclairé, la fiche a été remplie et signée par chacun des participants avant de débiter les entretiens. Cette fiche est présentée en annexe 9.

Chacun des entretiens a été anonymisé et tous les noms propres ont été supprimés. Le nom des participants a été remplacé par une lettre et un chiffre par ordre chronologique allant de A1 à K11. Les enregistrements ont été supprimés après leur retranscription.

La recherche menée ne relevait pas de la loi Jardé, elle n'a pas nécessité l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP). Elle a été déclarée au Comité National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) via le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse (DUMG). Les numéros : 2023MC31et 2023MM30 ont été attribués par le CNIL. Elle répond à la méthodologie de référence MR004.

III. Résultats

1. Population étudiée

Nous avons interrogé 11 utilisateurs. Ils étaient âgés de 22 à 38 ans avec une moyenne d'âge de 29,9 ans. Un utilisateur s'est déclaré non binaire.

Concernant le temps d'utilisation du dispositif, il est en moyenne de 21,4 mois. Les dispositifs utilisés étaient l'anneau ou, pour deux, l'anneau en alternance avec un Jockstrap.

Les caractéristiques des personnes interrogées sont retrouvées en annexe 10.

2. Une contraception en accord avec ses idéaux

Les utilisateurs ont trouvé une contraception en accord avec leurs convictions personnelles et politiques ainsi qu'une contraception qui convient à leur couple.

2.1 Un choix personnel

La CRT est arrivée à un moment de la vie où les utilisateurs **étaient prêts** et avaient **l'envie de débiter**.

A1 « *J'étais à un stade de ma vie où j'avais vraiment envie d'essayer. Je savais que ça existait du coup parce que je m'étais renseigné sur internet pendant mes années de fac.*»

K11 « *Moi l'envie c'était plus un espace test personnel, c'était plus "faire avancer la science", la mienne. J'étais pas en couple et oui j'étais curieux.*»

Certains sont arrivés à ce choix après une **expérience traumatisante**.

G7 « *C'est aussi un choix personnel, j'ai eu un enfant déjà dans des conditions on va dire, où l'enfant est là, donc la question ne se pose pas.*» (Note Des Chercheuses (NDC) : Allusion à une grossesse non désirée)

H8 « *Et ayant connu justement avec mon ex un nouvel IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) de trop, qui n'était vraiment pas drôle et vraiment de trop.*»

Elle est même considérée comme une **protection individuelle** contre le risque de grossesse.

G7 « (...) la contraception on la met souvent dans le contexte du couple alors que ça devrait être aussi une question personnelle que ce soit pour n'importe lequel des partenaires, ça peut être un choix personnel qui peut être discuté à deux mais bon, si tu ne veux pas d'enfants, tu fais en sorte de ne pas en avoir, de manière personnelle. »

2.2 Un choix politique

Les utilisateurs appartiennent tous à un **milieu social** ouvert à la contraception masculine.

K11 « Y'a beaucoup de curiosité en fait sur ce sujet-là autour de moi, en fait qui est un milieu la plupart du temps assez engagé et militant. »

C3 « Après, il y a eu aussi un de mes coloc qui s'y est mis-dans les 6 mois où je me suis mis, il avait déjà commencé à porter son anneau et en fait, j'étais là le moment où il a reçu sa lettre qui disait qu'il était contracepté. »

F6 « Donc du coup je connais pas mal de monde, après voilà ça reste très marginal. C'est un truc de milieu. » (NDC : De milieu social)

La CRT a été pour certain un moyen de **militer pour l'égalité homme/femme**.

I9 « Mais c'était plus moi à titre personnel, je trouvais ça important et j'avais besoin de m'impliquer là-dedans, même politiquement, je trouvais ça important. »

G7 « Moi je me suis intéressé au débat car la contraception masculine on va dire dans la lutte féministe, c'était un moyen en tant que mec de s'approprier une part du débat, c'est à dire sans aller sur un terrain qui ne nous concerne pas ou quoi que ce soit. »

2.3 Un choix de couple

Pour la plupart des utilisateurs, **les contraceptions féminines ne sont pas satisfaisantes**.

J10 « Puis je veux dire, c'est tout ça, sous prétexte qu'on vit dans une société patriarcale même les filles ont intégré que c'est ok d'avoir un truc en plastique avec du cuivre qui te charcute l'utérus ! Vraiment j'ai beaucoup de mal avec ça. »

D4 « Et ça semblait logique en fait. Et la réflexion surtout c'est que c'est pas chimique, y a pas de perturbation hormonale et tout, tu t'enfonces pas un truc dans le corps non plus. »

I9 « Mais moi j'ai une éducation qui fait que prendre des hormones pour moi ce n'est pas hyper safe. »

Certains décrivaient aussi des **problèmes de contraception vécus par leur compagne**.

H8 « Ma copine actuelle, elle avait mis un stérilet au début qu'elle ne supportait pas bien. »

B2 « (...)elle avait un stérilet au cuivre, elle a fait un abcès à un ovaire sur un renouvellement de stérilet. »

Ils ont parfois essayé **d'autres méthodes masculines** qui ne leur correspondaient pas.

B2 « *Les capotes c'est bien mais bon en termes de spontanéité quand on a une nana des fois c'est pas possible. Donc à la fin ça s'est soldé par la technique du retrait, coït interrompu, et quand on connaît la statistique d'efficacité, voilà quoi.* »

Certains utilisateurs pensent à la **vasectomie** pour le futur.

G7«*Et la vasectomie, j'y pense depuis un moment, mais c'est quelque chose de beaucoup plus radical.*»

J10 « *Donc oui pour le futur, en tout cas là avec mes projets de vie, l'anneau c'est très bien. Si un jour je passe à la vasectomie peut être mais là c'est pas le cas.* »

3 Responsabilité ; moteur de l'épanouissement

Les utilisateurs ont pris conscience de la nécessité d'une bonne gestion de la contraception. En prenant leur part de responsabilité, ils se sont découverts et se sont épanouis.

3.1 Prendre la responsabilité

Les utilisateurs sont préoccupés par le **risque de grossesse** et la possibilité d'un avortement pour leur partenaire.

B2 « *Mais clairement je mets pas l'anneau pendant 2, 3 jours je redeviens fertile, c'est elle qui tombe enceinte, ELLE avorte, alors que c'est moi qui ai fait le con.* »

D4 « *Mais c'est toujours pareil ok c'est moi qui prends la responsabilité de prendre la contraception mais c'est pas moi qui tombe enceinte en fait.* »

E5 « *Mais il faut que j'y pense parce que je sais que je gère la contraception et que, à un moment, un oubli ça sera un problème derrière.* »

Les utilisateurs se sont parfois **questionnés sur les modalités de leur port** pour sécuriser la contraception.

E5 « *Donc en fait, je savais que j'étais contracepté, mais quand même, il fallait le suivi parce qu'on sait qu'à un moment, ça peut ne pas fonctionner. Si je l'ai mal porté, ça peut avoir des répercussions ensuite.*

» NDC : « contracepté » signifie que l'utilisateur a atteint le seuil contraceptif.

B2 « *Ben après du coup c'était très bien que j'ai pu faire ce spermogramme ça m'a fait prendre conscience que ok c'est quand même important ces 15 heures par jour.* »

Afin d'assurer la bonne gestion de la contraception les utilisateurs ont dû **respecter le protocole** en termes de durée de port, de suivi des spermogrammes et de gestion de l'oubli.

I6 « *Je notais l'heure du début sur mon portable. »*

E5 « *donc je sais pas si je l'ai enlevé pendant cette heure-là ou après et par doute, et pour éviter tout accident, on a repris 3 mois préservatif jusqu'à ce que j'ai le spermogramme qui atteste, bien que je sois toujours contracepté. »*

Cependant les utilisateurs ont parfois **adapté le protocole à leur mode de vie.**

A1 « *Par exemple pour moi je pense qu'aujourd'hui j'essaie de le porter 14h par jour et je ne descends pas en dessous de 13. C'est juste, mais si c'est 13 ça peut aller encore. »*

B2 « *Par exemple, si je me suis levé de 4 heure à 6 heure du mat je l'ai mis donc sur cette plage de 24 heure-là en fait quand je me relève le matin je le remets et si je me relève à 10 heures et que je me couche à 22 heures c'est bon. »*

F6 « *Moi je le garde tout le temps. »*

La notion de **charge mentale** apparaît chez plusieurs utilisateurs, la CRT nécessite de la rigueur.

E5 « *Après, je suis toujours aux aguets de savoir si mon anneau a glissé ou pas, si je vais aux toilettes, je vais y penser. Mais en fait, à longueur de journée, je prends le réflexe de me rappeler : Ah, est-ce que l'anneau est bien mis parce que j'ai pas envie qu'il glisse et donc en fait oui j'y pense tout le temps. J'ai tout le temps en tête mon anneau. »*

I9 « *comme toute contraception, c'est une charge et que je comptais mon nombre d'heure et que tu te réveilles la nuit et que tu fais des trucs(...) »*

J10 « *Je suis beaucoup plus vigilant là- dessus, c'est que potentiellement il faut le repositionner toutes les deux ou trois heures quoi.(...) Du coup c'est là-dessus qu'il faut être vigilant quoi. »*

E5 « *Ouais, je pense que c'est une charge ça. Donc on va dire, ça m'handicape dans le sens où juste j'y pense et puis voilà. »*

La prise de responsabilité leur a permis de **gagner la confiance de leur partenaire.**

B2 « *Alors elle me fait confiance, à chaque fois que je fais un spermogramme je lui montre. »*

A1 « *Ça reste un acte de confiance de sa part aussi d'être ok que je gère ça. Elle gère très peu de trucs dedans, on peut dire. Elle ne me dit jamais "Pense à mettre ton anneau" "T'as fait ton spermogramme". Ça n'arrive jamais, je gère mon truc et elle me fait confiance. »*

3.2 S'épanouir

Les utilisateurs se sont **appropriés leurs corps.**

A1 « Ça a modifié moi, mon rapport à mon corps peut-être un petit peu, donc en ce sens, ça a dû modifier relation avec ma partenaire. »

Ils se sont **libérés sexuellement.**

G7 « Ouais, ce que je te disais là-dessus, c'est beaucoup plus détendu. Au niveau de la libido et de l'aisance juste de la tête c'est beaucoup plus libre. C'est beaucoup moins d'appréhension, beaucoup plus de lâcher prise (...) »

Ils se sont réappropriés la **maîtrise de leur fertilité.**

G7 « Ce n'est pas pareil de se présenter en face de quelqu'un dans une relation et si la question des enfants se pose de dire : "moi pour l'instant ma décision elle est prise, je ne veux pas d'enfant pour le moment et je fais les démarches qu'il faut en ce sens" »

C3 « (...) il faut absolument que je contrôle ma contraception en amont, ne serait-ce que pour ne pas revivre ce genre de situation extrêmement pénible pour moi, quoi, et pour ne pas du coup de fait de l'infliger à l'autre personne. » (NDC : En parlant de préservatif qui craque)

4 L'adhésion

Au cours de leur parcours contraceptif, les utilisateurs ont dû faire face à de nombreuses contraintes. Pourtant ils se sont adaptés et dépeignent une contraception presque parfaite.

4.1 Rencontrer des contraintes

Certains utilisateurs se sont découverts **résistants à la CRT.**

B2 « Mais par contre j'ai eu une petite rechute » (NDC : Concernant le seuil contraceptif)

J10 « Ben sur le dernier (...) j'étais remonté un peu enfin à la limite. » (NDC: concernant le seuil contraceptif sur le spermogramme)

D'autres soulèvent les **effets indésirables urinaires** et les **érections douloureuses.**

D4 « Par rapport au fait d'uriner (...) j'ai l'impression d'avoir envie de pisser plus souvent. »

C3 « Et notamment moi, l'effet secondaire un peu principal que j'ai eu, c'était au bout de 6 mois de port. En fait, je me suis levé un matin avec une érection captive. C'est pas parti au bout d'un quart d'heure - vingt minutes. Et du coup, qui m'a fait un peu flipper. » (NDC : En parlant de la peur occasionnée par cette érection)

Enfin, la plupart des utilisateurs décrivent des **irritations** qui peuvent être parfois d'une grande intensité.

A1 « *Alors problème que j'avais beaucoup au début, parce que du coup, c'était soit j'en portais un très serré qui me faisait des irritations, mais je n'avais pas besoin de vérifier soit j'en portais un, un peu large qui m'allait très bien, qui ne me faisait pas d'irritation, mais par contre j'allais 10/15 fois par jour vérifier que ça soit toujours bien en place.* »

F6 « *j'en étais presque à me dire que peut être j'arrêteraï si ça continuait trop parce que pour le coup ça m'irritait vraiment beaucoup.* »

A1 « *L'anneau était vraiment remonté le plus haut possible quoi, je pense et du coup, j'ai eu des irritations et je saignais à des moments.* »

4.2 S'approprier la CRT

Face à ces contraintes, les utilisateurs ne se sont pas découragés. Ils ont **modifié leur port** et ont parfois aussi **modifier leur corps**.

A1 « *Je pense qu'au début, c'est plus simple de se raser.* », D4 « *C'est bien de se tondre un peu quand même.* », E5 « *Donc, en fait, c'est à moi de gérer la pilosité.* »

B2 « *Ce qui reste désagréable c'est (...) uriner. (...) je l'ai pris en compte, faut l'enlever.* »

K11 « *Ben je gérai avec un élastique, un truc que je trouvais et un peu de papier toilette ou un bout de sopalin. Et en fait ça marche.* » (NDC : il nous parle de l'oubli de son dispositif)

Certains ont **adapté leur comptage des heures**, leur **temps de port** ou encore ont **essayé un autre dispositif**.

K11 « *Et puis en fait après j'ai changé (...) j'ai compris que c'était plus simple de le mettre tout le temps comme ça j'avais plus rien à compter (...) Et à partir de là mes spermogrammes c'était carrément plus acceptable sous le seuil.* »

E5 « *C'est un timer ouais, elle s'appelle Oring (...), le matin je lance une session (...) quand j'arrive à 15h00, j'ai une notification qui me dit "C'est bon, vous pouvez l'enlever".* » (NDC : Concernant une application sur son téléphone)

C3 « *Donc j'en suis venu à la solution du maître, une alarme à 08h00, puis une alarme à 23h00 comme ça moi je sais que j'ai toujours mes 15 h.* »

C3 « *(...) pour que ça marche il faut avoir la grande panoplie au final. (...) Mais je me dis qu'en fait, passer par le Jockstrap, qui soit réglable, c'est peut-être plus simple quoi, c'est peut être plus pratique.* » (NDC : Il a 8 anneaux contraceptifs).

Enfin les utilisateurs nous racontent que **leur corps s'est adapté à la CRT** et qu'elle peut être **esthétique**.

A1 « *Quand je suis couché, par exemple, quand j'enlève mon anneau, il faut que je pousse pour les faire descendre (...). J'ai vraiment cette sensation que le corps se fait à la forme de ce qu'on lui impose quoi.* »

J10 « *Et après si on veut être stylé jusqu'au bout du zgueg on peut mettre des paillettes* ».

4.3 Adhérer

Grâce à leurs adaptations actives, l'adhésion thérapeutique des usagers est forte. La CRT est vue comme une **contraception "naturelle", logique** et avec **de nombreux bénéfices**.

A1 « *Il y a très peu d'effets secondaires, pas d'intervention chirurgicale, pas d'implant de quoi que ce soit, ce n'est pas hormonal, ce n'est pas chimique, c'est super.* »

E5 « *Pour moi, c'était logique qu'une femme qui est fertile une semaine par mois et un homme qui l'est 365 jours par an, c'était à moi de prendre cette responsabilité là.* »

A1 « *Donc si on se pécho, si on commence à s'embrasser, je vais vite avoir une érection et quand elle est là, elle ne redescendra plus tant que je n'aurais pas enlevé l'anneau, ce qui peut être bien, donc franchement, c'est souvent bien en fait.* »

Cette contraception est qualifiée de « **simple** » et « **confortable** ».

D4 « *Et je trouve ça dingue qu'un truc aussi simple, c'est pas les laboratoires pharmaceutiques, c'est pas des gestes chirurgicaux compliqués, c'est juste un élastique qu'on se met autour des couilles et ça marche quoi !* »

A1 « *Je me sentais bien de pas avoir des testicules qui pendent entre les jambes je crois et aujourd'hui, quand je l'enlève et que je marche par exemple, ça me fait bizarre.* »

Enfin, elle est souvent comparée à **un vêtement que l'on porte au quotidien**.

A1 « *C'est la première chose que je mets le matin donc ça serait un peu comme oublier de mettre un pantalon.* », D4 « *C'est comme les lunettes.* », J10 « *En fait c'est comme mettre ses chaussettes.* »

G7 « *Ça fait tellement partie du quotidien, c'est comme quand je m'habille, je sais que c'est un vêtement comme un autre.* »

5 Un militantisme informé

Nous retrouvons dans les entretiens une adhésion totale et grâce à l'expertise développée en CRT, les utilisateurs finissent à leur tour par prendre le rôle de promoteur.

5.1 Être convaincu

Les utilisateurs sont **conquis** par la CRT et elle est souvent vue comme **la meilleure solution**.

J10 « *C'est la recette parfaite, tout le monde devrait l'utiliser quoi. »*

D4 « *(...) je pense que c'est vraiment trop fantastique pour qu'on ne s'y intéresse pas. Ce n'est pas normal qu'un truc aussi miraculeux ne soit pas mondialement connu. »*

H8 « *Ben moi je vois vraiment que des bénéfiques. »*

5.2 Être expert

Dans cette contraception non reconnue et peu médicalisée, les utilisateurs ont dû **acquérir des compétences** pour utiliser la CRT. Ils sont devenus **experts** de leur contraception.

E5 « *Je me rappelle bien regarder les chiffres, le nombre de spermatozoïdes vivants, un pourcentage. Combien étaient actifs au bout de 01h00. Et en fait, j'étais à 0 pourcent actifs au bout d'une heure et en dessous des 1 million par millilitre. »*

K11 « *(...) mais je ne suis pas allé chercher une formation complète de lecture de spermogramme. Je me suis plus dit, ah oui tiens c'est comme ça ! J'aurais dit 100% mais en fait non, j'aurais pas dit qu'il y avait autant de « flagelle polynucléaire, flagelle sans tête, tête sans flagelle ».*

J10 « *C'est pas compliqué de comprendre pourquoi il faut faire 15 heures par jour. »*

Les utilisateurs ont parfois fait **leur propre protocole** devant le peu de recommandations officielles.

D4 « *(...) Je pense que si on oublie une fois dans l'année ben c'est pas grave parce que toute façon c'est pas en un jour que tes spermatozoïdes ils vont dire « ok c'est bon let's go » parce que ça se fait sur un temps long, et t'as pas le temps d'en générer assez. Et puis y a un seuil contraceptif c'est-à-dire que moi je suis à 0 (...) donc ça veut dire que même si potentiellement j'oubliais ou y avait un problème etc, je serais quand même à l'abri parce que le seuil contraceptif il n'est pas atteint. »*

G7 « *Il y a aussi les spermogrammes, qui ont montré aussi que du coup ça a marché. Le rythme que j'avais, voilà, je me rappelle le premier que j'ai fait du coup, j'étais à 600000, donc j'étais contracepté et le dernier que j'ai fait, c'était en octobre dernier, je suis à moins de 2000. Donc voilà je pense qu'il faut faire un spermogramme minimum une fois par an, même si on recommande tous les 3 mois. »*

5.3 Promouvoir

Grâce à la compréhension de la méthode, ces utilisateurs convaincus ont décidé à leur tour **d’être les messagers** de cette contraception qualifiée de « simple et efficace ».

C3 « *Moi je peux en parler pendant des heures avec beaucoup de passion* »

G7 « *Je me suis souvent retrouvé à faire porte-parole pour la cause.* »

J10 « *C’est hyper simple à faire et je trouve qu’en comparaison de la pilule, je trouve que c’est 1 milliard de fois plus simple et il n’y a même pas de notion de charge mentale du coup quoi. Donc c’est pour ça que moi j’ai très envie que ça se répande.* »

I9 « *J’en parlais très facilement, j’ai un peu fait une propagande, j’avoue. Mais parce que c’était pour moi, c’était si simple, si efficace.* »

E5 « *Et donc j’ai converti entre guillemets, quelques personnes. Ça, ça m’a rendu assez fier d’en parler du coup et de voir que ben derrière, il y avait un retour et y avait des gens qui ne connaissaient pas. Et ouais pour sensibiliser, j’en parle beaucoup mais vraiment beaucoup.* »

6 Une contraception expérientielle

La plupart des utilisateurs décrivaient un parcours médical complexe et une solitude. Cette “non médicalisation” semblait parfois imposée et parfois choisie. Face aux manques de recommandations officielles, les utilisateurs ont appris par leur propre expérience et par le retour d’expérience de leurs pairs.

6.1 Un parcours médical complexe

Certains utilisateurs trouvent le **suivi médical nécessaire** et l’ont recherché malgré des refus.

C3 « *Donc du coup je me suis dit OK trop intéressant et je me suis dit faut que je sois suivi par un urologue.* »

E5 « *J’ai tenté des médecins généralistes, j’ai tenté des gynécologues, j’ai tenté des urologues. J’ai tenté un peu de toutes les professions qui pouvaient me recevoir et j’ai pris beaucoup de portes fermées qui m’ont dit “non”.* »

H8 « *J’ai appelé l’hôpital. Enfin le service de la reproduction, c’est eux qui m’ont dirigé vers lui.* »

K11 « *J’ai peut être d’abord demandé une ordonnance, et ça c’était difficile parce que mon médecin traitant, il m’a envoyé balader. Je suis allé voir quelqu’un d’autre plus jeune, plus femme et pareil elle m’a un peu envoyé chier.* »

Les utilisateurs ont parfois craint de rencontrer un médecin qui allait les **déposséder de leur choix**.

D4 « *Même si j'y étais allé, j'avais consulté un urologue pour des raisons purement chirurgicales et j'avais parlé de contraception masculine, j'en avais entendu parler déjà et je me suis dit bon je vais en parler à un professionnel et la réponse qui m'a évidemment frappé c'était « ben non la contraception masculine c'est la vasectomie, c'est absolument pas adapté à une personne de votre âge, non non ».* »

F6 « *Voire même j'étais content qu'il me l'ai prescrit parce que je sais qu'il y a des médecins qui sont assez réfractaires à ces trucs là.* »

A1 « *Voilà donc elle m'a fait une prescription pour des spermogrammes. Elle a été ok, je suis bien tombé, je ne suis pas tombé sur quelqu'un qui me dit " faut surtout pas faire ça". Et voilà donc, c'est ma généraliste qui m'a fait ça.* »

Certains ont trouvé un médecin et sont **satisfaits de leur prise en charge**.

J10 « *Moi ce que j'aime bien dans tout ça c'est que c'est pas du tout le parcours du combattant, c'est plutôt rapide d'avoir un rendez-vous. Après je me rends pas compte à quel point, le nombre de médecins qui font ce type de suivi et qui sont disponibles ne serait-ce que sur Toulouse .* »

C3 « *Et pareil une fois c'est lui-même qui m'a appelé après bon je pense c'est pour le contrôle en tant que bilan, mais le fait de voir aussi que bon bah il suit ce protocole là et qu'il ne m'oublie pas machin tout ça pour dire que c'est cool aussi, ça veut dire que c'est carré.* »

B2 « *Il m'avait dit appelez moi si vous avez des questions et effectivement quand j'ai reçu mon premier spermogramme et j'ai rien compris je l'ai appelé et il m'a rappelé 2 heures plus tard de son cabinet. On a passé 10 minutes au téléphone et il m'a expliqué toute la biologie.* »

D'autres voient leur médecin comme le moyen d'**accéder à la prescription** du spermogramme car il n'a pas su leur apporter l'aide nécessaire.

F6 « *Je lui ai dit que ben voilà j'avais besoin d'une ordonnance pour ça, il m'a questionné un peu vite fait «ah ouais, slip chauffant machin » j'ai dit non un anneau, il m'a dit vite fait 2 ou 3 questions mais pas grand-chose de plus. Il m'a dit ok, il m'a fait l'ordonnance.* »

A1 « *Et donc elle a eu aucun rôle donc peut-être que ouais j'aurais aimé qu'elle puisse m'informer. En tout cas, elle ne m'a pas informé, je me suis informé moi-même, c'est moi qui l'ai informé ma médecin généraliste.* »

D4 « (...) *C'est toujours bizarre quand tu as l'impression d'en savoir plus que le médecin.* »

L'absence de suivi était parfois **consentie**.

K11 « *“Ce qui est intéressant, c'est d'avoir une contraception (...) qui fait que, entre guillemets on peut être autonome dessus (...) Et le côté d'en faire un outil hors système”* »

6.2 Contraception confidentielle

Devant l'absence de recommandations les utilisateurs se sont **sentis seuls et manquaient d'informations.**

B2 « *J'ai fait un peu ça à la sauvage en regardant sur des comptes Instagram et en voyant le principe »* »

A1 « *Bon ce genre de truc où du coup, vu que c'était un peu, bah ça reste un objet qu'on achète sur un site internet, on se retrouve un peu tout seul à part avec le Discord. C'était pas très clair au début. »* »

(NDC : Discord est un réseau social inter-utilisateurs)

A1 « *Il faut lire les 4 sites, si tu veux être vraiment informé. Donc ça c'est galère. »* »

D4 « *Donc quand je l'ai reçu je l'ai mis. Mais bon on sait pas trop même si on suit les instructions c'est difficile de se rendre compte, je comprends assez vite qu'il faut que les testicules remontent dans la cavité.»* »

6.3 Apprendre par l'expérience

Ils ont finalement dû apprendre par leur **propre expérience.**

B2 « *Au début j'avais un peu des rougeurs, l'anneau par rapport à la peau, ça me faisait des rougeurs, j'avais trouvé une crème qui était un peu pâteuse. Parce qu'au début je mettais de la Nivea mais ça glissait. Et la une crème un peu pâteuse que je mets de temps en temps. »* »

C3 « *Du coup, je me suis dit, Ah OK, il faut que je prenne la taille au-dessus et en fait depuis, j'ai l'impression que en prenant la taille au-dessus ça va mieux. »* »

6.4 Être guidé par ses pairs

Pour s'informer, les utilisateurs se sont aidés **de leurs pairs**, notamment via les réseaux sociaux, les associations ou leurs connaissances.

A1 « *Bon, je dis ça mais alors, la communauté est incroyable et hyperactive. Enfin je ne sais pas si tu as déjà traîné sur le “Discord”. Ouais la communauté elle réagit à fond, tout le monde partage ses problèmes, tout ce qu'ils ont pu rencontrer, comment ils ont solutionné. »* »

E5 « *Alors moi je me suis vachement documenté sur le compte Instagram “Slowcontraception” et du coup avec Maxime avec qui je communiquais pas mal et j'ai fait, du coup, des rendez-vous avec des urologues et tout ça. »* »

I9 « *Alors, pour moi, Erwan c'est vraiment une encyclopédie sans en faire un gourou attention c'est à dire qu'il maîtrise vraiment son sujet et du coup en fait si tu parles avec lui, ouais je n'ai pas encore trouvé de questions auxquelles il ne pouvait pas répondre.* »

F6 « *Mais voilà, j'avais un copain qui m'avait dit que c'était normal les premiers jours donc je m'en suis pas formalisé. (concernant les sensations de début de port).* »

Le **site marchand** a été une source d'informations et d'aide pour certains.

D4 « *J'ai écrit au service après-vente chez Thoreme qui est super réactif, y a pas eu de problème ils m'ont demandé de renvoyer le truc.* » (NDC : Thorème(34) est un site de promotion de la CRT et de l'Andro-Switch®)

H8 « *Par internet, ma principale source d'information, ça a été d'abord le site d'Andro-Switch. Il y a vraiment tout expliqué de A à Z.* »

6.5 Des interrogations persistantes

Les utilisateurs se questionnent sur les **effets à long terme** et notamment la **réversibilité**.

A1 « *Je pense que je vais avoir besoin de tester par moi-même. Et pour être sûr que ça soit bien réversible, même si à fort priori, il n'y a pas de raison que ça le soit pas.* »

K11 « *Oui il y a des questions sur les usages à long terme, enfin y a des questions sur lesquelles le long terme répondra donc c'est des questions pour l'instant un peu vagues...* »

H8 « *Le truc de la réversibilité (...). C'est la seule interrogation vue que ça fait un an que je teste et que je n'ai pas fait de phase où je ne l'utilise plus.* »

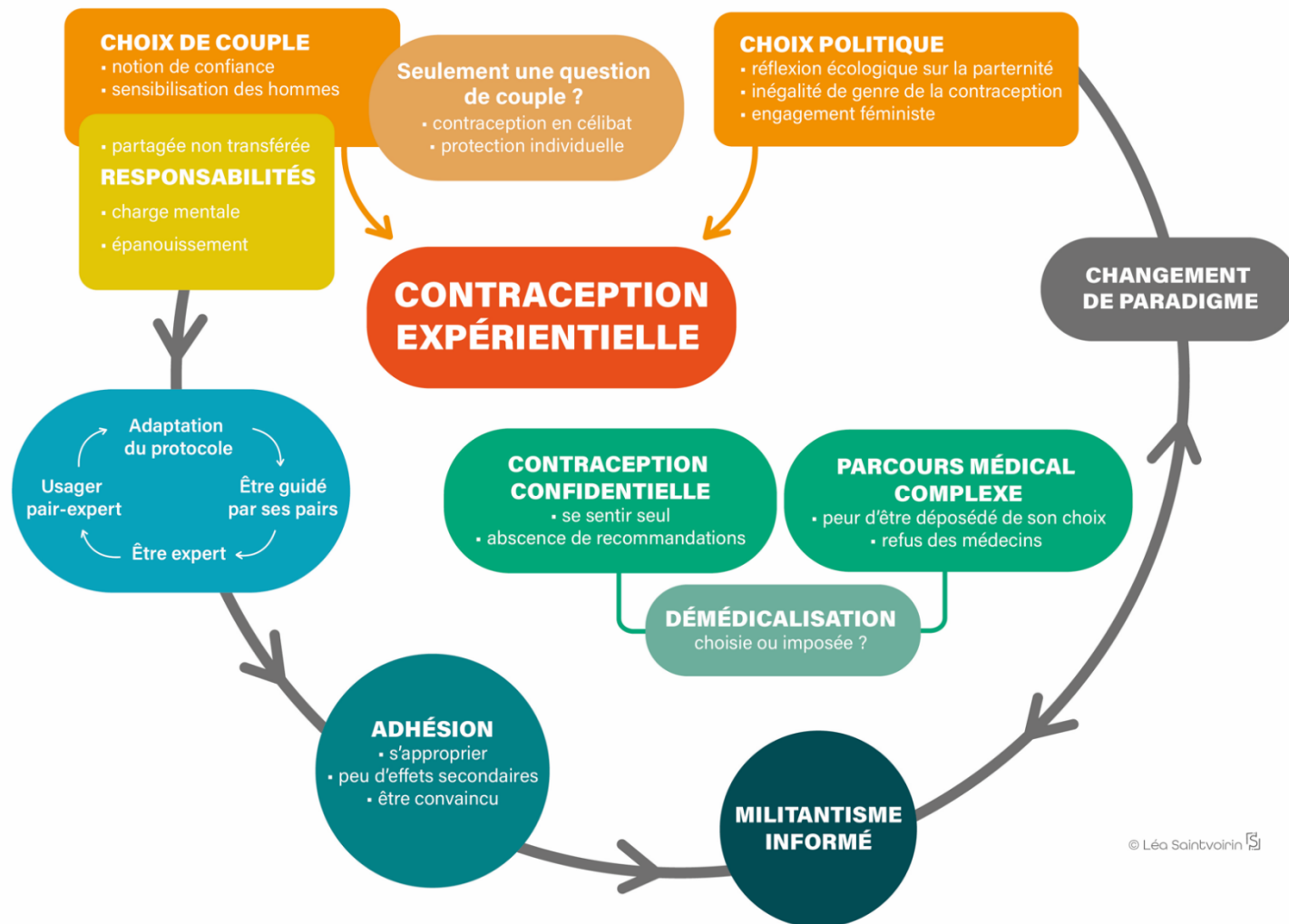


FIGURE 1 SCHEMA DE L'ANALYSE INTEGRATIVE

IV. Discussion

A. Synthèse des principaux résultats - Schéma de l'analyse intégrative

La CRT a été choisie pour répondre à une question de couple mais aussi à des idéaux personnels et politiques. En effet, elle représente pour certains une protection individuelle, utilisée en célibat. Elle nécessite la confiance des partenaires et elle impose des responsabilités, décrites comme une “charge mentale”. Elle permet également l'épanouissement, via le contrôle de sa fertilité. Les utilisateurs décrivent une démedicalisation imposée devant un parcours médical complexe et une contraception confidentielle. D'autres ont consenti à une absence de suivi pour rester autonome sur leur contraception. Ils ont dû être guidés par leurs pairs et compter sur leur propre expérience pour devenir experts. Ils sont devenus à leur tour des “usagers pair-expert”. Les bénéfices et les faibles effets secondaires leur permettent une forte adhésion et de militer pour la CRT. Cette contraception expérientielle les mène vers un changement de paradigme de la contraception genrée. Le schéma de l'analyse intégrative est proposé en Figure 1.

B. Comparaison avec la littérature

Dans cette discussion nous aborderons le concept de contraception expérientielle, non médicalisée. Par la suite, nous envisagerons la contraception non seulement dans le contexte d'une relation de couple, mais aussi de manière individuelle. Enfin nous aborderons le changement de paradigme dans la contraception.

1. Une contraception expérientielle

1.1 Une démedicalisation choisie ou imposée ?

La notion de démedicalisation de la contraception est un élément notable chez nos utilisateurs et elle semble avoir deux versants, comme dans le travail du Dr Richaud.(35) En effet, certains (G7 et K11) ont évoqué un désir d'autonomie dans leur parcours contraceptif et ont redéfini le rôle de leur médecin comme simple prescripteur. Cependant la majorité de nos utilisateurs ont évoqué un manque d'accompagnement de la part des professionnels de santé mis sur le compte d'un manque de connaissance de leur part. Ceci pourrait expliquer les interrogations persistantes de certains utilisateurs. Cette démedicalisation imposée se retrouve dans plusieurs thèses. Par exemple, le Dr Guidarelli explique en 2023 que 74 % des participants (n=970) avaient consulté un professionnel de santé avant de commencer la CRT, mais parmi eux, 41 % décrivaient un

non-accompagnement du professionnel de santé.(36) Ou encore le Dr Tcherdukian explique en 2022 que 55% des praticiens interrogés (n = 2396) n'ont jamais ou rarement proposé la contraception masculine lors d'une consultation de demande de contraception de couple et 65% d'entre eux se sentent démunis face à la prescription d'une contraception masculine.(37) Ce non-accompagnement initial était significativement associé à une absence de suivi par la suite.

1.2 Effets indésirables

Les utilisateurs nous ont partagé les effets indésirables, surtout au début de l'utilisation du dispositif. Ils sont représentés principalement par des irritations, qui ont aussi été retrouvées dans les travaux des Dr Guidarelli et Joubert.(36,38) Les autres effets indésirables étaient l'apparition de gouttes retardataires et les érections douloureuses et prolongées. Ceux-ci ont également été retrouvés par le Dr Guidarelli chez respectivement 23,4 et 21,4% des participants.(36) Quelques utilisateurs nous ont également décrit le repositionnement fréquent du dispositif et la vérification fréquente de la position des testicules comme une contrainte.

1.3 Adaptation du protocole

Comme dans les autres travaux, les utilisateurs interrogés ne respectaient pas parfaitement le protocole du Dr Mieusset.(16) Dans l'étude du Dr Guidarelli 32,5% des utilisateurs déclaraient porter le dispositif moins de 15h par jour.(36) Nos participants respectaient le temps minimum bien que A1 le portait plutôt 14h par jour. A Contrario, un de nos participants portait le dispositif en permanence devant la difficulté à comptabiliser les heures. Un autre a déclaré ne pas être arrivé au seuil contraceptif avec 15h par jour et a dû modifier son port en augmentant la durée à environ 17h par jour. C'était également le cas pour 10,5% des usagers chez Guidarelli.(36) La possibilité d'adapter les heures selon son mode de vie a été mise en avant par exemple par B2 qui a un travail avec des réveils la nuit, il déclarait porter le dispositif dès qu'il était en période d'éveil pour arriver à 15h. Concernant la réalisation du spermogramme, la plupart ont réalisé un spermogramme initial puis un à 3 mois. Le spermogramme est ensuite réalisé de façon aléatoire, de tous les 3 mois à une fois par an. On retrouve dans l'étude du Dr Guidarelli moins de 35% des utilisateurs réalisant le spermogramme tous les 3 mois.(36) Pourtant nos utilisateurs considèrent le spermogramme comme un témoin de leur sérieux et leur permet de prendre confiance dans leur port. Concernant la gestion d'un oubli, nous avons constaté que les utilisateurs sont encore dans l'interrogation. Certains nous ont décrit la création d'un anneau fait

à l'aide d'un élastique s'ils oublient leur dispositif. D'autres, comme dans le travail du Dr Lacroix, ont reporté les heures d'oubli sur la nuit, suivi d'un spermogramme 1 à 3 mois plus tard.(39)

1.4 Adhésion

La balance bénéfices/contraintes de la CRT semble nettement en faveur des bénéfices pour les utilisateurs. Dans l'étude du Dr Joubert, 100% des usagers interrogés recommanderaient la méthode.(38) Dans celle du Dr Guidarelli 86,5% se déclaraient très satisfaits ou extrêmement satisfaits par la CRT.(36) Ils ont trouvé une contraception en accord avec leurs idéaux, facile, « naturelle », qui leur a permis de découvrir leur corps. Le Dr Chantebel retrouve dans son travail, que « le couple sort de cette expérience contraceptive renforcé par les échanges au sein du couple, créant des liens plus profonds entre l'homme et la femme ». Ces liens plus profonds se retrouvent au niveau de la sexualité qui est plus « détendue ». En effet, ils sont rassurés par le fait d'être protégés et par une meilleure connaissance de leur corps.(40)

1.5 Émergence d'un savoir dit expérientiel

La majorité de nos utilisateurs se sont sentis seuls dans la recherche d'information sur la CRT. En effet, face aux manques de recommandations officielles, les utilisateurs ont dû recourir à de l'auto-formation et apprendre par leur propre expérience. J10 évoque même la diffusion sur les réseaux d'une technique de réalisation de spermogrammes par soi-même via un microscope au domicile. Finalement il semble émerger le concept de « savoir expérientiel ». Ce concept est apparu au cours des années 1970 dans les publications de chercheurs en psychologie comme Thomasina Borkman.(41) Il représente une vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène. Il est composé de plusieurs facteurs qui sont personnels (essayer le dispositif, chercher sa taille), interpersonnels (soutien de la part de ses pairs, ses amis) et environnementaux (accessibilité du dispositif).

1.6 Usager « pair-expert »

En parallèle de ce « savoir expérientiel », l'apprentissage par les pairs est présent dans la majorité de nos entretiens. Manon Lacroix introduit la notion d'usager « pair-expert ».(39) En effet, dans sa thèse tout comme la nôtre, la majorité des utilisateurs ont bénéficié d'un accompagnement par des pairs. Que ce soit par les réseaux sociaux, le cercle amical ou les

associations d'utilisateurs. Étant satisfaits de cette entraide et ayant acquis eux-mêmes des compétences techniques sur la CRT, ils ont voulu à leur tour offrir cet accompagnement à d'autres utilisateurs.

2. La contraception, une question de couple

2.1 Se contracepter individuellement

Dans notre échantillon 4 sur 11 participants utilisaient le dispositif en célibat. Cette contraception en célibat existait aussi dans le travail du Dr Guidarelli (n=970), où 8% des utilisateurs étaient célibataires.(36) Il existe donc une expérience individuelle de la contraception chez ces hommes. Gumowski explorait la question de répartition du « travail contraceptif qui pourrait être individuel où chacun est maître de sa propre contraception et/ou dans le cadre d'une relation stable partagée en alternance par les deux personnes ».(42) En ce sens, G7 proposait même qu'à terme chaque personne puisse avoir sa propre contraception. Ceci diverge du travail de Nikos Kalampalikis qui décrivait la contraception masculine médicalisée comme « réservée aux couples stables, au sein desquels une relation de confiance est établie, et intéresse des personnes déjà âgées, ayant des enfants, et chez qui le besoin de liberté et de projection dans l'avenir est moins intense. ».(43)

2.2 Les femmes et la contraception masculine

La contraception est vue comme une source de pouvoir comme nous l'a dit C3. D'après lui, le fait d'avoir chacun sa contraception signifie « *qu'aucun des deux ne peut entrer dans une espèce de jeu manipulateur, relationnel pour infliger à l'autre quelque chose..* » Le terme de « bébé » dans le dos a parfois été utilisé par exemple par l'association SOS Papa, avec la contraception masculine comme moyen de s'en prémunir.(44) C'est aussi ce que B2 utilise comme argument pour « provoquer » lorsqu'il aborde la contraception. Il dit « *moi une nana elle ne me fera jamais un gosse dans le dos.* ». Bien qu'il trouve cela « *réducteur* » il imagine probablement que cela pourrait être un argument pour certains à débiter la CRT. En effet, dans sa réflexion sur les enjeux féministes de la contraception masculine, Elodie Serna met en garde : « Outre les risques de récupérations masculinistes, d'une façon plus générale, on peut redouter qu'en rendant la contraception masculine plus accessible, le contrôle de la fertilité échappe aux femmes ».(45) C'est aussi ce que soulève Nelly Oudshoorn «dans ce contexte les contraceptions masculines apparaissent comme une menace pour l'autonomie des femmes ».(46)Et ceci est apparu dans

certain discours tel que C3 « *Mais je pense qu'à l'avenir, plus ça va se développer plus on pourrait imaginer une situation où une personne se contracepte thermiquement (...), mais à un moment ce n'est pas efficace à 100% (...) où la personne dit Ah oui mais en fait bah moi je me suis contracepté pendant des années, donc maintenant t'avorte, une espèce de coercition comme ça* ». Le risque d'une grossesse non souhaitée a pour conséquences des IVG ou une maternité imposée par les hommes et se répercutant sur les femmes. Ainsi l'avis des femmes sur la contraception masculine reste ambivalent, c'est ce qu'observait Le Guen et al dans leur étude quantitative.(47) En effet, après avoir pris connaissance des différents types de contraceptions masculines disponibles et en cours d'évaluation, sur 379 femmes interrogées ; moins de la moitié étaient favorables à laisser les hommes gérer la contraception.

2.3 Sensibilisation des hommes et introduction d'une prise de responsabilité

Selon Cyril Desjeux, l'implication contraceptive de l'homme est « conditionnée par la vision que les hommes ont de la relation conjugale, de l'égalité femme/homme, de la masculinité, de leur expérience passée en matière de contraception et d'avortement, de la qualité de la relation et de la communication conjugale ».(48) Selon lui, la prise de responsabilité de la contraception semble être poussée par deux choses. D'une part une sensibilisation préliminaire. Lola Tribout ajoute que « la visibilisation des souffrances de leur partenaire permet de déplacer la question de la contraception et d'interroger la fécondité du couple » et plus celle uniquement de la femme.(49) D4 décrit par exemple des effets indésirables du Dispositif Intra Utérin (DIU) sur sa compagne, qui lui ont mené à se questionner sur une autre contraception. D'autre part, des difficultés rencontrées pendant le parcours contraceptif. H8 a vécu 3 IVG qui l'ont poussé à remettre en question sa part de responsabilité contraceptive. Cette prise de responsabilité témoigne d'un travail de « care ».(50) Selon Joan Tronto, ce concept se compose de 4 phases : « se soucier de », « se charger de », « accorder des soins » et « recevoir des soins ».(51,52)

2.4 Responsabilité partagée et non transférée

La plupart des utilisateurs interrogés ont rapporté une prise de responsabilité partagée. C'est ce que retrouve Manon Lacroix dans sa thèse où ce partage serait à la fois une motivation et une conséquence de l'utilisation de la CRT.(39) Cette « responsabilité partagée » est expliquée par Campelia et al avec la notion de « shared risk ».(53) Elle représente la somme des risques pour les deux membres d'une relation associée à l'utilisation de contraceptifs par l'un ou l'autre. Celui-ci est comparé au risque de grossesse non désirée pour l'ensemble du couple. Par

conséquent si une contraception masculine a moins d'effets indésirables qu'une contraception féminine, le risque pour le couple sera finalement moindre. Néanmoins, comme dans la thèse du Dr Lacroix(39), les utilisateurs interrogés indiquaient un partage et non un transfert de la charge car ce sont les femmes qui continuent à porter le risque de grossesse.

2.5 La CRT et la notion de confiance

La plupart des utilisateurs rapportent une confiance élevée au sein du couple. C'est ce que l'on retrouve dans la thèse du Dr Richaud(35) où les utilisateurs interrogés soulignent l'importance de développer une relation de confiance avec la ou les partenaires, et dans la thèse du Dr Joubert(38) où une confiance élevée est retrouvée chez 100% des partenaires des utilisateurs interrogés.

3. Un changement de paradigme

3.1 La charge mentale contraceptive et son inégalité de genre

Dans son ouvrage « Comment ne pas faire d'enfants » Cécile Thomé introduit la notion de « travail contraceptif ».(54) Selon elle, ce dernier s'appuie principalement sur la responsabilisation des femmes. Dans son article publié en 2014, Cécile Ventola explique qu'avec le basculement dans le domaine médical et la nécessité d'une prescription de la part d'un médecin de la pilule et du DIU, la contraception s'est inscrite dans un espace principalement féminin.(6) Cela a pour conséquence l'apparition d'une charge mentale contraceptive qui est souvent invisibilisée. Celle-ci est pointée du doigt par l'illustratrice Emma dans sa série de dessins « les conséquences ».(55) Elle représente un poids émotionnel, logistique et parfois financier.. Cette charge mentale est aussi évoquée par nos utilisateurs, dont I9, qui a arrêté la CRT devant la rigueur qu'elle nécessitait. En 1990 nous observons la montée d'une «norme contraceptive française» se caractérisant par le recours initial au préservatif en début de vie sexuelle, puis par la pilule et enfin le recours au DIU comme «contraception d'arrêt» quand il n'y a plus de désir d'enfant.(56) La sociologue Le Guen explique en 2021 que « cette norme contraceptive est genrée : en prescrivant le passage du préservatif à la pilule, elle impose le passage d'une responsabilité a priori partagée entre les partenaires à une responsabilité exclusivement féminine de la contraception ».(57) Nous observons chez nos utilisateurs un respect de cette norme contraceptive en début de vie sexuelle : *“Enfin ma première copine,*

ouais elle avait pas mal d'effets secondaires avec la pilule et après ouais c'était quelque chose d'un peu tacite quoi. C'est la fille qui prend la pilule, et puis c'est comme ça un peu courant dans la société j'ai l'impression" H8.

3.2 Un engagement féministe ?

Comme dans les thèses de Dr Richaud et Dr Lacroix(35,36), nos utilisateurs semblaient essayer de renverser cette norme contraceptive : *"je me suis dit que (...) que ce n'était pas normal que ce soit genré comme ça l'est. que cette responsabilité-là elle appartienne aux femmes."* 19. En effet, dans la thèse du Dr Joubert(38), les usagers étaient 38% à déjà utiliser une autre méthode masculine avant la CRT, bien au-dessus des 15% de la population générale.(58) Les utilisateurs de la CRT avaient déjà l'envie de renverser cette inégalité de genre. Les utilisateurs se sont décrits comme appartenant à un milieu « militant », « féministe ». En effet, l'avènement de la contraception est souvent décrit comme la libération des Femmes.(48) Pourtant elle n'a pas permis de modifier la hiérarchie entre les rapports Homme/Femme d'après Nathalie Bajos : La contraception « conforte la construction d'une identité féminine toujours fondée sur la maternité. ».(59) De plus, comme dans la thèse du Dr Guidarelli et celle du Dr Joubert, la plupart des personnes interrogées font partie d'une catégorie socio-économique élevée.(36,38) La sociologue Cécile Thomé retrouvait également dans son article sur l'utilisation du coit interrompu, une population avec un niveau de diplôme élevé.(60) Le Dr Lacroix propose donc la description des utilisateurs de ces méthodes « naturelles » comme « 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 ».(39)

3.3 Une réflexion écologique sur la paternité

Cette méthode de contraception répond aussi à des enjeux écologiques. L'anneau se fabrique très simplement, il existe même des ateliers où l'on peut le créer soi-même grâce à du silicone et une imprimante trois dimensions. Cet aspect semble plaire à certains, tout comme la fabrication manuelle de slip type Jockstrap. Le souhait d'une contraception non hormonale a été très largement retrouvé dans notre échantillon. On retrouve en effet depuis 2013 une diminution importante du choix des contraceptions hormonales vers d'autres méthodes notamment le DIU chez les femmes.(61) Dans sa revue systématique de la littérature publiée en 2021, Le Guen montre que dans la plupart des études (26/42) les femmes et les hommes ont mentionné les effets secondaires comme freins à la prise d'une contraception hormonale.(47) Il semble donc que le

choix des usagers de la CRT ne se porterait pas forcément vers des méthodes masculines hormonales. Le militantisme écologique se traduit pour d'autre par la non-volonté de paternité. En effet, la plupart des utilisateurs interrogés ne souhaitaient pas d'enfant. Certains le décrivaient clairement comme un choix pour l'écologie comme D4 « *Je suis pas quelqu'un qui veut pas d'enfant ; enfin je veux pas d'enfant pour les raisons écologiques et tout* ». Dans le travail du Dr Richaud Albane, tous les hommes interrogés (n=10) questionnaient ainsi leur désir de paternité.(35) Dans l'étude du Dr Guidarelli (n=970) 32,5% des participants ne souhaitaient pas d'enfant ou pas d'autre enfant.(36) Alors qu'en population générale en 2010 dans une enquête de l'institut national d'études démographiques, seulement 6,8% des hommes ne souhaitaient pas d'enfant.(62) Il existe probablement aujourd'hui une augmentation des personnes qui se questionnent sur l'impact écologique d'un enfant et d'autant plus chez les usagers de CRT. De plus, chez les utilisateurs interrogés, la CRT était souvent l'étape préliminaire avant la vasectomie. En effet, on retrouve une augmentation importante du nombre de vasectomie en France ces dernières années. En 2022, d'après l'assurance maladie, environ 30 000 hommes ont eu une vasectomie contre moins de 2000 en 2010.(63)

4. Forces

Lorsque nous avons choisi le sujet de la CRT, aucune étude qualitative n'avait encore vu le jour sur le sujet. Depuis des travaux ont été réalisés sur le sujet, par le Dr Lacroix et le Dr Richaud(35,39) qui se sont intéressés aux usagers mais aussi par le Dr Chantebel qui s'est intéressée aux couples utilisant la CRT.(40) La CRT est donc un sujet d'actualité qui interroge. Le choix de la méthode qualitative et plus précisément l'analyse phénoménologique permet de se rapprocher au plus près du vécu des personnes.

Nous avons choisi des entretiens semi-dirigés pour laisser aux personnes interrogées le plus de liberté dans leur réponse et découvrir leur ressenti. Le fait d'avoir été deux à réaliser les entretiens a probablement permis de soulever des thèmes différents chez les participants lors de nos questions de relance. La réalisation des entretiens en face à face, dans un lieu choisi par le participant, a amené un climat de confiance. Un tutoiement s'est d'ailleurs mis en place naturellement dans chacun de nos entretiens, facilitant l'abord d'un sujet intime. Les entretiens ont duré en moyenne 46 minutes, permettant la richesse des thèmes abordés.

L'échantillon de la population étudiée nous a paru suffisamment varié sur l'âge avec une moyenne d'âge de 30 ans, semblable aux études précédentes. Ainsi que sur le type de dispositif, le statut conjugal et le nombre d'enfants.

Une triangulation des données par les deux chercheuses et leur directrice de thèse le Dr Bachelard a été réalisée dans les étapes d'étiquetage jusqu'à l'analyse intégrative des données. Ce travail a suivi le guide de recherche qualitative COREQ.

Nous avons pu échanger avec des personnes référentes de la CRT, le Dr ISUS au CHU de Toulouse, Maxime Labrit créateur de l'anneau Andro-Switch et Erwan Taverne membre de l'association GARCON. Ils nous ont permis d'enrichir nos connaissances sur le sujet de la CRT et d'établir de nouvelles pistes de réflexion.

5. Limites

Le recrutement des participants a été réalisé sur la base du volontariat, notamment sur les réseaux sociaux. Ce mode de recrutement implique le choix de participants militants, ou en tout cas impliqués dans leur mode de contraception.

Les chercheuses étaient novices dans la recherche qualitative, bien qu'il existe un guide commun, les entretiens nécessitent des questions de relance qui sont personnelles. Elles ont donc dû expérimenter et ont progressé au fil des entretiens.

6. Perspectives

6.1 Pour la recherche

En dehors du slip contraceptif, aucun autre dispositif n'a fait l'objet d'une étude clinique quant à l'innocuité, l'efficacité ou la réversibilité. C'est la raison pour laquelle l'ANSM a interdit la vente de l'anneau Andro-Switch®. De plus, les interrogations persistantes sur le risque de cancer des testicules et la tératogénicité restent en suspens. Il existe donc une nécessité d'évaluer toutes ces techniques de CRT via de nouvelles études cliniques à grande échelle et sur une période plus longue. Récemment, la société coopérative d'intérêt collectif Entrelac(64) a remporté l'award 2023 de 300 000 dollars du « male contraceptive initiative ». Le but d'Entrelac est d'accéder à la certification de l'anneau d'ici 2028 en réunissant environ 1 million d'euros. Les essais

précliniques étudiant la cytotoxicité, la résistance et le vieillissement de l'anneau Andro-Switch® ont débuté en janvier 2024 et les essais cliniques débiteront au printemps 2024.(29) Concernant les futures pistes à explorer, il serait nécessaire d'établir des recommandations officielles pour éviter les disparités de pratiques. Par exemple, les utilisateurs ont rencontré des difficultés quant à la gestion des oublis. Il serait nécessaire d'observer l'impact ultérieur sur la spermatogenèse selon la durée de l'oubli dans des études cliniques afin d'établir une conduite à tenir standardisée. Il semble également exister une variabilité de réponses à la CRT. En effet, certains de nos utilisateurs rapportent avoir une efficacité contraceptive malgré une durée de port inférieure à quinze heures par jour. Alors que d'autres déclarent avoir des difficultés à atteindre le seuil contraceptif en respectant les 15h.

6.2 Un enjeu de santé publique

La plupart de nos utilisateurs ont exprimé le besoin que "l'état" investisse dans la contraception masculine car il s'agit selon eux d'un enjeu majeur de santé publique. Un amendement à d'ailleurs été voté en ce sens en octobre 2021.(65) Il se donne pour objectif "de promouvoir le partage de la charge contraceptive, qui pèse à l'heure actuelle exclusivement sur les femmes". Ainsi, comme le suggère le Dr Guidarelli, une politique de santé publique encourageant les investissements concernant la recherche, la promotion et l'accompagnement de la contraception masculine semble être une piste de réflexion prometteuse.(36) Certains de nos utilisateurs ont également suggéré un plus grand investissement dans l'éducation à la santé sexuelle sans distinction de genre. Selon un rapport publié en 2022 de l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, moins de 20 % des élèves en primaire et au collège bénéficient des trois séances annuelles d'éducation à la sexualité pourtant prévues par la loi.(66) Cette éducation dès le plus jeune âge permettrait une plus grande sensibilisation à la santé sexuelle et donc à la contraception.

6.3 Le rôle du médecin généraliste

Concernant l'accompagnement des patients utilisant la CRT, le Dr Guidarelli rappelle que « l'éthique et le devoir médical justifient l'accompagnement des patients dans leur demande de soins, quelles que soient leurs mœurs, que leurs pratiques soient recommandées ou non ». Elle fait le parallèle avec les usagers de substances illégales qui doivent recevoir un accompagnement médical.(36) Le principe d'Autonomie(67) souligne qu'il revient au patient de décider pour sa santé, selon ses convictions et ses valeurs. Pour faire un choix libre, le patient doit recevoir une

information éclairée sur les potentiels risques et effets bénéfiques de la part du corps médical. De plus, selon Pierre le Coz, respecter l'autonomie du patient permet sa meilleure adhésion.(68) Effectivement, les utilisateurs convaincus par la CRT ont fait le choix de cette contraception de façon libre. La majorité de nos utilisateurs se sont accordés pour dire que les professionnels de santé rencontrés manquaient de formation sur la CRT. En 2024 des formations sur les contraceptions masculines sont apparues, proposées par le planning familial et la Société d'Andrologie de Langue Française. De plus, un groupe de travail "contraception masculine" du collège de médecine générale a été créé dans le but de « promouvoir les médecins généralistes comme acteurs de premier plan de l'offre et du développement de la contraception masculine en France. »(69) Il a publié en ce sens en 2024, une fiche de recommandations à l'intention des médecins généralistes afin d'aborder le conseil contraceptif auprès des hommes.(70) Il paraît important de poursuivre ces efforts afin que les médecins généralistes puissent se former à la question de la contraception masculine et accompagner ce changement de paradigme. Par exemple, pour un couple en situation d'« impasse contraceptive » , la CRT pourrait représenter une alternative. Nous pourrions alors imaginer l'intégration de la contraception masculine afin d'élargir l'offre de soin contraceptive.




V. Conclusion

Face à l'intérêt croissant de la population et des médias(71,72) concernant la CRT nous nous sommes demandé quel était le vécu de ses usagers. Cette étude qualitative a permis d'explorer leur expérience singulière. Les usagers de la CRT ont découvert une contraception en accord avec leurs idéaux. Dans le couple, la CRT a permis aux usagers de participer à la charge contraceptive et de soulager leur partenaire. De façon personnelle cette contraception « naturelle », ne nécessitant pas d'hormones, répondait à des engagements féministes mais aussi écologiques. Elle a permis un épanouissement personnel des utilisateurs, la découverte de leur corps mais aussi un épanouissement au sein de leur couple. Les utilisateurs ont dû parfois persévérer pour adopter cette contraception, se heurtant à un corps médical peu informé et peu formé. Grâce à leur propre expérience et celle de leurs pairs, ils se sont sentis responsables et dignes de confiance. En comparaison aux effets indésirables et contraintes qui leur semblent minimes, les effets bénéfiques qu'ils retrouvent sont nombreux. Les utilisateurs sont finalement convaincus par leur contraception et souhaitent qu'elle soit mieux diffusée par les pouvoirs publics. La CRT reste cependant une méthode non validée car il n'existe pas assez de données scientifiques à ce jour. Pour accompagner cette démarche vers l'équité contraceptive, il est donc nécessaire de réaliser des études supplémentaires et d'élaborer des recommandations officielles pour les utilisateurs mais aussi pour les médecins souhaitant les accompagner.

*Vu, le 03/05/2024
Le président du jury
Pr Julie DUPOND*

Toulouse, le 7 mai 2024

Vu, permis d'imprimer,
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



VI. Références bibliographiques

1. Rodriguez, Lemoine, Champion. Contraception : où en sommes-nous ? 25 sept 2021 [cité 19 mai 2023]; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/contraception-ou-en-sommes-nous>
2. Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Population & Sociétés*. 2017;549(10):1-4.
3. Catherine Rollo. 14 décembre 2012 : Marion Larat lance l’alerte sur la pilule. *Le Monde.fr* [Internet]. 29 juill 2014 [cité 23 janv 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/festival/article/2014/07/29/14-decembre-2012-marion-larat-lance-l-alerte-sur-la-pilule_4464213_4415198.html
4. 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?: *Population & Sociétés*. 2 mai 2014;N° 511(5):1-4.
5. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l’accès et au choix d’une contraception adaptée [Internet]. 2013 avr [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
6. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l’institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité & société* [Internet]. 1 déc 2014 [cité 24 janv 2024];(12). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/3215>
7. Cornier L. Chapitre 01 - Contraception masculine - Urofrance [Internet]. Vol. Collège Urologie 5 ème édition. 2021 [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/lafu-academie/formation-du-college/referentiel-du-college-durologie-5eme-edition/chapitre-01-contraception-masculine/>
8. HAS. Haute Autorité de Santé - Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017 nov [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles
9. Cuvelier S. Contraception : connaissances, intérêt et implication des hommes [Internet]. Mémoire de Sage-femme présenté à; 2019 juill 18 [cité 19 avr 2024]; Université de Lille. Disponible sur: <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2020/06/Sophie-CUVELIER.pdf>
10. Giacometti A, Huyghe E, Ferretti L, Moreau D. Acceptabilité des méthodes de contraception masculine innovantes chez les hommes majeurs hétérosexuels en France en 2021. 1 déc 2023 [cité 29 janv 2024]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708723002257>
11. Soufir JC, Mieusset R. *La contraception masculine*. Paris, France: Springer, DL 2012; 2012. viii+209.
12. ARDECOM. Contraception masculine, Méthode thermique [Internet]. [cité 30 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-thermique/>

13. JEMAYA Innovations [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Boxer thermique - SpermaPause. Disponible sur: <https://www.jemaya-innovations.com/fr/>
14. Dupont J. Contraception masculine thermique: revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2020.
15. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir JC, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? Progrès en Urologie - FMC. déc 2020;30(4):F105-11.
16. Soufir JC, Mieusset R. Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique. Basic Clin Androl. sept 2012;22(3):211-5.
17. Mieusset R, Grandjean H, Mansat A, Pontonnier F. Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. Fertility and Sterility. avr 1985;43(4):589-94.
18. Mieusset R, Bujan L, Mansat A, Pontonnier F, Grandjean H. Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. Fertility and Sterility. janv 1987;47(1):150-5.
19. Shafik A. Testicular suspension as a method of male contraception: technique and results. Adv Contracept Deliv Syst. 1991;7(3-4):269-79.
20. Shafik A. Advances in male contraception. Archives of Andrology. janv 2000;45(3):155-67.
21. Shafik A. Contraceptive efficacy of polyester-induced azoospermia in normal men. Contraception. mai 1992;45(5):439-51.
22. Bujan L, Mieusset R. Male contraception by hyperthermia. Contracept Fertil Sex. oct 1995;23(10):611-4.
23. De Toni L, Šabovic I, Cosci I, Ghezzi M, Foresta C, Garolla A. Testicular Cancer: Genes, Environment, Hormones. Front Endocrinol (Lausanne). 2 juill 2019;10:408.
24. Carton C. La chaleur d'origine extracorporelle constitue-t-elle un risque de cancer testiculaire ? Revue systématique et méta-analyse. [Université de Poitiers]; 2024.
25. Loebenstein M, Thorup J, Cortes D, Clasen-Linde E, Hutson JM, Li R. Cryptorchidism, gonocyte development, and the risks of germ cell malignancy and infertility: A systematic review. J Pediatr Surg. juill 2020;55(7):1201-10.
26. Ahmad G, Moinard N, Esquerré-Lamare C, Mieusset R, Bujan L. Mild induced testicular and epididymal hyperthermia alters sperm chromatin integrity in men. Fertility and Sterility. mars 2012;97(3):546-53.
27. Qiu Y. Biologic response of sperm and seminal plasma to transient testicular heating. Front Biosci. 2019;24(8):1401-25.
28. Elefant E. la contraception masculine - Risque de malformation si grossesse [Internet]. 2022 [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://thoreme.com/la-contraception-masculine/>

29. Thoreme. la contraception masculine - Etat des lieux 2023-2028 [Internet]. 2022 [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://thoreme.com/la-contraception-masculine/>
30. Arsever S. Étude sur le vécu des personnes recourant à un dispositif de contraception testiculaire thermique | Plateforme de la recherche HUG [Internet]. 2023 [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://recherche.hug.ch/contraception-thermique>
31. ANSM. ANSM. 2021 [cité 19 avr 2024]. Anneau contraceptif masculin Andro-switch : il faut démontrer l'efficacité et la sécurité du dispositif. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/anneau-contraceptif-masculin-andro-switch-il-faut-demontrer-lefficacite-et-la-securite-du-dispositif-1>
32. Lebeau Jean-Pierre. Initiation à la recherche qualitative en santé [Internet]. GM santé. 2021 [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.vg-librairies.fr/specialites-medicales/8856-initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante.html>
33. SlowContraception. Slow Contraception #équitécontraceptive [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.instagram.com/slowcontraception/>
34. accueil - Thoreme.com [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://thoreme.com/>
35. Richaud A. La contraception par remontée testiculaire : le vécu de son utilisation par les personnes à pénis. [Paris]: Faculté de Médecine Sorbonne; 2024.
36. Guidarelli M. Enquête transversale sur les dispositifs de contraception par remontée testiculaire : sécurité, acceptabilité, efficacité. Université des Antilles; 2023.
37. Tcherdukian J, Mieusset R, Netter A, Lechevallier E, Bretelle F, Perrin J. Knowledge, professional attitudes, and training among health professionals regarding male contraceptive methods. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 3 sept 2022;27(5):397-402.
38. Joubert S. Contraception masculine thermique : Étude des motivations, choix et satisfactions auprès des utilisateurs. Université de Saint Etienne; 2021.
39. Lacroix M. « Se contracepter » Une étude phénoménologique auprès des utilisateurs de la contraception masculine par remontée testiculaire. [Paris]: Université Sorbonne; 2023.
40. Chantebel L. Le vécu et la mise en place de la contraception masculine thermique au sein des couples : une étude qualitative. UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES; 2023.
41. Gardien È. Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie sociale*. 2017;20(4):31-44.
42. Gumowski M, Hüsler E, Pittet L, Riboni Y, Turrettini E. Les freins et les facilitateurs au développement des contraceptions masculines*. 5 juill 2022;
43. Kalampalikis N, Buschini F. La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2007;4(2):89-104.

44. SOS Papa. Historique – SOS Papa [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://sospapa.net/historique>
45. Serna É. La contraception dite masculine : un enjeu féministe: Dépossession ou réappropriation ? *Revue du Crieur*. 3 janv 2022;N° 20(1):78-93.
46. Oudshoorn N, Akrich M, Le Doaré H. Contraception masculine et querelles de genre. *Les Cahiers du Genre*. 1999;25(1):139-66.
47. Le Guen M, Schantz C, Régnier-Loilier A, De La Rochebrochard E. Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*. sept 2021;284:114247.
48. Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. *Autrepart*. 2009;52(4):49-63.
49. Tribout L. Le travail contraceptif au masculin Hypervisibilisation et recompositions des masculinités. Mémoire de Master en étude de genre présenté à; 2022 août 15.
50. Desjeux C. Hétérosexualités, corps et care : l'exemple des hommes d'Ardecom. *Andrologie*. 1 sept 2012;22.
51. Gaille-Nikodimov M. Les ressources de la pensée du care. Pour un soin plus humain. *Archives de Philosophie*. 2020;Tome 83(4):41-58.
52. Tronto JC. Du care. *Revue du MAUSS*. 2008;32(2):243-65.
53. 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.
54. Thomé C, Rouzaud-Cornabas M. Comment ne pas faire d'enfants ? *Recherches sociologiques et anthropologiques*. 1 déc 2017;(48-2):117-37.
55. EMMA. Les conséquences [Internet]. Emma. 2018 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://emmaclit.com/2018/11/15/les-consequences/>
56. Roux A. Sociologie de la contraception en France. *Med Sci (Paris)*. juin 2021;37(6-7):647-53.
57. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction: *Cahiers du Genre*. 21 oct 2021;n° 70(1):157-84.
58. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation: *Population & Sociétés*. 1 nov 2017;N° 549(10):1-4.
59. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences Sociales et Santé*. 2004;22(3):117-42.

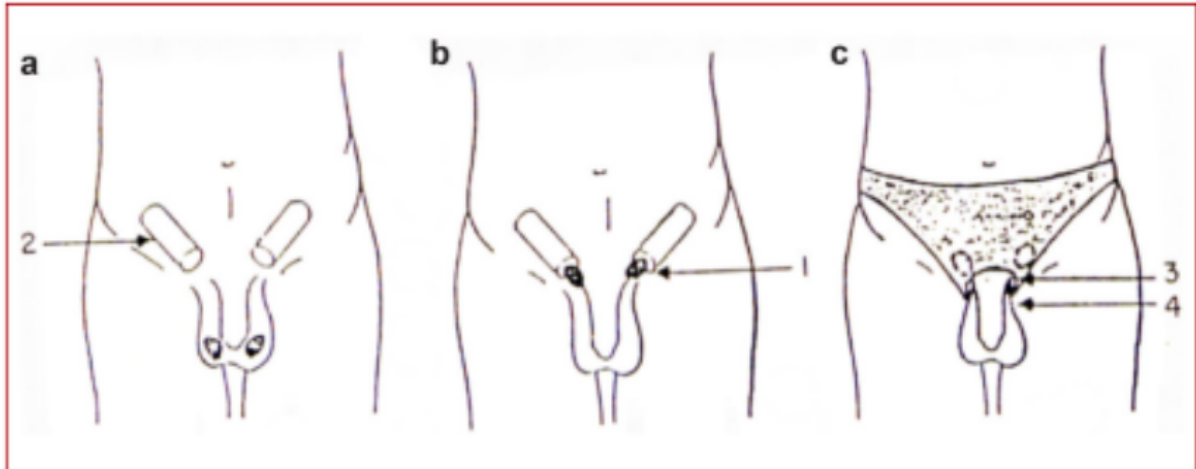
60. Thomé C. When the removal from the medical norm questions the intimate norms: the example of coitus interruptus. *Sciences sociales et santé*. 1 sept 2022;40(3):75-98.
61. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 - Contraception. *Santé publique France*, 2017 8 p. 2016;
62. Debest C, Mazuy M, L'Équipe De L'Enquête Fecond. Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant: *Population & Sociétés*. 3 févr 2014;N° 508(2):1-4.
63. ANSM. Le nombre de vasectomies a été multiplié par 15 en 12 ans en France, depuis 2021 il dépasse le nombre de stérilisations féminines [Internet]. 2024 févr [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/le-nombre-de-vasectomies-a-ete-multiplie-par-15-en-12-ans-en-france-depuis-2021-il-depasse-le-nombre-de-sterilisations-feminines>
64. Entrelac.coop. entrelac.coop. [cité 19 avr 2024]. Le projet - Accompagnement Andro-Switch. Disponible sur: <https://entrelac.coop/le-projet/>
65. Assemblée Nationale. Amendement [Internet]. Sect. Article 44 Alinée III oct 14, 2021. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4523/AN/255.pdf>
66. Mathilde PANOT, ABOMANGOLI Nadège, ALEXANDRE Laurent. Proposition de résolution n°1868 visant à garantir une véritable éducation à la sexualité effective et obligatoire [Internet]. nov 16, 2023. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b1868_proposition-resolution
67. Braconi M, Hervé Christian, Pirnay Philippe. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2017 [cité 21 avr 2024]. Réflexions éthiques sur le principe de l'autonomie du patient. Disponible sur: <http://www.emro.who.int/emhj-volume-23-2017/volume-23-issue-12/reflexions-ethiques-sur-le-principe-de-lautonomie-du-patient.html>
68. Le Coz P. Éthique : pourquoi respecter l'autonomie du patient ? *Cancer(s) et psy(s)*. 2020;5(1):147-58.
69. Groupe de travail contraception masculine CMG. CMG. [cité 21 avr 2024]. Contraception masculine. Disponible sur: <https://www.cmg.fr/contraception-masculine/>
70. Groupe de travail contraception masculine CMG. la contraception masculine en France en 2024 - CMG [Internet]. 3024 mars [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2024/03/Contraception-masculine-en-France-CMG-2024.pdf>
71. Charissou Alan, Blanquart Benoît. L'accès à la contraception masculine devient une question de premier plan [Internet]. 2023 [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.esanum.fr/today/posts/laces-a-la-contraception-masculine-devient-une-question-de-premier-plan-alan-charissou#:~:text=contraception%20contraception%20masculine-,%C2%AB%20L'acc%C3%A8s%20%C3%A0%20la%20contraception%20masculine%20devient%20une%20question%20de,non%20orale%20suscite%20quelques%20int%C3%A9r%C3%AAts.>

72. Cousseau Cédric. Franceinfo. 2022 [cité 15 nov 2023]. « Les Contraceptés », Stéphane Jourdain et Guillaume Daudin, la BD qui interpelle les hommes sur la contraception. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/culture/bd/les-contraceptes-la-bd-qui-interpelle-les-hommes-sur-la-contraception_4921285.html
73. Thoreme.com. Anneau Andro-Switch - Thoreme.com [Internet]. 2022 [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://thoreme.com/anneau-andro-switch/>
74. Sam. Otoko Contraception Autonome [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.notion.so>
75. Collectif Thomas Bouloù. Les contraceptions testiculaires [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://labaleine.arvalum.org/thomasboulou/doc/BrochureCT-1.pdf>
76. Collectif Thomas Bouloù. Collectif Thomas Bouloù [Internet]. 2023 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: <https://labaleine.arvalum.org/thomasboulou/>
77. Association GARCON. Association GARCON [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: <https://garcon.link/la-methode-thermique/>
78. Collectif Thomas Bouloù. contraceptionmasculine.fr. [cité 14 nov 2023]. Tutoriel imprimable fabrication slip et Jock-strap. Disponible sur: https://www.contraceptionmasculine.fr/wp-content/uploads/2018/10/Matron_RCT-1.pdf

VII. Annexes

Annexe 1 :

Principe de la contraception masculine thermique par remontée testiculaire selon la publication de Tcherdukian « contraception masculine : quelles (r)évolutions ? »(15)



- 1- Position à atteindre pour obtenir cette augmentation de la température
- 2- Localisation du canal inguinal
- 3- Passage par l'orifice de la peau des bourses
- 4- Entraînant automatiquement le positionnement des testicules dans la localisation souhaitée.

En pratique : l'homme enfle le sous-vêtement spécifique comme un sous-vêtement classique ; puis, il passe le pénis et la peau du scrotum par l'orifice qui a été fait dans le sous-vêtement spécifique. Enfin, il peut porter un sous-vêtement classique par-dessus.

- a. Les deux testicules sont au fond du scrotum. Ils ont dans cette position une température testiculaire inférieure à celle du corps
- b. Les deux testicules sont positionnés à la racine du pénis : leur température est augmentée de 2°C par rapport à leur position scrotale
- c. Le sous-vêtement spécifique est montré en position finale, les deux testicules sont représentés en pointillés

Annexe 2 :

Le protocole selon la publication de Tcherdukian « contraception masculine : quelles (r)évolutions ? »(15)

	CMT
Indications	Tout homme Spermogramme sans anomalie
Contre-indications	ATCD : cryptorchidie, ectopie testiculaire, hernie inguinale, cancer du testicule Varicocèle grade 3, grande obésité
Mise en place	Port du sous-vêtement tous les jours minimum 15 h/jour. Le non-respect de cette durée quotidienne minimale ou le fait de rester un jour sans porter le sous-vêtement ne garantissent plus l'effet inhibiteur sur la spermatogenèse, et donc l'effet contraceptif
Phase d'inhibition	Durée : 2 à 4 mois Contraception de couple jusqu'au seuil contraceptif Surveillance : spermogramme à 3 mois puis à 4 mois si seuil contraceptif non atteint à 3 mois
Phase d'efficacité Atteinte du seuil contraceptif (< 1 million de spz/mL sur 2 spermogrammes successifs à 15-21 j d'intervalle)	Surveillance : spermogramme/ 3 mois jusqu'au 24 ^e mois, puis/ 6 mois
Effets secondaires	Aucun
Durée recommandée	4 ans
À l'arrêt	Contraception de couple dès l'arrêt Spermogramme de contrôle à 3 mois et 6 mois (si non normalisé à 3 mois)

Annexe 3 :

Les différents dispositifs de CRT

a) Le slip contraceptif : Développé et étudié par le Dr Mieusset depuis 1990.

Grâce à un sous-vêtement ajusté avec un orifice, chaque testicule est remonté manuellement du scrotum à la racine de la verge, près de l'orifice externe du canal inguinal. Ce dispositif a été prescrit en Autorisation temporaire d'utilisation par le Dr Mieusset jusqu'en décembre 2021 au CHU de Toulouse.(36) Il est maintenant auto-fabriqué par les utilisateurs.

Efficacité, réversibilité et sécurité :

Le dispositif a démontré son efficacité, lors d'études observationnelles, sur au total 51 couples et 512 mois d'exposition à la grossesse.(20,22) Une seule grossesse a été observée, consécutive à une mauvaise utilisation de la méthode. D'après la thèse du Dr Dupont l'indice de Pearl de ce dispositif s'établirait à 2,34 grossesses pour 100 couples sur 12 mois.(14)

Concernant sa réversibilité, dans toutes les études le retour à la normale des paramètres spermatiques survient en 6 à 18 mois.(17,20,22) Au cours des 3 études observationnelles sur l'efficacité contraceptive, une grossesse a été obtenue chez 100% des couples qui en désiraient (n = 27/51).(14) Ce dispositif a prouvé sa réversibilité sur une période maximale de 4 ans.

Concernant sa sécurité, pendant la durée du port du dispositif, il existe des modifications du matériel génétique et chromosomique dont des modifications de l'ADN et une augmentation du pourcentage d'aneuploïdie.(26,27)

Le slip contraceptif
(contraceptionmasculine.fr)



b) L'anneau contraceptif dont l'anneau Andro-Switch® et les anneaux do it yourself :

Il s'agit d'un anneau en silicone. Il mesure environ 1,5 cm de large, existe en plusieurs tailles et l'intérieur est tapissé de protubérances pour une meilleure adhérence à la peau.

Il permet, comme le slip, de maintenir les testicules en position supra-scrotale en enfilant l'anneau sur la verge puis en faisant passer la peau du scrotum à travers l'anneau ce qui exerce une remontée testiculaire.

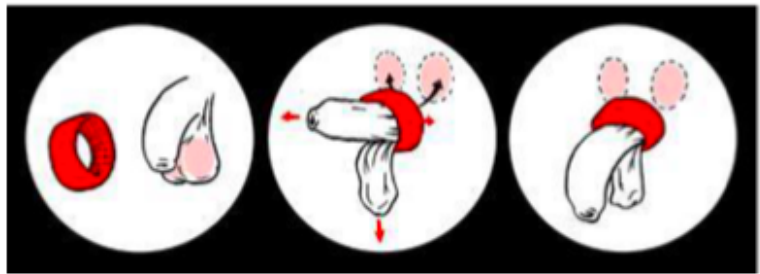
L'anneau Andro-Switch® est fabriqué de façon industrielle et vendu sur internet depuis février 2019 au prix de 40€. Sa facilité d'accès a réveillé un engouement de la part des utilisateurs : Plus de 10000 exemplaires vendus.(73)

En décembre 2021, l'ANSM a interdit la vente et l'utilisation de l'anneau tant qu'il n'y a pas d'investigations cliniques en vue d'une certification européenne.(31)

Les autres anneaux « Do It Yourself » peuvent être auto-fabriqués par exemple via le projet collaboratif «Otoko» et son fablab (atelier mettant à la disposition du public des outils de fabrication d'objets assistée par un ordinateur).(74)

En juillet 2022 la société coopérative d'intérêt collectif «Entrelac» se crée, elle est constituée des usagers de contraception et d'experts en pratique contraceptive. Son objectif : faire émerger une offre de contraception équitable, accessible et adaptée à tous. L'objectif est d'accéder à une certification de l'anneau Andro-Switch® d'ici 2028.(64)

[L'Andro-switch \(thoreme.com\)](http://thoreme.com)



c) Le Jockstrap : Le Jockstrap est un dispositif auto-fabriqu \acute{e} et invent \acute{e} dans les ann \acute{e} es 80.

Il reprend le principe de remont \acute{e} e testiculaire comme le slip contraceptif mais en ne conservant que les bandes \acute{e} lastiques enserrant la taille et les hanches afin de maintenir un anneau en tissu au niveau de la verge.(75)

Actuellement il existe diff \acute{e} rents collectifs en France comme le collectif « Thoma Boulo \grave{u} » et « GARCON », qui voient le jour depuis 2015 pour vulgariser et diffuser les diff \acute{e} rentes m \acute{e} thodes contraceptives masculines existantes. De ces collectifs naissent des ateliers dans toutes les villes de France o \grave{u} il est possible de fabriquer des Jockstraps.(76–78)

Le jockstrap contraceptif ou boulocho
(garcon.link)



Annexe 4 : Grille COREQ

GRILLE COREQ

D'après 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* 2007;19(6):349-57.

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la revue* 2015;15(157) : 50-54.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques de ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
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 ?
18.	Entretiens répétés	entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
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 5 : Extraits du journal de bord

Extrait de Mina

3) Si j'étais interrogée, quelle serait ma réponse ?

La CRT me paraît être une alternative au panel contraceptif féminin proposé. En s'appuyant sur les études observationnelles parues sur ce sujet, cette méthode est efficace et réversible. Il y a une nécessité d'évaluer la CRT via des essais cliniques interventionnels sur une population plus nombreuse et sur un temps plus long. Mon avis est biaisé car mon compagnon utilise ce type de contraception depuis 3 ans. Il me faut effectuer un travail de mise à distance de mes aprioris. Faire une thèse à deux avec Charlotte me permet d'être plus objective sur ce travail. Elle ne connaissait pas ce type de contraception avant notre rencontre. C'est une véritable chance d'être deux chercheuses, ça nous permet de confronter nos avis et d'avoir des discussions constructives.

Extrait de Charlotte

- Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?

La question de la contraception masculine est particulièrement intéressante puisque c'est une méthode récente, marginale et qu'il existe peu de données sur le sujet.

Nous avons décidé d'interroger des hommes car ce sont eux les utilisateurs principaux, il nous semble nécessaire de s'intéresser dans un premier temps à eux avant de pouvoir ouvrir cette question aux couples et aux femmes dont le partenaire l'utilise.

- Quelles réponses j'attends et je n'attends pas des participants ?

Je pense que les participants auront une réponse plutôt positive sur leur expérience car c'est une méthode marginale, qui n'est pas reconnue, je pense que les personnes l'utilisant sont des militants. Je pense recevoir surtout des hommes en couple et certainement depuis un certain temps. Et des personnes d'un niveau socio-économique plutôt élevé.

Je ne pense pas que la contraception thermique soit la première méthode utilisée par la personne (le couple) mais vient plutôt après plusieurs autres méthodes féminines.

Je m'attends à des plaintes sur la durée de port trop longue et de l'inconfort.

Annexe 6 : Guide d'entretien final

Mot de présentation du début : Bonjour, je suis/moi c'est Charlotte/Mina, je fais une thèse avec une autre interne sur la contraception masculine c'est pour cela qu'on se voit aujourd'hui.

I) Caractéristiques : Age, genre, Situation conjugale actuelle, Nombre enfant, situation professionnelle, Souhait d'enfant, Nombre de mois de port de la CMT, port actuel ou passé

II) Phrase d'accroche : Racontez-moi la première journée où vous avez porté l'anneau/le slip ?

A- Vécu

Lien avec son partenaire : Est-ce que la CRT a modifié votre relation ? Quel effet cette méthode a-t-elle eut sur votre relation ? Vie sexuelle : La CMT a-t-elle modifié vos relations sexuelles ? Quel effet cette méthode a-t-elle eu sur votre vie sexuelle ?

Le quotidien / Le suivi : Quelle place prend la contraception dans votre quotidien actuellement ? Comment gérez-vous votre contraception au quotidien ? Dans quelles circonstances elle vous gêne ? Observance ? Spermogramme ?

Social : Parlez-vous facilement de votre contraception ? Quelles sont les réactions de votre entourage ? Est-ce que vous connaissez d'autres personnes utilisant ce moyen de contraception ?

Satisfaction : Êtes-vous satisfait de votre contraception ?

Projection : Comment envisagez-vous votre futur en matière de contraception ? Pourquoi ?

B-Connaissances

Connaissances antérieures au port : Quelles interrogations aviez-vous sur la CMT avant de l'utiliser ? Comment vous êtes-vous informés sur cette méthode ?

Connaissances actuelles : Y-a-t-il des questions qui persistent ?

Fiabilité : Est-ce que vous trouvez votre méthode fiable ? Comment êtes-vous sûr que vous êtes protégé ?

Oubli : Que faites-vous si vous oubliez de la porter ?

Risque/contre-indication : Avez-vous des craintes concernant cette contraception ?

C- Motivations

Avant cette contraception, comment protégiez-vous vos rapports ? Méthodes de contraception concomitante au port de la CMT ? Comment en êtes-vous arrivés à choisir la CMT ?

D- Moyen de promotion de la CMT en soin premier / Corps médical

Racontez-moi votre première consultation avec votre médecin ? Formulaire de consentement / protocole ? Quel est son rôle actuel ? Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste concernant votre contraception ? Pensez-vous que votre médecin généraliste aurait pu avoir/pourrait avoir un rôle dans la découverte ou dans le choix de la CMT ?

Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose ?

Annexe 7 : Extrait d'un entretien

Entretien de Mina

M : Comment t'as fait pour prendre la mesure avant de commander, tu te rappelles ?

C3 : Mais en gros, de ce que je me rappelle sur le site de Thorème, il faut se mettre debout, du coup en érection et prendre un mètre pliant, machin tout. Mais en fait, moi déjà, je n'avais pas de mètres donc j'ai pris une règle, mais enfin, voilà, ça ne marche pas trop. **Rires de nous deux. étant dans un café, une dame nous a interrompu, j'ai arrêté l'audio à ce moment-là. Elle nous explique qu'elle n'a pu s'empêcher de nous écouter. Selon elle c'était vachement « original » comme méthode de contraception. Elle a fait un commentaire sur l'utilisation d'une règle pour les mesures, nous étions tous les deux gênés de cette intervention.**

J'ai capté que ce n'était pas forcément la bonne manière. Et aussi que en fait ça m'a aussi fait prendre conscience d'un truc tout bête, mais c'est que selon l'excitation, la chaleur et là d'autant plus je ne sais pas pourquoi la saison, ça varie. Enfin, je dis la saison parce que j'avais mes 6 anneaux pendant un certain temps jusqu'à cet hiver où j'ai eu de nouveau ce souci de d'érection pas à ce point là, mais un peu plus faible, mais quand même. Je me suis dit merde ok. Et alors que tout allait bien pendant 2 ans et pareil, j'ai repris une taille au-dessus et là ça allait mieux. C'est pas possible que mon sexe change tout le temps. Voilà, ce n'est pas non plus une espèce de ballon de baudruche **pires gênés** donc voilà, c'est très variable.

Entretien de Charlotte

C : Est-ce qu'il y a des moments où l'anneau te gêne dans une journée ?

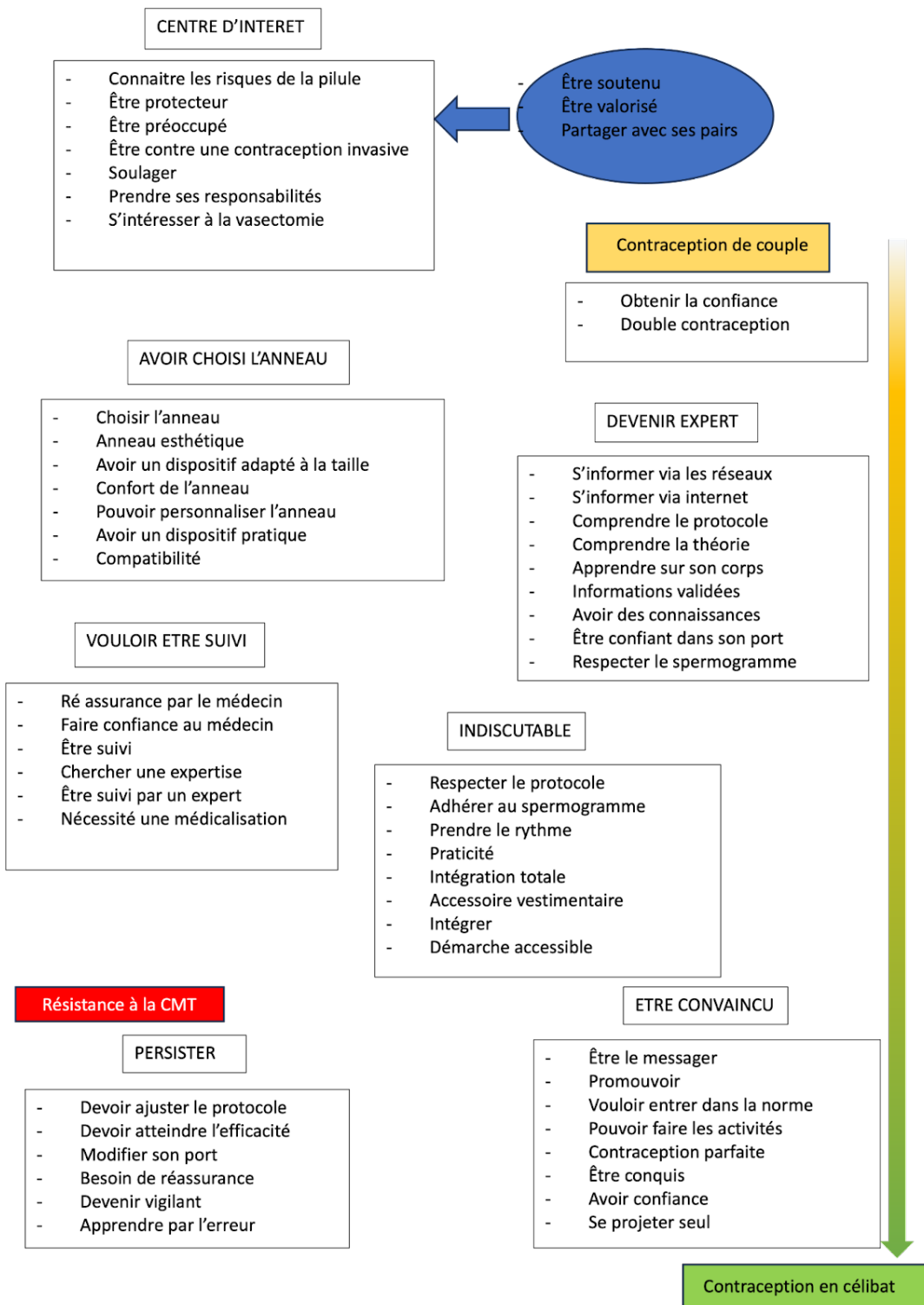
D4 : Ou je me dis « ah ce serait bien si je l'avais pas ? » **je lui indique oui avec la tête** Non.

A part le flippe que ce soit un peu ressorti et du coup le besoin de **geste de remettre le testicule dans l'anneau**. Mais pas des trucs de c'est vraiment insupportable ou c'est vraiment gênant, ou je n'arrive pas à me concentrer sur autre chose parce que c'est tout le temps, non.

C : Et le spermogramme tu le fais tous les combien ?

D4 : Alors je suis pas hyper sérieux la dessus, la j'en ai fait un mardi dernier et le dernier datait d'il y a 4 ou 5 mois. Après j'en ai déjà fait **réfléchi** là c'est le 4ème que je fais je crois, je sais plus. Bon en tout cas ça fait un peu plus d'1 an que je fais ça et j'ai dû faire 3 spermogrammes, peut être 4 je m'en rappelle plus.

Annexe 8 : Exemple du mind map d'un participant



Faculté de Santé de Toulouse.
Coordinateurs : Bachelard Elisabeth et Poutrain Jean-Christophe.
Investigatrices : Monge Mina et Marrast Charlotte.
theseamt@gmail.com
06-75-43-60-24
06-59-61-28-88

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à une étude. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté d'y participer.

Vous conserverez une copie de ce formulaire.

Vous vous entretiendrez avec un membre de l'équipe de recherche au cours d'un entretien individuel. Celui-ci s'intéresse à la contraception thermique masculine.

Aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostic ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Il n'y a pas de rémunération, votre participation est volontaire.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et liberté. (numéro : 2023MC31 et 2023MM30)

- Quelles sont les données vous concernant qui seront collectées et traitées ?

Vos réponses aux guides d'entretien, votre âge, votre genre, votre milieu socio-professionnel.

- Pour quelle finalité vos données personnelles seront collectées et traitées ?

Pour une thèse de Médecine générale visant à caractériser la population utilisant une contraception masculine thermique.

- Où vont être hébergés vos données personnelles ?

Sur une clé USB ou un disque dur avec mot de passe connu uniquement par les investigatrices, votre identité sera anonymisée sous la forme d'un tableau de correspondance protégé avec accès restreint autorisé aux investigatrices.

- Un transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne est-il envisagé ? Non

- Pendant combien de temps vos données personnelles vont-elles être conservées ?

Jusqu'à la publication de notre thèse (juin 2024).

- Qui aura accès et sera responsable de vos données personnelles ?

Les investigatrices : Mina Monge et Charlotte Marrast.

- Quels sont vos droits et comment pourrez-vous les exercer ?

Si vous avez des questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou pour exercer vos droits ou pour vous opposer à l'utilisation de vos données si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, veuillez contacter le délégué à la protection des données du DUMG de Toulouse dpo@dumg-toulouse.fr

Si malgré les mesures mises en place vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données compétente dans votre pays de résidence, la CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr>.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement suivant.

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité pour participer au projet de recherche en santé :

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

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

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leur responsabilités légales.

Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

Annexe 10 : Tableau des caractéristiques

	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	H8	I9	J10	K11
Âge	24	38	29	25	25	35	35	36	22	31	29
Genre	Cis	Cis	Cis	Cis	Cis	Cis	Cis	Cis	Non binaire	Cis	Cis
CSP	3	5	3	8	3	3	3	3	8	3	3
Relation conjugale	En couple	En couple	Célibataire	En couple	En couple	En couple	Célibataire	En couple	Célibataire	Célibataire	En couple
Nombre d'enfant	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Souhait d'enfant	Peut être	Non	Ne sait pas	Non	non	Non	Non	Oui	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
Type de dispositif	Anneau	Anneau	Anneau et Jock strap	Anneau	Anneau	Anneau	Anneau	Anneau	Jock strap	Jockstrap et Anneau	Anneau
Temps d'utilisation	36 mois	12 mois	36 mois	17 mois	24 mois	18 mois	36 mois	12 mois	11 mois (arrêté)	16 mois	18 mois (arrêté)
Durée de l'entretien	43mn	31mn	1h03	1h	36mn	42mn	55mn	25mn	52mn	48mn	54mn

CSP : Catégories socio-professionnelles. 1 Agriculteurs exploitants; 2 Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprise; 3 Cadres et Professions intellectuelles supérieures; 4 Professions intermédiaires; 5 Employés; 6 Ouvriers; 7 Retraités; 8 Autres personnes sans activité professionnelle

AUTEUR : MARRAST Charlotte, MONGE Mina

TITRE : Contraception par remontée testiculaire : analyse de l'expérience vécue par les utilisateurs.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Élisabeth BACHELARD et Dr Jean-Christophe POUTRAIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : TOULOUSE, le 6 juin 2024

Contexte : La contraception médicalisée a toujours été principalement féminine. Depuis la crise des pilules, on assiste à une remise en question de la contraception hormonale, et un intérêt croissant pour les méthodes dites « naturelles » ainsi que les méthodes masculines. Nous avons décidé de nous intéresser à la contraception masculine par remontée testiculaire.

Objectif : Explorer le vécu des utilisateurs ayant fait le choix d'une contraception masculine par remontée testiculaire.

Méthode : Étude qualitative inspirée de l'analyse phénoménologique. Réalisation de 11 entretiens semi-dirigés entre avril et juillet 2023. Analyse par étiquettes, puis élaboration des thèmes et thèmes superordonnés.

Résultats : Les utilisateurs ont trouvé une réponse à leurs idéaux dans la contraception par remontée testiculaire. Elle leur permet de répondre à un besoin du couple, mais c'est aussi un engagement militant féministe. Elle leur fait prendre conscience de la charge mentale contraceptive et leur permet de s'épanouir par la prise de nouvelles responsabilités. Ils s'approprient le dispositif, ce qui leur permet d'adhérer à la méthode. La contraception par remontée testiculaire s'est avérée un processus expérientiel où l'individu va devoir se former seul et avec l'aide de ses pairs devant un manque d'accompagnement médical.

Conclusion : Les utilisateurs de la contraception par remontée testiculaire sont convaincus. Elle leur a permis de répondre au besoin contraceptif du couple en restant en accord avec leurs idéaux. Devant cet intérêt il est nécessaire de réaliser des études supplémentaires concernant cette contraception non validée et d'élaborer des recommandations pour que les médecins puissent accompagner cette démarche vers l'équité contraceptive.

Mots clés : contraception masculine, contraception thermique, étude qualitative

Title: Thermal contraception with testicular lifting: investigation of the user's experience.

Context: Medical contraception has always been mostly feminine. Since the pill crisis we have witnessed the questioning of hormonal contraception whilst the interest for "natural methods" and male methods has increased. We have thus focused our interest on male thermal contraception with testicular lifting.

Purpose: Studying the experience of users of male thermal contraception with testicular lifting.

Materials and methods: Interpretative phenomenological analysis. 11 semi structured interviews have taken place between April and July 2023. Analysis by experiential statements, emergent themes, and super ordinate themes.

Results: Through thermal contraception the users have found a solution to their belief. It has fulfilled their needs as couples as well as being a strong feminist commitment. It helped them realize the contraception mental load and it gave them a sense of fulfillment through their new responsibilities. They made this method their own which allowed them to be fully convinced. Due to a lack of medical support the thermal contraception has been a personal experience during which the users had to learn by themselves as well as with the help of their peers.

Conclusions: The users of thermal contraception are convinced by the method as it has allowed them to answer the couple's contraceptive needs whilst staying true to what they believe in. The enthusiasm for this method has highlighted the need for more studies regarding this contraception that has not yet been validated, as well as the need to establish clear recommendations that doctors can use to support this step towards equity.

Key words : male contraception, thermal contraception, qualitative study

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
