



Mémoire pour le Diplôme Interuniversitaire  
d'Etudes de la Sexualité Humaine

Mylène ROULAND

***IMPLICATION DES HOMMES DANS LA  
CONTRACEPTION  
ET  
SATISFACTION SEXUELLE DES FEMMES***

Membres du Jury :

Directrice de mémoire : Dr. Bonal Michèle

Présenté le 11 septembre 2020

Promotion 2017-2020

## REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement le Professeur Eric Huyghe pour la qualité des enseignements de ce DIUESH ainsi que les membres de l'équipe pédagogique et de l'équipe enseignante. Ces trois années de formation furent riches d'apprentissages, de découvertes, d'émerveillements et de remises en questions.

Je remercie sincèrement le Docteur Michèle Bonal pour la relecture avisée de cet écrit, pour ses recommandations bibliographiques ainsi que pour son soutien et sa bienveillance.

Je remercie également Mickaëlle Michelin pour son écoute et ses précieux conseils de mes premières réflexions concernant ce travail jusqu'à son aboutissement. Je la remercie pour la qualité des cours et de ses réflexions dispensés tout au long de ces trois années.

Mes sincères remerciements à Thierry Almont et à Marce pour leur disponibilité et leur aide dans le traitement des données statistiques alors que la panique me gagnait. Sans eux, ce travail n'aurait pu se finir.

Je remercie les 673 participantes qui ont accepté de répondre aux questionnaires sur des sujets aussi intimes. Merci à toutes celles et ceux qui ont diffusé le lien de cette enquête (mes ami.e.s, famille, collègues du DIU, le Planning Familial et Sabrina Debusquat).

A ma tante Fanfan pour le temps et l'implication consacrés à la correction de ce travail.

A mes parents qui me soutiennent depuis le début de cette aventure. Merci pour leurs encouragements, leur ouverture d'esprit et nos discussions toujours plus intéressantes.

A ma petite sœur adorée qui m'a encouragée pendant ces trois années. Merci pour nos échanges passionnants et passionnés, merci de m'envoyer des liens de podcasts, de réseaux sociaux et d'articles, merci de me faire rire.

A mes ami.e.s, pour leur soutien, leur générosité, leur écoute attentive de mes peurs, de mes doutes et de mes joies.

A ces hommes drôles, intelligents, féministes et tendres, avec qui j'ai pu parler sexualité et liberté, qui ont accueilli mes colères et mes peines face aux normes de genres et aux diktats

sexuels qui nous enferment. Merci à eux pour leurs conversations, leurs remises en questions, leur générosité.

Aux compagnes et compagnons du DIU, quelle aventure !!! Merci à Laurent et Mélisande pour les débriefing des sessions de cours lors des retours en voiture, pour les apéros et les confidences.

A Florentin, pour ton regard bienveillant, ta curiosité et cette tendre semaine passée chez toi... Alors que tu aurais dû être avec nous pour cette fin d'aventure, nos pensées pour toi ne s'estomperont pas de si tôt !

## RESUME

En 2020, en France, la contraception est surtout à destination des femmes et médicalisée, mais jusque dans les années 1960, elle était circonscrite à l'intime du couple et sa responsabilité relevait plutôt de l'homme. La révolution sexuelle des années 1970 a entraîné de nombreux changements dont la légalisation de la contraception.

Le travail contraceptif, se déclinant sous divers aspects (cognitif, organisation, gestion des effets secondaires...), est alors devenu une "affaire de femmes". En effet, peu de méthodes contraceptives dites masculines existent, bien que quelques initiatives d'hommes se réalisent dans ce domaine (méthode thermique, augmentation du nombre de vasectomie...). Néanmoins, il existe d'autres manières pour eux de s'impliquer dans la contraception (participation financière, dialogue, soutien, accompagnement aux consultations de contraception...).

Cette étude a alors permis de quantifier la fréquence de ces comportements en interrogeant 673 femmes sur l'implication de leur partenaire. Elle a également mis en évidence un effet positif et significatif de l'investissement contraceptif masculin sur la satisfaction sexuelle des femmes (évaluée au moyen au SQOL-F). La qualité de la communication et des capacités du "prendre soin" ou « care » peuvent être des perspectives d'explications à ces résultats.

L'intégration de la notion de charge contraceptive à l'évaluation sexologique et au travail sexothérapeutique est discutée dans cette étude.

**Mots-clés:** charge contraceptive, implication des hommes, satisfaction sexuelle des femmes, SQOL-F, rapports de genre.

## ABSTRACT

In 2020, in France, contraception is mainly developed for women and medical intervention. However, up to the 1960s, it was confined to intimate couples and was more often than not the man's responsibility. The sexual revolution in the 1970s led to many changes including the legalisation of contraception.

The responsibility of contraception, which can be broken down into different aspects (cognitive, organisation, managing side effects...), has now become a woman's job. Indeed, only a few male contraceptive methods exist, although male initiatives are developing in this area (heat based method, increasing numbers of vasectomies...). However, there are other ways for men to be involved in contraception (financial contribution, dialogue, support, be present during contraception consultations...).

This study has allowed to quantify the frequency of those behaviours by asking 673 women about their partners involvement. It also highlighted that when men are part of the decision making of contraception, it has a positive and significative impact on the women sexual satisfaction. The quality of communication and the ability to care could explain those results. Integration of the concept of birth control burden to sexological evaluation and to sex therapy work is discussed in this study.

**Keywords:** birth control burden, partners involvement, women sexual satisfaction, SQOL-F, gender relations.

# SOMMAIRE

<b>RESUME</b> .....	4
<b>I/- INTRODUCTION</b> .....	8
<b>II/- THEORIE</b> .....	10
1. <b>CONTRACEPTION : D'UNE RESPONSABILITE PARTAGEE A UNE RESPONSABILITE FEMININE</b> .....	10
1.1. <i>Aspects historiques de la contraception</i> .....	10
1.2. <i>Effets psychologiques, sociaux et sexuels de la légalisation de la pilule</i> .....	12
1.3. <i>Evolution des méthodes et des pratiques contraceptives</i> .....	13
2. <b>LA CONTRACEPTION : UN TRAVAIL ESSENTIELLEMENT FEMININ</b> .....	16
2.1. <i>Une contraception médicalisée et féminine</i> .....	16
2.2. <i>Enjeux de la responsabilité contraceptive des femmes</i> .....	17
2.3. <i>Les différents aspects de la charge contraceptive</i> .....	19
3. <b>CONTRACEPTION, INEGALITES FEMMES-HOMMES ET SEXUALITE</b> .....	23
3.1. <i>Quand la contraception est mise à mal par ses éventuels effets sur la sexualité</i> .....	23
3.2. <i>La gestion des effets indésirables</i> .....	24
3.3. <i>Rapports de genre et vie sexuelle</i> .....	25
4. <b>IMPLICATIONS DES HOMMES DANS LA CONTRACEPTION : ENTRE MIRAGES ET ESQUISSES</b> .....	28
4.1. <i>Quand des hommes tentent de se contracepter</i> ... ..	28
4.2. <i>Les méthodes de contraception dites masculines</i> .....	30
4.3. <i>La diversité des implications masculines dans la contraception (ou penser l'implication masculine dans la contraception comme un continuum ...)</i> .....	33
4.4. <i>Facteurs individuels, relationnels et sociaux de l'implication des hommes dans la contraception</i> .....	34
<b>III/- PROBLEMATIQUE</b> .....	38
<b>IV/- HYPOTHESES</b> .....	41
<b>V/- METHODOLOGIE</b> .....	42
1. <b>POPULATION DE L'ETUDE</b> .....	42
2. <b>L'ENQUETE</b> .....	43
2.1. <i>Les données sociodémographiques</i> .....	43
2.2. <i>L'implication du partenaire dans la contraception</i> .....	43
2.3. <i>Le questionnaire de qualité de vie sur la sexualité féminine : le SQOL-F</i> .....	44
3. <b>MATERIEL ET METHODES STATISTIQUES</b> .....	44

<b>VI/- RESULTATS</b> .....	46
1. UNE ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS.....	46
1.1. <i>Caractéristiques générales de la population</i> .....	46
1.2. <i>L'implication des hommes dans les divers aspects de la contraception</i> .....	49
<b>1.2.1. Communication autour de la contraception et intérêt du partenaire</b> .....	49
<b>1.2.2. Participation des hommes aux consultations de contraception</b> .....	51
<b>1.2.3. Aspect financier de la contraception</b> .....	51
<b>1.2.4. Contribution à l'observance de la méthode de contraception</b> .....	51
<b>1.2.5. Gestion des effets secondaires liés à la contraception</b> .....	53
<b>1.2.6. Intérêt et recherche pour d'autres méthodes de contraception telle que la contraception masculine</b> .....	55
<b>1.2.7. Perception de l'implication du partenaire et ressentis de la charge contraceptive</b> .	57
1.3. <i>La satisfaction sexuelle des femmes évaluée au moyen du SQOL-F</i> .....	59
<b>1.3.1. Généralités statistiques</b> .....	59
<b>1.3.2. Résultats pertinents au questionnaire du SQOL-F</b> .....	60
2. IMPLICATION DES HOMMES DANS LA CONTRACEPTION ET SATISFACTION SEXUELLE DES FEMMES.....	63
2.1. <i>Communication autour de la contraception et intérêt du partenaire</i> .....	63
2.2. <i>Participation des hommes aux consultations de contraception</i> .....	64
2.3. <i>Aspect financier de la contraception</i> .....	65
2.4. <i>Contribution à l'observance de la méthode de contraception</i> .....	65
2.5. <i>Gestion des effets secondaires liés à la contraception</i> .....	66
2.6. <i>Intérêt et recherche pour d'autres méthodes de contraception telle que la contraception masculine</i> .....	67
2.7. <i>Perception de l'implication du partenaire et ressentis de la charge contraceptive</i> .....	67
<b>VII/- DISCUSSION</b> .....	69
1. DES IMPLICATIONS MASCULINES NUANCEES DANS LES COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS .....	69
2. L'INFLUENCE DES COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS MASCULINS SUR LA SATISFACTION SEXUELLE DES FEMMES .....	77
3. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	81
<b>VIII/- APPORTS POUR LA CLINIQUE EN SEXOLOGIE</b> .....	84
<b>IX/- CONCLUSION</b> .....	89
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	91
<b>ANNEXES</b> .....	97

## I/- INTRODUCTION

La question des rapports de genre semble être un des grands enjeux sociétaux de notre monde contemporain (#Me Too, profusion dans les librairies et la presse d'écrits sur le féminisme, médiatisation des violences faites aux femmes, Grenelle des violences conjugales en 2019...). Cette quatrième vague féministe met en lumière des notions diverses telles que la charge mentale et émotionnelle, la sororité ou encore les effets de la domination patriarcale, mais elle aborde aussi des sujets plus intimes, concernant la vie sexuelle des femmes : la distanciation avec des diktats sexuels (Ovidie, Maïa Mazurette, Jouissance Club...), les zones grises du consentement (Kauffman), la lente remise en question de la norme pénétrative (Martin Page) et la visibilité du rôle du clitoris dans le plaisir des femmes. Un autre de ces thèmes est celui de la contraception (Sabrina Debusquat).

A partir des années 2013, de nombreuses voix se sont élevées pour s'insurger des potentiels effets secondaires de certains contraceptifs hormonaux, mais peu ont remis en question la responsabilité contraceptive qui incombe aux femmes.

Toutefois, on a pu apercevoir récemment dans la presse papier ou sur internet (Libération, Slate, Le Monde...) le concept de charge contraceptive et en parallèle la médiatisation de quelques initiatives d'hommes pour se contracepter (Les Thomas Boulou, Garçon, Ardecom...).

A partir de ces réalités, plusieurs questions ont jalonné notre réflexion : comment expliquer que la contraception soit essentiellement perçue et vécue comme une responsabilité de femmes ? Que recouvre cette charge contraceptive ? Quels pourraient être les enjeux de celle-ci dans un couple hétérosexuel ? Est-ce que la vie affective et sexuelle, notamment celles des femmes puisqu'elles supportent cette charge, ferait partie de ces enjeux ?

La sexualité n'est pas seulement la rencontre de corps au fonctionnement parfois différents, parfois similaires, mais elle est un processus complexe où se mélange l'histoire singulière des partenaires, l'éducation scolaire et familiale, la culture, la Loi, parfois la religion ou encore les normes sociales. C'est dans cette approche intégrative de la sexualité humaine qu'il nous semble pertinent d'appréhender l'objet contraception, et plus précisément la charge contraceptive, et ses éventuels effets sur la vie affective et sexuelle.

Nous nous sommes alors demandée si un partage plus égalitaire de la charge contraceptive aurait une influence sur la qualité de vie sexuelle des femmes. Autrement dit, est-ce que



l'implication des hommes dans le travail contraceptif aurait des effets sur la satisfaction sexuelle de leur partenaire ?

Afin de répondre à cette question, nous expliquerons dans une première partie comment la contraception est devenue une responsabilité de femmes et quels en sont ses différents aspects. Nous ferons également un état des lieux de la contraception masculine en évoquant ses dimensions individuelles, relationnelles et culturelles. Ensuite, nous présenterons les outils que nous avons choisi d'utiliser afin d'étudier l'implication des hommes dans le travail contraceptif et ses effets sur la satisfaction sexuelle des femmes. Enfin, nous discuterons des résultats obtenus et de leur contribution à la pratique clinique en sexologie.

*N.B. Tout au long de ce travail, les termes « hommes » et « femmes » sont employés pour désigner les personnes assignées comme tel à la naissance du fait de la forme de leurs organes génitaux: les personnes ayant un pénis sont désignées comme des hommes et les personnes ayant une vulve comme des femmes. Toutefois, certaines personnes peuvent ne pas se reconnaître dans ces mots. Il est important de mentionner qu'il existe une diversité des identités de genre: personnes intersexes, personnes cisgenres, personnes transgenres, non-binaires ou encore agenres...*

## II/- THEORIE

### 1. CONTRACEPTION : D'UNE RESPONSABILITE PARTAGEE A UNE RESPONSABILITE FEMININE

#### 1.1. *Aspects historiques de la contraception*

Avaler une pilule, utiliser un préservatif ou se faire poser un DIU au cuivre semblent être des actes presque banals et ne constituant pas ou peu d'enjeux dans nos vies.

Pourtant, depuis l'Antiquité le contrôle des naissances constituait une préoccupation majeure pour les femmes. Tout au long de l'Histoire, femmes et hommes ont donc cherché à limiter leur reproduction à l'aide de divers procédés plus ou moins efficaces (Hassoun, 1997). Parmi eux, on peut citer la consommation de décoctions, l'utilisation de pessaires, d'éponges ou encore le recours à des méthodes plus violentes pour le corps des femmes comme se frapper vigoureusement le ventre ou enfoncer un objet pointu au niveau du col de l'utérus (Gauthier, 2009). Techniques contraceptives et abortives n'étaient pas toujours différenciées.

En France, la question du contrôle des naissances devient un enjeu sociétal au cours du XIXe siècle et oppose le courant nataliste au courant néomalthusien. Ce dernier estime qu'il est essentiel de réguler la population puisqu'elle croît plus vite que les ressources disponibles, mais c'est aussi une stratégie politique visant à instaurer un rapport de force avec la bourgeoisie, résumé ainsi par leur slogan : « *Assez de chair à plaisir ! de chair à travail ! de chair à canon !* ». Les néomalthusiens revendiquent une régulation des naissances parmi la classe ouvrière afin de réduire la main-d'œuvre de travail, permettant alors de diminuer la concurrence entre les ouvriers, d'augmenter les salaires et donc d'améliorer leurs conditions de vie ainsi que de cesser de « fournir » des soldats et des prostituées à la bourgeoisie.

Toutefois, ce sont les natalistes qui gagnent les élections législatives de 1919. Estimant que l'avortement et la contraception sont des crimes contre la vie, ils promulguent une loi punissant « *la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle* » (loi du 31 juillet 1920) dans une volonté de repeupler la France après les pertes humaines dues à la première guerre mondiale. Cette volonté va à l'encontre du souhait des Français et Françaises de faire moins d'enfants. En effet, depuis les années 1870, on constate une baisse importante de la natalité en France, premier pays européen à voir sa démographie baisser sans que l'on puisse apporter d'explications précises, autre que l'apparition vers 1850 de la notion de

« désir d'enfant » (D. Hassoun, 1997). La France voit donc sa « première révolution contraceptive » s'opérer dans l'intimité des foyers (Leridon, 1987).

Les moyens contraceptifs alors utilisés étaient essentiellement la méthode du retrait, l'abstinence sexuelle, l'avortement clandestin et les remèdes de grands-mères à base de plantes. Ce désir de contrôler la fécondité s'est accentué tout au long de la première moitié du XXe siècle avec l'aspiration grandissante des couples à davantage de plaisir sexuel libéré de la peur d'une grossesse. En effet, l'épanouissement sexuel devient un des piliers de la bonne santé d'un couple (Thomé, 2019).

Or, avant les années 1970 et la légalisation de la pilule, la contraception était une affaire de couples dont la responsabilité était surtout dévolue à l'homme. En effet, selon le rapport Simon édité en 1972 (cité dans Giami et Spencer, 2004), 50% des couples pratiquaient le coït interrompu dans les années 1970, 20 % à 30% des hommes et des femmes utilisaient le préservatif dit masculin et 8% des femmes prenaient la pilule. Bien que les femmes aient également cherché à contrôler leur fécondité par divers moyens, la méthode du retrait était donc majoritairement utilisée au sein des couples. Elle était alors considérée comme une technique contraceptive masculine dont la responsabilité incombait aux hommes puisque mettant en jeu le fonctionnement de leur corps (Giami et Spencer, 2004). Ceux-ci devaient contenir leur excitation, prendre conscience de la montée de leur plaisir pour se retirer du vagin de leur partenaire et éjaculer à l'extérieur témoignant ainsi de leur capacité à se maîtriser. On peut imaginer l'impact d'une telle méthode sur la sexualité des partenaires : perte de la spontanéité, limitation de l'orgasme et de la capacité à s'abandonner, frustration, d'autant plus que l'anxiété liée à une grossesse non désirée demeurait tout de même. A ce sujet, on peut lire les quelques témoignages de femmes relatés par la sociologue Cécile Thomé (2019) dans sa thèse « La sexualité au temps de la contraception », montrant combien la peur d'une grossesse empêche ces femmes de s'abandonner au plaisir sexuel, voire paralyse leur désir envers leur époux et crée des relations conjugales et sexuelles insatisfaites.

La légalisation de la contraception et surtout l'arrivée de la pilule en France va venir bouleverser cette dynamique conjugale et sexuelle.

La Maternité Heureuse, créée en 1956, devenue le Mouvement Pour le Planning Familial en 1960, a porté la question de la contraception sur la scène politique et sociétale, insufflé par le courant « Birth control » créé aux Etats-Unis et en Angleterre dans les années 1920. Cette association revendique le droit à la contraception et à l'avortement afin de permettre aux couples de n'avoir des enfants que lorsqu'ils le souhaitent, s'insurgeant ainsi contre les décès

et séquelles physiologiques dus aux avortements clandestins (l'Institut National d'Etudes Démographiques estimait en 1966 à 250 000 le nombre d'avortements en France et à 250 le nombre de décès par an liés à des avortements clandestins).

Les revendications concernant le « droit des femmes à disposer librement de leurs corps » font alors de la contraception et de l'avortement un enjeu politique. Elles porteront leurs fruits, puisqu'en décembre 1967 la loi Neuwirth est ratifiée par le Président De Gaulle autorisant la prescription de la pilule contraceptive. Il faudra attendre la promulgation des décrets de 1972 et 1974 pour qu'elle soit remboursée par la sécurité sociale et accessible à une majorité de femmes.

Ainsi s'est opérée la seconde révolution contraceptive, qui à la différence de la première, a cristallisé l'opinion publique et politique. La fécondité peut dorénavant être contrôlée par une simple pilule à avaler dans le but d'une « maternité libre et consciente » (Hassoun, 1997, p. 9). On peut alors se demander quelles ont été les répercussions d'un tel changement dans la vie des femmes et des hommes de cette époque ?

### *1.2. Effets psychologiques, sociaux et sexuels de la légalisation de la pilule*

Selon Giami et Spencer (2004), « l'utilisation de la pilule a bouleversé fondamentalement le déroulement de l'acte sexuel et modifié le rôle des hommes et des femmes dans la gestion de la procréation » (p. 380).

Tout d'abord, l'autorisation de prendre la pilule a modifié sensiblement les pratiques contraceptives au sein des couples. Alors que la méthode du retrait était la plus utilisée jusque dans les années 1970, elle devient minoritaire dans les années 1980. Selon l'enquête « Contraception » de l'INDED de 1988 (citée dans Toulemon et Leridon, 1991), seules 5.4% des femmes utilisent cette méthode alors qu'elles sont 31,8 % à prendre la pilule et 17% à utiliser le stérilet. Ainsi, le rôle des hommes dans la contraception, qui, rappelons-le, était de contrôler leur éjaculation lors de la pénétration vaginale, s'amointrit nettement.

Cette modification des pratiques contraceptives a entraîné des changements dans la sexualité des hommes et surtout des femmes. Les contraceptifs, tels que la pilule et le stérilet, ne modifient plus le script sexuel, comme le faisait la méthode du retrait et laissent place à un autre scénario où hommes et femmes peuvent s'abandonner au plaisir sans crainte d'une grossesse non désirée. Les femmes découvrent alors qu'une autre sexualité est possible, une sexualité où l'acte sexuel et la procréation sont dissociés (Collier, 2013), leur permettant ainsi,

débarassées de cette « peur au ventre », de se connecter à leurs ressentis corporels et émotionnels.

Les couples peuvent donc choisir à quelle période de leur vie ils souhaitent concevoir un enfant. L'articulation entre vie professionnelle et vie de couple semble davantage possible pour les femmes qu'auparavant. Bien qu'elles peuvent désormais faire le choix d'une parentalité (« un enfant si je veux, quant je veux », slogan du MPPF en 1988), Bajos et Ferrand (2004) estiment que la contraception a renforcé la responsabilité maternelle et pour les femmes l'idéal de vie normatif alliant la maternité, l'investissement dans le travail et l'épanouissement sexuel. Ce dernier est d'ailleurs revendiqué par les femmes dans les années 1970, estimant que leur désir et leur plaisir sexuel doivent être davantage pris en compte qu'auparavant, la « révolution sexuelle » est en marche. Ceci semble confirmé par les enquêtes sur la sexualité en France, puisque la part des femmes se déclarant très satisfaites de leur vie sexuelle est passée de 26% en 1970 à 51% en 1992 (enquête Simon de 1970 et enquête ACSF de 1992, citées dans Bajos et Ferrand, 2004). Selon la dernière enquête sur la sexualité en France (Bajos et Bozon, 2005), 46,8% des femmes se disaient très satisfaites et 43,1% assez satisfaites.

Les pratiques sexuelles des femmes ont également évolué : augmentation des rapports bucco-génitales (de 55% à 75%), de la masturbation (de 19% à 42%), du nombre de partenaires sexuels (1,8 à 3,2 pour les femmes).

Les années 1970 représentent un tournant dans la vie des femmes, affirmant leur droit à disposer de leur corps, leur droit au plaisir sexuel et leur liberté de choix. Si cette période marque la dissociation entre une sexualité reproductive et une sexualité récréative dans le cadre des relations hétérosexuelles ainsi qu'un véritable changement dans les pratiques contraceptives françaises, celles-ci ont connu d'autres évolutions comme nous allons le voir.

### *1.3. Evolution des méthodes et des pratiques contraceptives*

Tout d'abord, dans les années 1980, une nouvelle maladie sexuellement transmissible est découverte, le VIH. Seul le préservatif dit masculin ou préservatif externe permet de se protéger du virus lors de rapports sexuels. Ainsi, cette méthode barrière, ayant l'avantage d'allier la dimension préventive et la dimension contraceptive de la sexualité, s'intègre dans le paysage contraceptif français. Le préservatif est ainsi privilégié lors des débuts de relations et avec un nouveau ou une nouvelle partenaire sexuelle (Le Guen et al., 2017).

Ensuite, dans les années 2000, de nouvelles méthodes contraceptives apparaissent telles que l'implant, l'anneau vaginal, le patch hormonal ou encore le préservatif dit féminin ou préservatif interne (cf. annexe 1 pour une présentation détaillée des différents contraceptifs). Ainsi, l'offre contraceptive apparaît diversifiée. Pourtant, seules quelques méthodes sont privilégiées par les femmes en 2010 : la pilule (45%), le DIU (20,7%) et le préservatif (12,2%), (Enquête Fécond de 2010 auprès de femmes âgées de 15 à 49 ans, Bajos et al., 2012). La « norme contraceptive française » (Bajos et Ferrand, 2004) en fonction de l'âge et de la situation familiale de la femme avec une prépondérance de la pilule semble donc perdurer. Ainsi, les professionnels de santé auraient tendance à préconiser le préservatif en début de vie sexuelle, puis la pilule dans les relations stables et le DIU lorsque le couple a eu le nombre d'enfant désiré.

Enfin, les années 2012-2013 marquent un tournant dans la contraception, notamment dans le recours à la pilule. Les possibles dangers de cette méthode sont pointés du doigt par les médias, suite à la plainte d'une jeune femme, victime d'un AVC, contre le laboratoire Bayer. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament, estimant à 20 décès et 2500 accidents thromboemboliques veineux par an dus aux pilules de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération, prend la décision de ne plus rembourser ces dernières à partir du 31 mars 2013. Cette « crise de la pilule » a alors entraîné une désaffection des françaises pour les pilules au profit du DIU (+ 6,9 points par rapport à 2010) et du préservatif (+ 4,7 points) alors que le pourcentage de femmes utilisant la pilule « n'est plus » que de 36,3% en 2013 et de 33,2 % en 2016 (Rahib et al., 2017). Il est à noter que ces changements de contraceptifs sont fonction du milieu social. Les femmes issues de milieux défavorisés se sont davantage tournées vers le préservatif et la méthode du retrait alors que les femmes issues de milieux favorisés se sont plus reportées vers le DIU (Bajos et al., 2014).

Malgré ces ajustements de recours à des méthodes contraceptives, la pilule (33,2% en 2016), le DIU (25,6%) et le préservatif (15,5%) sont toujours les trois principaux contraceptifs utilisés parmi les femmes concernées par la contraception (71,9 % des femmes en France, selon l'enquête Baromètre pour la contraception en 2016 de Rahib et al., 2017). On peut préciser que 3,3 % des femmes utilisent une double contraception (pilule et préservatif).

On constate donc que les femmes ne se sont pas détournées de la contraception malgré la « crise de la pilule ». Néanmoins, les diverses polémiques autour de ce sujet semblent avoir mises en exergue les effets secondaires des méthodes hormonales ressentis par de nombreuses femmes (en 2013, selon l'enquête Fécond, 20% des femmes prenant la pilule et 12 % utilisant

une autre méthode hormonale déclaraient des effets négatifs de leur contraception sur leur santé contre 9% pour les utilisatrices du DIU au cuivre et 2% pour celles utilisant le préservatif, cité dans Thomé, 2019) et la responsabilité contraceptive qui incombe essentiellement aux femmes. « Outre le fait de limiter la possibilité de choisir sa méthode, la norme contraceptive française fait de la gestion mentale et matérielle de la fécondité du couple un domaine essentiellement féminin » (Le Guen et al., 2017, p.5). Les auteurs s'interrogent alors : « la responsabilité contraceptive, ainsi que les effets indésirables associés à certaines méthodes, doivent-ils être exclusivement supportés par les femmes ? », (Le Guen et al., 2017, p.5).

On peut se demander si ce modèle contraceptif avec une prédominance de la pilule se retrouve dans d'autres pays. En s'intéressant aux pratiques contraceptives à travers le monde, on s'aperçoit que la pilule n'est pas la plus utilisée. En effet, il s'agit de la stérilisation féminine. Par exemple, au Mexique 50% des femmes mariées ou en union libre y ont recours, aux Etats-Unis environ 30% des femmes sont concernées par cette méthode. Toutefois, on remarque que certaines méthodes sont préférées à d'autres selon les pays. Ainsi, au Burkina Faso, 45% des femmes ont recours à l'implant alors qu'au Mozambique c'est l'injection hormonale qui est la plus utilisée (44%). A Hong-Kong, c'est le préservatif qui est préféré (environ 60% des femmes)<sup>1</sup>.

La situation de l'Espagne attire particulièrement notre attention : le recours aux méthodes dites masculines (stérilisation masculine, préservatif et retrait) y est plus important que dans d'autres pays, cela représente 53% des pratiques. Ainsi, ces dernières varient en fonction des pays et leur gestion ne semble pas être uniquement supportée par les femmes, semble-t-il.

Pourtant, en France, comme nous l'avons vu, la contraception est passée en quelques années du domaine de l'intime du couple, gérée par les deux partenaires, et surtout par l'homme, à une contraception essentiellement médicalisée et féminine. On peut se demander comment s'est opéré plus précisément ce basculement qui a rendu la femme responsable de la contraception. Quels sont alors les enjeux d'une telle responsabilité ?

---

<sup>1</sup> Ces chiffres sont issus des données des Nations Unies (2017) parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union libre. Ils ont été retravaillés par l'équipe de Le Guen et al. (2017) en considérant les femmes ayant recours à la contraception, et non pas celles qui seraient théoriquement concernées.

## 2. LA CONTRACEPTION : UN TRAVAIL ESSENTIELLEMENT FEMININ

### 2.1. *Une contraception médicalisée et féminine*

Comme nous l'avons décrit, la pilule représente un changement majeur dans la vie des françaises dans les années 1970, elle est d'ailleurs souvent associée à la libération des femmes. Celles-ci se sont pleinement emparées de cette nouvelle méthode contraceptive (elles sont 8 % à prendre la pilule en 1970 contre 23,8 % en 1978, Bajos et al., 2004), ce qui leur a permis de contrôler leur fécondité et de s'épanouir sexuellement sans la crainte d'une grossesse. La contraception est alors devenue un espace majoritairement médical et féminin. En effet, on peut penser la pilule comme un objet médical. Elle doit être prescrite par un-e professionnel-le de santé (médecin, sage-femme ou gynécologue), qui va s'assurer que tel contraceptif, en l'occurrence la pilule, est bien adapté à telle femme. Cette prescription n'est pas anodine puisqu'elle nécessite une évaluation médicale, parfois même une prise de sang ou un examen gynécologique (celui-ci semble encore pratiqué alors que le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France a précisé en 2018 qu'il n'est pas nécessaire lors de la première consultation de contraception), un contrôle et parfois une régulation lorsque le moyen contraceptif n'est pas adapté ou ne convient pas à la patiente. La contraception est donc désormais discutée entre le-la professionnel-le de santé et la femme, elle n'appartient plus à l'intime du couple et devient objet d'une médicalisation.

De plus, prendre la pilule est un acte féminin, puisque seules les femmes l'utilisent et qu'elle agit sur la physiologie de leur corps. Cela est également le cas pour le DIU hormonal et le DIU au cuivre, l'implant, le patch, l'anneau ou encore le diaphragme. Le préservatif dit masculin paraît faire figure d'exception, mais la responsabilité de son utilisation semble être partagée voire même relever de la femme, comme nous le verrons dans une prochaine partie. Ainsi, la contraception ne relève plus des deux partenaires du couple comme ce fût le cas jusque dans les années 1970, mais elle concerne uniquement la femme puisque c'est elle qui prend et gère la contraception. Celle-ci s'est donc féminisée, tout comme sa responsabilité.

« Ainsi, d'une compétence masculine (le retrait), qui peut être source de fierté, on va progressivement glisser vers une responsabilité féminine (la pilule), qu'il faut assumer sans pour autant espérer pour cela une quelconque forme de reconnaissance » (Thomé, 2019, p.247).



En effet, alors que la pilule a seulement une cinquantaine d'années, l'idée que la responsabilité contraceptive incombe aux femmes semble être bien ancrée dans nos représentations. A ce sujet, Thomé et Rouzaud (2017) relatent dans leur article sur le travail contraceptif féminin comment « la naturalisation du devoir contraceptif » s'est mise en place à partir des années 1970. Nous avons expliqué qu'elle s'est opérée par l'arrivée de la pilule, objet médical et féminin, par le développement de méthodes contraceptives quasi exclusivement à destination des femmes et nous allons voir que ce rôle contraceptif a été renforcé par les politiques des pouvoirs publics.

## 2.2. *Enjeux de la responsabilité contraceptive des femmes*

La contraception est effectivement devenue un enjeu de santé publique à partir des années 1960 dans un souci de régulation des naissances alors que la population augmentait et vieillissait, tout en constatant que 40 % des naissances n'étaient soit pas souhaitées ou soit survenaient précocement dans la vie conjugal (Leridon, 1999). La seconde révolution contraceptive a « eu pour effet de passer d'une régulation globale et imparfaite à une régulation individuelle et fine. » (Leridon, 1999, p.68).

Tout d'abord, il faut noter que de 1970 jusqu'en 1990 environ, la pilule est le moyen contraceptif le plus utilisé bien qu'il y ait eu quelques tentatives pour instaurer le préservatif comme autre méthode contraceptive. A partir des années 1990, l'épidémie de VIH va alors intensifier le recours à cet objet contraceptif et préventif dont les campagnes de promotion seront orientées vers le public féminin. A partir de 1988, le ministère de la Santé estime que les femmes sont une « cible privilégiée », car elles sont « courageuses, habituées à être “responsables” de la procréation, de la maîtrise des naissances [...], de l'unité familiale, de la vie dans son quotidien comme dans sa symbolique. [...] Elles sont prescripteurs (sic) du préservatif. » (Paicheler, 2002, cité dans Thomé, 2019, p. 260). Face aux maladies sexuellement transmissibles, les femmes vont donc être désignées comme celles qui pourront (et devront) modifier plus aisément leurs comportements afin de se protéger, quitte à déresponsabiliser les hommes de la gestion des risques associées à la sexualité (Thomé, 2019). La plupart des campagnes de prévention et des publicités de l'époque stigmatisent les hommes en leur attribuant une irresponsabilité sur ces sujets alors que les femmes sont perçues comme fiables, en témoignent les mises en scène dans des films publicitaires. Le recours au préservatif y est négocié entre un homme refusant de le mettre et une femme insistant pour l'utiliser. On a donc misé sur leur soi-disant compétence du « prendre soin » ou

« care » (qui signifie se soucier de l'autre, prendre soin, impliquant empathie et bienveillance), fonction qui leur est attribuée, par nature dans l'imaginaire collectif, confortant alors hommes et femmes dans des représentations et rôles dit masculins et féminins. La contraception et la prévention des IST ne semblent donc pas exclure les rapports de genre.

Ensuite, cette responsabilité des femmes a été accentuée par la notion d'efficacité contraceptive. L'efficacité d'une méthode contraceptive est évaluée en observant le nombre d'échecs, donc de grossesses, survenus chez 100 femmes utilisant une méthode pendant un an (Winckler, 2003). Bien que la pilule soit en place depuis deux décennies, les pouvoirs publics ne constatent pas de diminution du nombre d'IVG dans les années 1990 alors que l'offre contraceptive est existante. Il ne s'agit donc pas d'un souci de couverture contraceptive, mais d'observance thérapeutique. Apparaît alors la distinction entre efficacité théorique et efficacité pratique : la première correspond à une utilisation optimale du contraceptif et la seconde prend en compte les oublis et les possibles interactions avec des médicaments. On constate, par exemple, que la pilule a une efficacité théorique de 99,7%, c'est-à-dire qu'une femme prenant la pilule a un risque de 0,03 % d'être enceinte, alors que l'efficacité pratique est de 91% (site internet Choisir sa contraception). L'efficacité contraceptive va alors faire l'objet de l'attention des pouvoirs publics, qui attribuent les difficultés d'observance à des déterminants individuels (van Kammen et Oudshoorn, 2002). Ainsi, « le travail contraceptif se doit désormais d'être efficace » (Thomé et Rouzaud, 2017, p.123), accentuant la responsabilité des femmes en cas d'oublis, mais l'injonction d'une efficacité contraceptive peut alors entraîner en cas d'échec un sentiment de culpabilité (Mathieu et Ruault, 2015).

L'observance des méthodes contraceptives devient donc un enjeu de santé publique. Il existe effectivement plusieurs causes d'échecs pour la pilule : oubli (horaires décalés, absence de rituels pour la prendre, mauvaise compréhension de l'utilisation de la pilule.), troubles digestifs (diarrhées, vomissements), usages irréguliers (interruption de contraception, notamment lors d'effets secondaires ressentis, périodes de célibat entrecoupées d'activités sexuelles ponctuelles) et interactions avec certains médicaments (ex : millepertuis).

Quant aux facteurs de bonne observance, ils sont liés à une relation de confiance avec le prescripteur, l'absence d'effets secondaires, l'instauration de routines de prise du contraceptif et une bonne compréhension de la notice de ce dernier (Rosenberg et Waugh, 1999).

Toutefois, ces éléments ne sont pas les seuls freins à une utilisation optimale d'une contraception. Trouver une méthode qui convienne n'est pas chose aisée en tant que femmes,

ce qui peut engendrer des interruptions contraceptives et des grossesses non désirées. Plusieurs aspects interviennent dans le choix d'une contraception et leur importance diffère d'une femme à l'autre. Il n'existe donc pas une contraception idéale pour toutes les femmes, mais chaque femme doit avoir la possibilité de trouver celle qui lui correspond, et cela en fonction des périodes de sa vie.

Si cette contraception idéale existait, elle devrait avoir les critères suivants: efficace à 100%, la simplicité, le prix modéré, la facilité d'accès, être réversible, l'absence d'effets indésirables, avoir des bénéfices autres que contraceptif, être acceptée par toutes les religions et les cultures, maintenir intégralement le plaisir sexuel (Guillebaud, cité dans Winckler, 2003 ; Sauvy, 1962). Cette dernière dimension semble être importante dans le choix d'une contraception. En effet, Duchêne-Paton et Lopès (2014) ont montré que la santé sexuelle est un critère important dans le choix contraceptif pour 53% des femmes ayant participé à l'étude. Plus précisément, 26% des femmes ont répondu que leur sexualité a influencé leur choix contraceptif.

Il existe donc des interactions entre sexualité et contraception, mais hormis les études prescriptives et médicales dans le but d'améliorer l'efficacité pratique, peu s'intéressent aux enjeux psychologiques, relationnels, sociaux d'une sexualité sous contraception. En introduisant un tiers dans le rapport sexuel (pilule, préservatif, DIU..), on peut penser aux éventuelles modifications liées au contraceptif dans les scripts sexuels, dans la vie affective et sexuelle, sur la physiologie de la personne sur laquelle agit la contraception et sur les ressentis corporels des partenaires. Or, les effets de la contraception sur la sexualité des hommes et des femmes et sur leurs vécus psychiques semblent peu considérés. Aurait-on banalisé la « sexualité contraceptée » tout comme on a banalisé la responsabilité contraceptive de la femme (Thomé, 2019) ?

### *2.3. Les différents aspects de la charge contraceptive*

Tout comme la méthode contraceptive peut avoir des répercussions sur la santé sexuelle des femmes, on peut penser que cette prise en charge n'est pas sans conséquences pour elles. Cette notion de responsabilité a été récemment renommée sur les réseaux sociaux et dans la presse en « charge contraceptive ». Ce concept fait référence à celui de la « charge mentale » défini par Monique Haicault en 1984 qui renvoyait à l'origine au chevauchement tout au long

de la journée des pensées liées aux tâches domestiques et professionnelles, une double journée qui concernerait davantage les femmes que les hommes. Cette notion de charge mentale a été popularisée en 2017 par la bédéiste Emma qui la décrit comme le fait de « toujours devoir y penser ». En plus d'assumer une grande partie des tâches domestiques et parentales (3h26 pour les femmes et 2h pour les hommes, Insee, 2012), la femme a souvent la charge de leur organisation et gestion. Ses pensées convergent souvent vers le fonctionnement du foyer et le bien-être des siens. Selon une enquête de l'IPSOS parue en 2018, près de huit femmes sur dix se sentiraient concernées par la charge mentale avec comme conséquences identifiées par les répondant.e.s le stress, l'irritabilité et la fatigue, avec des répercussions sur le couple notamment. On peut alors se demander si la charge contraceptive serait un des aspects de cette charge mentale ?

Cette notion pourrait se définir ainsi : le fait pour la femme d'assumer tout ce qui a trait à l'évitement d'une grossesse non désirée. Cela peut alors comprendre la recherche d'un contraceptif adapté, parfois l'observance systématique de celui-ci (exemple de la pilule) ou la surveillance (penser à changer son stérilet ou son implant), la planification de rendez-vous, la gestion d'éventuels effets secondaires, la prise en charge des frais liés aux dépassements d'honoraires et au recours de méthodes partiellement ou non remboursées, la gestion du sentiment de culpabilité en cas de doutes ou d'oublis et du stress ressentis, la négociation parfois du recours au préservatif lors d'un refus du partenaire (Charlina, 2020). On constate donc que la contraception recouvre diverses tâches en plus de celle d'y avoir recours.

Si certains magazines de presse et sites internet (Par exemple, Le Monde en juin 2017, L'express en janvier 2018, Slate en février 2019, Le Figaro en avril 2019, le Huffington Post en 2019) abordent le sujet des tâches contraceptives, quelques articles dans le domaine des sciences sociales soulignent que cette responsabilité contraceptive est essentiellement féminine, sans pour autant détailler les aspects de cette dernière. A ma connaissance, seules les sociologues Thomé et Rouzaud (2017) ont consacré un article décrivant les divers aspects du travail contraceptif féminin, que nous allons présenter.

Tout d'abord, il y a un aspect logistique lié à l'obligation d'un suivi médical pour les méthodes médicalisées, ce qui concerne 70% des femmes. Cela consiste alors à chercher un spécialiste, anticiper la prise d'un rendez-vous pour une première prescription, un changement ou un suivi, s'organiser pour être disponible pour le RDV, ce qui implique parfois de poser un RTT ou un jour de congé au vu du manque de gynécologues. A cela s'ajoute parfois un

examen gynécologique, non recommandé, qui peut être plus ou moins mal vécu par certaines femmes, mais aussi les jugements de la part de certain-e-s professionnels-lles comme en témoignent les nombreux post de femmes sur le site et réseaux sociaux « Paye ta contraception » de la journaliste Sabrina Debusquat, auteure du livre *Marre de souffrir pour ma contraception* sorti en 2019.

Un second aspect est celui de la charge financière qui peut incomber à certaines femmes suivant la méthode utilisée. En effet, certaines méthodes ne sont pas toutes remboursées par la sécurité sociale et par les mutuelles, tel est le cas par exemple du patch contraceptif dont le prix de revient est de 13 euros environ par mois. Cette charge financière peut prendre aussi en compte les dépassements d'honoraires prodigués par certains professionnels.

Ensuite, le travail cognitif est un troisième aspect de cette charge contraceptive. Il se décline en deux parties. La première correspond à ce qu'on pourrait appeler un travail journalier. Il concerne notamment la prise de la pilule, qui a lieu à heure fixe (surtout pour les pilules progestatives), cela peut se faire par la mise en place d'une aide comme l'alarme sur les téléphones portables, mais il faut également penser à l'emmener avec soi lors de sorties. Ceci génère donc une pensée quotidienne pour la pilule. Les méthodes dites naturelles comme la symptothermie ne sont pas non plus exemptes de cette mentalisation, qui demande une rigueur dans l'auto-observation : prendre chaque jour, à heure fixe, sa température, étudier quotidiennement sa glaire cervicale, reporter ces deux observations dans le cyclogramme afin d'identifier les périodes de fertilité et d'infertilité.

Le préservatif, qu'il soit interne ou externe, peut également relever de cette mentalisation: vérifier leur disponibilité, leur date de péremption, penser à en acheter. Or, selon la sociologue Cécile Thomé (2016), bien que le préservatif externe soit considéré comme un objet masculin, ce sont souvent les femmes qui ont en la charge dans les couples stables.

Or, les femmes ont tendance à s'attribuer la faute d'un oubli ou d'un échec contraceptif, engendrant alors souvent un sentiment de culpabilité lié à la supposée responsabilité contraceptive des femmes. En effet, l'utilisation des contraceptifs est « fondée sur la gestion individuelle du risque que suppose l'information des personnes et leur prise de responsabilité. » (Giami et Spencer, 2004).

La seconde partie de cet aspect cognitif recouvre le « travail de recueil et de traitement de l'information » (Thomé et Rouzaud, 2017, p.125) lié à la recherche pour soi d'une contraception qui convient le mieux en fonction de critères propres à chaque femme :

problèmes de santé, coût, sexualité, volonté de ne pas avoir recours au monde médical, considérations des effets sur l'écologie de la prise d'hormones... Ceci implique de connaître les diverses méthodes existantes, notamment celles à la marge (ex : diaphragme ou symptothermie) lorsque des femmes ne souhaitent pas répondre à la norme « pilule ou stérilet » ou que celles proposées par le corps médical ne conviennent pas. Acquérir ces « savoirs contraceptifs » demande du temps, de l'énergie et une compréhension de l'anatomie et de la physiologie du corps des femmes, qui se fait lors des cours d'éducation à la sexualité, mais surtout avec les réseaux de femmes (mère, famille, amies...), les professionnels-les de santé et avec les réseaux sociaux et internet.

Enfin, le dernier aspect de la charge contraceptive est celui de la gestion des effets secondaires. Selon l'enquête Fécond en 2013 (citée par Thomé, 2017), 35% des femmes interrogées ressentaient un impact négatif ou positif de leur contraception sur leur santé. Parmi les effets secondaires négatifs, on peut citer les migraines, la prise de poids, des nausées, des métrorragies, l'augmentation du flux menstruel, la baisse de la libido, l'acné et les troubles de l'humeur (CNGOF, 2018).

Nombreuses sont les femmes à se plaindre des effets indésirables de leur contraception, comme le montre les nombreux témoignages de l'instagram « Paye ta contraception ».

Par exemple : « *Quand j'ai commencé à prendre la pilule, j'ai pris 20 kg en un an (...) je culpabilisais et ne comprenais pas. En outre, je n'avais aucune libido, mon humeur était très moyenne aseptisée, comme « régulée ». Je pensais que j'avais un problème ».*

Ou encore : « *L'arrêt de ma pilule m'a franchement libérée de ma sécheresse intime, et surtout de mes humeurs et sautes d'humeur extrêmes ».*

On peut alors estimer qu'il s'agit d'un travail en soi de « détecter ces effets, les associer à la prise de contraception, reprendre rendez-vous et demander une nouvelle contraception, la tester également quelque temps, identifier les améliorations » (Thomé, 2019, p.310) afin de rechercher une contraception adaptée aux souhaits de chaque femme et n'entraînant pas ou peu d'effets indésirables, qui peuvent affecter non seulement leur corps mais aussi leur psychisme.

Si la légalisation de la contraception a eu comme répercussion une sexualité plus libérée, on peut se demander, au vu de la charge cognitive, logistique, financière et de la gestion des éventuels effets secondaires, quelles sont les conséquences indirectes de la contraception sur les femmes et leur sexualité ?

### 3. CONTRACEPTION, INEGALITES FEMMES-HOMMES ET SEXUALITE

#### 3.1. *Quand la contraception est mise à mal par ses éventuels effets sur la sexualité*

Comme nous l'avons vu, la légalisation de la contraception et de l'avortement a entraîné une amélioration de la satisfaction sexuelle des françaises. En prenant le contrôle de leur fécondité, les femmes se sont appropriées leur corps et ont revendiqué leur droit à une vie sexuelle épanouissante. Néanmoins, cette liberté de choisir une maternité ou non s'est accompagnée d'une prise de responsabilité dans le domaine de la contraception qui semble être doucement remise en question par les jeunes générations. On peut alors se demander si : la libération sexuelle des femmes a-t-elle atteint ses limites ? La contraception ne rimerait plus entièrement avec liberté sexuelle quand certaines femmes soulignent les contraintes qui y sont associées et les répercussions sur leur sexualité, surtout lors d'utilisation de méthodes hormonales. En effet, 37% des femmes âgées de 15 à 49 ans, en 2013, sont tout à fait d'accord pour dire que « la pilule permet aux femmes d'avoir une sexualité plus épanouie », alors que ce pourcentage était de 44 % en 2010. (Enquête Fécond, Bajos et al., 2014).

On peut alors se demander si l'épanouissement sexuel est limité par certains effets secondaires des contraceptifs. Selon l'enquête Fécond de 2013 (citée dans Thomé 2019), 11% des femmes déclarent ressentir des effets négatifs de leur contraceptif. Ce pourcentage augmente pour la pilule : il est de 20%. Parmi les effets les plus fréquents, on retrouve : nausées, acné, troubles de l'humeur, prise de poids, perturbation des menstruations, sécheresse vaginale, troubles de la libido, dyspareunies. Ces effets secondaires varient en fonction du type de contraception utilisée. Pour les méthodes hormonales, les effets sont variables suivant la ou les molécule.s employée.s, la combinaison de celles-ci et le dosage hormonal. La plainte d'interactions entre la contraception et la sexualité semble être régulièrement évoquée dans les consultations de contraception. D'ailleurs, Duchêne-Paton et Lopes observent dans leur étude des femmes ayant « choisi leur contraception pour éviter ou ne plus subir certains effets secondaires attribués aux contraceptifs altérant la sexualité comme la sécheresse vaginale, les spotting, les dyspareunies » (2014, p.3). Toutefois, il est nécessaire de mentionner que la contraception peut également avoir des effets positifs chez certaines femmes, par exemple, certaines pilules peuvent diminuer l'acné.

Sur ce sujet, Both et al. (2019) ont réalisé une revue de la littérature afin d'évaluer les éventuelles répercussions des méthodes hormonales sur la fonctionnalité sexuelle des femmes. Ils concluent qu'une minorité de femmes sous contraception hormonale connaîtraient des modifications de leur sexualité (désir, plaisir et orgasme) de manière

favorable ou défavorable, tout en soulignant que les études existantes sont controversées et qu'il en faudrait davantage. Une autre revue de littérature conclue à un éventuel lien entre la contraception hormonale et diverses altérations du comportement sexuel chez les femmes, mais les auteurs estiment également que d'autres recherches sur le sujet sont nécessaires (Casado-Espada et al., 2019).

Aux effets secondaires s'ajoute la gestion de ceux-ci, qui peut représenter un travail en soi tel que nous l'avons décrit dans la partie précédente, ainsi que les autres aspects de la responsabilité contraceptive, impactant peut-être la sexualité des femmes. Néanmoins, dans les plaintes exprimées il est difficile de dissocier ce qui relève des effets de la charge contraceptive (aspects financiers, logistiques, cognitifs et gestion des effets secondaires) et des effets de la contraception en tant que telle (effets psychologiques et physiologiques). Ainsi, il nous semble important d'avoir cette distinction à l'esprit, dans cette étude nous nous intéresseront davantage à la gestion des effets secondaires.

### 3.2. *La gestion des effets indésirables*

Cet aspect est donc inclut dans la notion de charge contraceptive et pourrait influencer la sexualité des femmes ou le vécu de celle-ci. En effet, si une contraception induit chez une femme de l'acné et une prise de poids par exemple, cela pourrait engendrer des modifications de l'image corporelle ainsi qu'une baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi. Or, ce sont des facteurs susceptibles d'influencer la sexualité et son vécu (Fouillé, 2020 ; Hannier et al., 2017). On pourrait imaginer que cette femme consacre du temps et de l'énergie à estomper ses boutons d'acné en faisant des soins de peau. Constatant son corps se modifier et s'élargir, que peut-elle éprouver ? Comment peut-elle gérer ces changements ? L'image qu'elle a de son corps peut alors s'altérer, laissant éventuellement place à un désinvestissement de son corps. Comment continuer à investir une sexualité avec un corps changeant et en consacrant une partie de son énergie à gérer des effets secondaires dus à un contraceptif ? S'accommoder de ces effets demande possiblement un travail sur soi et de modifier son regard sur soi.

Ainsi, « sur leurs corps de femmes, qu'elles sont appelées à maîtriser et à faire correspondre à des critères de beauté normés, la pilule provoque ainsi des effets incontrôlables, négatifs (acné, prise de poids, cheveux gras) et qui peuvent renvoyer à l'adolescence – période où justement ce contrôle du corps n'est pas encore acquis, celui-ci



étant dans une phase de transformation. Mais les corps ne sont pas les seuls touchés : les maux de tête apparaissent ainsi comme des obstacles au reste des activités sociales, de même que les « sautes d'humeur » et la « dépression », qui déposent de son rapport à celui-ci. » (Thomé, 2019, p.311).

On voit donc comment la sexualité peut-être impactée directement (troubles de la libido provoqués par une méthode contraceptive) ou indirectement (mobilisation d'énergie à gérer de possibles effets comme l'apparition d'acné et/ou à les supporter comme des douleurs) par la contraception. De plus, ces répercussions sur la sexualité de la femme peuvent engendrer des tensions au sein du couple et affecter leur vie affective et sexuelle. Comment gérer la question d'un trouble de la libido, induit directement ou indirectement par la prise d'une contraception ? Comment gérer les attentes, les envies, les déceptions et les éventuelles frustrations des partenaires ?

Cette gestion des effets indésirables impliquerait pour les femmes, selon Thomé et Rouzaud (2017), un « travail sur leur corps, leurs émotions, leurs sexualités et leurs perceptions d'elle-même » (p.127).

Si on peut envisager comment la gestion des effets secondaires pourrait impacter la vie sexuelle des femmes, qu'en est-il des autres aspects de la charge contraceptive ?

Il est bien difficile de répondre à cette question en raison de l'absence d'étude sur les effets de la responsabilité contraceptive sur la sexualité des femmes. On peut alors élargir notre champ de recherche à celui de la charge mentale et de la sexualité des femmes, mais à notre connaissance il n'existe pas non plus de réponses sur ce sujet.

Toutefois, nous pouvons présenter quelques éléments de réponses retenus au fil de nos lectures concernant les liens entre les inégalités femmes-hommes et la sexualité.

### 3.3. *Rapports de genre et vie sexuelle*

Tout d'abord, comme nous l'avons vu précédemment, prendre quotidiennement une contraception peut s'avérer contraignant. En cas de sexualité active, se préoccuper de sa contraception (prise de la pilule, disponibilité de préservatifs, connaissance de ses périodes d'infertilité ou encore suivi de son patch, anneau vaginal...) peut être source d'inquiétudes.

Dans une étude réalisée auprès de 153 femmes (Duchêne-Paton et Lopes, 2014) portant sur la santé sexuelle comme critère dans le choix contraceptif, certaines femmes ont nommé que « le

risque d'oubli parasitait la spontanéité et la sérénité des rapports » (p.3). Etant donné que la contraception repose essentiellement sur la femme, il semble normal dans nos représentations qu'elle gère les risques associés tels qu'un oubli de la pilule. Or, lorsque le travail contraceptif est mis à mal par un oubli réel ou imaginé, la femme, se pensant comme « responsable contraception », se sent coupable d'une éventuelle erreur commise. Le rapport sexuel devient alors source d'anxiété quant à une crainte d'une grossesse non souhaitée comme l'illustre l'extrait d'une bande dessinée ci-dessous (Emma, Des princes pas si charmants, 2019).



Ensuite, s'il n'y pas d'études sur les répercussions de la charge mentale et de la charge contraceptive sur la sexualité, on peut étendre notre propos aux inégalités domestiques. En effet, on peut penser la charge contraceptive comme une tâche à accomplir au sein d'un couple au même titre que « faire la vaisselle » ou « cuisiner ». Or, selon la dernière étude de l'INSEE (2010) sur la répartition des temps sociaux selon le sexe, les femmes consacrent davantage de temps aux tâches domestiques (ménage, cuisine, linge, courses, soins des enfants, bricolage, jardinage...) : 3h26 par jour contre 2h pour les hommes. On pourrait alors questionner l'impact sur la vie affective et sexuelle de cette division domestique inégalitaire.

A ce sujet, on peut citer la dernière enquête sur la sexualité en France conduite par Bajos et Bozon (2008), notamment le chapitre consacré à la sexualité, au genre et aux conditions de vie. Ces chercheurs ont analysé les liens entre le type de partage des tâches ménagères au sein d'un couple (un type « couple inégalitaire », au sens où la femme fait à la fois le ménage, les courses et/ou la cuisine, versus « autre », l'homme participe au quotidien dans ce deuxième type de couple) et l'activité sexuelle chez les femmes de moins de 60 ans (les critères étaient : le nombre de rapports sexuels par mois, quel est le partenaire qui a eu le plus envie du dernier rapport, l'existence d'absence ou d'insuffisance de désir sexuel). Ils ont ainsi montré que les femmes des couples « inégalitaires » ont une plus faible activité sexuelle que les femmes du couple « autre » : 10,1% déclarent moins de trois rapports sexuels par mois et 14,4% plus de

quinze dans le premier type de couple, alors qu'elles sont respectivement 8,4% et 18,8% dans le second. On remarque aussi que les femmes des couples « inégalitaires » sont plus nombreuses, 22,6%, à affirmer que c'est uniquement leur conjoint qui avait envie lors du dernier rapport sexuel, contrairement aux 14,5% de femmes des couples « autres » (cette différence est statistiquement significative). De plus, on note que la présence d'enfant accentue les inégalités domestiques entre les hommes et les femmes, ce qui diminue davantage l'activité sexuelle dans les couples inégalitaires et accentue une baisse du désir des femmes par rapport aux couples dont le partage est plus égalitaire (Beltzer et al., 2008). De plus, une récente étude auprès de 1338 couples allemands a montré que la fréquence sexuelle et la satisfaction sexuelle sont meilleures pour les couples dont l'homme contribue aux tâches ménagères (Johnson et al., 2016), mais c'est surtout la perception de l'implication du partenaire dans ces tâches qui influencerait la sexualité.

Comme l'explique Esther Perel (2017), lorsque la femme gère majoritairement les tâches quotidiennes, surtout lorsqu'elles incluent des fonctions parentales, elle a tendance à désinvestir la sexualité. Son énergie est consacrée à l'entretien du foyer et au bien-être de son ou ses enfants, la femme n'est plus disponible érotiquement, expliquant alors les altérations du désir qu'Esther Perel rencontre dans son cabinet de thérapeute de couple.

Ainsi, les inégalités domestiques, et sans doute plus largement les inégalités hommes-femmes, semblent convoquées dans l'intimité et la vie sexuelle.

En lien avec notre sujet, on pourrait donc penser que l'inégalité de la responsabilité contraceptive entre les hommes et les femmes en France pourrait avoir quelques répercussions sur la sexualité des femmes, mais dans une moindre mesure que la gestion des charges domestiques et parentales.

« Ce travail influence également la sexualité et le désir dans le couple : le travail des femmes anticipe les relations sexuelles et crée toutes les conditions pour que le désir des hommes puisse, lui, être spontané, sans qu'ils doivent se soucier de la contraception. » (Stevelink, 2019).

Ainsi, on peut imaginer de possibles répercussions du travail contraceptif sur la sexualité des femmes, mais on peut se demander s'il existe une variabilité de ces effets en fonction des femmes ? Autrement dit, y aurait-il des femmes dont la responsabilité contraceptive et ses répercussions seraient davantage ressenties ? Il nous semble que différents facteurs pourraient alors expliquer cette responsabilité éprouvée comme plus ou moins importante, tel que le

choix d'une contraception sur le long terme (tend à diminuer la charge), le vécu émotionnel lié à la contraception et à d'éventuels effets secondaires ou encore l'implication du partenaire. C'est ce dernier aspect qui nous intéresse particulièrement dans notre étude.

Nous verrons dans la partie suivante qu'il existe peu de méthodes contraceptives à destination des hommes et que leur recours est limité. Toutefois, certains hommes semblent s'impliquer de différentes manières dans la contraception permettant alors de répartir un peu plus équitablement la charge contraceptive au sein du couple. Ceci en fonction de divers éléments influençant leur investissement.

#### 4. IMPLICATIONS DES HOMMES DANS LA CONTRACEPTION : ENTRE MIRAGES ET ESQUISSES

##### 4.1. *Quand des hommes tentent de se contracepter...*

Tout au long de cette première partie, nous avons pu entrevoir comment la responsabilité masculine en matière de contraception s'est délitée au profit de la responsabilité féminine. Avec la légalisation de la pilule, les femmes ont pu acquérir le droit de décider pour elle-même et pour leur corps, engendrant alors davantage de libération de leur sexualité. Cette révolution contraceptive n'a pas seulement profité aux femmes. En effet, les hommes, pratiquant la méthode du retrait (utilisée par 60% des couples dans la moitié du XXe siècle) se sont retrouvés libérés du contrôle de leur éjaculation et de leur plaisir. Alors qu'à partir de 1972, les femmes prendront essentiellement en charge la contraception, la majorité des hommes va devenir de plus en plus passive (C. Zeno, 2013).

Toutefois, dans les années 1980, on observe fleurir à Paris, Lyon, Rennes, Toulouse, Montpellier, quelques groupes d'hommes s'intéressant à la contraception masculine, que l'on peut définir comme l'ensemble des pratiques contraceptives qui s'appliquent sur le corps des hommes et qui sont prises en charge par eux en premier lieu.

Ces hommes, issus des milieux de gauche et des milieux féministes, se réunissaient pour parler de leur propre intimité, de leur statut de dominant, de leur rapport aux normes et de leur sexualité (Welzer-Lang, 2013). Ils ont alors commencé à s'interroger sur leur rôle dans la contraception et certains d'entre eux ont souhaité investir leurs corps en expérimentant la

contraception hormonale masculine avec l'aide du Dr J.-C. Soufir et la méthode thermique avec le Dr R. Mieusset. Ainsi, en octobre 1979 est créé ARDECOM, Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine afin que ses membres échangent autour de leur vécu de ces expérimentations contraceptives. Une centaine d'hommes environ se sont alors contraceptés avec l'une ou l'autre de ces méthodes, selon le site internet d'ARDECOM (<http://www.contraceptionmasculine.fr/>).

La première méthode consistait à prendre par voie orale de la progestérone et à appliquer un gel à base de testostérone sur le scrotum de manière quotidienne. Bien que cette méthode ait montré son efficacité contraceptive, les effets secondaires étaient importants tels qu'une augmentation de la pilosité chez les femmes dont le partenaire utilisait cette méthode (la testostérone pollueait l'environnement du couple comme les draps, les serviettes de toilette..) ainsi que des symptômes dépressifs chez les hommes du groupe de Lyon. Ces expérimentations hormonales ont donc pris fin au bout d'un an environ.

Certains hommes, ne souhaitant pas utiliser d'hormones, ont opté pour la méthode thermique. Celle-ci inhibe la spermatogénèse par une élévation de la température des testicules. La production de spermatozoïdes nécessite en effet qu'ils soient maintenus à une température de 35 degrés environ. Le procédé consistait à porter un slip adapté permettant le passage du pénis et du scrotum dans un trou conçu à cet effet une fois la remontée manuelle des testicules à l'entrée des canaux inguinaux effectuée. Le sous-vêtement devait être porté 15 heures par jour pour permettre de maintenir les testicules à la température du corps, 37 degrés environ, et ainsi de stopper la spermatogénèse. Cependant, cette méthode s'est peu développée dans les années 1980 en raison des manipulations quotidiennes, de quelques douleurs et démangeaisons parfois ressenties, mais c'est surtout les croyances sur la contraception et les railleries de la presse de l'époque qui semblent avoir limité le recours à cette méthode (Desjeux, 2010). Néanmoins, comme nous le verrons, la méthode thermique ou « slip-chauffant » connaît un regain d'intérêt depuis quelques années.

Ainsi, quelques hommes ont tenté de s'investir dans la contraception, ils se disaient animés par plusieurs motivations. A travers la presse française de l'époque, Desjeux (2009) en a identifié quatre : « le souci d'égalité homme-femme devant la contraception féminine, le relais d'une contraception féminine psychologiquement instable, les intérêts scientifiques pour l'expérimentation et le refus de se faire faire un enfant dans le dos. » (p.54).

Ces motivations sont sensiblement les mêmes que ceux des hommes souhaitant se contracepter actuellement. Ils veulent être le relais de leur compagne, s'inquiètent des

répercussions des méthodes hormonales sur le corps de ces dernières et semblent être prêts à prendre leur part de responsabilité dans la contraception (Libération, 2019).

Ainsi, l'association ARDECOM s'est réactivée dans les années 2012-2013 après une longue période de sommeil. Le Planning Familial s'est également emparé de ce sujet en réalisant plusieurs actions autour de cette thématique afin de sensibiliser le public. A Paris, par exemple, quelques médecins prescrivent la méthode thermique lors de consultations mensuelles à l'antenne locale du Planning Familial. D'autres associations se sont créées afin de militer en faveur de méthodes contraceptives masculines et de tenter d'apporter des propositions. On peut citer GARCON (Groupe d'Action et de Recherche sur la CONtraception) ou encore le collectif Thomas Bouloù, créé en 2015, qui fabriquent eux-mêmes leur slip chauffant. Dans la lignée de celui-ci, un nouveau procédé a été réalisé récemment, l'Andro-switich. Il s'agit d'un anneau en silicone qui permet également le maintien des testicules dans les canaux inguinaux.

Bien qu'il s'agisse d'une minorité d'hommes, ils ont le mérite de remettre en question la croyance selon laquelle la contraception est une affaire de femmes. Ils revendiquent également leur autonomie dans ce domaine afin d'affirmer eux aussi leur non désir d'enfant par la maîtrise de leur fécondité (Welzer-Lang, 2013).

On constate donc quelques initiatives d'individus, de groupes d'hommes ou de médecins (Dr. Mieusset et Dr. Soufir), mais les moyens de contraception masculine restent très limités dans le monde, et particulièrement en France, comme nous allons le présenter dans cette seconde partie.

#### 4.2. *Les méthodes de contraception dites masculines*

Actuellement, en dehors de la méthode du retrait, il existe trois méthodes de contraception dite masculine en France alors qu'il existe une dizaine de contraceptifs à destination des femmes.

Tout d'abord, il y a la méthode hormonale qui consiste en une injection intra musculaire de 200 mg d'énanthate de testostérone à raison d'une fois par semaine (Soufir et Mieusset, 2012). Le corps ayant reçu le signal d'un taux élevé de cette hormone va émettre un feed-back afin d'arrêter la production de spermatozoïdes. Bien qu'elle ait montré son efficacité après trois mois de traitement, cette méthode contraceptive ne peut être utilisée que pendant 18 mois faute d'études sur son utilisation à long terme. Elle est réversible et présente quelques

effets secondaires comme une prise de poids (2 kg en moyenne) ou de l'acné. Une centaine d'hommes en France ont été ou sont contraceptés de cette manière.

La seconde, la méthode thermique, est celle que nous avons présentée précédemment. Pour rappel, elle consiste à porter un slip adapté ou à mettre un anneau en silicone au niveau de la verge afin de maintenir les testicules à l'entrée des canaux inguinaux. En portant un de ces procédés 15 heures par jour, quotidiennement, la température des testicules sera d'environ 37 degrés, ce qui bloquera la spermatogénèse. Cette méthode est efficace au bout de trois mois d'utilisation environ. Il est nécessaire de réaliser un spermogramme afin de vérifier que la production de spermatozoïdes est inférieure à un million par millilitre, qui est le seuil contraceptif (Soufir et Mieusset, 2012). Cette méthode, réversible, sans effet secondaire, peut être utilisée jusqu'à quatre ans pour le moment. Il est difficile de donner le nombre d'hommes ayant recours à cette contraception testiculaire, mais elle semble intéresser davantage que la méthode hormonale (prescription par le Dr. Mieusset, collectif Thomas Bouloù, GARCON, Andro-switch...).

Enfin, nous avons choisi de présenter la vasectomie comme contraception, bien que certains estiment qu'elle est une méthode de stérilisation et non un contraceptif. Au cours d'une opération, le chirurgien sectionne les canaux déférents, sorte de conduits reliant les testicules à la prostate, empêchant désormais les spermatozoïdes de remonter jusqu'à cette dernière et de se former à l'éjaculat. La vasectomie n'altère en rien les capacités érectiles et éjaculatoires, contrairement aux idées reçues. Son cadre législatif date de 2001 et impose un délai de réflexion de quatre mois aux hommes. Elle est réversible dans 50 % des cas (Jardin et Izard, 2013). Contrairement à d'autres pays, la vasectomie est très peu demandée par les français (0,9 % des français environ contre 10% des anglais et 20 % des espagnols), mais elle semble être en augmentation ces dernières années. Le nombre d'hommes ayant eu recours à la vasectomie est passé de 1 880 en 2010 à 9 240 en 2018 (Libération, 2019).

Dans cette partie consacrée aux méthodes contraceptives dites masculines, nous pourrions inclure le préservatif masculin ou externe. Toutefois, nous préférons le citer comme méthode collaborative en référence aux travaux de Thomé (2016) et à ceux de Diller et Hembree (1977). En effet, ces deux médecins se sont intéressés à la place des femmes et des hommes dans l'utilisation de la contraception. Ils ont ainsi distingué la personne qui initie la méthode, la personne et sa physiologie sur laquelle la méthode est censée agir et la personne dont le consentement est nécessaire pour que le succès de la méthode soit garanti. Ceci permet d'expliquer pourquoi il ne serait pas possible d'attribuer une contraception uniquement à un

genre. Ainsi, un préservatif ne serait pas un objet strictement masculin ou féminin, puisque son usage peut être initié par la femme alors que le consentement de l'homme est nécessaire pour qu'il agisse sur sa physiologie en empêchant l'émission de sperme dans le vagin ou dans une autre cavité. Cette idée de ne pas associer un contraceptif au sexe de la personne qui l'utilise est renforcée par l'article de la sociologue Cécile Thomé (2016). Elle s'est demandé si le préservatif masculin pouvait être l'objet permettant une division plus égalitaire du travail contraceptif. Les entretiens menés montrent que sa charge est en fin de compte portée par de nombreuses femmes, ce sont elles qui vérifient s'il reste des préservatifs et leur date de péremption, qui pensent à en acheter et qui le font, ce qui implique un acte mais aussi une mentalisation de leur part. De plus, le recours au préservatif peut être un enjeu de négociation au sein de relations, voire source de conflits. Ainsi, il nous semble difficile de considérer que le préservatif externe est un contraceptif à destination des hommes au même titre que la méthode thermique ou la vasectomie.

On voit donc combien l'offre contraceptive pour les hommes est réduite. Toutefois, il existe quelques recherches en cours telle que la fameuse pilule masculine, dont la promesse de sa mise sur le marché est régulièrement faite pour être ensuite repoussée. Ainsi, on peine à croire à un futur plausible pour celle-ci. D'autres essais contraceptifs sont en cours. On peut citer le Vasalgel et le Risug. Ce dernier, développé en Inde, consiste en une injection dans les canaux déférents d'un gel à base de polymères, qui se solidifie en quelques minutes. Lors de l'éjaculation, les spermatozoïdes, remontant dans ces canaux, vont entrer en contact avec ce gel créant alors un déséquilibre ionique et perturbant leur mobilité (Huhtaniemi et Mieusset, 2013). L'efficacité est presque immédiate. La réversibilité est à l'étude.

Il existe plusieurs pistes de recherche dans le domaine de la contraception masculine, mais aucune n'a actuellement abouti à une mise sur le marché. Est-ce un domaine qui attire peu les investissements des firmes pharmaceutiques et médicales ? Est-il difficile de réaliser un procédé contraceptif réunissant les caractéristiques définies par Huyghe et al., (2007) : efficacité, sécurité, acceptabilité pour les hommes et les femmes, réversibilité, contraception ne nécessitant pas de chirurgie, caractère non occlusif ? Ou est-ce qu'il y aurait peu d'hommes susceptibles de vouloir utiliser une contraception, limitant ainsi la demande et donc l'offre ?

Cela ne semble pas être le cas selon un sondage du CSA, pour le site internet Terrafemina, réalisé auprès de 988 hommes en 2012, 61 % d'entre eux affirmaient être prêt à



prendre une contraception orale si elle existait. Ce pourcentage est également retrouvé dans une enquête effectuée auprès de 3368 hommes dans le cadre d'une thèse de médecine (Blanc, 2015). 61,88 % des hommes se sont déclarés favorables à l'utilisation d'une pilule contraceptive masculine si elle existait. Toutefois, on peut relativiser ce pourcentage élevé au regard du biais de désirabilité sociale, qui a pu amener certains enquêtés à répondre favorablement à cette question afin de donner une image d'eux-mêmes positive.

Quoiqu'il en soit, la problématique ne semble pas être du côté de la demande, mais davantage de l'offre. « L'absence de popularisation des méthodes existantes empêche la constitution d'une demande visible [...] et elle n'incite pas les hommes à se projeter comme responsable ou co-responsable de la contraception dans la relation homme-femme » (Chatot, 2019).

Dans l'attente d'une méthode masculine, les hommes sont-ils condamnés à rester exclus de la contraception ? Il existe peut-être d'autres possibilités de s'investir dans la contraception que celle d'utiliser un contraceptif agissant sur son corps. C'est en tout cas ce que laisse supposer les recherches en sociologie de Cyril Desjeux que nous allons présenter dans la partie suivante.

#### 4.3. *La diversité des implications masculines dans la contraception (ou penser l'implication masculine dans la contraception comme un continuum ...)*

Desjeux (2008 et 2009) a montré l'existence de comportements masculins dans le domaine de la contraception, même s'ils peuvent être minimisés voire occultés. En effet, à travers différents entretiens, plusieurs formes d'implications ont été identifiées :

- participer financièrement lorsque la contraception n'est pas remboursée ;
- s'assurer auprès de sa partenaire de la prise d'une contraception soit en mettant en place des rituels de rappel dans les relations cohabitantes soit en initiant la discussion sur la contraception dans les relations occasionnelles ;
- utiliser une méthode de contraception masculine ou une méthode dite collaborative comme le préservatif ;
- accompagner sa compagne aux consultations de contraception ou à la pose d'un stérilet par exemple, ceci dans une envie de partage et de soutien.

Ces comportements peuvent refléter deux perspectives différentes selon Desjeux (2009) : soit une volonté de participer à la responsabilité contraceptive soit une volonté de contrôler les

attitudes contraceptives de leur partenaire. Il y a aussi ces hommes qui estiment que la contraception est essentiellement une affaire de femmes (7% selon le sondage CSA de 2012) et qui ne souhaitent pas s'investir dans ce domaine ainsi que ceux qui aimeraient prendre une part de la charge contraceptive, mais qui ne trouvent pas leur place entre des femmes qui ne veulent pas partager cette responsabilité avec eux et le manque d'offre de contraceptions masculines.

Ainsi, nous pouvons entrevoir une diversité des attitudes masculines dans le domaine contraceptif. Cette pluralité pourrait prendre la forme d'un continuum : à l'une des extrémités se trouveraient les hommes qui ne sont aucunement investis, à l'autre extrémité se trouveraient des hommes complètement investis ayant pris en charge la contraception (par exemple, en utilisant la méthode thermique ou en ayant eu une vasectomie). Entre ces deux pôles, en référence aux divers aspects de la charge contraceptive présentés précédemment, il y aurait les hommes faiblement investis (par exemple, ils participent à la charge financière), ceux moyennement investis (ils participent financièrement, ils se préoccupent de la contraception de leur partenaire et des effets secondaires, tentent de trouver des alternatives à la contraception actuelle), et ceux fortement investis (ils se préoccupent de la contraception, participent financièrement si besoin, ils sont un soutien en cas d'effets secondaires, ils effectuent des recherches sur la contraception masculine et/ou emploient une méthode collaborative comme le préservatif...).

Cette idée de continuum avec des degrés d'investissement dans la contraception nous amène à nous demander pourquoi certains hommes déconsidèrent la tâche contraceptive alors que d'autres ont une volonté de prendre leur part de responsabilité. Existents-ils des facteurs influençant l'investissement des hommes dans la contraception ? C'est ce que nous allons tenter d'expliquer dans la partie suivante.

#### 4.4. *Facteurs individuels, relationnels et sociaux de l'implication des hommes dans la contraception*

Pour ce faire, nous avons choisi de nous appuyer sur le modèle du contrôle social, très utilisé dans le domaine de l'éducation à la sexualité. Selon ce concept, l'individu est soumis à une triple influence ou pour reprendre l'expression de Réjean Tremblay (2001), il entretient « trois sortes de dialogue » :

- formel ou dialogue avec la société : ce sont les modèles que la société donne à l'individu et qu'il intègre ou rejette. Cela fait référence notamment à l'Ecole, la religion et à la Loi ;
- relationnel ou dialogue avec les autres : échanges relationnels avec ses proches. Leurs idées, leurs pensées, leurs réactions peuvent influencer les choix de l'individu ;
- intériorisé ou dialogue avec soi-même : fait référence aux aspirations, croyances, pensées, opinions sur lui-même.

Selon Tremblay (2001, p.41), « ces trois niveaux sont toujours présents dans l'élaboration de nos choix de vie, de nos actes et de nos engagements en matière de sexualité ». En référence à ce modèle, nous pouvons présenter quelques facteurs susceptibles d'influencer l'investissement des hommes dans la contraception.

Tout d'abord, au niveau formel, on constate un manque d'intérêt de la part des firmes pharmaceutiques et du milieu médical pour le sujet de la contraception masculine, préférant celui de la fertilité. Selon Huhtaniemi et Mieusset (2013), les éventuels produits contraceptifs masculins ne seraient pas rentables financièrement pour les industries pharmaceutiques d'où la difficulté à faire évoluer la recherche sur ce sujet. Les pouvoirs publics et les organismes de santé pourraient impulser une dynamique de recherche dans ce domaine, mais cela semble compliqué alors que l'on constate une inertie quant à la mise en place de campagnes de sensibilisation de la seule offre masculine pérenne en France : la vasectomie.

Ce désintérêt est aussi observé chez les professionnels de santé. Ainsi, la sociologue Cécile Ventola (2014) constate que peu de gynécologues parlent de contraception masculine à leurs patientes et rares sont ceux qui proposent aux conjoints de se joindre à une consultation de contraception. Certains estiment même que les hommes seraient incapables de prendre régulièrement un contraceptif, relayant une certaine représentation de l'« homme irresponsable ». Dans sa thèse (2017) comparant les systèmes de santé français et anglais au regard de la vasectomie, Ventola met en exergue que peu de médecins abordent la vasectomie en consultation. De plus, considérant le préservatif comme une méthode peu acceptable, ceux-ci sont nombreux à ne pas le recommander.

Ces attitudes ne sont pas constatées en Angleterre où les professionnels de santé ont un positionnement pro-actif concernant la vasectomie, en raison notamment d'une différence dans l'encadrement de la formation et des pratiques médicales. En effet, les médecins généralistes français sont peu documentés et éclairés sur la contraception et encore moins sur la vasectomie selon Jardin et Izard (2013). De plus, tout professionnel est influencé par ses

propres représentations, ici, celles liées au genre. Beaucoup considèrent alors que la contraception est un objet appartenant à la femme.

De ce fait, on observe en France « une approche paternaliste du choix contraceptif et l'expression de réticences professionnelles genrées vis-à-vis des méthodes de contraception masculines » (C. Ventola, 2017, p.6) alors qu'en Angleterre on constate une plus grande standardisation des pratiques professionnelles laissant la place aux choix des usager.e.s.

Ainsi, les attitudes du milieu médical n'encouragent pas ou peu l'implication des hommes dans la contraception.

Ensuite, au niveau relationnel et intériorisé, nous allons nous apercevoir qu'il existe également plusieurs freins à cet investissement.

Si certains hommes, comme nous l'avons vu, expérimentent la méthode thermique ou se font vasectomisés, d'autres semblent beaucoup plus frileux à prendre part à la contraception. Ces différences d'attitudes peuvent s'expliquer, selon nous, par une diversité de facteurs singuliers à l'individu : éducation familiale, milieu socioculturel, relations interpersonnelles, sexualité, rapports aux normes de genre... Ces dernières sont nécessaires à considérer afin de mieux appréhender les facteurs limitant l'investissement contraceptif des hommes. En effet, nous pouvons nous demander comment les stéréotypes liés au sexe masculin et féminin influencent les hommes en matière de contraception.

Kalampalikis et Buschini (2007) ont mené 46 entretiens auprès d'hommes et de femmes afin d'étudier les représentations sociales de la contraception médicale masculine (la CMM). Cette étude qualitative a montré que la crainte d'une perte de la virilité liée à la perte de la fertilité, induite temporairement par la CMM, est un élément prépondérant dans le discours des répondants. Qu'ils soient hommes ou femmes, les enquêtés, envisagent la CMM comme « une forme d'atteinte à cette virilité-puissance » (p.9).

Plus précisément, selon les auteurs, il y a trois dimensions de la virilité mises en jeu :

- la dimension physiologique liée à l'érection et l'éjaculation. Dans le discours des enquêtés, on retrouve une crainte d'effets secondaires de la CMM sur les organes génitaux, altérant alors leur fonctionnement.
- la dimension symbolique liée à une crainte de « féminisation de l'homme » soit directement par la prise d'hormones soit par l'acte en lui-même. Prendre un contraceptif est donc jugé comme une pratique relevant du sexe féminin.

- la dimension sociale liée à la peur d'une modification des rôles sociaux. Les répondants estiment que l'homme contracepté risquerait de perdre son statut de dominant. Adopter une telle pratique signifierait « faire comme une femme, c'est s'exposer à une petite mort sociale. » (Gallot et Michel, 2020, p.183).

Kalampalikis et Buschini (2007) soulignent l'ambivalence des enquêtés entre leurs craintes réelles et fantasmées quant à la CMM et leur volonté de partager la gestion des risques liés à l'activité sexuelle.

La question de l'implication des hommes dans la contraception est donc à mettre en lien avec les notions de virilité, de fertilité et de masculinité. « La contraception masculine introduit la peur d'une perte de virilité à travers le vecteur de la fertilité et de la sexualité » (Desjeux, 2013, p.15). En effet, l'identité masculine semble être constitutive entre autres de l'intégrité anatomique et physiologique des organes génitaux dont les performances sexuelles sont censées être le témoin (van Wersch et al., 2013). Dans notre inconscient collectif, ils sont comme sacrés et protégés, lieu de la virilité et du pouvoir fécondant de l'homme. Toucher à l'appareil génital masculin d'une manière ou d'une autre semble signifier toucher à la fertilité et donc à la virilité, entretenant la confusion entre infertilité et impuissance.

De plus, la maîtrise de la fécondité est tellement perçue comme un domaine féminin, qu'il est difficile pour un homme de s'y intéresser et de s'y impliquer sans qu'il suscite questionnements et méfiance, comme s'ils risquaient par leurs attitudes de bouleverser les rapports de genre et la division sexuée des activités domestiques et sociales (Ventola, 2017).

Cependant, certains hommes tendent à remettre en question ce modèle de la masculinité et des rapports de genre en suscitant des réflexions et en proposant des alternatives autour de la sexualité, de la responsabilité contraceptive ou encore de la paternité. Cette déconstruction des normes genrées passe possiblement par un dialogue avec ses propres pensées et émotions au gré des expériences vécues, mais aussi par les échanges avec les partenaires rencontrées. Selon Desjeux (2009), les hommes ayant conscience des difficultés contraceptives des femmes seraient plus sensibilisés à cette question.

Ainsi, leur implication dans la contraception est « conditionnée par la vision que les hommes ont de la relation conjugale, de l'égalité femme-homme, de la masculinité, de leurs expériences passées en matière de contraception et d'avortement, de la qualité de la relation et de la communication conjugale » (Desjeux, 2009, p.61).

### III/- PROBLEMATIQUE

En somme, en une cinquantaine d'année la manière de maîtriser la fécondité a été profondément modifiée. Elle ne se réalise plus au moyen de « méthodes maison » (décoction, toilette intime après le rapport sexuel...) et la méthode traditionnelle du retrait, utilisée majoritairement par les couples pendant la première moitié du XXe siècle, représente moins de 5% des françaises concernées par la contraception (Baromètre contraception, 2016). Les diverses lois sur la contraception et l'avortement des années 1970 ont été un tournant majeur dans ce domaine pour les femmes. En effet, la régulation des naissances s'est alors médicalisée et est devenue plus efficace, ceci tout au long de la seconde moitié du XXe siècle. Les femmes ont acquis davantage d'autonomie, elles ont désormais la possibilité de choisir d'avoir ou non des enfants et à quel moment de leur vie ; libérée de la crainte d'une grossesse et de ses conséquences, la sexualité des femmes a gagné en désir et en plaisir. « La contraception fait une rupture radicale en proposant à la femme la maîtrise du corps par sa liberté, loi de son désir. » (G. Fraisse, 1999, p.57).

Cette révolution a également été bénéfique pour les hommes. Alors qu'ils étaient coresponsables par la méthode du retrait, réfrénant leur plaisir et leur orgasme, ils se trouvent libérés de leur part dans la maîtrise de la fécondité. Ils peuvent alors jouir sans entraves.

On observe donc s'opérer une rupture entre sexualité et reproduction féminine. Cette distinction ne concerne pas la procréation masculine puisque actuellement la majorité des moyens de contraception sont à destination des femmes et environ 71% des femmes en France sont concernées par la contraception (Rahib et al., 2017) engendrant alors une asymétrie contraceptive.

Les femmes assument donc essentiellement le travail contraceptif ou charge contraceptive qui recouvre divers aspects : cognitif, logistique, financier, gestion des effets secondaires. En mettant en parallèle cette notion avec celle de charge mentale, dont on commence à mieux appréhender les effets tels que l'épuisement, l'hyper-réactivité émotionnelle, l'irritabilité, le stress (Schneider, 2018), on peut alors se demander si supporter la responsabilité contraceptive aurait aussi des répercussions sur la vie émotionnelle, affective, physique et sexuelle des femmes. La contraception a eu comme conséquence de libérer la sexualité des femmes, mais qu'en est-il 50 ans après ? La pilule et les autres moyens contraceptifs sont-ils toujours synonymes de liberté sexuelle ? La contraception contribue-t-elle toujours à la

satisfaction sexuelle des femmes au regard des polémiques sur la pilule en 2012-2013, des voix féministes qui s'élèvent pour protester contre les effets indésirables de certaines méthodes contraceptives et du poids de la gestion contraceptive ? Cette inégale responsabilité entre hommes et femmes aurait-elle des répercussions jusque dans la sexualité de celles-ci ?

Au-delà des effets directs physiologiques et psychologiques des contraceptifs sur la qualité de vie et sur la sexualité des femmes, il serait intéressant de s'interroger sur les enjeux intra personnels, relationnels, affectifs et sexuels d'une sexualité sous contraception, majoritairement gérée par les femmes en France.

La contraception masculine peine en effet à se développer. Une minorité de français ont eu recours à la vasectomie (0,8% en 2008 selon les données des Nations Unies publiées en 2017) et quelques centaines se contraceptent ou s'intéressent aux méthodes thermiques et hormonales. Toutefois, leur responsabilité ne se limite pas à utiliser ou non une contraception, elle peut se manifester par une implication dans le travail contraceptif par diverses attitudes (Desjeux, 2009) : participation financière, accompagnement aux consultations médicales de contraception, soutien à la gestion des effets secondaires ou encore utilisation de méthode collaborative telle que le préservatif. Ainsi, ces attitudes pourraient permettre de répartir un peu plus équitablement la charge contraceptive et ses éventuelles répercussions sur la sexualité des femmes comme cela semble le cas pour la vasectomie. En effet, Mohamad et al. (2014), dans une étude auprès de 76 couples, ont montré une amélioration significative de la fonction sexuelle (désir, excitation, lubrification et satisfaction) au moyen du FSFI chez les femmes dont le partenaire a eu une vasectomie. Les chercheurs expliquent ces effets par la possible disparition du « fardeau reproductif » et de la crainte d'une grossesse, alors que ces femmes prenaient majoritairement la pilule avant la vasectomie de leur partenaire. Par cette étude on perçoit comment la sexualité des femmes peut être influencée par la maîtrise de la reproduction masculine.

Si certains hommes choisissent d'avoir recours à une vasectomie alors que d'autres estiment que la contraception n'est pas de leur ressort, on peut penser qu'il existe différents degrés d'implication des hommes. On peut alors se demander si le niveau d'investissement du partenaire a des effets sur la dynamique du couple dans les sphères de la communication, de la vie intime et sexuelle.

Plus précisément, le degré d'implication du partenaire dans la charge contraceptive pourrait-il avoir un effet sur la sexualité des femmes ?

Afin de tenter de répondre à cette question, il nous semble nécessaire de réaliser un questionnaire étudiant l'implication des hommes dans la contraception ainsi que de soumettre une évaluation de la satisfaction sexuelle des femmes au moyen du SQOL-F. Nous détaillerons dans une prochaine partie les supports utilisés.

Le SQOL-F nous semble en effet le test le plus pertinent puisqu'il quantifie le niveau de satisfaction sexuelle en prenant en compte des dimensions comme l'estime de soi sexuelle, les problèmes relationnels, le bien-être émotionnel ce que ne font pas le BISF-W et le FSFI qui évalue davantage la présence de dysfonctions sexuelles.

Nous avons choisi de proposer ces deux questionnaires uniquement aux femmes concernées par la contraception. Ce sont en effet celles-ci qui supportent essentiellement la charge contraceptive et qui en ressentent les éventuels effets.

Ainsi, nous évaluerons plutôt la perception de l'implication de leur partenaire dans la contraception, puisque la perception de l'investissement du conjoint dans une tâche semble avoir une influence sur la sexualité, plus que la simple réalisation de la tâche, en référence aux travaux de Johnson et al., 2016.

Toutefois, nous nous sommes attachée à proposer un certain nombre de questions factuelles afin de minimiser le biais de subjectivité dans les réponses.



## IV/- HYPOTHESES

L'objectif principal de notre recherche est donc de déterminer si le degré d'implication des hommes dans la contraception a un effet sur la satisfaction sexuelle des femmes. Autrement dit, l'implication des hommes est-il un facteur susceptible d'influencer la satisfaction sexuelle de leur partenaire ?

Cette étude a également comme objectif d'appréhender l'investissement masculin, perçu par les femmes, dans les divers aspects de la charge contraceptive. Ceci nous permettra de recueillir quelques éléments quant à la répartition du travail contraceptif chez les hommes et les femmes en France.

Au regard des divers éléments théoriques à notre connaissance, nous pouvons formuler les hypothèses générales suivantes :

- Nous observerons une diversité dans les attitudes des hommes en matière de contraception, permettant d'établir ainsi l'existence d'un continuum du degré d'implication dans ce domaine.
- Enfin, nous estimons que le niveau de satisfaction sexuelle des femmes variera suivant la fréquence d'implication des hommes dans la contraception. Ainsi, plus les partenaires masculins seront impliqués dans les divers aspects de la contraception, plus la satisfaction sexuelle des femmes sera élevée.

## V/- METHODOLOGIE

### 1. POPULATION DE L'ETUDE

Nous avons fait le choix d'étudier l'implication des hommes dans la contraception à travers la perception des femmes, car ce sont ces dernières qui sont majoritairement concernées par la contraception, permettant alors d'inclure possiblement un plus grand nombre de réponses que si ce questionnaire avait été à destination des hommes.

De plus, nous pensons que le choix d'une population d'hommes aurait constitué plusieurs biais. Un biais de sélection aurait pu être observé : seuls les hommes investis dans la contraception auraient probablement répondu au questionnaire excluant alors ceux qui ne le sont pas, nous n'aurions pas pu alors étudier les divers degrés d'implication des hommes et leur hypothétique lien avec le niveau de satisfaction sexuelle. Un biais de désirabilité sociale aurait pu également être observé ne reflétant pas la probable inégale répartition du travail contraceptif entre femmes et hommes.

Ensuite, il nous paraît plus aisé que seules les femmes remplissent les deux questionnaires (implication des hommes dans la contraception et SQOL-F) plutôt que les hommes remplissent le premier et leur partenaire le second, ce qui impliquerait qu'hommes et femmes se trouvent ensemble, influençant peut-être les réponses de l'un et de l'autre. Les conditions de passation du questionnaire nous semblent donc plus simples si une seule personne répond à toutes les questions posées.

De ce fait, nous avons choisi d'inclure dans notre étude seulement des femmes. Nos autres critères d'inclusions sont :

- l'âge, entre 18 et 55 ans ;
- être non ménopausées afin que seules les femmes susceptibles d'être actuellement concernées par la contraception remplissent le questionnaire ;
- le fait d'utiliser un contraceptif ou le fait que le partenaire en utilise un ;
- être en couple ou avoir un partenaire régulier.

Ces critères ont été mentionnés dans le texte introductif de l'enquête afin que les participantes en soient averties et puissent juger si elles étaient ou non concernées par les questionnaires. Ce texte énonçait également le respect de confidentialité et d'anonymat de leurs réponses.

Les deux questionnaires ont été rédigés sur le logiciel d'enquête en ligne SphinxDeclic®, ce qui a permis de générer un lien URL actif du 27 janvier au 2 mars 2020.

Les participantes ont alors été recrutées de plusieurs manières : par l'entourage de l'enquêtrice (diffusion du lien URL par mail, sms ou whatsapp, aux ami.e.s, collègues du DIUESH et à la famille qui ont eux-mêmes diffusé à leur entourage), par l'envoi d'un mail du lien URL accompagné d'un court texte de présentation à divers collectif (GARCON, Thomasboulou et le Planning Familial) ainsi que par l'intermédiaire de Sabrina Debusquat, qui a accepté de relayer l'enquête sur son Instagram «paietacontraception », ayant permis une augmentation conséquente du nombre de réponses.

Ainsi, 673 femmes ont répondu à cette enquête, aucun questionnaire n'a été écarté après analyse.

## 2. L'ENQUETE

Notre questionnaire comporte 53 questions regroupées en trois parties (annexe 2).

### *2.1. Les données sociodémographiques*

Quatre questions ont été consacrées à recueillir la tranche d'âge des participantes (sept modalités de réponses), leur catégorie socio-professionnelles selon la classification de l'INSEE (huit modalités de réponses), leur situation conjugale et leur nombre d'enfants.

Une question sur le moyen contraceptif utilisé a également été posée.

### *2.2. L'implication du partenaire dans la contraception*

Cette partie comprend 35 questions permettant d'étudier l'implication des hommes dans divers aspects de la contraception. Pour de nombreuses questions, une échelle de fréquence, « Jamais – Rarement – Occasionnellement – Assez Souvent – Très souvent », a été retenue comme modalité de réponse. D'autres questions présentent des modalités de réponses diverses et quelques unes ont demandé à l'enquêtée d'indiquer ses réponses dans une zone de texte libre.

Ces questions abordent entre autres la communication autour de la contraception au sein de la dyade, l'accompagnement lors de consultations de contraception, la participation financière, l'aide apportée à la logistique de la contraception, les effets secondaires ressentis par la

femme et leurs éventuels impacts sur leur quotidien, l'aide apportée par le partenaire à la gestion de ces effets secondaires, l'avis et l'intérêt du partenaire pour le choix de la contraception, la gestion de la contraception d'urgence, l'intérêt et la possible implication du partenaire dans la contraception masculine, le ressenti de la femme quant à l'implication de son partenaire et au poids de la contraception. Nous pensons que ces questions permettent d'aborder la contraception et le travail contraceptif dans ses multiples dimensions, notamment en référence à l'article de Thomé et Rouzaud (2017).

Nous avons également posé deux questions concernant la répartition des tâches domestiques et parentales afin d'observer un éventuel lien entre ces variables et l'implication des hommes dans la contraception.

### *2.3. Le questionnaire de qualité de vie sur la sexualité féminine : le SQOL-F*

Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer l'impact d'une dysfonction sexuelle sur la qualité de vie sexuelle des femmes (Symonds et al., 2005). A la différence du FSFI et du BISF-W qui étudient des aspects plus physiologiques de la sexualité (excitation, lubrification, orgasme...), celui-ci recouvrent les domaines de l'estime de soi, des émotions et de la relation au partenaire en lien avec l'activité sexuelle.

Ce questionnaire est composé de 18 affirmations portant sur des aspects positifs ou négatifs de la sexualité. L'enquêtée doit dire si elle est en accord ou en désaccord avec chacun des 18 énoncés. Les modalités de réponses se présentent sous la forme d'une échelle de Likert en six points de « complètement d'accord » à « complètement en désaccord ».

Chaque réponse est transformée en une note de un à six, la réponse la moins favorable vaut un point et la plus favorable vaut six points. Les notes sont ensuite additionnées pour obtenir un score total qui varie de 18 à 108. La qualité de vie sexuelle est d'autant meilleure que le score est grand.

## 3. MATERIEL ET METHODES STATISTIQUES

Les résultats ont fait l'objet d'une vérification préalable pour la présence de données aberrantes et la cohérence entre les différents champs.

Une première analyse univariée descriptive a été réalisée afin d'évaluer les caractéristiques de la population. Les tests utilisés pour les comparaisons des moyennes de score de qualité de vie

sexuelle entre les groupes ont été faites à l'aide du test t de student (variables dichotomique) ou Kruskal-Wallis (variables polytomiques).

Le logiciel utilisé pour l'exploitation statistique des données est Stata® v.14.0 (Stata Corp., College Station, Texas, USA). Tous les tests ont été réalisés, conformément à leurs conditions d'application, avec un risque de première espèce  $\alpha=5\%$ . Ce risque correspond au risque d'admettre à tort une significativité observée à partir de notre échantillon.

## VI/- RESULTATS

La première partie de ce chapitre sera consacrée à la présentation descriptive des principaux résultats de notre étude, qui seront accompagnés de quelques schémas graphiques exportés du logiciel d'enquête en ligne SphinxDeclic® et du fichier Excel®. Celui-ci regroupe l'intégralité des données brutes de l'étude et a permis de réaliser plusieurs statistiques descriptives. L'ensemble des résultats aux deux questionnaires est détaillé dans l'annexe 3 (p. 105).

La seconde partie présentera l'analyse de la satisfaction sexuelle des femmes selon la fréquence de l'implication des hommes dans la contraception.

### 1. UNE ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS

#### 1.1. Caractéristiques générales de la population

Notre échantillon est constitué d'une majorité de femmes de moins de 30 ans (61%). Seules 59 femmes ont plus de 40 ans (figure 1).

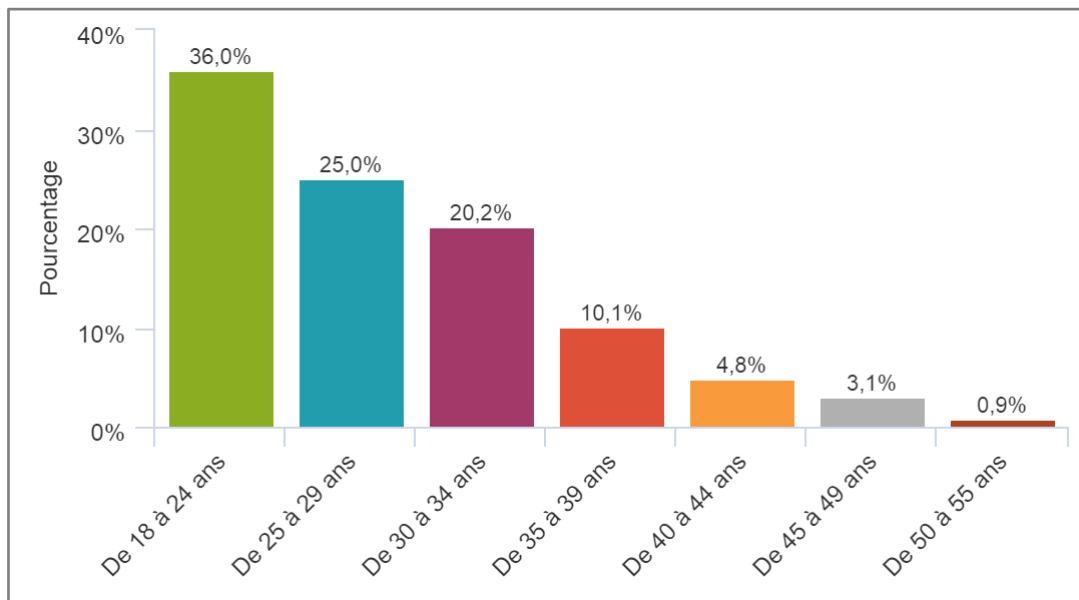


Figure 1: Répartition des femmes par tranches d'âge.

Près d'un tiers des 673 participantes de notre enquête sont des étudiantes. Parmi les deux tiers restant, on retrouve principalement des employées, des cadres et professions intellectuelles ainsi que des femmes en recherche d'emploi (figure 2).

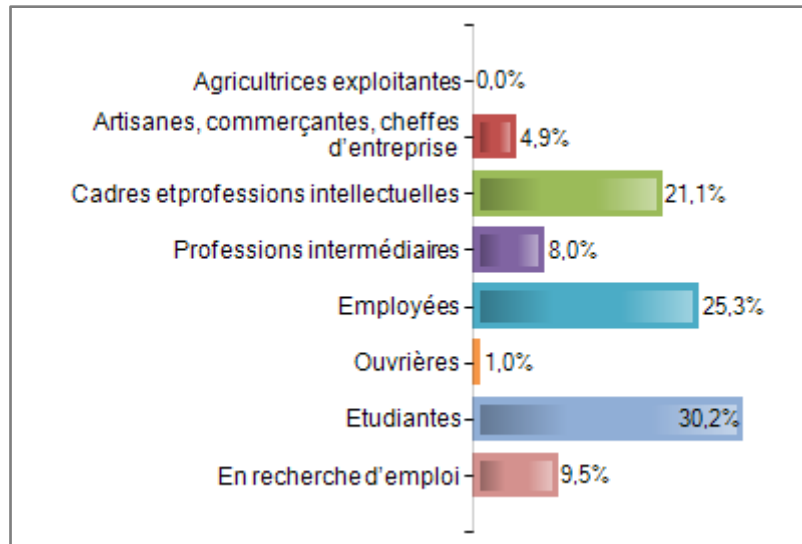


Figure 2: Répartition par catégorie socioprofessionnelle.

Parmi les répondantes, 62,85 % habitent avec leur partenaire homme : 29,72% (n=200) sont en concubinage, 17,53% sont mariées (n=118) et 15,60% (n=105) sont pacsées. 28,83 % (n=194) des femmes se déclarent en couple non cohabitant et 8,32% (n=56) ont répondu avoir un partenaire régulier.

Il est à noter que 65,23% des femmes de l'échantillon n'ont pas d'enfant. Elles sont 13,22 % à avoir un enfant, 15,30% en ont deux et 6,24% ont trois enfants ou plus.

Il nous semble important de mentionner également les différents moyens de contraception utilisés par les femmes de notre étude. Les femmes avaient la possibilité de sélectionner plusieurs méthodes de contraception. Nous notons qu'elles sont 178 (26,45%) à l'avoir fait. De ce fait, il y a 916 occurrences, et non 673 (effectif total). Nous avons choisi de présenter les chiffres rapportés à la taille de l'échantillon. Après avoir pris connaissance des précisions apportées par les femmes ayant répondu «autre », nous avons réajusté le tableau de résultats (exemple : deux femmes ont répondu la méthode de l'Andrositch, que nous pouvons intégrer dans la méthode thermique).

Ainsi, trois méthodes sont principalement sollicitées: le préservatif masculin (38,63%), la pilule (29,57%) et le DIU au cuivre (21,84%). On observe que 91 femmes ont déclaré utiliser

la méthode du retrait. Les méthodes de contraception à destination des hommes sont très peu utilisées, mais elles sont tout de même à noter : 1,63% des femmes (n=11) ont déclaré avoir un partenaire vasectomisé et 1,49 % (n=10) ont un partenaire qui utilise la méthode thermique (tableau 1).

	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pilule</b>	198	<b>29,42</b>
<b>DIU hormonal</b>	41	6,09
<b>DIU au cuivre</b>	147	<b>21,84</b>
<b>Implant</b>	17	2,53
<b>Patch</b>	1	0,15
<b>Progestatifs injectables</b>	0	0
<b>Anneau vaginal</b>	8	1,19
<b>Préservatif masculin</b>	260	<b>38,63</b>
<b>Préservatif féminin</b>	13	1,93
<b>Diaphragme</b>	7	1,04
<b>Cape cervicale</b>	0	0
<b>Spermicides</b>	2	0,3
<b>Méthode du retrait</b>	91	<b>13,52</b>
<b>Méthode du calendrier</b>	39	5,79
<b>Méthode dites naturelles</b>	47	6,98
<b>Méthode MAMA</b>	7	1,04
<b>Ligatures des trompes</b>	8	1,19
<b>Vasectomie du conjoint</b>	11	1,63
<b>Méthode thermique</b>	10	1,49
<b>Méthode hormonale</b>	0	0
<b>Aucune</b>	3	0,45
<b>Aucune/projet bébé</b>	2	0,3
<b>Boitier Persona</b>	1	0,15

*Tableau 1 : Méthodes contraceptives utilisées par les participantes.*



## 1.2. L'implication des hommes dans les divers aspects de la contraception

Pour plus de clarté dans la présentation des résultats de notre enquête, nous avons choisi de regrouper certaines des données sous des facteurs communs, en lien avec les différents aspects du travail contraceptif.

### 1.2.1. Communication autour de la contraception et intérêt du partenaire

Le sujet de la contraception est abordé dans la quasi-totalité des dyades de notre enquête, seules 2,08 % des femmes disent ne « jamais » parler de contraception avec leur partenaire. Cela semble même une conversation récurrente pour une grande partie des répondantes puisqu'elles sont 57,51% à en parler « très souvent » ou « assez souvent » (figure 3).

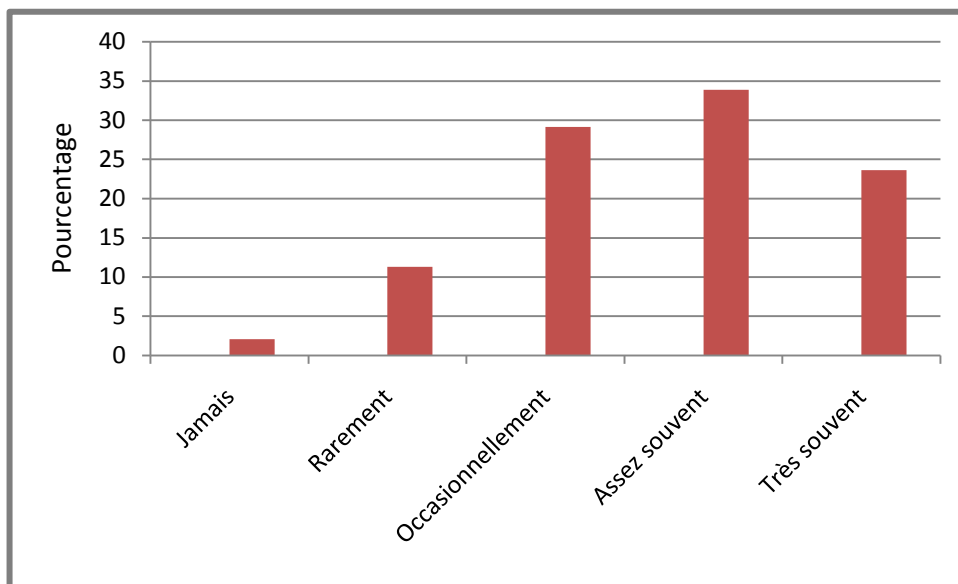


Figure 3: Fréquence selon laquelle les femmes parlent de contraception avec leur partenaire.

Par contre, pour environ la moitié des femmes, le partenaire n'est pas ou peu à l'initiative de la discussion (23,63 % ont répondu « Jamais » et 25,56% « Rarement »).

Certains hommes prennent toute de même l'initiative de cet échange « assez souvent » (13,37%) voire « très souvent » (3,86%). Un tiers des hommes abordent d'eux-mêmes ce sujet de manière occasionnelle (33,6%).

Concernant la perception des femmes de l'intérêt de leur partenaire porté à la contraception, il n'y pas de tendance particulière qui se dégage (figure 4). Les résultats sont

plutôt nuancés puisqu'il y a pratiquement autant de femmes qui n'ont jamais (27,34%) le sentiment que leur partenaire s'y intéresse que celles qui ont « rarement » (22,44%) et « occasionnellement » (23,77%) ce sentiment.

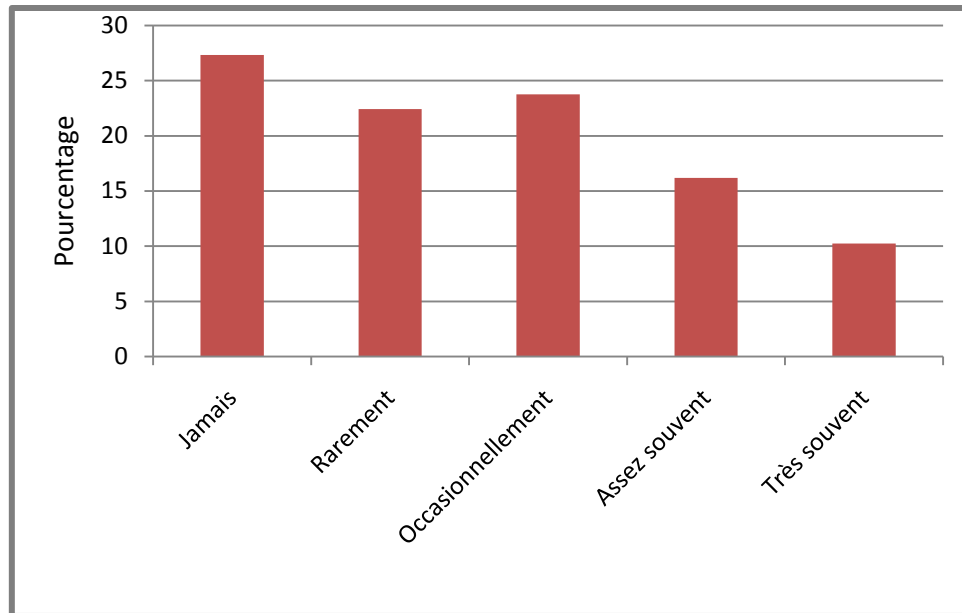


Figure 4 : Fréquence selon laquelle les femmes ont le sentiment que leur partenaire s'intéresse à la contraception.

Les résultats montrent qu'il existe également une diversité entre les hommes quant au fait de donner leur avis dans le choix d'une méthode contraceptive. Ainsi, 10,70% des femmes estiment que leur partenaire donne « très souvent » son avis, 27,64 % le donnent de manière occasionnelle alors que 18,28% ont répondu « Jamais ».

Au sujet du choix contraceptif, environ un quart (26%) des femmes de notre enquête aimerait changer de contraception dans les prochains mois, elles sont 21,25 % à « éventuellement » l'envisager et 52,75% des participantes ne le souhaitent pas.

Parmi les femmes souhaitant ou envisageant de changer de contraception (n=318), elles sont une grande majorité (75,47%) à déclarer que leur partenaire est d'accord avec leur choix. On peut tout de même remarquer que 13,52% des hommes ne sont pas au courant de ce changement éventuel et 20 femmes (6,29%) ont répondu que « cela ne concerne pas leur partenaire ».

### **1.2.2. Participation des hommes aux consultations de contraception**

Il est à noter que 63 femmes de notre échantillon (n=673) ne sont pas concernées par la question numéro dix. De ce fait, il nous semble plus pertinent de réaliser les pourcentages par rapport aux femmes concernées (ici, n= 610) plutôt que par rapport à l'ensemble de notre échantillon. Nous procéderons de la même manière pour les questions similaires.

Une grande majorité d'hommes (62,62%, n=382) n'accompagnent pas leur partenaire aux consultations médicales de contraception. Ils sont 10,49% (n=64) à les accompagner « rarement » et 12,13% (n=74) le font de manière occasionnelle. Ils sont tout de même près de 15 % à participer « assez souvent » (4,61%, n= 31) et « très souvent » (8,77% n=59) aux consultations de contraception.

### **1.2.3. Aspect financier de la contraception**

Parmi les femmes concernées par la charge financière de la contraception (n=544), on voit apparaître deux tendances opposées : un peu plus d'un tiers des hommes (35,48%, n=193) ne participent « jamais » aux frais liés à la contraception alors qu'ils sont 35,11% (n=191) à le faire « très souvent » et 11,76% (n= 64) « assez souvent ». Parmi les autres réponses, on retrouve que 9,56% (n=64) des hommes contribuent financièrement à la contraception de manière occasionnelle et 8,08% (n=44) « rarement ».

### **1.2.4. Contribution à l'observance de la méthode de contraception**

On voit apparaître des investissements différents à l'observance de la contraception suivant la méthode utilisée.

En effet, sur un échantillon de 516 femmes concernées, plus de la moitié des partenaires (54,07%, n=279) ne participent pas à l'aspect logistique de la contraception médicalisée (exemple : prise de pilule à heure, pose d'un stérilet, renouvellement de contraception...) (tableau 2).

<b>Fréquence</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Jamais</b>	279	54,07%
<b>Rarement</b>	52	10,08%
<b>Occasionnellement</b>	61	11,82%
<b>Assez souvent</b>	56	10,85%
<b>Très souvent</b>	68	13,18%
<b>Total</b>	516	100%

*Tableau 2: Participation des hommes à l'organisation de contraception médicalisée.*

Cet investissement est un peu plus nuancé lorsqu'il s'agit de contraception non médicalisée et demandant de connaître les périodes de fertilité et d'infertilité féminine (le nombre de femmes concernées par cette question est de 166 sur 673). On peut observer que plus d'un tiers (35,54%, n=59) des hommes se préoccupent de connaître la période dans laquelle se situe leur partenaire avant d'engager une activité sexuelle (tableau 3).

<b>Fréquence</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Jamais</b>	45	27,11%
<b>Rarement</b>	23	13,86%
<b>Occasionnellement</b>	19	11,45%
<b>Assez souvent</b>	20	12,05%
<b>Très souvent</b>	59	35,53%
<b>Total</b>	166	100%

*Tableau 3: Fréquence selon laquelle le partenaire se préoccupe de connaître la période du cycle de la femme.*

L'investissement des hommes dans les aspects organisationnels de la contraception semble plus important lorsqu'il s'agit de la méthode du préservatif interne ou externe. En effet, sur un effectif de 462 répondantes, 27,8 % à 47 % ont déclaré que leur partenaire réalise « très souvent » les comportements nécessaires à l'utilisation de cette méthode. Toutefois, vérifier la date de péremption est un acte « jamais » réalisé pour 41,3 % des partenaires des participantes alors que 47% d'entre eux initient l'utilisation du préservatif au moment du rapport sexuel. L'investissement est donc plus ou moins fort selon les comportements à réaliser (tableau 4).

	Jamais		Rarement		Occasionnellement		Assez souvent		Très souvent		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
<b>Il vérifie qu'il reste des préservatifs</b>	75	<b>16,23%</b>	46	<b>9,96%</b>	67	<b>14,50%</b>	92	<b>19,91%</b>	182	<b>39,39%</b>	462	100%
<b>Il vérifie la date de péremption</b>	191	<b>41,34%</b>	47	<b>10,17%</b>	50	<b>10,82%</b>	45	<b>9,74%</b>	129	<b>27,92%</b>	462	100%
<b>Il pense à en acheter</b>	77	<b>16,67%</b>	40	<b>8,66%</b>	75	<b>16,23%</b>	101	<b>21,86%</b>	169	<b>36,58%</b>	462	100%
<b>Il en achète</b>	67	<b>14,50%</b>	37	<b>8 %</b>	91	<b>19,70%</b>	80	<b>17,32%</b>	187	<b>40,48%</b>	462	100%
<b>Il initie son utilisation au moment du rapport</b>	47	<b>10,17%</b>	35	<b>7,58%</b>	61	<b>13,20%</b>	102	<b>22,08%</b>	217	<b>46,97%</b>	462	100%

*Tableau 4: Implication du partenaire dans les comportements liés à l'utilisation du préservatif interne ou externe.*

En lien avec cet aspect organisationnel de la contraception, nous avons également souhaité savoir si les hommes s'impliquent dans la gestion de la contraception d'urgence. Parmi les femmes concernées par cette question (n=283), 42,76% ont déclaré que leur partenaire s'est impliqué « très souvent » dans cette gestion et 10,60% ont répondu « assez souvent ». On note que près d'un quart des hommes (23,32%) ne se sont jamais investi dans cette situation.

### **1.2.5. Gestion des effets secondaires liés à la contraception**

Parmi les 673 femmes de notre échantillon, nous observons que plus de la moitié (52,45%, n=353) ressentent des effets secondaires, positifs ou négatifs, liés à la contraception. Les effets secondaires les plus cités (pour rappel, plusieurs réponses étaient possibles) sont l'augmentation ou l'apparition de troubles de l'humeur (n=148), la prise de poids (n=109), l'augmentation des règles (n=109), la diminution de la libido (n=160), l'augmentation ou l'apparition de douleurs (n=119), et la sécheresse vaginale (n=101). On note que la majorité des effets secondaires nommés sont négatifs. Par exemple, l'item « sécheresse vaginale » obtient 101 occurrences alors que l'item « augmentation de la lubrification vaginale » recueille 28 occurrences, ou encore l'item « augmentation de la libido » recueille 32 occurrences alors que celui concernant la « diminution de la libido » en obtient 160.

A noter, parmi les réponses « autre » (n=38), certaines femmes ont mentionné : des troubles digestifs, des infections vaginales répétées, une fatigue importante et des douleurs lors du rapport sexuel.

Parmi les 337 femmes ressentant des effets secondaires négatifs, nous observons qu'elles sont nombreuses à considérer que ceux-ci ont un impact sur leur vie au quotidien : 16,32% (n=55) des femmes le qualifie de « faible », 37,39% (n=126) de « modéré », 32,94% (n=111) d' « élevé » et 11,28% (n=38) de « très élevé ». Seules sept femmes (2,08%) ont répondu que les effets indésirables ressentis n'avaient aucun effet au quotidien.

Cet aspect de la contraception est discuté à des fréquences variables selon les dyades de l'échantillon, mais il apparaît tout de même que 62,61% des 329 femmes ayant répondu à cette question en discutent « très souvent » ou « assez souvent » avec leur partenaire (figure 5).

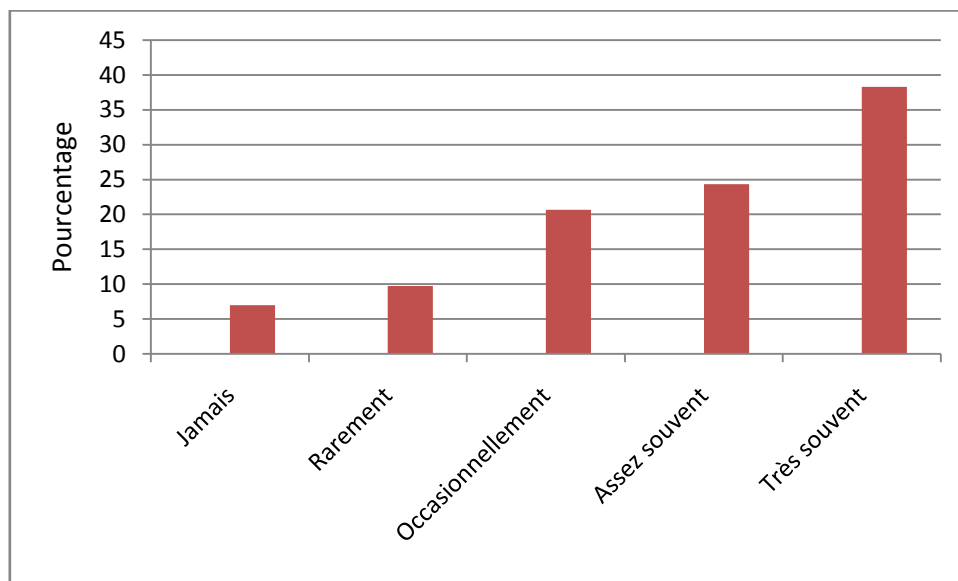


Figure 5: Discussion avec le partenaire des effets secondaires liés à la contraception.

De plus, parmi les 305 femmes concernées par la question du soutien apporté par le partenaire, nombreuses sont celles qui déclarent que celui-ci les aide dans la gestion des effets secondaires. En effet, elles sont 135 (44,26%) à répondre que ce soutien a lieu « très souvent » et 78 (25,57%) ont répondu « assez souvent ».

Ce soutien revêt plusieurs formes comme le montre le nuage de mots-clés suivant:



Parmi les 218 femmes ayant détaillé la ou les formes de soutien apporté par leur partenaire, on retrouve principalement l'écoute, le soutien moral, la compréhension dont fait preuve celui-ci. Les hommes s'impliquent également en recherchant d'autres contraceptifs que celui utilisé par leur partenaire, cette idée est citée une trentaine de fois environ. Parmi la recherche de solutions, le recours à une contraception masculine telle que la vasectomie et la méthode thermique est envisagé pour dix hommes. Toujours dans la recherche d'alternative, plusieurs femmes ont exprimé « être passé » au préservatif masculin et avoir eu le soutien de leur partenaire dans leur choix d'arrêter la pilule.

Par ailleurs, une vingtaine de femmes ont également nommé la tendresse, l'affection, qui peut prendre la forme de massages notamment, comme soutien à la gestion des effets indésirables. On peut aussi mentionner qu'une quinzaine de femmes ont déclaré que le fait de discuter des effets secondaires est une forme de soutien.

### **1.2.6. Intérêt et recherche pour d'autres méthodes de contraception telle que la contraception masculine**

Comme nous l'avons décrit, les effets indésirables liés à des contraceptifs peuvent amener femmes et hommes à chercher d'autres moyens de contraception plus adaptés. Cette recherche d'informations est essentiellement réalisée par les femmes de notre enquête (61,52%). Pour 15,45% des participantes, les deux partenaires sont impliqués dans cette

démarche. Il est à noter qu'aucun des deux partenaires ne réalise ce genre de recherche pour 12% (n=81) des réponses, il n'y a sans doute pas de besoin de changer de contraception.

Ce faible intérêt des hommes dans la recherche de contraception alternative est également retrouvé lorsqu'il s'agit de la contraception masculine puisqu'une grande majorité des partenaires des enquêtées ne se renseigne jamais (61,37%) sur les méthodes thermiques, hormonales ou sur la vasectomie (figure 6).

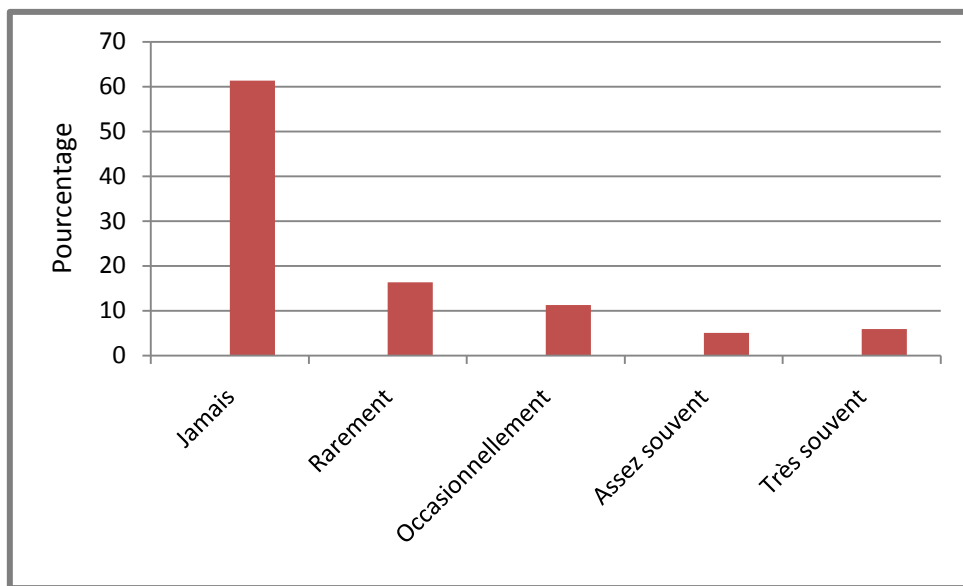


Figure 6: Recherche des partenaires pour des méthodes de contraception masculine.

Toutefois, certains hommes s'impliquent au-delà de la recherche d'informations sur la contraception masculine puisque 15% des femmes (n=101) déclarent que leur partenaire a effectué des démarches pour prendre en charge la contraception. Parmi celles-ci, on retrouve principalement l'achat du préservatif masculin (cité par une trentaine de femmes), la recherche de renseignements sur la méthode thermique ou la vasectomie (cité 20 fois), acté pour quelques hommes par la prise d'un rendez-vous chez l'urologue. Enfin, plusieurs partenaires ont fait le choix de la contraception masculine soit en réalisant une vasectomie (cité 17 fois) soit en utilisant la méthode thermique au moyen d'un slip chauffant ou de l'andros witch (cité 9 fois). On retrouve également le fait de participer à la charge financière de la contraception (consultations gynécologiques et frais liés à la pilule) et la participation du partenaire à la symphothermie. On peut noter qu'une des femmes a mentionné que son partenaire a eu recours à la méthode hormonale pendant 18 mois.



Parmi les raisons citées expliquant le recours à une contraception masculine, qui est essentiellement le préservatif externe ou masculin, nous retrouvons la volonté d'éviter la prise d'hormones (cité 26 fois) et les effets secondaires dus aux contraceptifs (cité 32 fois), cela parfois suite à l'arrêt de la pilule (cité 11 fois). Plusieurs enquêtées ont précisé qu'elles ne supportaient aucune contraception (cité 10), le préservatif dit masculin était donc la seule solution contraceptive.

Par ailleurs, une dizaine de femmes ont répondu que l'utilisation d'une méthode masculine répondait au besoin de partager la charge contraceptive. D'autres participantes utilisent le préservatif pour son aspect préventif contre les IST (cité 10 fois). Enfin, parmi les quelques réponses isolées, nous retrouvons le choix d'une méthode thermique ou d'une vasectomie par souhait du partenaire de maîtriser sa propre fécondité ou par volonté de se passer du préservatif ainsi que la double protection du préservatif dans les périodes de fertilité, notamment dans la méthode symptothermique.

Concernant la perception des femmes quant à l'attitude de leur partenaire à prendre une contraception masculine telle que la pilule, elles sont peu à affirmer cette possibilité (13,82%), mais elles sont 42,05% à l'envisager. Par contre, un tiers estime que leur partenaire ne serait pas prêt à utiliser une méthode masculine et une femme sur dix a déclaré qu'elle ne souhaite pas que son partenaire prenne une contraception masculine.

### **1.2.7. Perception de l'implication du partenaire et ressentis de la charge contraceptive**

Les résultats précédents nous ont montré les nuances et contrastes de l'implication des hommes dans la contraception, mais qu'en est-il de la satisfaction des femmes quant à cet investissement ?

Leurs réponses révèlent que plus des deux tiers se disent « satisfaites » ou « plutôt satisfaites » de l'implication de leur partenaire (figure 7).

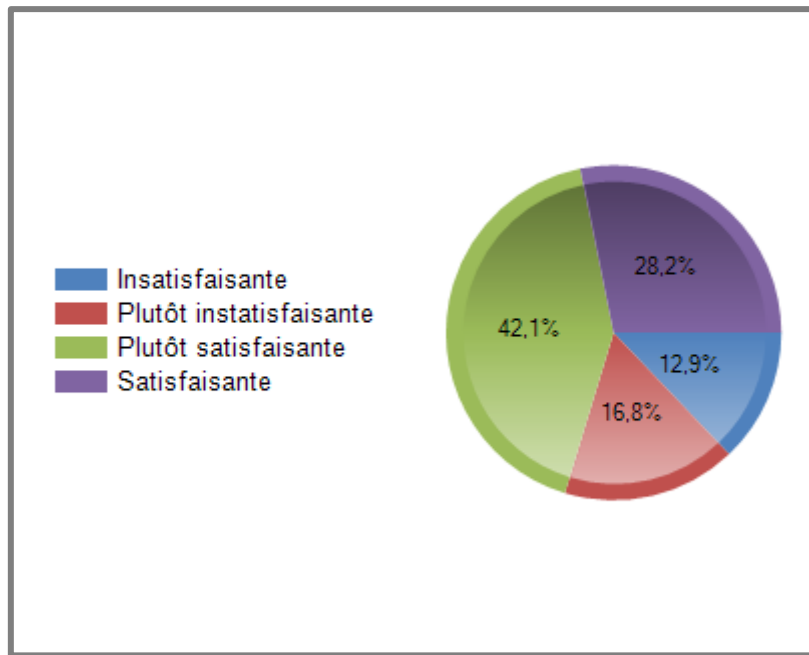


Figure 7: Satisfaction des femmes quant à l'implication de leur partenaire dans la contraception

Concernant leurs attentes envers leur partenaire, environ 55 % des participantes n'en mentionne aucune. Parmi les autres réponses, on retrouve principalement le souhait que le partenaire s'implique davantage dans la contraception (cité 70 fois environ), par exemple, en posant des questions sur le cycle de la femme, sur le fonctionnement de leurs corps ou en participant financièrement ou de manière plus concrète (rappeler la prise de la pilule, s'investir davantage dans l'achat de préservatif, connaître les périodes de fertilité de la femme...). Elles sont une quarantaine à attendre de leur partenaire qu'il s'intéresse davantage à la contraception utilisée et à ses effets et qu'il se renseigne sur cette question, notamment sur les méthodes masculines. Au sujet de ces dernières, environ 40 femmes aimeraient que leur partenaire réalise une vasectomie ou opte pour la méthode thermique.

D'autres femmes mentionnent également le besoin du respect de leur choix contraceptif (cité 20 fois) par leur partenaire et leur besoin d'échanger davantage sur ce sujet (cité 20 fois).

Enfin, une vingtaine de femmes mentionnent qu'elles aimeraient que leur partenaire reconnaisse la charge mentale liée à la contraception et qu'il soit responsable de la moitié de celle-ci.

A ce sujet, les participantes sont un peu plus d'un tiers à estimer que la contraception représente une charge « élevée » ou « très élevée » pour elle, et une femme sur dix estime qu'elle ne revêt aucune charge pour elle (figure 8).

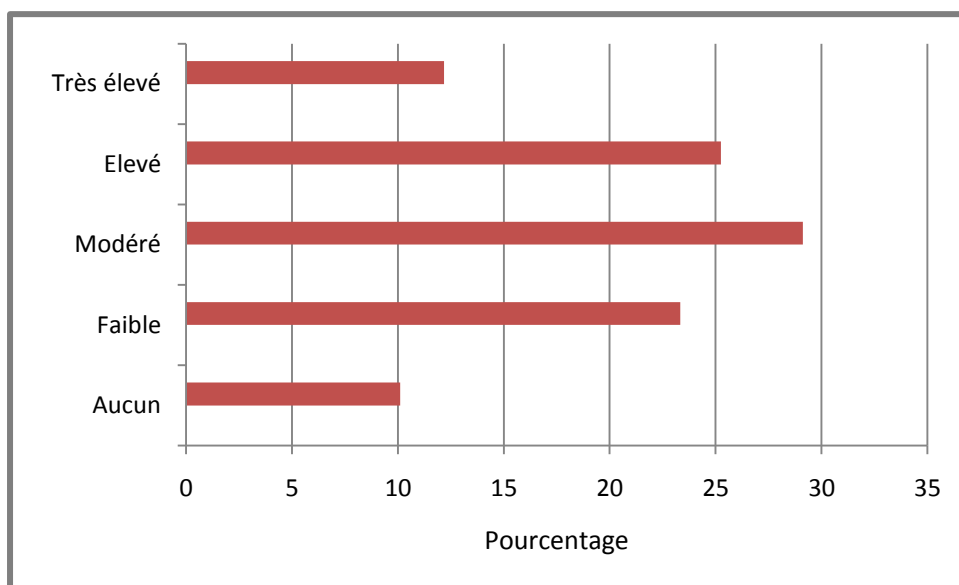


Figure 8: Intensité ressentie des femmes de la charge contraceptive.

### 1.3. La satisfaction sexuelle des femmes évaluée au moyen du SQOL-F

Tout d'abord, chaque réponse aux 18 questions du SQOL-F a été transformée en une note de un à six, la réponse la moins favorable vaut un point et la plus favorable vaut six points. Les notes ont été ensuite additionnées pour obtenir un score total. La qualité de vie sexuelle est d'autant meilleure que le score est grand.

#### 1.3.1. Généralités statistiques

Concernant les 673 femmes de notre échantillon, nous obtenons les données suivantes :

- Le score total moyen est de 84,58 ;
- La médiane est de 91 ;
- Le score minimum est de 23 et le score maximum est de 108 ;
- L'écart-type est de 20,32.

Il nous paraît rébarbatif de présenter les résultats de l'ensemble du questionnaire, c'est pourquoi l'intégralité des données est détaillée en annexes 3. Toutefois, quelques résultats, ceux dont la moyenne des scores à une question posée se rapproche de 4 (sur une échelle de Likert de 1 à 6) alors qu'elle se situe dans l'ensemble aux alentours de 5, méritent notre attention.

### 1.3.2. Résultats pertinents au questionnaire du SQOL-F

Concernant le sentiment de frustration, les résultats montrent que 43,24% des participantes sont « complètement d'accord » (7,87%, n=53), « moyennement d'accord » (11,44%, n=77) ou un « peu d'accord » (23,92%, n=161) pour dire qu'elles se sentent frustrées lorsqu'elles pensent à leur vie sexuelle.

A peine un tiers des femmes (32,54%, 219) sont « complètement en désaccord » avec cette affirmation.

La question numéro sept, qui aborde le sentiment d'inquiétude dans la vie sexuelle, montre également des résultats nuancés. Deux tendances apparaissent parmi les femmes de notre échantillon : 37 % d'entre elles sont « complètement en désaccord » pour dire qu'elles ressentent de l'inquiétude alors qu'elles sont de tout même 43,83% à répondre de manière défavorable (complètement d'accord ; moyennement d'accord : un peu d'accord) à cette question (figure 9).

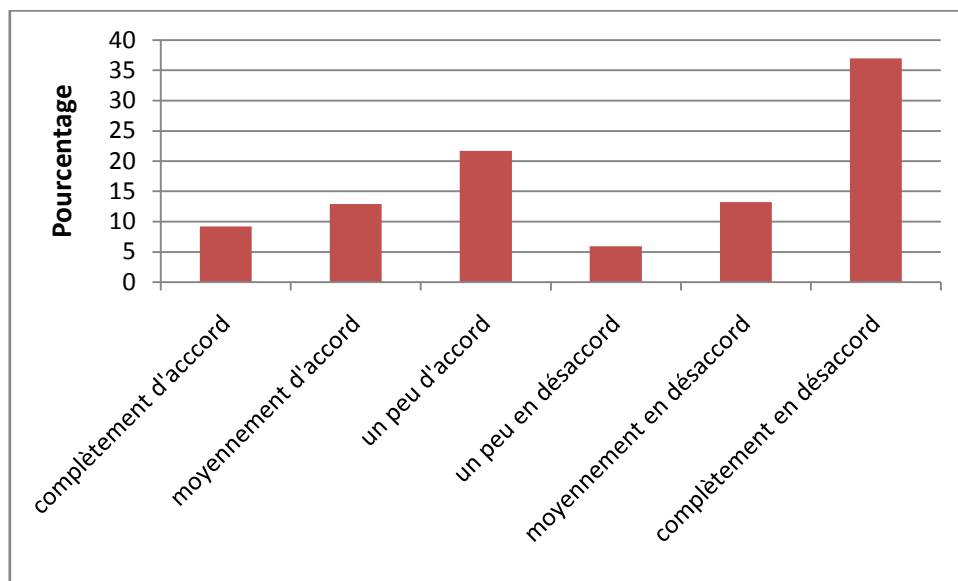


Figure 9 : Quand je pense à ma vie sexuelle, je ressens de l'inquiétude.

Ce sentiment d'inquiétude est également retrouvé concernant l'avenir de la vie sexuelle des femmes de notre enquête, cela dans des proportions plutôt semblables aux résultats précédents (figure 10). Ainsi, une femme sur 10 déclare être « complètement d'accord » pour dire que l'avenir de sa vie sexuelle l'inquiète.

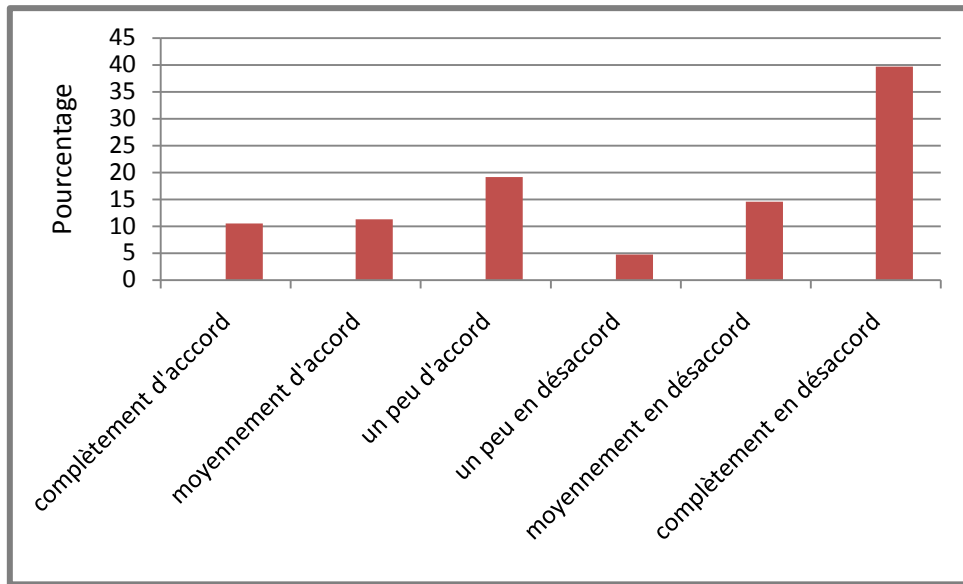


Figure 10: L'avenir de ma vie sexuelle m'inquiète.

Par ailleurs, nous constatons qu'une femme sur 10 déclare être « complètement d'accord » pour dire avoir peur que son partenaire ait de la peine ou se sente rejeté. Elles sont un peu plus d'un tiers (35,66%) à répondre de manière défavorable à cette question (figure 11).

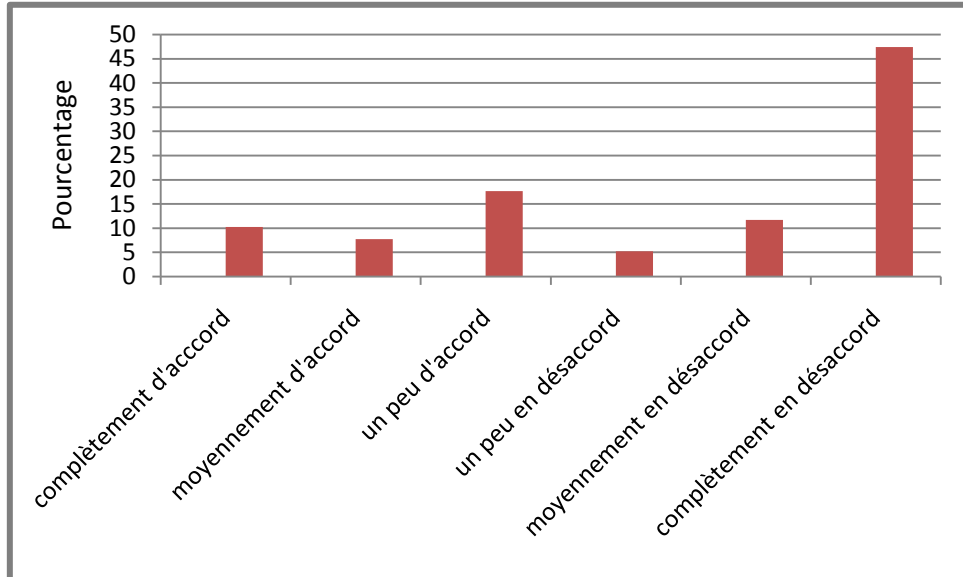


Figure 11: Quand je pense à ma vie sexuelle, j'ai peur que mon partenaire ait de la peine ou se sente rejeté.

Nous remarquons qu'un peu plus de la moitié des participantes (51,41%, n=346) a répondu être d'accord, à des degrés différents, avec l'affirmation suivante : « Quand je pense à ma vie sexuelle, j'ai le sentiment qu'il me manque quelque chose ». Ainsi, 15,60 % des femmes sont « complètement d'accord » avec ce sentiment de manque, 11,44% sont

« moyennement d'accord » et 24,37% ont répondu être « un peu d'accord ». Il s'agit de la seule question du SQOL-F à laquelle la moitié des femmes a répondu plus de manière défavorable que favorable.

On peut tout de même noter qu'un tiers des femmes de l'échantillon est complètement en désaccord avec cette affirmation.

Enfin, concernant la fréquence de leurs activités sexuelles, les participantes sont 63% à être en accord avec le sentiment de satisfaction, mais à des degrés différents (figure 12). Il n'y a pas de tendance forte qui se dégage des résultats comme c'est le cas pour d'autres questions. On note qu'une femme sur dix déclare être « complètement en désaccord » avec le fait d'être satisfaite de la fréquence de ses activités sexuelles.

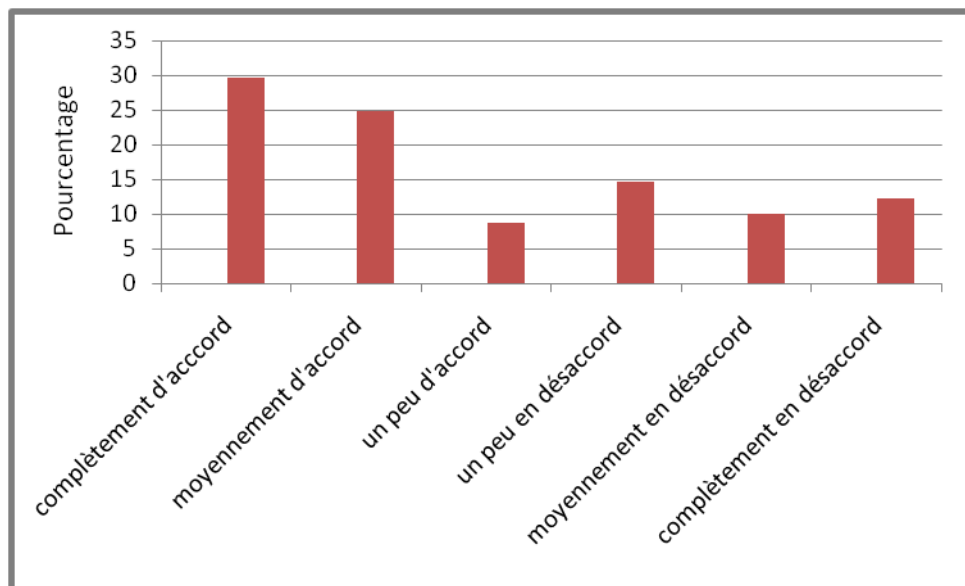


Figure 12: *Quand je pense à ma vie sexuelle, je suis satisfaite de la fréquence de mes activités sexuelles.*

## 2. IMPLICATION DES HOMMES DANS LA CONTRACEPTION ET SATISFACTION SEXUELLE DES FEMMES

Cette première présentation des résultats a montré l'existence de divers degrés d'implication des hommes en fonction des différents aspects de la charge contraceptive. Nous allons pouvoir désormais nous intéresser à notre objectif principal : déterminer si le niveau de satisfaction sexuelle des femmes varie en fonction de l'investissement des hommes dans la contraception. Pour ce faire, nous avons comparé les moyennes du score de qualité de vie sexuelle des enquêtées suivant leur réponse au questionnaire portant sur la fréquence d'implication de leur partenaire. Les tests utilisés pour examiner la significativité des différences de scores sont le test t de Student (variables dichotomique) ou Kruskal-Wallis (variables polytomiques). Tous les tests ont été réalisés, conformément à leurs conditions d'application, avec un risque de première espèce  $\alpha=5\%$ , qui correspond au risque d'admettre à tort une significativité observée à partir de notre échantillon.

### *2.1. Communication autour de la contraception et intérêt du partenaire*

On constate que les femmes de notre enquête ont un score de satisfaction sexuelle plus élevé lorsqu'elles discutent « très souvent » ou « assez souvent » de contraception avec leur partenaire que celles qui n'en parlent « jamais » ou rarement ». Cette différence observée est statistiquement significative ( $p = 0,0004$ ). Ce constat est également retrouvé concernant l'initiative du partenaire pour ce genre de discussion, le sentiment qu'il s'intéresse à la contraception et le fait de donner son avis quant au choix d'une méthode contraceptive (tableau 5).

De plus, les femmes souhaitant changer de contraception ont un score total au SQOL-F ( $m = 78,71$ ) significativement inférieur ( $p = 0,0001$ ) à celui des femmes qui ne veulent pas en changer ( $m = 88,76$ ), il en est de même pour celles qui envisagent éventuellement d'opter pour une nouvelle contraception ( $m = 81,36$ ).

Parmi celles désireuses de changement, nous remarquons que les femmes dont le partenaire est au courant ont un niveau de satisfaction sexuelle plus élevé ( $m = 81,91$ ) que celles qui considèrent que l'homme n'est pas concerné par cette décision ( $m = 73,30$ ) ainsi que celles dont le partenaire ne connaît pas ce souhait de changement ( $m = 74,35$ ) ou qui n'est pas

d'accord avec ce dernier ( $m = 72,47$ ). Ces différences sont statistiquement significatives ( $p = 0,0257$ ).

<b>Réponses</b> <i>Questions</i>	<b>Jamais</b> m ± sd	<b>Rarement</b> m ± sd	<b>Occasionnellement</b> m ± sd	<b>Assez Souvent</b> m ± sd	<b>Très souvent</b> m ± sd	<b>P</b> (test du Kruskal-Wallis)
<i>Q.6 Discuter de contraception</i>	73,29 ± 21,16	77,57 ± 22,12	83,96 ± 20,94	85,30 ± 19,18	88,64 ± 19,16	0.0004
<i>Q.7 Le partenaire initie la discussion</i>	83,66 ± 21,37	83,69 ± 20,04	83,59 ± 21,02	89,62 ± 17,30	87,15 ± 1,74	0.0001
<i>Q.8 Sentiment que le partenaire s'intéresse à la contraception</i>	77,07 ± 22,22	84,23 ± 19,78	86,77 ± 18,46	90,64 ± 18,06	90,72 ± 17,85	0.0001
<i>Q.9 Avis du partenaire sur le choix contraceptif</i>	77,73 ± 23,53	83,01 ± 20,29	86,49 ± 18,72	86,51 ± 19,59	89,40 ± 17,48	0.0017

Tableau 5: Moyennes et écarts-types au SQOL-F en fonction de l'implication du partenaire dans les échanges sur la contraception et de son intérêt.

## 2.2. Participation des hommes aux consultations de contraception

Nous avons choisi de regrouper les réponses « jamais » et « rarement » en une seule catégorie de réponses ainsi que les modalités « occasionnellement », « assez souvent » et « très souvent » ensemble afin que les résultats soient plus pertinents. Nous avons alors opéré le test t de Student sur ces derniers afin d'évaluer leur significativité. Cette façon de procéder a également été réalisée pour diverses questions.

Ainsi, nous observons que les femmes qui ont tendance à ne pas être accompagnées par leur partenaire aux consultations de contraception ont un score de satisfaction sexuelle de quatre points inférieur ( $m = 82,96$  ; s.d. = 20,80) à celles qui ont tendance à l'être ( $m=86,95$  ; s.d. = 20,41) ( $p = 0,0351$ ).



### 2.3. Aspect financier de la contraception

Parmi les participantes payant des frais supplémentaires (c'est-à-dire non remboursés) liés à leur contraception (n = 544), celles dont le partenaire a tendance à participer à cette charge financière ont significativement (p = 0,0001) un meilleur score de qualité de vie sexuelle (m = 80,42 ; s.d. = 21,86) que celles dont le partenaire ne participe pas financièrement ou rarement (m = 87,09 ; s.d. = 18,73).

### 2.4. Contribution à l'observance de la méthode de contraception

Nous pouvons constater que les femmes dont le partenaire a tendance à s'impliquer dans les aspects logistiques de la contraception ont une meilleure satisfaction sexuelle que celles dont le partenaire ne s'implique pas ou très peu. Ceci est retrouvé pour la contraception médicalisée, pour les méthodes d'abstinence périodique et pour les préservatifs internes et externes (tableau 6).

<b>Réponses</b> <i>Questions</i>	<b>Jamais/Rarement</b> m ± sd	<b>Occasionnellement/Assez souvent/Très souvent</b> m ± sd	<b>P</b> (test t de Student)
<i>Q.12 Participation du partenaire à l'organisation de la contraception</i>	80,58 ± 21,31	86,82 ± 19,53	0.0011
<i>Q.13 Participation à la méthode d'abstinence périodique</i>	80,65 ± 22,03	90,92 ± 16,14	0.0007
<i>Q.14 Participation à la logistique du préservatif interne ou externe.</i>			
- Il vérifie qu'il en reste	75,57 ± 22,44	87,03 ± 18,84	0.0000
- Il vérifie la date de péremption	78,94 ± 21,58	89,47 ± 17,81	0.0000
- Il pense à en acheter	74,40 ± 22,38	87,24 ± 18,71	0.0000
- Il en achète	73,67 ± 23,4	87,16 ± 18,42	0.0000
- Il initie son utilisation	77,41 ± 22,53	85,44 ± 19,76	0.0012

Tableau 6: Moyennes et écarts-types au SQOL-F en fonction de l'implication du partenaire dans les aspects logistiques de la contraception.

En lien avec l'aspect organisationnel de la contraception, nous avons également souhaité savoir si l'investissement des hommes dans la contraception d'urgence peut influencer la satisfaction sexuelle des femmes. Il apparaît alors une différence significative ( $p = 0,0001$ ) entre les scores des femmes dont le partenaire a tendance à ne pas s'être impliqué dans la gestion de cette problématique ( $m = 77,65$ ) et celles dont le partenaire a tendance à s'investir ( $m = 87,36$ ).

### 2.5. Gestion des effets secondaires liés à la contraception

Nous remarquons que le score total moyen au SQOL-F des femmes de notre échantillon semble diminuer en fonction de l'importance de l'impact des effets secondaires sur leur vie quotidienne (figure 13). Ainsi, les femmes ressentant un faible impact de ces derniers ont une meilleure satisfaction sexuelle ( $m = 89,75$ ) que celles ayant évalué cet impact comme « très élevé » ( $m = 66,95$ ). Cette différence est significative ( $p = 0,0001$ ).

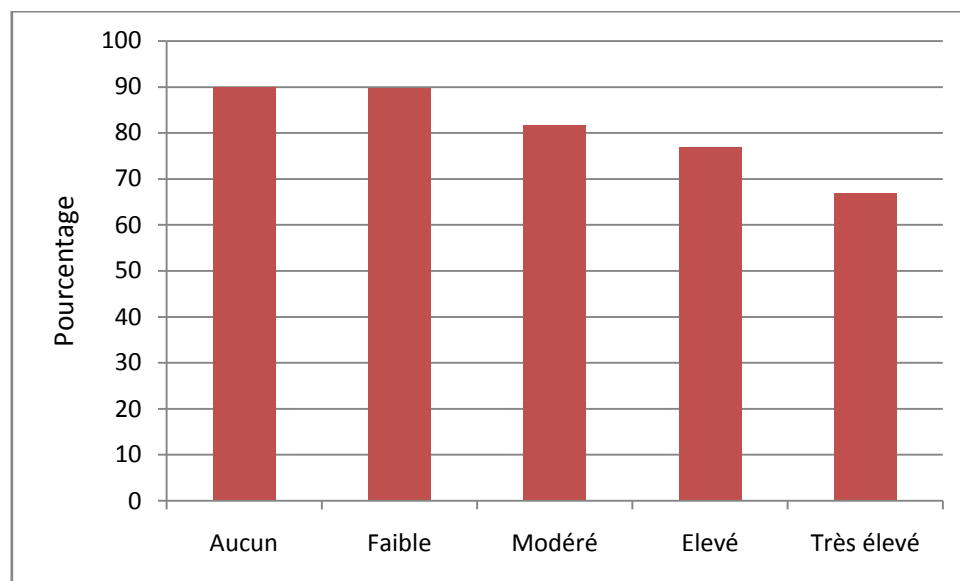


Figure 13: Score total moyen au SQOL-F en fonction de l'impact des effets secondaires liés à la contraception.

Concernant l'investissement des hommes dans la problématique des effets indésirables, nous observons un effet positif de leurs comportements sur la satisfaction sexuelle des femmes lorsqu'ils discutent de ces effets et qu'ils apportent leur soutien d'une manière ou d'une autre. En effet, les femmes dont le partenaire a tendance à discuter avec elle des problèmes liés à la contraception ont significativement ( $p = 0,238$ ) un score de satisfaction sexuelle plus élevé ( $m = 80,91$ ) que celles dont le partenaire a tendance à ne pas échanger

avec elle sur ce sujet ( $m = 73,64$ ). Nous faisons le même constat pour la question du soutien apporté par le partenaire. La différence observée entre les deux tendances est d'ailleurs plus importante, il y a près de 12 points d'écart entre les femmes dont le partenaire a tendance à la soutenir ( $m = 82,24$ ) et celles dont le partenaire a tendance à ne pas s'impliquer dans ce soutien ( $m = 70,37$ ).

### 2.6. Intérêt et recherche pour d'autres méthodes de contraception telle que la contraception masculine

Nous constatons que les femmes dont le partenaire se renseigne « très souvent » sur les méthodes de contraception masculine ont un score moyen plus élevé au SQOL-F que celles dont le partenaire se renseigne « rarement ou « jamais » (tableau 7). Néanmoins, les différences de résultats ne sont pas significatives.

	<b>Jamais</b> m ± sd	<b>Rarement</b> m ± sd	<b>Occasionnelle ment</b> m ± sd	<b>Assez souvent</b> m ± sd	<b>Très souvent</b> m ± sd	<b>P</b> (test du Kruskal- Wallis) m ± sd
<i>Q.19 Se renseigne sur les méthodes de contraception masculine</i>	82,71 ± 21,27	85,85 ± 18,74	87,80 ± 17,77	90,09 ± 19,06	89,55 ± 18,29	0.0579

Figure 7 : Moyennes et écarts-types du SQOL-F en fonction de l'intérêt du partenaire pour les méthodes masculines.

Par ailleurs, la satisfaction sexuelle des participantes déclarant que leur partenaire n'est pas prêt à prendre une contraception masculine, telle que la pilule, est significativement ( $p = 0,0155$ ) inférieure ( $m = 80,85$ ) à celle des participantes qui pensent que leur partenaire est prêt ( $m = 87,62$ ). On constate que les femmes ne souhaitant pas que leur partenaire utilise ce type de méthode ont un score équivalent à ces dernières ( $m = 87,69$ )

### 2.7. Perception de l'implication du partenaire et ressentis de la charge contraceptive

Les résultats de notre enquête semblent montrer un effet sur la qualité de vie sexuelle des femmes du niveau de leur satisfaction concernant l'implication de leur partenaire dans la contraception.

En effet, les participantes se déclarant « insatisfaites » de l'investissement de leur partenaire ont un score total au SQOL-F nettement inférieur ( $m = 69,22$ ) à celles qui se disent « plutôt satisfaites » ( $m = 85,75$ ) et « satisfaites » ( $m = 91,99$ ). Les femmes « plutôt insatisfaites » de l'implication de leur partenaire ont un score moyen de 81. Ces différences sont significatives ( $p = 0,0001$ ).

Enfin, nous observons que le score total au SQOL-F varie en fonction du niveau de la charge contraceptive ressentie par les femmes de notre enquête (figure 14). Ainsi, celles déclarant que l'utilisation d'une contraception ne représente aucune charge ont une satisfaction sexuelle nettement supérieure ( $m = 93,06$ ) aux participantes estimant que leur charge contraceptive est « très élevée » ( $m = 73,40$ ). Les différences entre les scores observés sont significatives ( $p = 0,0001$ ).

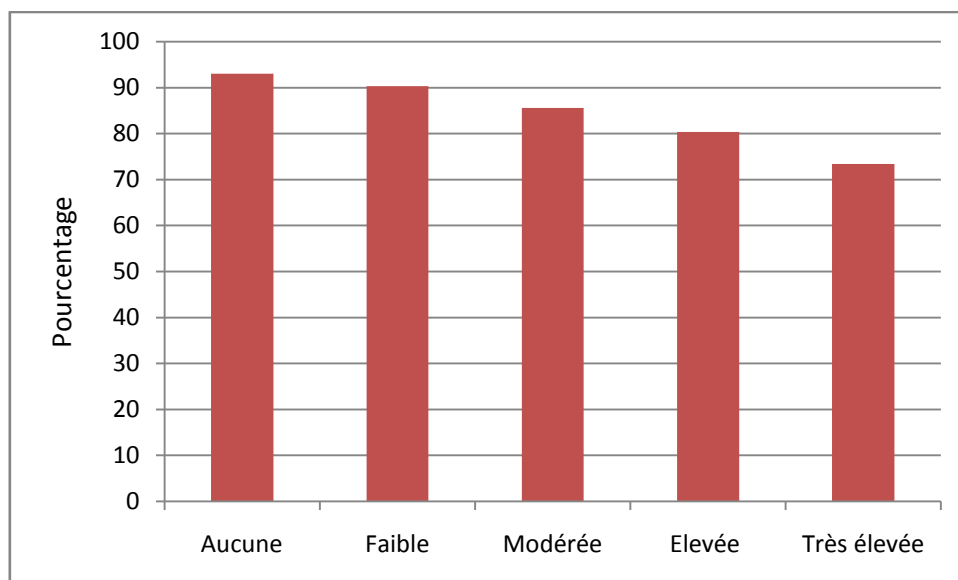


Figure 14: Score au SQOL-F en fonction de la charge contraceptive ressentie.

## VII/- DISCUSSION

L'objectif de la présente étude était de déterminer si l'implication des hommes dans la contraception a un effet sur la satisfaction sexuelle des femmes. Dans un premier temps, nous nous sommes intéressée aux comportements contraceptifs des hommes par le prisme de la perception de leur partenaire (questionnaire sur l'implication des hommes). Nous avons alors pu constater une diversité dans l'investissement des hommes.

Dans un second temps, nous avons souhaité évaluer si le degré (objectivée par la fréquence) d'implication des hommes influence la satisfaction sexuelle de leur partenaire, évaluée au moyen d'un questionnaire de qualité de vie sexuelle, le SQOL-F.

Les résultats, présentés précédemment, ont révélé plusieurs points intéressants que nous souhaitons approfondir dans cette partie.

### 1. DES IMPLICATIONS MASCULINES NUANCEES DANS LES COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS

Tout d'abord, notre étude, par le biais d'une méthode quantitative, a permis de préciser l'existence de comportements contraceptifs masculins diversifiés. Cela vient confirmer ce que Desjeux (2008 ; 2009) avait mis en lumière à travers l'analyse de 44 entretiens auprès d'hommes et de femmes sur les pratiques masculines dans la contraception. Ainsi, certains hommes vont s'investir en accompagnant leur partenaire en consultation de contraception (13,4 % le font « assez souvent » ou « très souvent »), en participant financièrement ( 37,9%), d'autres vont s'impliquer dans la gestion de la contraception d'urgence (52,1 % pour les hommes dont la partenaire a été concernée) ou encore dans la gestion des effets secondaires (69%).

On constate ainsi l'existence d'une variété de pratiques masculines contraceptives dont certaines sont réalisées fréquemment par un grand nombre d'hommes alors que d'autres par très peu d'entre eux.

En effet, au vu des réponses de leur partenaire, il semble que beaucoup d'hommes s'impliquent dans la contraception en discutant de ce sujet (seuls 13,4% ne discutent jamais ou rarement de contraception).

Si parler de contraception dans une relation hétérosexuelle semble acquis, l'initiative de ce sujet paraît encore être du fait de nombreuses femmes puisque près de 50% des hommes n'initient jamais ou rarement cette discussion et près de 50% des femmes ont le sentiment que leur partenaire ne s'intéresse pas ou rarement à la contraception. Ainsi, la plupart des hommes parlent de contraception à condition, semble-t-il, que leur partenaire aborde ce sujet. Ce premier constat fait écho à la notion de responsabilité supportée par les femmes en matière de santé sexuelle et génésique que nous avons déjà abordée. Notre société a en effet tendance à investir les femmes comme des individus dotés « naturellement » de compétences du « prendre soin » (que cela soit à un niveau sanitaire ou à niveau émotionnel). Cela est d'autant plus vrai dans le domaine de la contraception et de la prévention des IST. En partant du constat que les femmes sont les premières concernées par les risques d'un rapport sexuel non protégé, elles apparaissent comme les cheffes en la matière avec toutes les responsabilités qui leur incombent. L'argument de l'asymétrie biologique tend à faire de la contraception une « affaire de femmes ». Dans ce contexte, il apparaît compréhensible que les hommes prennent difficilement l'initiative d'échanger à propos de la contraception, ne se sentant pas directement concernés. Les hommes seraient donc plus enclins à parler de contraception, voire à s'y impliquer, à condition d'y être incités par leur partenaire (Desjeux 2012).

Discuter de contraception ou émettre un avis sur le choix d'une méthode contraceptive sollicite les hommes, mais cela ne relève pas ou peu de comportements engageants contrairement à la participation financière, l'accompagnement à une consultation de contraception ou à la co-gestion d'un contraceptif. Les résultats montrent une faible implication des hommes dans ces démarches. En effet, une majorité d'entre eux (73%) n'accompagne jamais ou rarement leur partenaire à une consultation de contraception. Il est fortement possible que cet espace médicalisé soit associé dans les représentations des hommes à un lieu exclusivement féminin. Ceci vient confirmer les propos de Ventola (2014) sur « l'espace contraception » perçu comme un lieu pour les femmes où les hommes sont exclus et très peu conviés par les professionnels-lles de santé. Accompagner sa partenaire à cette consultation relève donc d'une initiative individuelle (femme ou homme) ou d'une décision conjointe que quelques uns prennent tout de même, sous réserve de l'accord médical. Certain-e-s professionnels-lles refusent en effet la présence des hommes dans ces consultations par souci de préserver l'intimité de leur patiente (Ventola, 2014, 2017).

Les hommes semblent également peu engagés dans l'organisation de la contraception comme en témoignent les résultats. Toutefois, nous remarquons que les hommes s'impliquent plus ou moins dans cette logistique suivant la méthode utilisée. En effet, alors que seuls 13,18 % s'impliquent très souvent dans les méthodes médicalisées, ils sont 35,53 % à le faire pour les méthodes dites naturelles. Etant donné qu'il n'y a pas d'étude au sujet de l'implication des hommes en fonction des divers contraceptifs, nous ne pouvons qu'émettre des explications hypothétiques pour comprendre cette différence. Avaler une pilule ou avoir un DIU permet d'avoir des rapports sexuels à tout moment, faisant peut-être oublier pour les femmes et les hommes le risque d'une grossesse non souhaitée (invisibilité des ces moyens contraceptifs dans les rapports sexuels). Le recours à des méthodes dites naturelles comme la symptothermie met à jour les périodes de fertilité et d'infertilité chez les femmes. La notion de risque apparaît alors plus visible et les périodes fertiles demandent un ajustement aux partenaires qui souhaitent minimiser ce dernier. Ainsi, certaines femmes de notre enquête ont souligné qu'ils adaptaient ensemble leurs pratiques sexuelles (utilisation du préservatif, pas de pénétration vaginale) en fonction du moment de leur cycle. On peut alors penser que ces méthodes dites naturelles demandent à l'homme de s'investir davantage dans la contraception en prenant connaissance du fonctionnement du cycle féminin et en se préoccupant de la protection à utiliser dans les périodes de fertilité en cas de rapports sexuels (préservatif, méthode de retrait, adaptation des pratiques sexuelles, abstinence périodique...).

Cette implication dans les aspects logistiques de la contraception est encore plus fréquente chez les dyades utilisant des préservatifs internes et/ou externes. En effet, près de 40%, des hommes s'impliquent très souvent dans les divers aspects de l'utilisation de ce contraceptif, hormis pour la vérification de la date de péremption.

L'utilisation du préservatif ne semble donc pas être une responsabilité appartenant essentiellement aux femmes, contrairement à l'étude de Thomé (2016). Cette enquête qualitative a montré que les femmes ont souvent la charge du recours au préservatif lorsqu'il est utilisé dans des couples stables. Celui-ci deviendrait alors une sorte de tâche domestique et ajouterait à la charge mentale des femmes : vérifier qu'il en reste, penser à en racheter, en acheter... Nous ne faisons pas le même constat que cette recherche puisque seuls 16,23 % des hommes de notre étude ne vérifient jamais qu'il reste des préservatifs, ils sont 14,50 % à ne pas en acheter et 10,17 % n'initient pas son utilisation lors d'un rapport sexuel. Néanmoins, Thomé conditionnait la charge du préservatif aux femmes à la longévité du couple, or cette information est manquante dans notre étude, ne nous permettant pas d'approfondir cette analyse.

Ces attitudes concernant la logistique contraceptive contiennent sans doute une dimension que l'on pourrait qualifier de comportementale, qui demande une implication plus forte que de discuter de contraception. Les hommes engagés de cette manière ont probablement mis en acte leur sensibilité contraceptive. On peut penser qu'ils se sont appropriés la contraception comme un espace les concernant également (Desjeux, 2012).

Un autre versant de l'implication des hommes dans la contraception est celui de la gestion des effets secondaires. 49 % des femmes de notre enquête ont déclaré ressentir un impact (de faible à élevé) de ces effets dans leur vie au quotidien. Ce nombre est nettement plus élevé que celui de 11% retrouvé dans l'enquête Fécond en 2013. La question de cette enquête était la suivante : « Pensez-vous que cette méthode a des effets, qu'ils soient positifs ou négatifs, sur votre santé ? ». Or, notre question porte sur l'impact des effets sur le quotidien des femmes, elle concerne davantage le ressenti des femmes et les répercussions dans tous les domaines de leur vie que celui exclusivement de leur santé, ce qui pourrait expliquer ce chiffre élevé. Il se peut que ce nombre important de femmes ayant déclaré des effets négatifs de leur contraception soit lié à un biais concernant la diffusion de notre enquête. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

Il nous paraît pertinent de s'intéresser au positionnement des hommes par rapport à ces effets secondaires. Notre enquête a montré que plus de la moitié d'entre eux discutent avec leur partenaire très souvent ou assez souvent de cette thématique (62,62 %). Ils sont près de 70% à apporter leur soutien de manière fréquente. Contrairement à ce que Thomé et Rouzaud (2017) estiment, les femmes ne semblent pas être seules lors de vécus contraignants ou douloureux liés à la contraception. De nombreux hommes adoptent en effet des comportements bienveillants : soutien moral, réconfort affectif, écoute attentive et appui dans le choix d'arrêter la pilule. La dimension émotionnelle paraît ainsi fortement mobilisée dans cet aspect de la contraception, comme en témoignent de nombreuses femmes dans notre enquête (cf. encadré ci-dessous).

- « Il est calme, écoute, très tendre et compatissant. »
- « Attention physique (câlin, main posée sur le ventre, préparer un thé) et mentale (je suis là pour toi). »
- « Il me console sur mon état, me soutient et ne m'impose pas une contraception en particulier et me laisse choisir celle qui me correspond le plus. »



- « Massage lors de douleurs. Il est respectueux et patient, nos rapports peuvent être douloureux, il est prévenant. »
- « Rassurant, propose un autre moyen de contraception, propose de repasser aux préservatifs masculins. »
- « Il est à l'écoute et essaye de comprendre, toujours dans le dialogue constructif, propose des solutions. »

Selon Desjeux (2009), « la (bonne) volonté masculine semblant d'autant plus forte que la contraception est perçue comme une injustice et un déplaisir pour la partenaire. » (p.61). Ainsi, il est probable que ces hommes soient interpellés par les difficultés contraceptives (douleurs, baisse de la libido, troubles de l'humeur...) éprouvées par leur partenaire, leur capacité d'empathie étant sollicitée ils tentent de la soutenir de différentes manières. L'une d'entre elles est la recherche de contraception masculine, citée par plusieurs participantes de notre enquête. On peut alors se demander si les hommes les plus enclins à avoir recours à un contraceptif masculin (vasectomie, méthode thermique ou méthode hormonale) seraient ceux ayant accompagné leur partenaire dans la gestion d'éventuels effets secondaires.

Ce questionnement rejoint l'analyse de Desjeux (2012) expliquant les processus d'investissement des hommes dans la contraception. A travers l'étude de 49 entretiens auprès d'hommes et de femmes ainsi que de 16 entretiens auprès de professionnels-lles de santé, il montre que les hommes engagés dans la contraception sont ceux qui ont porté une attention aux difficultés de leur partenaire. Ainsi, le vécu négatif des femmes quant à la contraception serait un levier de cette volonté. D'autres facteurs favorisent cette sensibilité contraceptive : un entourage amical et familial davantage composé de femmes, l'expérience individuelle liée à un IVG ou à une grossesse non désirée et l'information par diverses sources (média, Ecole, médecins...). Toutefois, il ne suffit pas simplement de développer cette sensibilité pour être engagé dans la contraception. En effet, comme l'explique Desjeux (2012), le passage à l'acte, s'il a lieu, se fait en questionnant le rapport à soi et à la contraception. Certains hommes ressentent plutôt un sentiment de culpabilité quant au fait que les femmes portent seules le fardeau contraceptif, ils ont tendance alors à vouloir s'investir pour alléger la charge contraceptive des femmes dans un souci de l'autre. Alors que d'autres hommes, plutôt une minorité, développent un sentiment de méfiance envers la responsabilité contraceptive de la femme. Ils ont alors tendance à vouloir maîtriser leur fertilité, non pas dans une démarche empathique, mais dans une volonté d'acquérir une autonomie contraceptive pour se prémunir d'une grossesse non désirée, qui serait soit disant imposée. Pour Desjeux (2012), la différence

entre ces deux manières de faire réside dans la dynamique relationnelle du couple. Des tensions conjugales, des problèmes de communication ou encore des sentiments de défiance envers sa partenaire (infidélité, doute sur la paternité...) amèneraient des hommes à investir la contraception de manière individuelle et non pas à l'inscrire dans une logique de partage et de soutien. Ainsi, il existerait quatre catégories d'hommes : ceux qui se tiennent à distance de la contraception, les hommes « versatiles » ayant une certaine sensibilité contraceptive mais dont l'implication varie suivant l'attitude de la partenaire, les hommes « relationnels » souhaitant partager la responsabilité contraceptive et les hommes « individuels » qui vont prendre en charge la contraception sans tenir compte des souhaits de leur partenaire. Ainsi, « la sensibilité contraceptive » des hommes est un processus complexe s'inscrivant dans l'histoire individuelle de chacun. Cette approche permet de mieux comprendre les différentes tendances observées lorsqu'on interroge les femmes sur l'implication de leur partenaire dans un aspect ou un autre de la contraception.

Toutefois, certains résultats nous amènent à penser que les hommes ne se sont pas encore approprié la contraception comme un domaine les concernant également, bien que notre étude ait confirmé la présence d'une pluralité d'attitudes masculines dans le domaine de la contraception. Nous avons donc montré que certains de ces comportements sont réalisés plus fréquemment que d'autres et que certaines attitudes restent le fait d'une minorité d'hommes. Ceci vient confirmer notre première hypothèse de l'existence d'un continuum du degré d'implication des hommes dans la contraception.

Notre étude a permis également de mettre en perspective l'implication des hommes dans la contraception et la satisfaction des femmes quant à cette dernière. Ainsi, nous constatons que près de trois femmes sur dix ne sont pas satisfaites de l'attitude de leur partenaire. Elles sont plus nombreuses à déclarer que l'utilisation d'une contraception représente une charge très élevée ou élevée pour elle (37,44 %) et près de 30 % estiment que cette charge est modérée. La charge contraceptive s'avère donc bien réelle dans le quotidien des femmes. Elle s'inscrit dans une notion plus large : celle de la charge sexuelle. Celle-ci correspond à la manière dont les concepts de charge mentale et de charge émotionnelle se « déclinent dans l'intimité, sous forme d'un labeur pénible, invisibilisé, et non rémunéré. » (Gallot et Michel, 2020, p.12). Cette expression fait référence à la pression pour les femmes de se conformer aux normes sexuelles, de se soucier davantage du désir et du plaisir sexuel de leur partenaire au détriment de leur propre plaisir, de se préoccuper de la bonne santé sexuelle du couple ou

encore de porter « le rôle sanitaire » dans ce domaine (notamment, la prévention des IST et la gestion de la contraception).

Lorsque nous observons ces résultats, nous sommes interpellée par l'importance du nombre de femmes qui se sont déclarées « satisfaites » ou « plutôt satisfaites » de l'implication de leur partenaire (70%) alors qu'elles ne sont qu'un tiers à estimer que l'utilisation d'une contraception n'est pas une charge ou représente une charge faible. Nous pouvons en déduire que les femmes ressentant un poids de la charge contraceptive ne vont pas forcément attendre davantage d'implication de la part de leur partenaire contrairement à ce qu'on aurait pu croire. Ceci confirme plutôt la tendance sociétale observée depuis la crise des pilules en 2012 : de nombreuses femmes remettent en question les méthodes hormonales, mais sans forcément s'interroger sur la responsabilité contraceptive qui leur incombe, voire qui leur est imposée. Il semble donc plus fréquent pour les femmes de souligner l'importance de la charge contraceptive que de se dire insatisfaite du comportement contraceptif de leur partenaire, alors que notre enquête a montré qu'une grande majorité d'hommes est absente dans certains aspects de la contraception (consultation contraception, participation à la logistique dans les méthodes médicalisées, recherche d'informations sur les méthodes contraceptives...).

Ceci rejoint une des réflexions de Thomé et Rouzard (2017) découlant d'entretiens menés (78 entretiens auprès d'acteurs-trices de la santé et 71 auprès d'hommes et de femmes) : peu de femmes remettent d'elle-même en question l'asymétrie de genre, notamment dans le domaine de la contraception. L'intériorisation de la contraception comme relevant de la responsabilité des femmes semble tellement forte qu'il leur est probablement difficile d'inciter leur partenaire à prendre ses propres responsabilités. Une des enquêtées le résume ainsi : « On a tellement l'habitude de gérer seule qu'on en oublie de les impliquer ! ».

Toutefois, lorsque nous interrogeons les femmes sur leurs attentes envers leur partenaire, environ 45% souhaitent plus d'implication de leur part. Elles attendent d'eux davantage de dialogue, d'intérêt au fonctionnement de leur corps et à l'existence des diverses méthodes contraceptives et leur utilisation, de respect de leur choix contraceptif (notamment lorsqu'elles décident d'arrêter la pilule), de prise en compte des effets secondaires, mais seules une vingtaine de femmes ont émis le souhait d'un partage de la charge contraceptive et une quarantaine de femmes désirent que leur partenaire prennent totalement en charge la contraception avec une vasectomie ou avec la méthode thermique. Voici quelques extraits de ces attentes:

- « Qu'il s'implique plus, notamment dans la recherche, l'achat et le fait de s'informer mais surtout dans le fait de l'envisager comme une charge qui est aussi la sienne. »
- « Qu'il s'y intéresse et prenne les devants pour trouver une contraception qui nous convienne. »
- « Qu'il s'intéresse à la prise de ma pilule qu'il m'aide à ne pas l'oublier. »
- « Surtout qu'il puisse faire preuve d'empathie ».
- « Oui qu'il se renseigne plus souvent et qu'il prenne en charge la prochaine contraception. »
- « Oui, la vasectomie, pour être libre sexuellement. »
- « Qu'il s'intéresse à mon cycle et ne se contente pas d'appliquer ma demande quand je lui dis que je suis en phase fertile. »
- « Qu'il se remette en question et comprenne que ça l'implique aussi et que ce n'est pas normal que je sois la seule à supporter tout ça. »
- « Oui, beaucoup de charge mentale et j'aimerais qu'il s'en rende compte ».
- « Qu'il accepte de mettre des préservatif pour que je puisse arrêter la pilule. »
- « Qu'il se renseigne sur le fonctionnement du corps féminin, je dois tout lui apprendre. Si ça ne vient pas de moi il ne s'en préoccupe pas et ne se demande jamais si j'ai bien eu mes règles ou si j'ovule. C'est usant d'être le seul cerveau a ce niveau là ».
- « Qu'il s'y intéresse, prenne des initiatives, voire qu'il prenne le relais. Sa phrase en début de relation : " Quoi ? Tu ne prends la pilule ? Il va falloir." »
- « Je souhaite qu'il soit à l'écoute, qu'il m'aide si j'ai besoin et qu'il comprenne mes choix ».

Une autre explication du nombre élevé de femmes ayant déclaré être satisfaite de l'implication de leur partenaire peut se trouver dans le besoin pour certaines de garder la maîtrise de la gestion contraceptive. En effet, une femme sur dix ne souhaite pas que son partenaire prenne une contraception masculine telle que la pilule si elle existait.

Ce besoin de contrôle est-il dû à un véritable souhait de ces femmes de rester l'unique responsable de la contraception ? Ou puise t-il ses racines dans la représentation d'hommes irresponsables, qui seraient incapables de gérer une pilule ?

## 2. L'INFLUENCE DES COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS MASCULINS SUR LA SATISFACTION SEXUELLE DES FEMMES

En fonction des réponses des participantes concernant l'implication de leur partenaire dans la contraception, l'analyse des moyennes du score total au SQOL-F a montré l'existence d'un lien entre cette dernière et la satisfaction sexuelle des femmes ; et cela dans quasiment tous les aspects de la charge contraceptive étudiés ici.

Tout d'abord, le dialogue entre les hommes et les femmes sur ce sujet semble un point important, puisque les femmes, dont le partenaire discute avec elle de contraception et de ses effets secondaires, ont une meilleure satisfaction sexuelle que celles dont le partenaire échange peu. Cela est également le cas lorsque les hommes initient la discussion et lorsque les femmes ont le sentiment que leur partenaire s'intéresse fréquemment à ce sujet.

Afin de mieux comprendre ces résultats, nous pouvons appréhender le rôle de la communication sur la contraception comme perspective d'explications. Elle consiste à envisager le sujet de la contraception comme vecteur pour aborder divers thèmes liés à la vie affective et sexuelle. En effet, parler de la contraception ne se limite pas au choix d'une méthode contraceptive. Ce sujet peut amener à échanger autour du désir ou du non désir d'enfant, sur le fonctionnement du corps de la femme, de son rapport à son propre corps et à celui de l'autre, du vécu corporel et émotionnel de possibles effets secondaires. Il convoque également la question du désir et du plaisir perturbé par le recours à des contraceptifs (par exemple, certaines pilules auraient des effets sur la libido ou encore certaines personnes éprouvent moins de plaisir sexuel lors du recours au préservatif). Le sujet de la contraception peut aussi amener les partenaires à s'interroger sur leurs pratiques sexuelles : comment adapter celles-ci en fonction du cycle menstruel de la femme, comment transformer la contrainte du préservatif en un acte ludique et plaisant, ou encore questionner la place du coït dans leurs relations sexuelles.

Discuter de contraception c'est donc possiblement parler de sexualité et du rapport à sa propre intimité et à celle de l'autre, amenant ainsi les partenaires à davantage de conscience de soi et de l'autre. Or, on sait que la communication est une des clés essentielles à l'épanouissement sexuel depuis Masters et Johnson (1971) et leur thérapie basée notamment sur la communication affective et sexuelle.

Ainsi, les échanges réguliers sur la contraception permettraient possiblement des discussions multiples sur la sexualité, ce qui renforcerait le lien du couple et leur bien-être sexuel. On voit

donc comment un lien entre le degré d'implication des hommes dans la contraception et la satisfaction sexuelle peut s'opérer, expliquant les résultats obtenus.

Néanmoins, il s'avère difficile de savoir si la communication autour de la contraception et la sensibilité contraceptive de certains hommes sont des facteurs isolés qui influenceraient la satisfaction sexuelle des femmes ou s'ils s'inscrivent dans une perspective plus large, où les deux partenaires auraient un dialogue régulier sur leur vie affective et sexuelle et les hommes auraient une attention bienveillante à leur partenaire. Nos résultats sur l'implication des hommes dans la contraception ne seraient alors que le témoin des capacités communicationnelles et empathiques du couple mises en œuvre dans le domaine de la santé sexuelle.

Quoiqu'il en soit, le dialogue semble un élément important dans la satisfaction sexuelle de la femme, comme en témoignent les résultats concernant le choix de la contraception. On remarque en effet que les femmes dont le partenaire donne très souvent son avis sur le choix d'une méthode contraceptive ont un score au SQOL-F supérieur de 11,67 points à celui des femmes dont le partenaire ne le donne jamais. De plus, celles qui estiment que la décision de changer de méthode ne concerne pas leur partenaire ont un score inférieur (-8 points) à celui des femmes dont ce dernier est en accord avec cette décision.

Ensuite, si les hommes s'investissent moins dans les aspects logistiques de la contraception, lorsqu'ils le font on constate un effet sur la satisfaction sexuelle des femmes. Accompagner sa partenaire chez le gynécologue est une attitude comportementale plus engageante que celle de discuter du choix d'une méthode dans l'alcôve de sa maison. Par cette démarche, l'homme acte qu'il se sent aussi concerné par la contraception, il nous semble qu'il témoigne ainsi de son sentiment de responsabilité et de sa sensibilité contraceptive. Ce type d'implication résonne possiblement avec certaines questions du SQOL-F concernant la relation au partenaire (ex : je me sens proche de mon partenaire/ quand je pense à ma vie sexuelle, j'ai le sentiment que je peux discuter de sexualité avec mon partenaire). Il serait alors intéressant de pouvoir affiner nos analyses statistiques en recherchant d'éventuels liens entre les scores à des questions du SQOL-F et les réponses des femmes quant à l'implication de leur partenaire dans certains aspects de la contraception.

On peut penser que les femmes dont le partenaire s'implique dans cet aspect logistique ne portent pas seules le poids de penser à prendre une pilule, de veiller aux périodes infertiles pour avoir des coïts non féconds ou encore de gérer le recours au préservatif. Ce partage de la gestion contraceptive permet sans doute de distribuer plus équitablement la responsabilité

contraceptive et l'éventuelle anxiété associée, avec un retentissement sur la satisfaction sexuelle des femmes par comparaison avec celles qui portent totalement cette charge (c'est-à-dire les femmes ayant tendance à répondre que leur partenaire ne s'implique « jamais » ou « rarement »).

En nous intéressant à la gestion des préservatifs (qui sont essentiellement externes), nous remarquons qu'il existe un effet de l'investissement des hommes dans cette gestion sur la satisfaction sexuelle des femmes. Lorsque l'homme s'implique, on peut penser que les enjeux de négociation sur le recours au préservatif, soulignés par Thomé (2016) et par Bajos et Bozon (2004), n'ont pas lieu dans ces dyades. Ainsi, il n'y a probablement pas de tensions relationnelles liées au recours du préservatif et cela s'en ressent sur la satisfaction sexuelle des femmes contrairement aux dyades dont l'utilisation de celui-ci est négocié. Les femmes dont le partenaire s'implique dans la gestion du préservatif se sentent sans doute respectées et comprises dans leur souhait d'utiliser ce contraceptif permettant alors un certain bien-être émotionnel, retentissant sur la satisfaction sexuelle. De plus, elles se sentent sans doute moins inquiètes quant à la crainte d'une grossesse non désirée, ou d'une transmission d'une IST contrairement à celles dont le préservatif est négocié ou n'est pas utilisé sous la pression du partenaire. Plusieurs femmes de notre étude ont d'ailleurs mentionné que leur partenaire s'impliquent dans la contraception en faisant preuve de compréhension et de soutien dans leur choix d'arrêter la pilule et propose le préservatif comme nouvelle contraception. Cela nous semble un point important. Ainsi, dans ce type de dyade, il n'y pas de confrontation entre un homme qui refuse le préservatif et une femme qui supporte difficilement sa contraception. Dans une attitude collaborative, le couple s'accorde sur la méthode la plus adaptée à leur sexualité et à leurs besoins respectifs.

Cette logique de partage et de soutien est aussi retrouvée dans la gestion des effets secondaires. Les femmes dont le partenaire s'implique souvent dans cette dernière soit en échangeant avec elles sur ce sujet soit en leur apportant un soutien moral présentent une satisfaction sexuelle plus importante que celles dont le partenaire ne s'investit pas ou peu. Ainsi, on perçoit combien le dialogue, la participation à la gestion contraceptive et le réconfort affectif apportés par certains hommes influencent positivement la satisfaction sexuelle des femmes.

Toutefois, les effets de l'implication des hommes dans la contraception semblent avoir leurs limites. En effet, contrairement à nos attentes, nous n'avons pas observé de différences dans les moyennes du SQOL-F entre les femmes dont le partenaire se renseigne très souvent ou assez souvent sur les méthodes de contraception masculine et celles dont le partenaire ne

se renseigne jamais ou peu. A cela, s'ajoute l'absence de différence significative entre les scores des femmes dont le partenaire a réalisé une vasectomie et celles ayant recours à une autre méthode. Il en est de même pour les hommes utilisant le slip thermique. Cela va à l'encontre de ce que nous retrouvons dans la littérature. En effet, Mohamad et al. (2014) ont montré une amélioration significative de la fonction sexuelle (désir, excitation, lubrification et satisfaction) au moyen du FSFI chez les femmes dont le partenaire a eu une vasectomie. Il est possible que les groupes d'hommes de notre étude ayant recours à ces méthodes masculines représentent un échantillon trop restreint pour que les analyses statistiques mettent en évidence une différence significative. Une autre explication réside dans les tests utilisés. En effet, nous avons choisi une évaluation portant sur la satisfaction sexuelle alors que cette étude s'est intéressée à la fonctionnalité sexuelle des femmes.

Enfin, un autre élément essentiel de notre enquête concerne l'influence de la satisfaction des femmes, due à l'implication de leur partenaire dans la contraception, sur leur qualité de vie sexuelle. Comme nous avons pu le constater, les femmes déclarant être satisfaites de l'implication de leur partenaire ont un score plus élevé au SQOL-F que celles qui ne le sont pas. Ainsi, la perception des femmes quant à l'implication des hommes semble être déterminante sur la satisfaction sexuelle. Ceci permet de souligner l'importance de la notion de subjectivité dans les attitudes contraceptives et dans leur vécu, mais aussi dans les répercussions sur la vie affective et sexuelle.

Pour finir, notre étude a mis en évidence l'impact du ressenti de la charge contraceptive sur la satisfaction sexuelle des femmes. Les résultats ont montré que plus une femme considère celui-ci comme élevé sur son quotidien, plus son score de satisfaction sexuelle est faible.

Si l'on considère la tâche contraceptive comme une tâche domestique et parentale, nos résultats vont dans le sens de ceux mis en évidence par Johnson et al. (2016) : la satisfaction sexuelle est meilleure pour les couples dont l'homme contribue aux tâches ménagères.

Notre hypothèse d'un effet de l'implication des hommes dans la contraception sur la satisfaction sexuelle des femmes est donc confirmée. Ainsi, lorsque les femmes sont aidées et soutenues dans le travail contraceptif leur satisfaction sexuelle est meilleure comparé à celles qui portent seules la charge contraceptive.

Toutefois, l'ensemble de nos résultats et de nos interprétations sont quelque peu à relativiser au vu des limites de notre étude, que nous exposerons dans la partie suivante.



### 3. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Tout d'abord, un des biais de notre étude tient à la faible représentativité de notre échantillon. En effet, bien que celui-ci soit de taille importante (673 participantes), nombreuses sont les femmes âgées de 18 à 29 ans (61%), étant étudiantes (30%) et sans enfant (65%) et peu sont ouvrières (1%) alors qu'elles représentaient en 2019 environ 19% des catégories socioprofessionnelles (INSEE, 2020). Or, plusieurs études ont montré l'influence du milieu social dans les pratiques contraceptives. Par exemple, on sait que les hommes issus de catégories socioprofessionnelles élevées sont plus favorables à l'utilisation d'une contraception masculine si elle était commercialisée (Le Guen et al., 2015). Il serait donc pertinent de reproduire cette étude en recherchant une meilleure représentativité de la population française afin de pouvoir davantage généraliser les résultats de cette enquête.

Ensuite, un second biais réside dans la manière dont le questionnaire a été diffusé. En effet, nous avons remarqué une augmentation importante du nombre de réponses (environ 250) suite à sa publication sur le réseau social « Paie ta contraception » (Facebook et Instagram). Or, celui-ci est principalement suivi par des femmes témoignant des effets secondaires et indésirables de leur contraception. Cela laisse à penser qu'un nombre conséquent de participantes sont possiblement sensibilisées sur le sujet de la charge contraceptive, qui est l'objet même du site internet « Paie ta contraception ». Il est probable que leur partenaire le soit également si l'on considère le raisonnement de Desjeux (2012) qui explique que les hommes sont plus susceptibles d'être investis dans la contraception si leur partenaire éprouve des difficultés contraceptives. De ce fait, il se pourrait que nos résultats révèlent une sur-représentation de l'investissement des hommes, qui ne refléterait pas la tendance observée dans la population générale.

Par ailleurs, au fur et à mesure de l'analyse des données, nous nous sommes aperçus que certaines questions auraient dû être posées afin d'affiner nos résultats et nos interprétations. Ainsi, la question d'une éventuelle pathologie gynécologique ou la présence d'une dysfonction sexuelle est manquante. Or, l'une ou l'autre peuvent altérer la satisfaction sexuelle des femmes et faire varier les résultats obtenus sans lien avec l'implication du partenaire dans la contraception.

Il aurait été également pertinent de poser la question de la durée de la relation avec le partenaire concerné. Nous aurions pu alors affiner notre analyse des comportements contraceptifs masculins en fonction de la longévité du couple.

Il aurait été intéressant de s'interroger sur l'implication du partenaire lors du ou des premiers rapports sexuels en posant par exemple cette question : « Lors de votre premier rapport sexuel, votre partenaire s'est-il préoccupé de l'utilisation d'une contraception ? ».

Nous aurions pu aussi demander si les dyades adaptaient leurs pratiques sexuelles en fonction de la contraception utilisée et de quelle manière.

Enfin, dans cette étude nous avons fait le choix de nous intéresser aux comportements masculins contraceptifs du point de vue de leur partenaire. Nous sommes bien conscients que la perception des femmes quant à l'implication des hommes ne traduit probablement pas l'exacte réalité des situations rencontrées, puisque toute perception comporte une certaine subjectivité. Il serait alors pertinent de réaliser cette enquête auprès d'hommes afin d'appréhender leur perception de leurs comportements dans les divers aspects de la contraception. On peut se demander si une différence existe entre la perception des femmes et celles des hommes quant à ce sujet. Nous pourrions y associer, comme pour cette étude, un questionnaire de satisfaction sexuelle à destination des hommes afin d'observer si ceux qui se sentent investis dans la contraception et qui partagent la charge contraceptive ont une meilleure satisfaction sexuelle que ceux qui se tiennent à distance de cette responsabilité. De plus, afin de mieux appréhender les effets de la charge contraceptive sur la sexualité, cette étude pourrait être améliorée et réalisée auprès de couples hétérosexuels en confrontant les données issues des réponses des hommes et celles des femmes afin d'observer les différences de perception, de ressentis et de vécu autour des questions de la contraception et de ses enjeux sur la sexualité.

Par ailleurs, nous nous questionnons sur l'outil utilisé pour évaluer la satisfaction sexuelle des femmes. Est-ce que nous aurions obtenu des résultats similaires en nous intéressant aux effets sur la fonctionnalité sexuelle avec une échelle comme le FSFI qui prend en compte le désir, l'excitation et l'orgasme ?

Malgré ces limites, notre recherche a le mérite d'avoir mis en évidence l'existence d'une pluralité de comportements contraceptifs de la part des hommes. Certains sont fréquemment investis et d'autres moins, et cette implication varie suivant les divers aspects de la

contraception. On ne peut donc occulter la présence d'une dynamique contraceptive masculine ainsi que ses enjeux sur la qualité de vie sexuelle des femmes.

On peut alors s'interroger sur la portée de nos conclusions dans le domaine de la santé sexuelle. En quoi l'étude de la charge contraceptive et de ses effets peuvent-ils avoir un intérêt en sexologie humaine ? Comment les sexologues que nous deviendrons peuvent-ils se saisir de ce sujet ? Pouvons-nous y trouver quelques applications dans notre pratique professionnelle ?

## VIII/- APPORTS POUR LA CLINIQUE EN SEXOLOGIE

Notre travail a permis de considérer sous un autre angle les interactions entre contraception et sexualité. Il ne s'agit pas de les étudier dans un objectif d'améliorer les pratiques contraceptives, mais bien d'appréhender les liens entre ces deux notions dans une approche des rapports de genres. Les résultats de notre étude nous amènent alors à questionner les limites de la « libération sexuelle ».

A distance des années 1970, on peut se demander à qui a véritablement profité la légalisation de la contraception ? Les hommes ne s'impliquent plus autant qu'auparavant, ils n'ont plus, ou presque, à se soucier d'une paternité non désirée et le corps des femmes sous contraceptif médical ne connaît plus la contrainte de la période de fertilité, le rendant alors constamment disponible au rapport sexuel. En se libérant par la contraception de l'angoisse d'une grossesse non choisie, les femmes se sont dans le même temps vues attribuer la responsabilité contraceptive. Peut-on réellement parler de libération sexuelle lorsqu'elle est accompagnée de contraintes ? Selon le sociologue Bozon (2005), il n'existe pas de libération sexuelle au sens où celle-ci aurait permis aux femmes de s'affranchir des contraintes du passé. Ce fut bien un mouvement libérateur pour le désir et le plaisir sexuel des femmes, mais il s'est également accompagné de responsabilités accrues pour celles-ci. La libération sexuelle a ses limites puisqu'elle n'a pas conduit à une égalité sexuelle femmes-hommes ; la charge contraceptive en est l'illustration.

Comme nous l'avons tout au long de ce travail de recherche, les femmes supportent essentiellement le travail contraceptif avec parfois des effets néfastes sur leur sexualité. Alors que nous avons montré le lien entre l'implication des hommes dans la charge contraceptive et une meilleure satisfaction sexuelle des femmes, il nous paraît pertinent en tant que sexologue de considérer le facteur de la charge contraceptive comme limite à la santé sexuelle des femmes au sens où elle peut constituer une altération du « bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité » (OMS, 2003).

De ce fait, et au vu des données retrouvées dans la littérature, des paroles des femmes sur les réseaux sociaux et des résultats de cette enquête, il nous paraît intéressant que la charge contraceptive, voire la charge sexuelle, soit intégrée dans l'évaluation sexologique, qui est basée sur une démarche intégrative. Nous pourrions intégrer cette notion en posant ce genre de questions :

- « Utilisez-vous une méthode contraceptive ? Laquelle ? »
  - « En êtes vous satisfaite ou rencontrez-vous des difficultés avec celle-ci ? »
  - « Avez-vous le sentiment que votre contraception constitue un frein à votre épanouissement sexuel ? Si oui, pourriez-vous m'en dire un peu plus ? »
- Repérer s'il s'agit d'une contrainte due exclusivement aux effets secondaires ou si cela a trait à des aspects du travail contraceptif. Quels sont les émotions et sentiments associés au discours ?
- « Quelle place occupe votre partenaire dans la prise en charge de la contraception ? »
  - « Et s'il s'impliquait, cela modifierait-il quelque chose en vous ? »
  - « Est-ce qu'il y a d'autres aspects de votre couple dans lesquels vous aimeriez que votre partenaire s'implique davantage ? »

En fonction des réponses des patientes et/ou du couple, on peut questionner un possible lien entre les problématiques contraceptives rencontrées, voire l'éventuel poids de la charge sexuelle, et les difficultés que traverse la personne ou le couple et qui les amènent à consulter un-e sexologue. Ainsi, si la charge contraceptive est accompagnée d'une souffrance morale de la part de la femme et que l'homme ne s'implique pas ou peu, la consultation de sexologie peut devenir l'espace pour aborder les enjeux liés à la contraception : « Comment le contraceptif a-t-il été choisi ? », « Il y a-t-il des effets sur la sexualité de la femme ? de l'homme ? », « La contraception est elle un sujet d'entente ou de désaccord au sein du couple ? ». A ce sujet, on peut citer l'exemple du préservatif, qui est souvent perçu comme altérant le plaisir sexuel. Est-ce une fausse croyance ou une sensation corporelle avérée ? On peut alors inviter le couple à se questionner sur les possibilités de rendre l'utilisation de ce contraceptif plus ludique.

C'est aussi l'occasion de proposer aux partenaires de s'interroger sur leurs pratiques sexuelles et la place du coït dans celles-ci. Aborder la contraception, c'est également questionner l'importance de la norme pénétrative. Il n'existe pas une seule sexualité où la pénétration phallo-vaginale serait le véritable acte sexuel, mais bien des sexualités faites d'une multitude de caresses, de baisers, de gestes à inventer ou réinventer. Il y a autant de sexualités qu'il y a d'individus. Si une femme ne peut prendre de contraceptif pour des raisons médicales ou personnelles, le couple peut-il envisager d'autres pratiques sexuelles que celle de la pénétration vaginale lors de la période de fertilité ? Cela suppose toutefois une bonne connaissance du fonctionnement du cycle menstruel et une rigueur dans le suivi de la méthode. Il est important de rappeler qu'on attribue peu de fiabilité protectrice aux méthodes

dites naturelles. Néanmoins, l'indice de Pearl de la symptothermie a été évalué à 0,4% pour une utilisation correcte et à 1,62% pour une utilisation en pratique courante (Frank-Herrmann et al., 2007).

Nous envisageons le thème de la contraception comme un moyen pour aborder divers sujets mis en jeu dans la vie affective et sexuelle : le désir et non-désir d'enfant, la parentalité, la norme contraceptive et le rapport aux normes de manière générale, la négociation difficile d'une méthode contraceptive ou le choix collaboratif, la question de l'altérité, le rapport à son propre corps et à celui de son ou de sa partenaire, les effets directs et indirects de la contraception sur la sexualité des deux partenaires, la gestion de ces éventuels effets, l'adaptation des pratiques sexuelles, l'absence ou la présence de communication sur ces sujets, l'implication du partenaire dans la charge contraceptive, l'identité masculine, l'identité féminine...

Ainsi, le sexologue peut accompagner le couple à réfléchir individuellement et ensemble à ces divers thèmes, à comprendre si certains d'entre eux affectent leur sexualité, dans ses composantes émotionnelles, cognitives, physiologiques et comportementales, et leur proposer d'autres manières de penser, d'agir et de ressentir.

L'enjeu est également de créer du dialogue entre les deux partenaires, des les inviter à communiquer dans un climat fait de compréhension et de bienveillance, tout en laissant la place aux différences des besoins de l'un et de l'autre.

On peut donc concevoir la consultation sexologique comme un espace médiatisé pour aborder le vaste sujet de la contraception. Il ne s'agit pas de se substituer au travail du gynécologue qui accompagne le choix d'un contraceptif, mais d'intégrer la réflexion sur la charge contraceptive à l'évaluation sexologique ainsi qu'à la prise en charge sexothérapeutique.

Ceci peut notamment permettre à la femme d'aborder son vécu lié à la contraception, les éventuelles contraintes qu'elle y associe et ses doutes sur de possibles effets sur sa sexualité. Le travail du sexologue est alors de différencier ce qui est lié à une charge contraceptive nocive pour le bien-être psychologique et sexuel de la femme et/ou du couple et d'une contraception qui n'est pas adaptée, bien qu'il y ait des interactions entre ces deux facteurs. Il apparaît donc essentiel que le sexologue propose une consultation auprès d'un-e gynécologue pour un avis éclairé sur cette problématique.

Par ailleurs, le sexologue, ayant connaissance des effets probables de l'implication de l'homme dans la contraception sur la satisfaction sexuelle de la femme, peut proposer au couple de les accompagner dans une réflexion et un travail autour de la contraception et de l'investissement masculin.

Comme nous l'avons vu, cette implication peut revêtir plusieurs formes : échanges, soutien dans la gestion des effets secondaires, respect du choix contraceptif, accompagnement aux consultations, participation financière, etc.

Nous pouvons alors inviter la dyade, et plus particulièrement l'homme, à penser sa place et son rôle dans la contraception, ce qui peut aboutir à réfléchir au modèle de la masculinité que propose notre société française et le rapport entretenu à celui-ci. En effet, les éléments théoriques soulignent que la contraception masculine est appréhendée à travers le prisme de la fertilité comme déterminant de la virilité et de la masculinité. Selon ce modèle, un homme contracepté, donc non fertile, serait possiblement perçu comme un homme « moins viril », « moins masculin », ce qui laisse peu de place au développement d'une sensibilité contraceptive masculine et encore moins à la prise en charge totale de la contraception par les hommes.

Toutefois, certains s'y intéressent et s'impliquent de différentes manières. Un autre modèle de la masculinité, voire d'autres modèles, sont donc peut-être en train de se développer. Il semble que les sexologues aient un rôle à jouer dans ces évolutions en accompagnant la réflexion sur les stéréotypes de genre (Corman, 2018), en aidant au développement d'habiletés érotiques comme la sensualité, de la capacité à se connecter à ses ressentis corporels ou encore des compétences du « care ». Ces dernières, généralement perçues comme innées chez les femmes (Gallot et Michel, 2020) alors qu'elles relèvent davantage d'une éducation genrée, devraient être des qualités valorisées chez tout être humain.

De plus, proposer cette réflexion autour de la contraception a aussi pour objectif de permettre aux hommes de se sentir davantage concernés par la santé sexuelle. A ce sujet, on peut lire le rapport de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe concernant la responsabilité des hommes en matière de santé génésique (2004). Cette Assemblée appelle les Etats membres à « mettre en place des programmes spéciaux de sensibilisation pour encourager les hommes, en particulier les jeunes, à assumer la responsabilité de leurs comportements sexuels, à comprendre et à soutenir les femmes dans leurs choix contraceptifs, et pour améliorer (sic) la communication entre les partenaires ».

Il est important d'aider les hommes à mieux comprendre le fonctionnement du corps des femmes, de permettre à chacun et chacune de développer une attention bienveillante à soi, à

l'autre ainsi qu'à son propre corps et à celui de son-sa partenaire, d'amener hommes et femmes à se responsabiliser face aux enjeux de la sexualité (consentement, plaisir, IST, contraception...) dans une approche positive.

L'enjeu pour les hommes est « de prendre conscience de son propre rapport à soi et à la masculinité, en reconsidérant son être dans sa dimension « genrée » au niveau de la fertilité et du « devenir père ». » (Desjeux 2012, p.188).

Ces réflexions autour de la charge contraceptive et de l'investissement des hommes pourront alors amener certains à se contracepter au moyen de la vasectomie ou de la méthode thermique. Il nous semble essentiel de promouvoir le développement de méthodes de contraception masculine afin qu'hommes et femmes puissent assumer leur fertilité, alterner la charge contraceptive s'ils le souhaitent, et ainsi partager les risques et les plaisirs inhérents à la sexualité. De plus, l'accessibilité à davantage de contraceptifs masculins pourrait permettre de répondre au besoin de certains hommes de maîtriser leur fertilité. L'inégalité de genre face à la contraception les met à mal dans leur souhait d'autonomie contraceptive et de partage du travail contraceptif.

L'enjeu de cette réflexion n'est pas de tendre vers une nouvelle norme contraceptive qui serait celle d'un partage égalitaire de la charge entre les femmes et les hommes, mais de considérer qu'une responsabilité unilatérale des femmes peut constituer un frein à leur satisfaction sexuelle. L'implication des hommes, dans ses diverses formes, peut constituer un levier thérapeutique dans les problématiques sexuelles rencontrées en sexologie qui mérite qu'on s'y intéresse.

A chacun, chacune et à chaque couple de trouver la contraception qui semble la plus adaptée à ses besoins et à ses envies tout en ayant conscience de la responsabilité et des enjeux associés, pour tendre vers une sexualité plus égalitaire.



## IX/- CONCLUSION

La libération sexuelle des années 1970 fut un mouvement émancipateur pour les femmes, notamment en matière de droits sexuels. Toutefois, cinquante ans après, l'égalité femmes-hommes n'est toujours pas effective comme le montre l'exemple de la contraception. Les femmes ont en effet essentiellement en charge le travail contraceptif dans ses différents aspects.

Néanmoins, des hommes tentent de s'investir dans la contraception. Notre enquête a permis d'apporter une meilleure visibilité à ces pratiques contraceptives masculines et a également souligné l'existence de disparités entre les hommes dans la fréquence de leur implication, cela en fonction des divers aspects contraceptifs étudiés.

En santé sexuelle, cette sensibilité contraceptive des hommes nous semble être un facteur à considérer puisque notre étude a montré un lien entre leur implication et la qualité de vie sexuelle des femmes dans presque la totalité des aspects contraceptifs.

Ainsi, le score total de satisfaction sexuelle des femmes est plus élevé lorsque leur partenaire s'implique plus fréquemment que ceux qui ne le font pas ou peu.

Ceci nous amène à appréhender les interactions entre contraception, partage de la charge contraceptive et sexualité. Il nous semble alors pertinent d'inclure cette notion de charge dans l'anamnèse sexologique afin d'évaluer si elle est un facteur limitant le bien-être sexuel.

Si tel est le cas, le sujet de la contraception peut être envisager comme un outil thérapeutique pour, entre autres, réfléchir aux stéréotypes de genre, penser le modèle de la masculinité, accompagner les hommes à s'investir dans le travail contraceptif et ainsi peut-être susciter une modifications des représentations et des attitudes en matière de santé génésique et de santé sexuelle.

La contraception n'est qu'une illustration parmi d'autres des inégalités femmes-hommes et de la charge sexuelle, portée principalement par ces dernières.

Nous estimons qu'il serait pertinent que la recherche en sexualité humaine s'enrichisse d'études analysant les interactions entre la vie affective et sexuelle et les notions de tâches domestiques et parentales, de charge mentale et sexuelle. Parce que la sexologie est une discipline transversale, il nous semble que la prise en compte de l'étude des rapports de genre pourrait nourrir notre réflexion et notre pratique clinique afin d'accompagner les femmes et les hommes à s'affranchir des stéréotypes de genres, des modèles du masculin et du féminin,

qui parfois restreignent l'épanouissement sexuel, pour tendre alors vers une sexualité libérée et respectueuse des un-e-s et des autres.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bajos N. et Ferrand M. (2004). La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences sociales et santé*, 22(3). « Genre et Santé ».117-142. <https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1630>
- Bajos, N. et Bozon, M. (dir.). (2008). *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé*. La Découverte.
- Beltzer, N., Bajos, N. et Laporte, A. (2008). Sexualité, genre et conditions de vie. Dans Bajos, N. et Bozon, M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé* (p. 411-436). La Découverte
- Bajos, N., Bohet, N., Le Guen, M., Moreau, C. et l'équipe de l'enquête Fécond. (2012). La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés*, 492, 1-4. [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19160/pes492.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf)
- Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo H., Bohet A., Moreau, C. et l'équipe Fécond. (2014). « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? ». *Population et Sociétés*, 511, 1-4.
- Blanc, L. (2015). *Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine : enquête auprès de 3368 hommes français* [thèse de doctorat, Université de Nice]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286859/document>
- Both, S., Lew-Starowicz, M., Luria, M., Sartorius, G., Maseroli, E., Tripodi, F., Lowenstein, L., Nappi, R. E., Corona, G., Reisman, Y. et Vignozzi, L. (2019). Hormonal Contraception and Female Sexuality: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1681-1695. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.08.005>
- Bozon, M. (2005). Femmes et sexualité, une individualisation sous contrainte. Dans Maruani, M. (dir). *Femmes, genre et sociétés: L'état des savoirs* (pp. 103-113). La Découverte.
- Casado-Espada, N.M., de Alarcón, R., de la Iglesia-Larrad, J.I., Bote-Bonaecha, B. et Montejo, Á.L. (2019). Hormonal Contraceptives, Female Sexual Dysfunction and Managing Strategies: A Review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(6), 908. <https://doi.org/10.3390/jcm8060908>
- CNGOF. (2018). *Recommandations pour la pratique clinique, Contraception*. <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF RPC 2018-CONTRACEPTION.pdf&i=21002>
- Collier, F. (13 avril 2013). *Plaisir, désir et contraception* [communication orale]. 6<sup>e</sup> Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle, Perpignan.

Conseil de l'Europe. (2004). *La responsabilité des hommes, et particulièrement des jeunes hommes, en matière de santé génésique*. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17252&lang=FR>

Corman, A. (Septembre 2018). *Quelle place pour l'homme dans cette deuxième révolution féminine ?* [communication orale]. 5<sup>e</sup> Journées AIUS Sexogyn. Aix-en-Provence.

Desjeux, C. (2008). Une occultation des pratiques masculines de contraception. *¿ Interrogations ?*, 6. <https://www.revue-interrogations.org/Une-occultation-des-pratiques>

Desjeux, C. (2009). Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. *Autrepart*, 52(4), 49-63. <https://doi.org/10.3917/autr.052.0049>

Desjeux, C. (2010). Histoire de la contraception masculine : L'expérience de l'association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979-1986). *Politiques sociales et familiales*, 100, 110-114. <https://doi.org/10.3406/caf.2010.2532>

Desjeux, C. (2012). Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte. *Basic and Clinical Andrology*, 22, 180–191. <https://doi.org/10.1007/s12610-012-0183-2>

Desjeux, C. (2013). La contraception masculine aujourd'hui : une réalité plurielle. Dans Soufir, J.-C. et Mieusset, R. (coord.), *La contraception masculine*, (p. 3- 30). Springer-Verlag.

Diller, L. et Hembree, W. (1977). Male Contraception and Family Planning : A Social and Historical Review. *Fertility and Sterility*, 28(12), 1271-1279.

Duchêne-Paton, A.-M. et Lopès, P. (2014). Sexualité et choix du mode contraceptif. *Sexologies*, 24(2), 69-81. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.11.001>

Emma. (2017). *Un autre regard : Trucs en vrac pour voir les choses autrement*. Massot.

Emma. (2019). *Des princes pas si charmants*. Massot.

Fouillé, A. (2020). Et si on s'aimait pour pouvoir être aimé ? L'influence de l'estime de soi sur la santé sexuelle. *Sexualités humaines*, 44, 70-77.

Fraisse, G. (1999). L'habeas corpus des femmes : une double révolution ? Dans Beaulieu, E.-E., Héritier, F. et Leridon H., *Contraception : contrainte ou liberté ?* (p.53-60). Odile Jacob.

Frank-Herrmann, P., Heil, J., Gnoth, C., Toledo, E., Baur, S., Pyper, C., Jenetzky, E., Strowitzki, T. et Freundl, G. (2007). The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Human Reproduction*, 22(5), 1310–1319. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem003>

Gallot, C. et Michel, C. (2020). *La charge sexuelle : pourquoi la sexualité est l'autre charge mentale des femmes*. First éditions.

Giarni A. et Spencer B. (2004). Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 52, 377-387.

Haicault, M. (1984). La gestion ordinaire de la vie en deux. *Sociologie du Travail*, 26(3), 268-277.

Hannier, S., Baltus A. et de Sutter P. (2017). Le rôle de la satisfaction physique dans l'estime de soi sexuelle féminine. *Sexologies*, 27(4), 184-198.

Hassoun, D. (1997). Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France. Dans P. Cesbron (dir.), *L'interruption de grossesse depuis la loi VEIL : bilans et perspectives* (p. 1-10). Flammarion MSP.

Huhtaniemi, I. et Mieusset, R. (2013). Le futur de la contraception masculine. Dans Soufir, J.-C. et Mieusset, R. (coord.), *La contraception masculine*, (p. 113- 126). Springer-Verlag.

Huyghe, E., Nohra, J., Vezzosi, D., Bennet, A., Caron, P., Mieusset, R., Bujan, I. et Plante, P. (2007). Contraceptions masculines non déférentielles : revue de la littérature. *Progrès en Urologie*, 17, 156-164.

Ined. (1966). « Rapport de l'Ined à Monsieur le Ministre des Affaires sociales sur la régulation des naissances en France ». *Population*, 21(4), 645-690.

Insee. (2012). *Enquête emploi du temps 2010*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2118074>

Ipsos. (2018). *Charge mentale: 8 femmes sur 10 seraient concernées*. <https://www.ipsos.com/fr-fr/charge-mentale-8-femmes-sur-10-seraient-concernees>

Jardin, A. et Izard, V. (2013). La vasectomie en France. Dans Soufir, J.-C. et Mieusset, R. (coord.), *La contraception masculine*, (p. 127- 136). Springer-Verlag.

Johnson, M. D., Galambos, N. L. et Anderson, J. R. (2016). Skip the dishes? Not so fast! Sex and housework revisited. *Journal of Family Psychology*, 30(2), 203–213. <https://doi.org/10.1037/fam0000161>

Kalampalikis, N. et Buschini, F. (2007). La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 4(2), 89-104. <https://doi.org/10.3917/nrp.004.0089>

Le Guen, M., Ventola, C., Bohet, A., Moreau, C. et Bajos, N. (2015). Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. *Contraception*, 92(1), 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.03.011>

Le Guen, M., Roux, A., Rouzaud-Cornabas, M., Fonquerne, L., Thomé, C. et Ventola, C. (2017). Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Population et Sociétés*, 549, 1-4. <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2017-10-page-1.html>

Leridon, H. (1987). La seconde révolution contraceptive, la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. *Population*, 42(2), 359-367. <https://doi.org/10.2307/1533089>

Leridon, H. (1999). Une révolution démographique encore mal comprise. Dans Beaulieu, E.-E., Héritier, F. et Leridon, H. (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté ?* (p.65-78). Odile Jacob.

Mathieu, M. et Ruault, L. (2015). Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance. *Politix*, 107(3), 33-59 <https://doi.org/10.3917/pox.107.0033>

Mohamad, Al-Ali B., Shamloul, R., Ramsauer, J., Bella, A.J., Scrinzi, U., Treu, T. et Jungwirth, A. (2014). The effect of vasectomy on the sexual life of couples. *Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2239–2242. <https://doi.org/10.1111/jsm.12567>

Nations Unies. (2017). World Contraceptive Use. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2017.asp>

Organisation Mondiale de la Santé. (s.d.). *Santé sexuelle*. [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/)

Perel, E. (2017). *L'intelligence érotique*. Pocket.

Rahib, D., Le Guen, M. et Lydie, N. (2017). Baromètre santé 2016 de la contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. *Santé publique France*, 1-8.

Rosenberg, M. et Waugh, MS. (1999). Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance. *Journal Obstetrics Gynecology*, 180, 276- 279. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70718-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70718-0)

Sauvy, A. (1962). *La prévention des naissances*. Presses universitaires de France.

Schneider, A. (2018). *La charge mentale des femmes*. Larousse.

Soufir, J.-C. et Mieusset, R. (2012). Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique. *Andrologie*, 22, 211-215. <https://doi.org/10.1007/s12610-012-0192-1>

Stevellink, L. (2019, janvier). Contraception : où sont les hommes ? *Education santé*, 351. <http://educationsante.be/article/contraception-ou-sont-les-hommes>

Symonds, T., Boolell, M. et Quirk, F. (2005). Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 31(5), 385-397. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230591006502>

Thomé, C. (2016). D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes : entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. *Sociétés contemporaines*, 104(4), p. 67-94. <https://doi.org/10.3917/soco.104.0067>

Thomé, C. et Rouzaud-Cornabas, M. (2017). Comment ne pas faire d'enfants ? La contraception, un travail féminin invisibilisé. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48(2), 117-137. <https://doi.org/10.4000/rsa.2083>

Thomé, C. (2019). *La sexualité aux temps de la contraception : Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960 – années 2010)* [thèse de doctorat]. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Toulemon, L. et Leridon H. (1991). Vingt années de contraception en France: 1968-1988. *Population*, 46(4), 777-811. <https://doi.org/10.2307/1533296>

Tremblay, R. (dir.). (2001). *Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels, Tome 2 la personne handicapée mentale*. Eres.

Van Kammen, J. et Oudshoorn, N. E. J. (2002). Gender and Risk Assessment in Contraceptive Technologies. *Sociology of Health & Illness*, 24(4), 436-461. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00303>

Van Wersch, A., Eberhardt, J. et Stringer, F. (2013). Facteurs culturels psychosociaux façonnant les attitudes envers la pilule contraceptive masculine. Dans Soufir, J.-C. et Mieusset, R. (coord.), *La contraception masculine*, (p. 165- 178). Springer-Verlag.

Ventola, C. (2014). Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité et société*, 12. <https://doi.org/10.4000/gss.3215>

Ventola, C. (2017). *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usager.e.s des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines* [thèse de doctorat]. Université Paris-Saclay.

Welzer-Lang, D. (2013). La contraception masculine, ARDECOM et les groupes d'hommes, prémisses de l'évolution des rapports sociaux de genre. Dans Soufir, J.-C. et Mieusset, R. (coord.), *La contraception masculine*, (p. 139- 164). Springer-Verlag.

Winckler, M. (2003). *Contraceptions mode d'emploi*. Au diable vauvert.

C. Zeno. (2019). *Réflexions sur la contraception masculine : Contribution à la critique du patriarcat*. [Brochure]. <http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2013/11/Brochure-Contraception-Masculine.pdf>

## Site internet

ARDECOM. (s.d.). <http://www.contraceptionmasculine.fr/historique-dardecom/>

Chatot, M. (2019, 1<sup>er</sup> mars). *La contraception masculine*. <https://gps.hypotheses.org/304>

Charlina. (2020, 24 janvier). *La charge mentale contraceptive*. Créola : le magazine féminin des Antilles. <https://creola.net/lifestyle/la-charge-mentale-contraceptive/>

Choisir sa contraception (s.d.). *Tableau comparatif des moyens de contraception*. [https://www.choisirsacontraception.fr/contraception\\_tableau\\_comparatif.htm](https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm)

INSEE. (2020). *Catégories socioprofessionnelles selon le sexe et l'âge*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546>

[https://www.liberation.fr/planete/2017/02/07/contraception-taiant-les-spermatozoïdes\\_1546992](https://www.liberation.fr/planete/2017/02/07/contraception-taiant-les-spermatozoïdes_1546992)

Roucheux, M. (2012, 24 septembre). *La contraception, une affaire de couple pour 9 français sur 10*. Terrafemina. <https://www.terrafemina.com/vie-privee/famille/articles/17666-la-contraception-une-affaire-de-couple-pour-9-francais-sur-10.html>

## Médias sociaux

Paie ta contraception. (s.d.). *Publications* [témoignages]. Instagram. Repéré le 22 février 2020 à <https://www.instagram.com/paietacontraception/?hl=fr>

## Article de presse

Déborde, J. (2019, 26 septembre). *Vasectomie : une pratique de plus en plus féconde*. *Libération*. [https://www.liberation.fr/france/2019/09/26/vasectomie-une-pratique-de-plus-en-plus-feconde\\_1753518](https://www.liberation.fr/france/2019/09/26/vasectomie-une-pratique-de-plus-en-plus-feconde_1753518)

Déborde, J. (2019, 25 septembre). *Contraception : le pendant masculin à la traîne*. *Libération*. [https://www.liberation.fr/france/2019/09/25/contraception-le-pendant-masculin-a-la-traîne\\_1753581](https://www.liberation.fr/france/2019/09/25/contraception-le-pendant-masculin-a-la-traîne_1753581)

## Films





Gauthier, X. (2009). *Depuis quand existe-t-il des solutions pour ne pas avoir d'enfants ?* Dans S. Grand Mourcet (conception et réalisation), *Histoire d'un choix : témoignages autour de la contraception et de l'IVG* [film documentaire]. Pour Mémoire.







## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Présentation des différents contraceptifs existant en France.




Source : [https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception\\_tableau\\_recapitulatif.pdf](https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_tableau_recapitulatif.pdf)

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES		
LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>DIU (Dispositif Intra-Utérin)</b> Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	<p>DIU au cuivre: 30,50 €. DIU hormonal: entre 101,13 et 111,87 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup>; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>PILULE CONTRACEPTIVE</b> Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>De 1,28 à 1,60 €/mois pour les pilules remboursées à 65 % (c'est-à-dire les pilules de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> générations). Les autres sont à tarification libre. Gratuites : • pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup>; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</p>	<p>Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Délivrée sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.</p>
 <p><b>PATCH CONTRACEPTIF</b> Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4<sup>e</sup> semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 13 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>IMPLANT CONTRACEPTIF</b> Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>105,32 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup>; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016. <sup>2</sup> Pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit. <sup>3</sup> Centres de planification et d'éducation familiale.


LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>ANNEAU VAGINAL</b> Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4<sup>e</sup> semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 16 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE</b> Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.</p>	<p>Environ 61 €. Diaphragme remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale non remboursée.</p>	<p>Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF<sup>2</sup>. Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.</p>
 <p><b>PRÉSERVATIF MASCULIN</b> En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>À partir de 54 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF<sup>2</sup> et les CeGIDD<sup>3</sup>.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur Internet.</p>
 <p><b>PRÉSERVATIF FÉMININ</b> Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>Environ 8,30 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF<sup>2</sup> et les CeGIDD<sup>3</sup>.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie et sur Internet.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.  
<sup>2</sup> Centres de planification et d'éducation familiale.  
<sup>3</sup> Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et autres IST.

LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>SPERMICIDES</b> Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.</p>	<p>Environ 5 à 20 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>PROGESTATIFS INJECTABLES</b> Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>Chaque dose coûte 3,4 €. Remboursés à 65 %.</p>	<p>Sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE</b> Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site <a href="http://www.choixsacontraception.fr">www.choixsacontraception.fr</a> ou <a href="http://www.sante.gouv.fr">www.sante.gouv.fr</a> rubrique « Contraception » (voir le livret d'information <i>Stérilisation à visée contraceptive</i>).</p>	<p>Remboursées à 80 %.</p>	<p>L'intervention ne peut être réalisée :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• qu'après une première consultation médicale d'information ;</li> <li>• à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ;</li> <li>• et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.</li> </ul> </p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.

Certaines méthodes peuvent présenter des contre-indications médicales qui seront évoquées par le professionnel de santé consulté.


 Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billings et méthode des températures). Contraignantes, ces méthodes sont peu fiables.

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des autres IST. Il peut également être associé à un autre mode de contraception : c'est ce qu'on appelle la « double protection ».

## ANNEXE 2 : Questionnaire de l'enquête

### Implication des hommes dans la contraception et effets sur la satisfaction sexuelle des femmes.

Bonjour,

Travaillant comme psychologue, j'ai repris des études universitaires afin de me spécialiser comme sexologue. Dans le cadre de ma formation (DIU Etudes de la sexualité humaine à Toulouse), je réalise un travail de recherche. J'ai alors choisi de m'intéresser **aux différents degrés d'investissement des hommes dans la contraception et aux possibles effets sur la satisfaction sexuelle des femmes.**

Dans ce contexte, je me permets de solliciter votre aide en vous demandant de répondre à **deux questionnaires**. La première partie concernera l'implication de votre partenaire actuel dans la contraception. La seconde concernera votre sexualité.

Ils sont destinés aux **femmes** :

- **De 18 ans à 55 ans,**
- **non ménopausées,**
- **utilisant un moyen de contraception ou dont le partenaire utilise un moyen de contraception,**
- **étant en couple ou ayant un partenaire régulier.**

*La contraception concerne à la fois les méthodes médicalisées et les méthodes non médicalisées permettant d'éviter une grossesse.*

Dans le cadre de la réglementation RGPD, **vos réponses resteront anonymes et confidentielles**. Elles seront utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire. Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien consacrer aux questionnaires (environ 10 à 15 minutes).

Mylène Rouland  
mylene.rouland@gmail.com

#### Informations générales

1) Quel âge avez-vous ?

- De 18 à 24 ans
- De 25 à 29 ans
- De 30 à 34 ans
- De 35 à 39 ans
- De 40 à 44 ans
- De 45 à 49 ans
- De 50 à 55 ans

2) Dans quelle catégorie socio-professionnelle vous situez-vous ?

- Agricultrices exploitantes
- Artisanes, commerçantes, cheffes d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles
- Professions intermédiaires
- Employées
- Ouvrières
- Etudiantes
- En recherche d'emploi

3) Quelle est votre situation familiale ?

- Mariée
- Pacsée
- En concubinage
- En couple ne vivant pas ensemble

Avec un partenaire régulier

4) Avez-vous des enfants ?

0

1

2

3

Plus de 3

La contraception et l'implication de votre partenaire dans la contraception

**Important : Les questions concernent votre partenaire actuel. Certaines questions ne vous concerneront peut-être pas, vous pourrez alors cocher « je ne suis pas concernée par cette question » et passer à la question suivante.**

5) Quelle méthode de contraception utilisez-vous actuellement ? (plusieurs réponses sont possibles)

Pilule

DIU hormonal (stérilet hormonal)

DIU au cuivre (stérilet au cuivre)

Implant (petit bâtonnet placé sous la peau au niveau du bras diffusant des hormones)

Patch (sorte de timbre collé sur la peau diffusant des hormones)

Progestatifs injectables

Anneau vaginal (anneau s'insérant dans le vagin et diffusant des hormones)

Préservatif masculin

Préservatif féminin

Diaphragme (coupelle en latex ou en silicone qui se place dans le vagin avant un rapport sexuel)

Cape cervicale (sorte de dôme très fin en silicone qui se place dans le vagin avant un rapport sexuel)

Spermicides

Méthode du retrait

Méthode du calendrier

Méthode dites naturelles (méthode des températures, méthode de l'observation de la glaire cervicale, symphothermie)

Méthode MAMA (méthode qui repose sur l'allaitement maternel et l'absence de règles après une grossesse).

Ligatures des trompes

Vasectomie du conjoint (opération qui consiste à sectionner les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes afin d'entraîner une stérilisation chez l'homme).

Méthode thermique (appelé slip chauffant)

Méthode hormonale

Autre (veuillez préciser laquelle)

6) Vous arrive-t-il de parler de contraception avec votre partenaire ?

Jamais

Rarement

Occasionnellement

Assez souvent

Très souvent

7) Votre partenaire est-il à l'initiative de ce genre de discussion ?

Jamais

Rarement

Occasionnellement

Assez souvent

Très souvent

8) Votre partenaire vous donne-t-il le sentiment de s'intéresser à la contraception (échanges avec d'autres personnes, recherche d'informations sur internet, demande d'informations auprès de structures et ou d'associations...)?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Assez souvent
- Très souvent

9) Votre partenaire vous donne-t-il son avis quant au choix d'une méthode contraceptive ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Assez souvent
- Très souvent

10) Votre partenaire vous accompagne-t-il à des consultations médicales de contraception (médecin, sage-femme, gynécologue) ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Assez souvent
- Très souvent
- Je ne suis pas concernée

11) Dans le cas où vous devez régler personnellement des frais liés à la contraception (consultation avec dépassement d'honoraires, contraceptif partiellement remboursé ou non remboursé, achat de préservatif, etc.), votre partenaire participe-t-il à ces dépenses ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Assez souvent
- Très souvent
- Je ne suis pas concernée

12) Certaines méthodes de contraception nécessitent une organisation : prise de pilule à heure fixe, anticipation de rachat (ex : pilule, patch...), prise de RDV (pose d'un stérilet ou renouvellement d'une contraception) etc.

Votre partenaire participe-t-il à cette organisation ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Assez souvent
- Très souvent
- Je ne suis pas concernée

13) Si vous utilisez une méthode d'abstinence périodique (calendrier, température, observation de la glaire cervicale, symptothermie...), votre partenaire se préoccupe-t-il de savoir dans quelle période de votre cycle vous vous situez avant d'entreprendre ou d'accepter une activité sexuelle ?

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Assez souvent
- Très souvent
- Je ne suis pas concernée

14) Dans le cas où vous utilisez des préservatifs masculins et/ou féminins, votre partenaire participe-t-il à ce type de contraception en réalisant certains de ces comportements ?

	JAMAIS	RAREMENT	OCCASIONNELLEMENT	ASSEZ SOUVENT	TRES SOUVENT
Il vérifie qu'il reste des préservatifs					
Il vérifie la date de péremption					
Il pense à en acheter					
Il en achète					
Il initie son utilisation au moment du rapport sexuel					

15) Ressentez vous des effets secondaires (positifs ou négatifs) liés à votre contraception ?

Oui

Non

15 a) Lesquels ? (Plusieurs réponses sont possibles)

Diminution de troubles de l'humeur (anxiété, humeur triste, irritabilité...)

Augmentation ou apparition de troubles de l'humeur

Diminution de migraines

Augmentation ou apparition de migraines

Perte de poids

Prise de poids

Métrorragies (saignements ponctuels en dehors des règles)

Augmentation des règles

Diminution des règles

Diminution de la libido

Augmentation de la libido

Diminution de douleur

Augmentation ou apparition de douleur

Diminution d'acné

Augmentation ou apparition d'acné

Sécheresse vaginale

Augmentation de la lubrification vaginale

Autre:

15 b) Pouvez-vous évaluer l'impact de ces effets secondaires (dans le cas où ils sont négatifs) sur votre vie au quotidien ?

Aucun

Faible

Modéré

Elevé

Très élevé

15 c) Discutez-vous de ces problèmes liés à la contraception avec votre partenaire ?

Jamais

Rarement

Occasionnellement

Assez souvent

Très souvent

15 d) Vous apporte-t-il son soutien ?

Jamais

Rarement

Occasionnellement

Assez souvent

Très souvent

15 e) Si oui, de quelle manière?

Texte libre

16) Aimeriez-vous changer de méthode contraceptive dans les prochains mois?

Oui

Eventuellement

Non

16 bis) Votre partenaire est-il d'accord avec votre décision de changer ?

Oui

Non

Il n'est pas au courant

Cela ne le concerne pas

16 ter) Pouvez-vous expliquer les raisons du désaccord de votre partenaire ?

Texte libre

17) Au sein de votre relation, lequel d'entre vous se renseigne sur des méthodes contraceptives autres que celle utilisée actuellement ?

Essentiellement votre partenaire

Plutôt votre partenaire

Les deux

Plutôt vous

Essentiellement vous

Aucun des deux

18) Si vous avez eu recours à une contraception d'urgence (oubli de contraception, rupture de préservatif, etc.), votre partenaire s'est-il impliqué dans la gestion de la contraception d'urgence ?

Jamais

Rarement

Occasionnellement

Assez souvent

Très souvent

Je ne suis pas concernée

19) Votre partenaire se renseigne-t-il sur les méthodes de contraception masculine (méthode thermique, méthode hormonale, vasectomie) ?

Jamais

Rarement

Occasionnellement

Assez souvent

Très souvent

20) Votre partenaire a-t-il effectué quelques démarches pour également prendre en charge la contraception ?

Oui  
Non

20 bis) Lesquelles?

Texte libre

21) Si votre partenaire utilise une contraception masculine, pouvez-vous expliquer en quelques mots pour quelles raisons a-t-il opté ou avez-vous opté pour cette méthode de contraception ?

Texte libre

22) A votre avis, si une contraception masculine telle que la pilule existait, votre partenaire serait-il prêt à la prendre ?

Oui  
Pourquoi pas  
Non  
Lui oui mais moi je ne le souhaite pas

23) Selon vous, l'implication de votre partenaire dans la contraception au sein de votre relation est :

Insatisfaisante  
Plutôt insatisfaisante  
Plutôt satisfaisante  
Satisfaisante

24) Avez-vous des attentes envers votre partenaire au sujet de la contraception ?

Texte libre

25) Dans quelle mesure l'utilisation d'une contraception représente-t-elle une charge pour vous ?

Aucun  
Faible  
Modérée  
Élevée  
Très élevée

26) Au sein de votre couple, lequel d'entre vous prend en charge les tâches domestiques (courses, cuisine, ménage, linge, papiers administratifs bricolage, jardinage...)?

Essentiellement votre partenaire  
Plutôt votre partenaire  
Les deux  
Plutôt vous  
Essentiellement vous  
Aucun des deux

27) Au sein de votre couple, lequel d'entre vous prend en charge les tâches parentales (emmener les enfants à l'école, les conduire à des activités, jouer avec eux, faire les devoirs...)?

Essentiellement votre partenaire  
Plutôt votre partenaire  
Les deux  
Plutôt vous  
Essentiellement vous  
Je ne suis pas concernée, je n'ai pas d'enfant



## Questionnaire de qualité de vie sur la sexualité féminine (SQOL-F)

Ce questionnaire consiste en série de phrases, chacune exprimant ce que vous pouvez penser ou ressentir à propos de votre vie sexuelle.

Les phrases peuvent se rapporter à des aspects positifs ou négatifs de votre vie sexuelle.

Nous vous demandons d'indiquer si vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des phrases en entourant une seule des six réponses possibles.

En répondant au questionnaire, veuillez prendre en compte les définitions suivantes:

**Vie sexuelle:** comprend à la fois l'aspect physique et l'aspect émotionnel de la relation sexuelle que vous avez avec votre partenaire.

**Activités sexuelles:** incluent toutes activités pouvant conduire à la stimulation sexuelle ou au plaisir sexuel, par exemple: rapports sexuels, caresses, préliminaires masturbation (vous vous masturbez ou votre partenaire vous masturbe) et relations sexuelles avec la bouche (de votre partenaire sur vous-même).

En général, la première réponse qui vient à l'esprit est la bonne, donc faites vous confiance et ne passez pas trop de temps sur chaque question.

Toutes vos réponses resteront strictement confidentielles.

1) Quand je pense à ma vie sexuelle, j'estime que c'est une partie agréable de ma vie dans son ensemble.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

2) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens frustrée.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

3) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens déprimée.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

4) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens moins féminine.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

5) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens bien dans ma peau.

Complètement d'accord  
Moyennement d'accord  
Un peu d'accord  
Un peu en désaccord  
Moyennement en désaccord  
Complètement en désaccord

6) J'ai perdu confiance en moi en tant que partenaire sexuelle.

Complètement d'accord  
Moyennement d'accord  
Un peu d'accord  
Un peu en désaccord  
Moyennement en désaccord  
Complètement en désaccord

7) Quand je pense à ma vie sexuelle, je ressens de l'inquiétude.

Complètement d'accord  
Moyennement d'accord  
Un peu d'accord  
Un peu en désaccord  
Moyennement en désaccord  
Complètement en désaccord

8) Quand je pense à ma vie sexuelle, je ressens de la colère.

Complètement d'accord  
Moyennement d'accord  
Un peu d'accord  
Un peu en désaccord  
Moyennement en désaccord  
Complètement en désaccord

9) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens proche de mon partenaire.

Complètement d'accord  
Moyennement d'accord  
Un peu d'accord  
Un peu en désaccord  
Moyennement en désaccord  
Complètement en désaccord

10) L'avenir de ma vie sexuelle m'inquiète.

Complètement d'accord  
Moyennement d'accord  
Un peu d'accord  
Un peu en désaccord  
Moyennement en désaccord  
Complètement en désaccord

11) Les activités sexuelles ne me procurent plus de plaisir.

Complètement d'accord  
Moyennement d'accord  
Un peu d'accord  
Un peu en désaccord  
Moyennement en désaccord  
Complètement en désaccord

12) Quand je pense à ma vie sexuelle, je suis mal à l'aise.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

13) Quand je pense à ma vie sexuelle, j'ai le sentiment que je peux discuter de sexualité avec mon partenaire.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

14) J'essaie d'éviter les activités sexuelles.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

15) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens coupable.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

16) Quand je pense à ma vie sexuelle, j'ai peur que mon partenaire ait de la peine ou se sente rejeté.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

17) Quand je pense à ma vie sexuelle, j'ai le sentiment qu'il me manque quelque chose.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

18) Quand je pense à ma vie sexuelle, je suis satisfaite de la fréquence de mes activités sexuelles.

Complètement d'accord

Moyennement d'accord

Un peu d'accord

Un peu en désaccord

Moyennement en désaccord

Complètement en désaccord

**Questionnaire « implication du partenaire dans la contraception »**

**1) Quel âge avez-vous ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>De 18 à 24 ans</b>	242	36%
<b>De 25 à 29 ans</b>	168	25%
<b>De 30 à 34 ans</b>	136	20,2%
<b>De 35 à 39 ans</b>	68	10,1%
<b>De 40 à 44 ans</b>	32	4,8%
<b>De 45 à 49 ans</b>	21	3,1%
<b>De 50 à 55 ans</b>	6	0,9%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**2) Dans quelle catégorie socio-professionnelle vous situez-vous ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Agricultrices exploitantes</b>	0	0%
<b>Artisanes, commerçantes, cheffes d'entreprise</b>	33	4,9%
<b>Cadres et professions intellectuelles</b>	142	21,1%
<b>Professions intermédiaires</b>	54	8%
<b>Employées</b>	170	25,3%
<b>Ouvrières</b>	7	1%
<b>Etudiantes</b>	203	30,2%
<b>En recherche d'emploi</b>	64	9,5%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

### 3) Quelle est votre situation familiale ?

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Mariée</b>	118	17,5%
<b>Pacsée</b>	105	15,6%
<b>En concubinage</b>	200	29,7%
<b>En couple ne vivant pas ensemble</b>	194	28,8%
<b>Avec un partenaire régulier</b>	56	8,3%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

### 4) Avez-vous des enfants ?

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>0</b>	439	65,2%
<b>1</b>	89	13,2%
<b>2</b>	103	15,3%
<b>3</b>	25	3,7%
<b>Plus de 3</b>	17	2,5%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**5) Quelle méthode de contraception utilisez-vous actuellement ? (plusieurs réponses sont possibles)**

NB : les pourcentages présentés sont rapports à l'effectif total (673).

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Pilule</b>	199	29,6%
<b>DIU hormonal (stérilet hormonal)</b>	41	6,1%
<b>DIU au cuivre (stérilet au cuivre)</b>	147	21,8%
<b>Implant (petit bâtonnet placé sous la peau au niveau du bras diffusant des hormones)</b>	17	2,5%
<b>Patch (sorte de timbre collé sur la peau diffusant des hormones)</b>	1	0,1%
<b>Progestatifs injectables</b>	0	0%
<b>Anneau vaginal (anneau s'insérant dans le vagin et diffusant des hormones)</b>	8	1,2%
<b>Préservatif masculin</b>	260	38,6%
<b>Préservatif féminin</b>	13	1,9%
<b>Diaphragme (coupelle en latex ou en silicone qui se place dans le vagin avant un rapport sexuel)</b>	7	1%
<b>Cape cervicale (sorte de dôme très fin en silicone qui se place dans le vagin avant un rapport sexuel)</b>	0	0%
<b>Spermicides</b>	2	0,3%
<b>Méthode du retrait</b>	91	13,5%
<b>Méthode du calendrier</b>	39	5,8%
<b>Méthode dites naturelles (méthode des températures, méthode de l'observation de la glaire cervicale, symphothermie)</b>	47	7%
<b>Méthode MAMA (méthode qui repose sur l'allaitement maternel et l'absence de règles après une grossesse).</b>	7	1%
<b>Ligatures des trompes</b>	8	1,2%
<b>Vasectomie du conjoint (opération qui consiste à sectionner les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes afin d'entraîner une stérilisation chez l'homme).</b>	11	1,6%
<b>Méthode thermique (appelé slip chauffant)</b>	8	1,2%
<b>Méthode hormonale</b>	0	0%
<b>Autre (veuillez préciser laquelle)</b>	10	1,5%

**6) Vous arrive-t-il de parler de contraception avec votre partenaire ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Jamais</b>	14	2,1%
<b>Rarement</b>	76	11,3%
<b>Occasionnellement</b>	196	29,1%
<b>Assez souvent</b>	228	33,9%
<b>Très souvent</b>	159	23,6%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**7) Votre partenaire est-il à l'initiative de ce genre de discussion ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Jamais</b>	159	23,6%
<b>Rarement</b>	172	25,6%
<b>Occasionnellement</b>	226	33,6%
<b>Assez souvent</b>	90	13,4%
<b>Très souvent</b>	26	3,9%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**8) Votre partenaire vous donne-t-il le sentiment de s'intéresser à la contraception (échanges avec d'autres personnes, recherche d'informations sur internet, demande d'informations auprès de structures et ou d'associations...) ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Jamais</b>	184	27,3%
<b>Rarement</b>	151	22,4%
<b>Occasionnellement</b>	160	23,8%
<b>Assez souvent</b>	109	16,2%
<b>Très souvent</b>	69	10,3%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**9) Votre partenaire vous donne-t-il son avis quant au choix d'une méthode contraceptive?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Jamais</b>	123	18,3%
<b>Rarement</b>	125	18,6%
<b>Occasionnellement</b>	186	27,6%
<b>Assez souvent</b>	167	24,8%
<b>Très souvent</b>	72	10,7%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**10) Votre partenaire vous accompagne-t-il à des consultations médicales de contraception (médecin, sage-femme, gynécologue) ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Jamais</b>	382	56,8%
<b>Rarement</b>	64	9,5%
<b>Occasionnellement</b>	74	11%
<b>Assez souvent</b>	31	4,6%
<b>Très souvent</b>	59	8,8%
<b>Je ne suis pas concernée</b>	63	9,4%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**11) Dans le cas où vous devez régler personnellement des frais liés à la contraception (consultation avec dépassement d'honoraires, contraceptif partiellement remboursé ou non remboursé, achat de préservatif, etc.), votre partenaire participe-t-il à ces dépenses?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Jamais</b>	193	28,7%
<b>Rarement</b>	44	6,5%
<b>Occasionnellement</b>	52	7,7%
<b>Assez souvent</b>	64	9,5%
<b>Très souvent</b>	191	28,4%



<b>Je ne suis pas concernée</b>	129	19,2%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

12) Certaines méthodes de contraception nécessitent une organisation : prise de pilule à heure fixe, anticipation de rachat (ex : pilule, patch...), prise de RDV (pose d'un stérilet ou renouvellement d'une contraception) etc. Votre partenaire participe-t-il à cette organisation ?

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Jamais</b>	279	41,5%
<b>Rarement</b>	52	7,7%
<b>Occasionnellement</b>	61	9,1%
<b>Assez souvent</b>	56	8,3%
<b>Très souvent</b>	68	10,1%
<b>Je ne suis pas concernée</b>	157	23,3%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

13) Si vous utilisez une méthode d'abstinence périodique (calendrier, température, observation de la glaire cervicale, symptothermie...), votre partenaire se préoccupe-t-il de savoir dans quelle période de votre cycle vous vous situez avant d'entreprendre ou d'accepter une activité sexuelle ?

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Jamais</b>	45	6,7%
<b>Rarement</b>	23	3,4%
<b>Occasionnellement</b>	19	2,8%
<b>Assez souvent</b>	20	3%
<b>Très souvent</b>	59	8,8%
<b>Je ne suis pas concernée</b>	507	75,3%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**14) Dans le cas où vous utilisez des préservatifs masculins et/ou féminins, votre partenaire participe-t-il à ce type de contraception en réalisant certains de ces comportements ?**

	Jamais		Rarement		Occasionnellement		Assez souvent		Très souvent		Total	
	Eff.	% Rep.	Eff.	% Rep.	Eff.	% Rep.	Eff.	% Rep.	Eff.	% Rep.	Eff.	% Rep.
<b>Il vérifie qu'il reste des préservatifs</b>	75	16,2%	47	10,2%	67	14,5%	92	19,9%	182	39,3%	<b>463</b>	<b>100%</b>
<b>Il vérifie la date de péremption</b>	190	41,3%	47	10,2%	50	10,9%	45	9,8%	128	27,8%	<b>460</b>	<b>100%</b>
<b>Il pense à en acheter</b>	77	16,7%	40	8,7%	75	16,2%	101	21,9%	169	36,6%	<b>462</b>	<b>100%</b>
<b>Il en achète</b>	67	14,5%	38	8,2%	91	19,7%	80	17,3%	187	40,4%	<b>463</b>	<b>100%</b>
<b>Il initie son utilisation au moment du ...</b>	47	10,2%	35	7,6%	61	13,3%	101	22%	216	47%	<b>460</b>	<b>100%</b>
<b>Total</b>	<b>456</b>	<b>19,8%</b>	<b>207</b>	<b>9%</b>	<b>344</b>	<b>14,9%</b>	<b>419</b>	<b>18,2%</b>	<b>882</b>	<b>38,2%</b>	<b>2308</b>	<b>100%</b>

**15) Ressentez vous des effets secondaires (positifs ou négatifs) liés à votre contraception?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>oui</b>	353	52,5%
<b>non</b>	320	47,5%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**15 a) Lesquels ? (Plusieurs réponses sont possibles)**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Diminution de troubles de l'humeur (anxiété, humeur triste, irritabilité...)</b>	46	13%
<b>Augmentation ou apparition de troubles de l'humeur</b>	148	41,9%
<b>Diminution de migraines</b>	9	2,5%
<b>Augmentation ou apparition de migraines</b>	78	22,1%
<b>Perte de poids</b>	16	4,5%
<b>Prise de poids</b>	109	30,9%
<b>Métrorragies (saignements ponctuels en dehors des règles)</b>	91	25,8%
<b>Augmentation des règles</b>	109	30,9%
<b>Diminution des règles</b>	94	26,6%
<b>Diminution de la libido</b>	160	45,3%
<b>Augmentation de la libido</b>	32	9,1%
<b>Diminution de douleur</b>	60	17%
<b>Augmentation ou apparition de douleur</b>	119	33,7%
<b>Diminution d'acné</b>	22	6,2%
<b>Augmentation ou apparition d'acné</b>	82	23,2%
<b>Sécheresse vaginale</b>	101	28,6%
<b>Augmentation de la lubrification vaginale</b>	28	7,9%
<b>Autre:</b>	38	10,8%

**15 b) Pouvez-vous évaluer l'impact de ces effets secondaires (dans le cas où ils sont négatifs) sur votre vie au quotidien ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Rep.</b>
<b>Aucun</b>	7	2,1%
<b>Faible</b>	55	16,3%
<b>Modéré</b>	126	37,4%
<b>Elevé</b>	111	32,9%
<b>Très élevé</b>	38	11,3%
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100%</b>

**15 c) Discutez-vous de ces problèmes liés à la contraception avec votre partenaire ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Rep.</b>
<b>Jamais</b>	23	7%
<b>Rarement</b>	32	9,7%
<b>Occasionnellement</b>	68	20,7%
<b>Assez souvent</b>	80	24,3%
<b>Très souvent</b>	126	38,3%
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100%</b>

**15 d) Vous apporte-t-il son soutien ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Rep.</b>
<b>Jamais</b>	24	7,9%
<b>Rarement</b>	25	8,2%
<b>Occasionnellement</b>	43	14,1%
<b>Assez souvent</b>	78	25,6%
<b>Très souvent</b>	135	44,3%
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>100%</b>

**16) Aimeriez-vous changer de méthode contraceptive dans les prochains mois?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Oui</b>	175	26%
<b>Eventuellement</b>	143	21,2%
<b>Non</b>	355	52,7%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**16 bis) Votre partenaire est-il d'accord avec votre décision de changer ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Oui</b>	240	75,5%
<b>Non</b>	15	4,7%
<b>Il n'est pas au courant</b>	43	13,5%
<b>Cela ne le concerne pas</b>	20	6,3%
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>100%</b>

**17) Au sein de votre relation, lequel d'entre vous se renseigne sur des méthodes contraceptives autres que celle utilisée actuellement ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Essentiellement votre partenaire</b>	3	0,4%
<b>Plutôt votre partenaire</b>	7	1%
<b>Les deux</b>	104	15,5%
<b>Plutôt vous</b>	145	21,5%
<b>Essentiellement vous</b>	333	49,5%
<b>Aucun des deux</b>	81	12%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**18) Si vous avez eu recours à une contraception d'urgence (oubli de contraception, rupture de préservatif, etc.), votre partenaire s'est-il impliqué dans la gestion de la contraception d'urgence ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Jamais</b>	66	9,8%
<b>Rarement</b>	32	4,8%
<b>Occasionnellement</b>	34	5,1%
<b>Assez souvent</b>	30	4,5%
<b>Très souvent</b>	121	18%
<b>Je ne suis pas concernée</b>	390	57,9%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**19) Votre partenaire se renseigne-t-il sur les méthodes de contraception masculine (méthode thermique, méthode hormonale, vasectomie) ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Jamais</b>	413	61,4%
<b>Rarement</b>	110	16,3%
<b>Occasionnellement</b>	76	11,3%
<b>Assez souvent</b>	34	5,1%
<b>Très souvent</b>	40	5,9%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**20) Votre partenaire a-t-il effectué quelques démarches pour également prendre en charge la contraception ?**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Oui</b>	101	15%
<b>Non</b>	572	85%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**20 bis) Lesquelles?**

Texte libre

22) A votre avis, si une contraception masculine telle que la pilule existait, votre partenaire serait-il prêt à la prendre ?

	Effectifs	% Obs.
Oui	93	13,8%
Pourquoi pas	283	42,1%
Non	225	33,4%
Lui oui mais moi je ne le souhaite pas	72	10,7%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

23) Selon vous, l'implication de votre partenaire dans la contraception au sein de votre relation est :

	Effectifs	% Obs.
Insatisfaisante	87	12,9%
Plutôt insatisfaisante	113	16,8%
Plutôt satisfaisante	283	42,1%
Satisfaisante	190	28,2%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

24) Avez-vous des attentes envers votre partenaire au sujet de la contraception ?

	Nb Occurrences	% Obs.
Non	312	46,4%
contraception	74	11%
Oui	46	6,8%
vasectomie	34	5,1%
renseigne	26	3,9%
implique	24	3,6%
aimerais	23	3,4%
charge	23	3,4%
intéresse	23	3,4%
implication	21	3,1%

25) Dans quelle mesure l'utilisation d'une contraception représente-t-elle une charge pour vous ?

	Effectifs	% Obs.
Aucun	68	10,1%
Faible	157	23,3%
Modérée	196	29,1%
Elevée	170	25,3%
Très élevée	82	12,2%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

26) Au sein de votre couple, lequel d'entre vous prend en charge les tâches domestiques (courses, cuisine, ménage, linge, papiers administratifs bricolage, jardinage...)?

	Effectifs	% Obs.
Essentiellement votre partenaire	5	0,7%
Plutôt votre partenaire	18	2,7%
Les deux	451	67%
Plutôt vous	102	15,2%
Essentiellement vous	64	9,5%
Aucun des deux	33	4,9%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

27) Au sein de votre couple, lequel d'entre vous prend en charge les tâches parentales (emmener les enfants à l'école, les conduire à des activités, jouer avec eux, faire les devoirs...)?

	Effectifs	% Obs.
Essentiellement votre partenaire	3	0,4%
Plutôt votre partenaire	10	1,5%
Les deux	136	20,2%
Plutôt vous	53	7,9%
Essentiellement vous	37	5,5%
Je ne suis pas concernée, je n'ai pas d'enfant	434	64,5%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>



## Questionnaire SQOL-F

1) Quand je pense à ma vie sexuelle, j'estime que c'est une partie agréable de ma vie dans son ensemble.

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>Complètement d'accord</b>	386	57,4%
<b>moyennement d'accord</b>	160	23,8%
<b>un peu d'accord</b>	67	10%
<b>un peu en désaccord</b>	26	3,9%
<b>moyennement en désaccord</b>	22	3,3%
<b>complètement en désaccord</b>	12	1,8%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

2) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens frustrée.

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	53	7,9%
<b>moyennement d'accord</b>	77	11,4%
<b>un peu d'accord</b>	161	23,9%
<b>un peu en désaccord</b>	39	5,8%
<b>moyennement en désaccord</b>	124	18,4%
<b>complètement en désaccord</b>	219	32,5%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

3) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens déprimée.

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	34	5,1%
<b>moyennement d'accord</b>	40	5,9%
<b>un peu d'accord</b>	79	11,7%
<b>un peu en désaccord</b>	44	6,5%
<b>moyennement en désaccord</b>	83	12,3%
<b>complètement en désaccord</b>	393	58,4%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**4) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens moins féminine.**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	26	3,9%
<b>moyennement d'accord</b>	20	3%
<b>un peu d'accord</b>	51	7,6%
<b>un peu en désaccord</b>	35	5,2%
<b>moyennement en désaccord</b>	92	13,7%
<b>complètement en désaccord</b>	449	66,7%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**5) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens bien dans ma peau.**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	257	38,2%
<b>moyennement d'accord</b>	199	29,6%
<b>un peu d'accord</b>	75	11,1%
<b>un peu en désaccord</b>	62	9,2%
<b>moyennement en désaccord</b>	52	7,7%
<b>complètement en désaccord</b>	28	4,2%

**6) J'ai perdu confiance en moi en tant que partenaire sexuelle.**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	52	7,7%
<b>moyennement d'accord</b>	64	9,5%
<b>un peu d'accord</b>	89	13,2%
<b>un peu en désaccord</b>	45	6,7%
<b>moyennement en désaccord</b>	99	14,7%
<b>complètement en désaccord</b>	324	48,1%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

7) Quand je pense à ma vie sexuelle, je ressens de l'inquiétude.

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	62	9,2%
<b>moyennement d'accord</b>	87	12,9%
<b>un peu d'accord</b>	146	21,7%
<b>un peu en désaccord</b>	40	5,9%
<b>moyennement en désaccord</b>	89	13,2%
<b>complètement en désaccord</b>	249	37%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

8) Quand je pense à ma vie sexuelle, je ressens de la colère.

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	34	5,1%
<b>moyennement d'accord</b>	38	5,6%
<b>un peu d'accord</b>	87	12,9%
<b>un peu en désaccord</b>	28	4,2%
<b>moyennement en désaccord</b>	56	8,3%
<b>complètement en désaccord</b>	430	63,9%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

9) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens proche de mon partenaire.

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	377	56%
<b>moyennement d'accord</b>	143	21,2%
<b>un peu d'accord</b>	74	11%
<b>un peu en désaccord</b>	34	5,1%
<b>moyennement en désaccord</b>	31	4,6%
<b>complètement en désaccord</b>	14	2,1%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

### 10) L'avenir de ma vie sexuelle m'inquiète.

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	71	10,5%
<b>moyennement d'accord</b>	76	11,3%
<b>un peu d'accord</b>	129	19,2%
<b>un peu en désaccord</b>	32	4,8%
<b>moyennement en désaccord</b>	98	14,6%
<b>complètement en désaccord</b>	267	39,7%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

### 11) Les activités sexuelles ne me procurent plus de plaisir.

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	26	3,9%
<b>moyennement d'accord</b>	47	7%
<b>un peu d'accord</b>	72	10,7%
<b>un peu en désaccord</b>	49	7,3%
<b>moyennement en désaccord</b>	95	14,1%
<b>complètement en désaccord</b>	384	57,1%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

### 12) Quand je pense à ma vie sexuelle, je suis mal à l'aise.

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	39	5,8%
<b>moyennement d'accord</b>	35	5,2%
<b>un peu d'accord</b>	80	11,9%
<b>un peu en désaccord</b>	40	5,9%
<b>moyennement en désaccord</b>	81	12%
<b>complètement en désaccord</b>	398	59,1%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**13) Quand je pense à ma vie sexuelle, j'ai le sentiment que je peux discuter de sexualité avec mon partenaire.**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	457	67,9%
<b>moyennement d'accord</b>	108	16%
<b>un peu d'accord</b>	43	6,4%
<b>un peu en désaccord</b>	25	3,7%
<b>moyennement en désaccord</b>	25	3,7%
<b>complètement en désaccord</b>	15	2,2%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**14) J'essaie d'éviter les activités sexuelles.**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	30	4,5%
<b>moyennement d'accord</b>	43	6,4%
<b>un peu d'accord</b>	76	11,3%
<b>un peu en désaccord</b>	39	5,8%
<b>moyennement en désaccord</b>	109	16,2%
<b>complètement en désaccord</b>	376	55,9%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**15) Quand je pense à ma vie sexuelle, je me sens coupable.**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	41	6,1%
<b>moyennement d'accord</b>	34	5,1%
<b>un peu d'accord</b>	79	11,7%
<b>un peu en désaccord</b>	21	3,1%
<b>moyennement en désaccord</b>	71	10,5%
<b>complètement en désaccord</b>	427	63,4%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**16) Quand je pense à ma vie sexuelle, j'ai peur que mon partenaire ait de la peine ou se sente rejeté.**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	69	10,3%
<b>moyennement d'accord</b>	52	7,7%
<b>un peu d'accord</b>	119	17,7%
<b>un peu en désaccord</b>	35	5,2%
<b>moyennement en désaccord</b>	79	11,7%
<b>complètement en désaccord</b>	319	47,4%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**17) Quand je pense à ma vie sexuelle, j'ai le sentiment qu'il me manque quelque chose.**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	105	15,6%
<b>moyennement d'accord</b>	77	11,4%
<b>un peu d'accord</b>	164	24,4%
<b>un peu en désaccord</b>	25	3,7%
<b>moyennement en désaccord</b>	79	11,7%
<b>complètement en désaccord</b>	223	33,1%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

**18) Quand je pense à ma vie sexuelle, je suis satisfaite de la fréquence de mes activités sexuelles.**

	<b>Effectifs</b>	<b>% Obs.</b>
<b>complètement d'accord</b>	199	29,6%
<b>moyennement d'accord</b>	167	24,8%
<b>un peu d'accord</b>	59	8,8%
<b>un peu en désaccord</b>	99	14,7%
<b>moyennement en désaccord</b>	67	10%
<b>complètement en désaccord</b>	82	12,2%
<b>Total</b>	<b>673</b>	<b>100%</b>

# DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE SEXOLOGIE



Année de passation : 2020

Mylène Rouland [mylene.rouland@gmail.com](mailto:mylene.rouland@gmail.com)

## **Implication des hommes dans la contraception et satisfaction sexuelle des femmes**

En 2020, en France, la contraception est surtout à destination des femmes et médicalisée, mais jusque dans les années 1960, elle était circonscrite à l'intime du couple et sa responsabilité relevait plutôt de l'homme. La révolution sexuelle des années 1970 a entraîné de nombreux changements dont la légalisation de la contraception.

Le travail contraceptif, se déclinant sous divers aspects (cognitif, organisation, gestion des effets secondaires...), est alors devenu une "affaire de femmes". En effet, peu de méthodes contraceptives dites masculines existent, bien que quelques initiatives d'hommes se réalisent dans ce domaine (méthode thermique, augmentation du nombre de vasectomie...). Néanmoins, il existe d'autres manières pour eux de s'impliquer dans la contraception (participation financière, dialogue, soutien, accompagnement aux consultations de contraception...).

Cette étude a alors permis de quantifier la fréquence de ces comportements en interrogeant 673 femmes sur l'implication de leur partenaire. Elle a également mis en évidence un effet positif et significatif de l'investissement contraceptif masculin sur la satisfaction sexuelle des femmes (évaluée au moyen au SQOL-F). La qualité de la communication et des capacités du "prendre soin" ou « care » peuvent être des perspectives d'explications à ces résultats.

L'intégration de la notion de charge contraceptive à l'évaluation sexologique et au travail sexothérapeutique est discutée dans cette étude.

**Mots-clés:** charge contraceptive, implication des hommes, satisfaction sexuelle des femmes, SQOL-F, rapports de genre.