



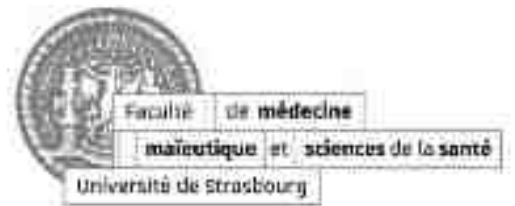
DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022-2023

**ÉVALUATION DE LA CONNAISSANCE DES
HOMMES SUR LA CONTRACEPTION
FÉMININE**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Mémoire rédigé et soutenu par
Sophie SCHUBNEL
Née le 07 février 1999 à Mulhouse

Directeur de mémoire : Docteur Chris MINELLA
Co-directrice de mémoire : Mme Céline BOSCO



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022-2023

**ÉVALUATION DE LA CONNAISSANCE DES
HOMMES SUR LA CONTRACEPTION
FÉMININE**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Mémoire rédigé et soutenu par
Sophie SCHUBNEL
Née le 07 février 1999 à Mulhouse

Directeur de mémoire : Docteur Chris MINELLA
Co-directrice de mémoire : Mme Céline BOSCO

Remerciements

En premier lieu, je souhaite remercier les personnes qui ont aidé et contribué à l'élaboration de ce mémoire. Tout d'abord je souhaite remercier le docteur Chris MINELLA, gynécologue obstétricien pour le temps et la patience qu'il a accordé à l'aide et le soutien qu'il m'a apporté durant cette année. Je souhaite également remercier Madame Céline BOSCO, sage-femme enseignante au département de Maïeutique de l'Université de Strasbourg pour ses relectures et sa disponibilité.

Je remercie également le personnel des maternités des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg qui m'a permis de mener à bien mon étude et a contribué à l'élaboration de mes résultats en récupérant les questionnaires auprès des hommes présents en suites de couches.

Je remercie tous ces hommes qui ont accepté de participer à mon étude.

Je remercie toute l'équipe enseignante de l'école de sage-femmes de Strasbourg pour ces quatre années de formation.

Pour finir, je remercie ma famille, mes parents et ma petite sœur pour leur soutien. Mes amis de l'école de sage-femme et mes amis d'ailleurs qui m'ont toujours encouragée pour en arriver là aujourd'hui. Un merci particulier à Nicole et Elyse qui m'ont grandement aidé lors de ma rédaction et lors de l'analyse de mes résultats.

Table des matières

Introduction	3
La contraception en France.....	6
L’histoire de la contraception	6
Aujourd’hui : différents moyens de contraception.....	7
1. Contraception hormonale	7
2. Contraception mécanique.....	11
3. Contraception définitive.....	13
4. La contraception dans le post-partum	15
Matériel et méthode.....	19
Schéma de l’étude	19
La population	19
Les données.....	20
Analyse statistique	20
Aspects éthiques et règlementaires.....	21
Résultats	22
Caractéristiques générales	22
Connaissances.....	23
1. Connaissances avant la grossesse.....	23
2. Contraception sur la contraception en générale.....	26
3. Contraception du post-partum.....	28
4. Source de l’information	29
5. Corrélations	31
Discussion	38
Intérêts de l’étude	38
Limites et biais.....	39
Objectif principal : évaluation des connaissances des hommes sur la contraception féminine	39
Connaissances générales	39
Connaissances et âge.....	41

Connaissances et nombre d'enfant.....	42
Connaissances et niveau d'étude	43
Source d'information.....	44
Objectif secondaire : implication masculine dans la contraception	46
Conclusion	48
Références bibliographiques	50
Annexes

Abréviations :

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

CMCO : Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical

DIU : Dispositif Intra-Utérin

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

Introduction

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter de façon réversible et temporaire la fusion d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé. Il s'agit d'un droit universel des femmes et des hommes pour vivre une sexualité épanouie (1). L'accès à la contraception n'a cependant pas toujours été facile puisque réprimé après la Première Guerre mondiale par la politique nataliste qui souhaitait repeupler la France d'après-guerre. C'est la loi Neuwirth datant de 1967 qui permet la fabrication et l'importation de moyens de contraception ainsi que leur délivrance en pharmacie sur ordonnance (2). En 1974, Simone Veil (alors ministre de la Santé) permet le remboursement de la pilule par la Sécurité Sociale et les centres de planification familial, en augmentation en France depuis les années 60, peuvent délivrer la pilule gratuitement et anonymement aux mineures. En 1975 est légalisée l'interruption volontaire de grossesse (IVG) par la loi Veil (3). En 2013, la gratuité de la contraception est accordée aux jeunes filles de 15 à 18 ans, en 2020 aux moins de 15 ans et depuis janvier 2022 à toute femme âgée de 18 à 25 ans (4).

De nombreux moyens de contraception ont été inventés et n'ont jamais cessé d'être développés et ce, depuis l'Antiquité (5). Aujourd'hui, en France, 71,8% des femmes françaises sont sous contraception. Il s'agit d'une des couvertures contraceptives la plus élevée du monde (6). Malgré cela, la France compte en 2019 près de 232 000 IVG le nombre le plus élevé depuis les années 1990. Les femmes ayant recours à l'IVG se situaient majoritairement dans une tranche d'âge entre 20 et 29 ans. Ces femmes, en âge de procréer, sont donc celles qui rencontrent le plus de problèmes liés à la contraception. Les principaux facteurs influençant l'échec contraceptif sont une utilisation incorrecte bien souvent associée à des connaissances insuffisantes et la persistance d'idées reçues sur les différents moyens de contraception (7).

Le post-partum est défini comme la période commençant immédiatement après la naissance du bébé et s'étendant jusqu'au retour des règles (que l'on appelle retour de couches). Il survient en moyenne six semaines (42 jours) après l'accouchement mais diffère suivant le mode d'alimentation du nouveau-né et la durée d'un éventuel allaitement mis en place (8). Il s'agit également d'une période où la contraception doit être abordée par les professionnels de santé et comprise par les femmes puisque 5,5% des IVG surviennent dans les six mois qui suivent un accouchement. 11 000 femmes seraient donc concernées chaque année (9). Le post-partum est donc une période à risque mais est aussi une période de grande vulnérabilité où les femmes ont besoin de soutien autant des professionnels que de leur partenaire. En 1973, une

anthropologue américaine Dana Raphael a inventé le terme de matrescence (10). La matrescence correspond à la période post-accouchement, qu'on appelle aussi aujourd'hui le 4^{ème} trimestre de grossesse. Ce terme est en fait une contraction entre les termes « maternité » et « adolescence » qui désigne la naissance d'une mère. Les changements physiques, psychiques et biologiques de la femme nécessitent une nouvelle adaptation au quotidien afin de se redécouvrir en tant que femme et de se découvrir en tant que mère (11). La contraception, lors de cette période, est abordée tôt, puisque le séjour à la maternité ne dure généralement que quelques jours. Comme la sexualité, le thème de la contraception sont des sujets délicats que la femme ne souhaite pas forcément aborder directement. Il est d'autant plus intéressant de rappeler que bien souvent, la contraception prescrite dans le post-partum est différente de celle que la patiente avait choisi avant sa grossesse du fait d'un certain nombre de contre-indication (12)(13). L'entretien pour la contraception réalisé par la sage-femme ou le gynécologue avant la sortie de maternité fait également face à d'autres obstacles inhérents à la période du post-partum tels que la montée laiteuse, d'éventuels douleurs, des inquiétudes face à la prise du poids du bébé, face à son mode d'alimentation ou au « baby blues » qui touchent la majorité des femmes après l'accouchement (14). On se pose donc la question de savoir si le post-partum est le moment opportun pour discuter de contraception.

Les hommes, eux, souhaitent légitimement une place plus importante lors de la grossesse : participation aux consultations, aux échographies, aux cours de préparation à la naissance. L'allongement du congé paternité en juillet 2021 leur permet une implication plus importante dans la paternité mais également dans le soutien de leur compagne (15). De plus, le père participe légitimement au choix du prénom ou au projet de naissance (16). D'un point de vue psychologique, le père peut être vu comme un véritable « pilier émotionnel » de par son soutien physique ou psychique, son empathie et sa présence (17).

Par ailleurs, que ce soit après une IVG ou après un accouchement, la responsabilité du choix de la contraception est laissée aux femmes, les laissant seules contrôler leur fécondité. Une grossesse est cependant le fruit d'une relation sexuelle où chaque partenaire s'engage à part égale. Les femmes portent l'enfant mais les hommes sont également soumis au risque de concevoir sans le désirer (18). Suite à ces données, des études se sont intéressées à la connaissance des femmes sur la contraception du post-partum mais peu d'études se sont intéressées aux connaissances des hommes sur la contraception féminine, particulièrement dans la période du post-partum.

Notre hypothèse principale serait que des connaissances suffisantes permettraient aux hommes de s'investir davantage dans le choix d'une méthode contraceptive pour leur conjointe

dans la période du post-partum. La problématique de notre recherche est donc la suivante : quelles sont les connaissances des hommes sur la contraception féminine dans la période du post-partum ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des hommes sur la contraception féminine en général et dans le post-partum. Les objectifs secondaires consistaient à évaluer l'implication des pères dans la contraception de leur compagne et l'importance qu'ils attachent à ce sujet. Nous avons alors élaboré plusieurs hypothèses : nous pouvons imaginer que les connaissances des hommes évoluent avec leur âge, leur niveau d'étude ou leur nombre d'enfant.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une partie sur la contraception abordant l'histoire de la contraception jusqu'aux recommandations concernant la contraception du post-partum. Dans une deuxième partie, nous avons élaboré le travail de recherche et présenterons les résultats des questionnaires distribués en maternité. Nous avons réalisé dans une dernière partie, une discussion autour de la connaissance des conjoints sur la contraception en général et sur leur connaissance sur la contraception du post-partum.

La contraception en France

L'histoire de la contraception

La contraception s'est vue évoluer au fur et à mesure des années et son histoire s'écrit depuis l'Antiquité. En effet, on retrouve dans certains manuscrits romains ou égyptiens des techniques abortives et contraceptives à travers des méthodes dites « naturelles ». Dans les années 1920, des chercheurs inventèrent des moyens mécaniques contraceptifs comme des anneaux de fer, d'argent ou d'or déposés au fond de l'utérus des femmes. Il s'agit là des précurseurs du dispositif intra-utérin (DIU) actuel (19). Dans les années 1950, dans d'autres pays, comme les États Unis, des figures comme Margaret Sanger, précurseur du planning familial américain, ou Gregory Pincus, qui découvre le blocage de l'ovulation par des doses importantes de progestérone, ont permis la commercialisation de la première pilule oestroprogestative en 1956.

En France, le 28 décembre 1967 est votée la loi Neuwirth qui autorise la contraception. Il s'agit d'une véritable révolution dans la vie sexuelle en France puisque depuis la fin de la Première Guerre mondiale, une loi de 1920 réprimait « la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle » afin de relancer la natalité. S'en suit alors un enchaînement de bouleversements concernant la prise en charge de la femme et de la maternité. Le 3 février 1969, un décret autorise la fabrication et la prescription de contraceptifs. En 1972, l'utilisation des contraceptifs intra-utérins est autorisée. A partir de 1964, la pilule contraceptive est remboursée par la Sécurité Sociale. Postérieurement en 1975, la loi Veil dépénalisa l'IVG qui sera remboursé à partir de 1982 (20)(21).

De nombreux travaux ont été menés sur la contraception hormonale afin de trouver la meilleure tolérance clinique et métabolique. Le DIU est mis sur le marché à partir de 1995. D'autres méthodes comme les patchs ou les anneaux vaginaux se sont développés dans le même temps. Suite à cette révolution hormonale, de nombreuses femmes se sont vu prescrire une pilule. Dans les années 2010, une crise médiatique concernant la pilule de 3^{ème} génération a bouleversé le comportement des femmes concernant leur contraception. Depuis cette controverse, un nouveau paysage contraceptif s'est dessiné et près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode contraceptive après le débat médiatique de l'année 2012 (22).

Aujourd'hui : différents moyens de contraception

Les femmes bénéficient aujourd'hui d'un large choix de contraceptifs. On peut diviser les contraceptifs en deux groupes : la contraception hormonale s'adressant aux femmes et la contraception mécanique.

1. Contraception hormonale

La contraception hormonale vise à bloquer le cycle menstruel pour empêcher l'ovulation. Bien souvent la glaire cervicale s'épaissit et la paroi de l'utérus n'est pas en mesure d'accueillir l'œuf fécondé.

- La pilule

La pilule est un moyen contraceptif mimant des hormones naturellement sécrétées par le corps. Ce moyen de contraception existe depuis les années 1950 et les laboratoires n'ont jamais cessé depuis de travailler sur les dosages d'hormones contenus dans les comprimés. Il existe des pilules combinées dites oestroprogestatives et des pilules microprogestatives contenant seulement un progestatif.

La pilule est prescrite sous forme de plaquette et est administrée une fois par jour par voie orale. Suivant le type de pilule, les comprimés sont à prendre en continu. Dans le cas échéant, il y a un arrêt de 7 jours (correspondant aux règles) et reprise d'une nouvelle plaquette à la fin du 7^{ème} jour. La pilule oestroprogestative est efficace immédiatement à partir du 1^{er} jour des règles. Concernant la pilule progestative, elle est efficace au bout de 48h à condition de prendre le premier comprimé de la plaquette le premier jour des règles. La plupart du temps, nous conseillons aux femmes de conserver les préservatifs durant les 7 premiers jours de comprimés afin de garder une contraception efficace.

Les pilules sont classées par génération suivant leur date de commercialisation. Cette distinction différencie le risque thromboembolique. En effet, des études ont montré que l'utilisation de contraceptifs oraux augmente le risque de thrombose veineuse par rapport à une non-utilisation. Les utilisatrices de pilules contraceptives ont donc plus de risque de former un ou des caillots dans la circulation sanguine pouvant migrer et provoquer dans les cas les plus graves une embolie pulmonaire. Ce risque dépend principalement de la dose d'hormones contenues dans le contraceptif, dose qui diffère selon la génération de pilule (23). La pilule est prescrite par un professionnel de santé (médecin ou sage-femme) et est délivrée en pharmacie.

Selon le type de pilule, le prix est variable, généralement entre 3 à 10 euros par mois. Les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération sont remboursées à 65% par l'Assurance Maladie et il existe des génériques. Jusqu'à 26 ans, les pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération sont délivrées sans frais.

- La pilule du lendemain

La pilule du lendemain apparaît en France en 1999. Elle est composée d'une dose plus forte d'hormone et bloque l'ovulation ou inhibe l'implantation de l'œuf dans l'utérus. Il s'agit d'une contraception d'urgence efficace jusqu'à 5 jours après le rapport non protégé. Il existe des délais d'efficacité différents :

- Le lévonorgestrel : un comprimé unique efficace jusqu'à 72h (trois jours)
- L'ulipristal acétate : jusqu'à 120 heures (cinq jours)

Le comprimé est à prendre de préférence dans les 12h après le rapport à risque. Il est important de savoir que plus la contraception d'urgence est prise tôt après le rapport à risque, plus elle est efficace. La pilule d'urgence est disponible sans ordonnance dans les pharmacies et en vente libre. Elle est gratuite pour les moins de 18 ans et est remboursée à 65% pour les 18 ans et plus, sur ordonnance.

- Le patch contraceptif

Le patch se colle sur la peau (ventre, épaule, bas du dos). Il contient un œstrogène et un progestatif qui traversent la peau et passent dans la circulation sanguine. Il reste en place 3 semaines puis est retiré 1 semaine (apparition des règles). Il est efficace directement s'il est posé le premier jour du cycle. Dans le cas échéant, il y a nécessité d'une protection durant 7 jours. Le patch contraceptif est prescrit par le médecin ou la sage-femme mais n'est pas remboursé par la sécurité sociale. La boîte de 3 patchs (protection pour 4 semaines) coûte 15 euros.

- L'anneau vaginal

L'anneau vaginal a été commercialisé en 2004. L'anneau doit être inséré au fond du vagin et sa présence doit être vérifiée régulièrement. Il libère des hormones dans un milieu d'une température de 37°C (température du corps). Il doit être remplacé toutes les trois semaines. Ce dispositif n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale et son prix mensuel varie de 10 à 15 euros.

Le patch, l'anneau vaginal et la pilule sont tous les trois composés de doses plus ou moins importantes d'œstrogènes et de progestatif. Cependant, il a été démontré à travers des études

que cette combinaison d'oestro-progestatif n'était pas sans risque. Ces études ont permis de définir une liste de contre-indications absolues et de contre-indications relatives concernant les contraceptions oestro-progestatives (22)(23)(24). La contre-indication absolue doit être strictement respectée et le contraceptif ne doit pas être administré à la patiente. Elle diffère de la contre-indication relative qui permet au praticien d'évaluer, lors de son examen, la nécessité du traitement. La prescription du contraceptif dans le cas d'une contre-indication relative doit faire l'objet d'une discussion au sein d'une équipe médicale ainsi que d'une prise en charge au cas par cas (25).

Contre-indications absolues	Contre-indications relatives (vigilance)
<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse - Allaitement (6 premières semaines du post-partum) - Thrombophlébites, antécédent ou existence de maladies thrombo-emboliques - Cardiopathies thrombogènes - Affections cérébro-vasculaires (ou antécédents) - Accident vasculaire cérébral - Fumeuse de plus de 35 ans - Hypertension artérielle (>160/>110) - Insuffisance rénale chronique - Hyperlipidémie - Diabète sévère - Cholestase gravidique (ou antécédent) - Hyperbilirubinémies familiales - Hépatite virale aiguës en évolution - Trouble du foie, stase biliaire - Ostéosclérose - Connectivites - Porphyries - Cancer du sein, de l'endomètre - Hyperplasie de l'endomètre - Hémorragies génitales non diagnostiquées 	<ul style="list-style-type: none"> - Age > 40 ans - Allaitement - Post-partum sans allaitement (3 premières semaines) - Risque familial accru d'affections cardio-vasculaires, diabète sucré ou hyperlipidémie - Obésité > 20% - Diabète sucré type I - Fumeuse entre 30 et 35 ans - Perturbations lipidiques modérées - Varices importantes - Fibromes utérins - Thérapeutiques pouvant altérer la pilule (rifampicine, antiépileptiques, antidépresseurs) - Épilepsie - Migraines et céphalées non étiquetées - Dysplasies cervicales

- Le Système de Diffusion Intra-Utérin (SIU) ou stérilet hormonal

Le stérilet hormonal est un dispositif qui doit être inséré de préférence durant la semaine qui suit les règles, afin d'être efficace immédiatement. Cependant son insertion à n'importe quel moment du cycle associé à une contraception mécanique les 7 premiers jours de son insertion est également possible. Il a une forme de « T », mesure environ 3 cm et est placé au fond de l'utérus. Le SIU contient une hormone progestative (lévonorgestrel) qu'il va délivrer en petite quantité dans l'utérus. Ce dispositif permet d'épaissir la glaire cervicale afin d'empêcher l'entrée des spermatozoïdes dans l'utérus. Il diminue également la durée et le volume des règles et permet une diminution de la douleur des contractions. La pose se fait par un gynécologue, une sage-femme ou un médecin généraliste. Il reste en place pour une durée maximum de 5 ans et un contrôle chez la sage-femme ou chez le gynécologue doit se faire une fois par an. Concernant le prix, les SIU sont prescrits par un médecin ou par une sage-femme est pris en charge intégralement en dessous de 26 ans. Au-delà le coût s'élève aux alentours de 112 euros et est remboursé à 65% par l'Assurance Maladie.

- L'implant

L'implant est lui aussi un moyen de contraception hormonale. L'implant se présente sous forme d'un bâtonnet d'environ 4 cm. Il est prescrit par un médecin ou une sage-femme et est posé par le même professionnel. La pose se fait sous anesthésie locale au niveau du bras à l'aide d'un applicateur. L'implant reste posé au maximum pour une durée de 3 ans mais peut être retiré à tout moment. Il est efficace 1 jour après la pose. L'implant, contenant des hormones a une influence sur le flux menstruel avec une tolérance variable : certaines femmes n'auront plus de règles, d'autres des règles moins fréquentes ou moins régulières (oligoménorrhée) et la dernière catégorie auront parfois des règles plus courtes (hypoménorrhée), ou plus longues (hyperménorrhée). Il est pris en charge intégralement en dessous de 26 ans et coûte environ 100 euros dont 65% sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

- Les progestatifs injectables

Il est possible également d'être protégée en utilisant un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) injecté en intramusculaire tous les 3 mois par une sage-femme, un médecin ou une infirmière. Cette contraception protège durant douze semaines. Ils sont délivrés sur ordonnance d'un médecin ou d'une sage-femme. Une dose coûte environ 5 euros, remboursée à 65% par l'Assurance Maladie. En dessous de 26 ans, il s'agit d'une contraception sans frais.

Les progestatifs possèdent cependant des contre-indications. Physiologiquement, ils réduisent le taux normal d'œstrogènes et provoquent une diminution de la densité minérale osseuse. Cela peut provoquer un risque accru d'ostéoporose. Il n'est donc pas recommandé d'utiliser des progestatifs injectables chez les adolescentes et jeunes adultes en constitution de capital osseux et chez les femmes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose (consommation d'alcool, de tabac, antécédent de fracture ostéoporotique...).

- Les spermicides

Les spermicides se présentent sous forme de crèmes, gel ou ovules. Ils sont insérés au fond du vagin et sont souvent utilisés en association avec une méthode « barrière » pour plus d'efficacité. Les spermicides qui accompagnent souvent l'utilisation de la cape cervicale ou du diaphragme sont disponibles sur ordonnance et coûtent entre 5 et 20 euros. Ils sont non remboursés par l'Assurance Maladie et sont disponibles sans ordonnance. Ils sont contre-indiqués pour les femmes souffrant d'infection sexuellement transmissibles (IST), de mycoses vaginales, de plaies vaginales ou d'infections urinaires à répétition. (26)

2. Contraception mécanique

La contraception mécanique constitue d'avantage une barrière entre les spermatozoïdes et l'ovule. Certains des contraceptifs mécaniques protègent également des IST.

- Préservatif masculin

Le préservatif masculin est aussi appelé préservatif externe. Il empêche le passage des spermatozoïdes dans le vagin et a également un effet protecteur contre les infections sexuellement transmissibles. Il est composé de latex ou de polyuréthane (en cas d'allergie au latex). Ce dispositif se place sur le pénis en érection et se retire à la fin du rapport. Il est possible de l'utiliser en association avec des spermicides ou la pilule qui sont d'autres moyens de contraception, c'est ce qu'on appelle de la double protection. Le préservatif est disponible sans ordonnance dans les pharmacies, grandes surfaces, distributeurs. Il coûte en général 58 centimes d'euros et depuis 2018, certaines boîtes sont remboursées à 60% par l'Assurance Maladie lorsqu'ils sont prescrits par une sage-femme ou un médecin. Il est possible de s'en procurer gratuitement dans les Centre de Planification et d'Éducation familiale (CPEF) ou dans les centres de dépistage. Il y a peu de contre-indications concernant l'utilisation du préservatif. Les

personnes allergiques au latex peuvent se procurer des préservatifs en polyuréthane ou remplacer les préservatifs externes par des préservatifs internes (féminins).

- Préservatif féminin

L'usage du préservatif féminin ou interne est le même que le préservatif masculin : il empêche les spermatozoïdes de se retrouver dans le vagin et empêche donc la fécondation. Il est composé d'une gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau aux deux extrémités. Il se place à l'intérieur du vagin avant la pénétration (jusqu'à 8h avant) et est retiré après le rapport. Il est aussi possible, comme le préservatif masculin, de l'utiliser en association avec un autre moyen de contraception : spermicides, pilule... mais attention à ne pas l'utiliser en doublon avec le préservatif masculin. C'est également la seule méthode contraceptive, avec le préservatif masculin à protéger des IST. Il est accessible dans les pharmacies sans ordonnance et sur internet. Il coûte environ 2,8 euros mais il est possible d'en obtenir gratuitement dans les CPEF ou dans les centres de dépistage.

- Dispositif intra-utérin (DIU)

Le stérilet au cuivre est le seul moyen de contraception qui s'adresse aux femmes souhaitant une contraception permanente et réversible. Comme le SIU, il est placé au fond de l'utérus et agit localement sur la paroi utérine en inactivant les spermatozoïdes de par une réaction inflammatoire locale et un effet de toxicité spermatique. La surveillance et la durée d'action sont identiques au SIU. Le DIU au cuivre est également une contraception d'urgence efficace. Il peut être posé jusqu'à cinq jours après le rapport et est efficace de suite.

- La diaphragme

Le diaphragme est un moyen de contraception utilisé avant le rapport (jusqu'à deux heures avant). Il s'agit d'un dispositif posé au fond du vagin avant un rapport sexuel. Il peut être utilisé avec des spermicides. Il est laissé en place 8h minimum après le rapport et doit être retiré au plus tard 24h après. Il peut être réutilisé mais doit être lavé entre chaque utilisation. Il peut être prescrit par le médecin ou la sage-femme et coûte entre 30 et 40 euros (latex ou silicone) et est remboursé à hauteur de 3,14 euros par l'Assurance Maladie.

- La cape cervicale

La cape cervicale (un peu comme le diaphragme) se met en place avant un rapport sexuel (jusqu'à deux heures avant). Elle peut être réutilisée à condition de la laver entre chaque utilisation. Elle est, elle aussi, retirée au minimum 8 heures après un rapport et au maximum 24h après. Elle est prescrite par le médecin ou la sage-femme ou après une consultation dans un CPEF. Le coût de la cape est d'environ 60 euros mais elle n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie.

3. Contraception définitive

La dernière méthode contraceptive décrite ici est la contraception définitive qui induit donc une irréversibilité. Depuis la loi du 4 juillet 2001, toute personne souhaitant une intervention chirurgicale à visée contraceptive doit en avoir la possibilité après une information éclairée sur les différentes méthodes ainsi que leurs risques. Il demeure cependant un délai de réflexion fixé à 4 mois après une première consultation et le recueil d'un consentement écrit.

- Contraception définitive féminine ou ligature tubaire

La contraception définitive féminine consiste au blocage du passage de l'ovule dans les trompes de Fallope. La ligature tubaire consiste en la section des trompes de Fallope. Il s'agit d'une opération sous anesthésie générale. Le cycle menstruel se poursuit après l'opération et les règles surviennent normalement.

- Contraception définitive masculine ou vasectomie

La vasectomie est une contraception définitive de l'homme consistant à arrêter les spermatozoïdes en sectionnant les canaux déférents qui sont les canaux qui relient les testicules au pénis. La fonction érectile est préservée et les hommes éjaculent du liquide séminal ne contenant plus de spermatozoïdes lors d'un rapport sexuel. L'opération est réalisée en ambulatoire sous anesthésie locale ou générale en incisant légèrement la peau du scrotum. (27) Un spermogramme est réalisé à 4 mois du geste afin de s'assurer de l'absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat.

Il existe donc un grand nombre de méthodes contraceptives. Aujourd'hui, la femme peut choisir sa contraception après explications par un professionnel de santé suivant sa situation

clinique, ses préférences ou d'éventuelles contre-indications. En 1933, Raymond Pearl a introduit un indice, appelé indice de Pearl, visant à mesurer l'efficacité des méthodes de contraception. Il a mesuré la fiabilité d'une méthode contraceptive de façon optimale. Cette fiabilité optimale a été comparée à l'utilisation réelle des différentes méthodes grâce à des données d'essais cliniques, permettant ainsi d'établir un indice pour chaque contraceptif. On calcule cet indice en divisant le nombre moyen de grossesses non planifiées par le nombre de mois d'utilisation d'un moyen contraceptif particulier et l'on multiplie le résultat par 1200. Ce dernier chiffre correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant, ou dont le partenaire utilise, une contraception donnée durant un an (28). On distingue donc généralement l'efficacité théorique d'une contraception de son efficacité pratique. L'indice théorique correspond au pourcentage de grossesses « accidentelles » sur un an d'utilisation optimale de la méthode. *Par exemple, pour la pilule oestroprogestative, en efficacité théorique 0,3 femmes sur 100 utilisant la pilule oestroprogestative tombent enceintes. En réalité, 8 femmes sur 100 tombent enceintes dans l'année.* (Tableau I)

Tableau I : Efficacité des méthodes contraceptives suivant l'OMS 2011 (extrait)

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl ou efficacité théorique	Efficacité pratique
Pilule oestroprogestative	0,3	8
Pilule progestative	0,3	8
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au stérile	0,5	0,5
Préservatifs masculins	2	15
Spermicide	10	29
Diaphragme et spermicide	6	16
Capot cervical	9 à 26	16 à 33
Méthodes naturelles	1 à 5	20
Implants	0,05	0,05
Injectable	0,1	0,15
Ligature des trompes	0,5	0,5

Nous pouvons donc voir à travers ce tableau que le meilleur moyen de contraception au niveau de l'efficacité théorique et pratique est l'implant avec 0,05% femmes tombant enceinte dans

l'année théoriquement et réellement. La pilule possède un indice de Pearl tout à fait honorable mais on peut voir qu'en pratique, l'utilisation complexe et contraignant de la pilule (oubli, retard...) différencie grandement l'efficacité théorique et l'efficacité pratique (29).

4. La contraception dans le post-partum

Le post-partum correspond à la période s'étendant de l'accouchement jusqu'au retour de couche (réapparition des règles). (30) La période du post-partum est une période de grand bouleversement pour le corps de la femme. La période du post-partum est une période aux nombreux changements hormonaux et corporels. Tout au long de la grossesse, le placenta prend en charge les sécrétions hormonales. Juste après l'accouchement, la délivrance entraîne l'expulsion du placenta et la chute des hormones gestationnelles. L'œstrogène, la progestérone et l'hormone lactogène placentaire régressent spontanément après l'accouchement. La prolactine et l'ocytocine sont des hormones sécrétées pendant la grossesse mais également en grande quantité après l'accouchement. Ces deux hormones participent à l'induction et au maintien de la lactation. L'ocytocine possède également un rôle pendant le travail et l'accouchement et entre dans le processus d'attachement materno-infantile dans le post-partum (31). Lors du post-partum et des premiers jours à la maternité, la mère reçoit un examen journalier prenant en compte une prise tensionnelle, une température, un interrogatoire et un examen des pertes sanguines, des éventuels signes fonctionnels urinaires ou douleurs. Un examen du périnée et de l'anus (à la recherche d'hémorroïdes), des seins, des membres inférieurs sera réalisé par la sage-femme. Ces jours à la maternité sont importants puisque la mère est soutenue et aidée sur les soins de l'enfant, son alimentation ou encore son moral. Avant sa sortie, la patiente aura une consultation complète avec la sage-femme ou le médecin qui lui donnera tous les conseils de sortie ainsi que les ordonnances dont elle aura besoin. Les principaux risques surveillés lors du post-partum sont le risque hémorragique, infectieux, thromboembolique et psychologique. Lors de la sortie de la maternité, beaucoup de thèmes sont abordés et beaucoup d'informations sont données à la mère ainsi qu'au couple. Il est nécessaire pour nous, professionnels de santé d'accompagner au mieux la femme en lui donnant les informations nécessaires à son suivi. La reprise des rapports sexuels est imprévisible et la contraception doit être abordée devant le potentiel risque d'une grossesse rapprochée (et potentiellement non désirée).

Il est d'abord important de rappeler qu'une femme allaitante reprend un cycle « normal » un peu plus tardivement qu'une femme non allaitante. Cependant, un rapport durant cette

période pourrait être fécondant. Certaines femmes peuvent avoir une première ovulation à deux semaines du post-partum et peuvent alors retomber enceinte rapidement après leur accouchement (31). La reprise de l'ovulation et le retour des règles dépend souvent de l'allaitement.

Les grossesses rapprochées constituent des grossesses à risque. L'OMS a défini un intervalle minimum entre deux grossesses d'au moins 24 mois au niveau mondial. En France, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a choisi comme intervalle celui de 18 mois. Les principaux risques retrouvés lors de ces grossesses sont : les menaces d'accouchements prématurés, l'anémie gravidique, un risque majoré de rupture prématurée des membranes et donc d'infections. On retrouve du côté néonatal un nombre plus important de retard de croissance intra-utérin, d'hypoglycémie, de détresse respiratoire et de nouveau-nés hypotrophes. C'est pour cette raison qu'il est plus que nécessaire d'aborder le thème de la contraception dès la sortie de la maternité. (32) Il est important lors de l'entretien de sortie d'aborder les différents changements du corps de la femme et notamment de la question de la contraception en s'informant sur celle prise avant cette grossesse. Il est intéressant de savoir si la patiente tolérait bien sa contraception et si elle souhaite reprendre la même méthode ou une autre. Il est également important de savoir si la grossesse était souhaitée ou si cette grossesse est apparue soit par absence ou par échec de contraception. Les différentes méthodes de contraception utilisables dans le post-partum sont régies par les changements physiologiques de la femme et les particularités et risques spécifiques le post-partum. Le choix de la contraception du post-partum dépend de plusieurs facteurs : l'allaitement éventuel, le risque thrombo-embolique veineux qui est augmenté pendant la grossesse et dans les 6 semaines après l'accouchement et les éventuelles pathologies survenant pendant la grossesse (hypertension, diabète gestationnel...). Il est important d'informer sur les différentes méthodes contraceptives utilisables que la femme allaite ou non. L'OMS a donc présenté les différentes méthodes de contraception utilisables dans le post-partum :

- Hormones : les oestroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch)

Les oestroprogestatifs sont contre indiqués chez la femme qui allaite et donc n'est pas recommandé dans les 6 mois suivant l'accouchement. Pour les femmes qui n'allaitent pas il existe deux possibilités : dans le cas où la femme a des risques thrombo-emboliques (antécédents personnels ou familiaux, thrombophilie biologique, immobilisation prolongée, âge >35 ans, HTA, diabète, tabagisme, migraine) les oestroprogestatifs sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement. Pour les femmes qui n'ont pas de contre-indications, on peut

raccourcir ce délai à 21 jours. Il faudra donner aux femmes les informations sur l'utilisation de la méthode, les risques, la conduite à tenir en cas d'oubli.

- Les progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

Les progestatifs, eux, n'ont aucune contre-indications dans le post-partum hormis une embolie pulmonaire en cours. Ils sont utilisables en cas d'allaitement ou en absence d'allaitement à partir du 21^{ème} jour. Il est important d'expliquer aux femmes qu'il existe un retour de fertilité à partir du 21^{ème} jour donc qu'il est important de débiter la contraception à ce moment-là.

- Les dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre ou au lévonorgestrel (LNG)

Ces deux dispositifs sont utilisables chez la femme allaitante ou non dans le post-partum. Il est généralement mis en place à partir de la 4^{ème} semaine post-accouchement et après avoir écarté tout risque infectieux (recherche d'IST). Concernant le DIU au LNG les contre-indications sont les mêmes que celles des progestatifs. Cependant il est possible de mettre en place un DIU au cuivre dans les 48h post accouchement mais ce n'est généralement pas fait en pratique.

- Les méthodes barrières (préservatifs masculins, féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicide)

Dans le cas où la femme ne souhaite pas de moyen de contraception hormonale, nous pouvons lui proposer les méthodes de contraception barrière. L'efficacité est moindre qu'une contraception hormonale ou que le DIU et nécessite une motivation conjointe des partenaires. Le diaphragme, la cape et les spermicides ne sont utilisables que 6 semaines après l'accouchement et ne protègent pas contre les IST.

- Les méthodes naturelles

On l'appelle aussi méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée). L'allaitement peut avoir une action contraceptive jusqu'à 6 mois après l'accouchement mais ceci dans des conditions bien particulières : l'allaitement doit être exclusif, jour et nuit en alternant entre 6 à 10 tétées par jour. Il n'y doit pas y avoir d'écart de plus de 6 heures entre deux tétées la nuit et pas plus de 4h entre deux tétées le jour et les règles ne doivent pas réapparaître. Cette méthode est de moins en moins recommandée du fait d'un échec contraceptif assez important et des conditions strictes.

- Interruption définitive de la fécondation

La ligature tubaire peut être réalisée soit dans les 7 jours après l'accouchement soit à partir du 42^{ème} jour après l'accouchement ou au cours d'une césarienne, mais cette intervention n'est que rarement réalisée dans le post partum immédiat. La contraception définitive nécessite un délai de réflexion de 4 mois entre la demande et la réalisation ce qui implique de parler de cette méthode durant la grossesse.

Nous avons dans cette première partie, décrit les différents moyens de contraception féminine connus actuellement ainsi que ceux prescrits et utilisés dans le post-partum. Dans la suite de notre travail, nous allons décrire et présenter notre étude concernant la connaissance de la contraception féminine par les hommes.

Matériel et méthode

Schéma de l'étude

- Type d'étude

Il s'agissait, dans le cadre de ce travail de recherche d'une étude multicentrique quantitative, descriptive et prospective. Cette étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire (annexe I). Le questionnaire a été présenté en trois parties : une première partie concernait les informations personnelles du père (âge, niveau d'étude, primiparité). La deuxième partie concernait la contraception en général. La troisième partie ciblait la contraception du post-partum.

- Durée et lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée sur les deux maternités des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg à savoir la maternité de Hautepierre et la maternité du CMCO. La distribution des questionnaires s'est effectuée durant les mois de juillet et le mois d'août 2022 pour le site de Hautepierre et durant les mois de septembre et d'octobre 2022 pour le site du CMCO.

Nous avons réalisé cinq passages dans chacune des maternités. La distribution des questionnaires se faisait en rencontrant les couples, avec une explication du travail de recherche. Le personnel du service récupérait les questionnaires une fois remplis et la récupération se faisait dans les bureaux de soins des deux maternités. Le recueil des données a donc été effectué à l'aide d'un questionnaire papier et anonyme distribué en maternité. La collecte et la retranscription des questionnaires se sont faites du mois de novembre 2022 au mois de janvier 2023.

La population

Pour cette étude, nous nous sommes intéressés aux conjoints en maternité. Notre population d'étude a répondu aux critères suivants : un accouchement à terme et une bonne maîtrise de la langue française. Nous avons exclu de l'étude les couples pour lesquels l'accouchement auraient pu être difficile notamment lors d'une césarienne en urgence et les questionnaires incomplets c'est-à-dire les questionnaires où plus d'une des questions était sans réponse (ni « oui », ni « non », ni « je ne sais pas »). Nous nous sommes intéressés à toutes les classes d'âge afin de pouvoir faire une potentielle recherche de corrélation entre l'âge et les connaissances.

Nous avons également distingué le nombre d'enfant, c'est-à-dire les hommes qui n'avaient pas d'enfant avant cette grossesse et ceux qui en avaient 1 ou plus. Nous les avons également interrogés sur leur niveau d'étude.

Les données

Les réponses du questionnaire se présentaient sous la forme de réponses fermées à savoir « oui », « non » ou « je ne sais pas » ou bien de questions à choix multiples. Un score pour les parties deux et trois du questionnaire a été calculé, ainsi qu'un score sur la base des réponses correctes. Pour ce faire, nous avons pour chaque question, notifiée la réponse juste et nous les avons regroupés. La première partie s'intéressait aux caractéristiques générales de notre population. La partie deux concernait la contraception en générale (partie II. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 comme numérotées dans le questionnaire de l'ANNEXE I) et la partie trois portait sur la contraception du post-partum (questions 13, 14, 15, 16, 17 comme numérotées dans le questionnaire de l'ANNEXE I). Nous avons décidé de retirer la question 10 puisque nous avons pu apercevoir une grande disparité surement dû à la tournure de phrase énoncée.

Un score sur 20 a été calculé sur la base des réponses correctes et attribué à la partie deux (connaissances sur la contraception générale) et à la partie trois (contraception du post-partum). Ce score a également été moyenné formant ainsi un score global des connaissances des hommes. Notre critère de jugement principal était le nombre de réponses justes obtenues par les conjoints sur les questionnaires portant sur les connaissances générales, les connaissances du post-partum et l'ensemble des connaissances avec les différents paramètres définis dans la partie 1 du questionnaire. Pour ce faire, nous avons établi un score de connaissance divisant les résultats entre quatre groupes : égal à 100%, entre 75% et 100%, entre 50% et 75%, inférieur à 50%. Nous considérons que les connaissances sont suffisantes lorsque le score est supérieur à 75%.

Analyse statistique

La saisie des données s'est faite sur le logiciel Excel et l'analyse des données a été effectuée à l'aide du module « Spicy.stats » sous Python (version 3.7.4). Grâce à nos questionnaires et nos recherches, nous avons pu essayer de corrélérer les différentes questions avec les caractéristiques de chacun. Les comparaisons entre les deux groupes ont été effectuées en

utilisant le test de Kruskal-Wallis. Les corrélations variables quantitatives ont été réalisées avec les tests de corrélation Pearson et le test de Spearman. Les résultats des corrélations sont considérés statistiquement significatif quand la p-valeur, p , est inférieure à 0,05.

Nous avons représenté à travers une figure les résultats obtenus en fonction de l'âge, pour les notes représentant les connaissances générales, les connaissances du post-partum et la moyenne des deux notes. Plus la couleur est foncée, plus la paire (âge ; note) est présente. Les droites tracées représentent le résultat de la régression linéaire.

Aspects éthiques et réglementaires

Le sujet de cette étude a été accepté par un comité scientifique en janvier 2022. L'autorisation de distribuer les questionnaires en maternité nous a été accordé lors du mois de mars 2022 par les sage-femmes coordinatrices des services de suites de couches du site de Haute-pierre et du site du CMCO. Les questionnaires ont été anonymisés et la confidentialité des données a été garanti et respecté durant toute la durée de l'étude.

Résultats

Caractéristiques générales

Sur notre période de recherche, nous avons en totalité 202 patientes hospitalisées en suites de couches, ce qui correspondait donc à 202 conjoints. Sur les 202 conjoints, nous en avons retenus 103 du fait de nos critères d'inclusion ou de chambres inoccupées lors de nos passages. Nous avons donc obtenu un taux de réponse à l'étude de 77% (79/103). Les 23% (24/103) d'absentéisme étaient expliqués par des pères qui n'avaient finalement pas voulu répondre, des questionnaires non rendus ou incomplets (Figure 1).

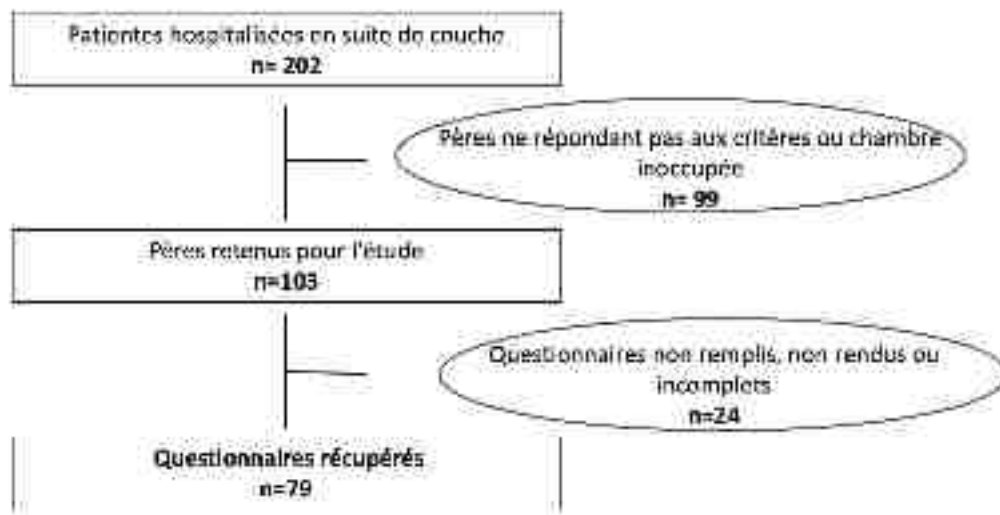


Figure 1 : Diagramme de flux décrivant l'inclusion des pères dans l'étude

Concernant notre population, l'âge moyen des hommes dans cette étude était de 34 ans avec un âge minimum de 24 ans et un âge maximum de 50 ans. Le niveau d'étude moyen était un niveau bac +2. Dans notre population, 43% (34/79) des hommes n'avaient pas d'enfant avant cette grossesse et 57% (35/79) avaient au moins un enfant. La plupart des hommes interrogés étaient en couple avec leur conjointe depuis une durée de 5 à 10 ans mais les durées étaient assez homogènes puisque 30% des participants étaient en couple depuis moins de 5 ans et 32% l'étaient depuis plus de 10 ans.

Les caractéristiques des pères ont été reprises et décrites dans le tableau ci-dessous (Tableau II).

Tableau II : Caractéristiques générales des participants

Caractéristiques générales	Population
	Nombre (pourcentage)
Age	
<21 ans	0 (0%)
21 – 25 ans	5 (6%)
26 – 30 ans	22 (28%)
31 - 40 ans	40 (51%)
<41 ans	12 (15%)
Niveau d'étude	
CAP, BEP	14 (18%)
Bac	11 (14%)
Bac +2 (DEUG, BTS, DUT, DEUST)	16 (21%)
Bac +3 (Licence, BUT)	10 (13%)
Bat +4 (Maîtrise)	1 (1%)
Bac +5 (Master, DEA, DESS, diplôme d'ingénieur)	20 (26%)
Bac +8 (Doctorat, habilitation à diriger des recherches)	3 (4%)
Bac +10	2 (3%)
Nombre d'enfants	
0	34 (43%)
1	31 (39%)
2	12 (15%)
>2	2 (3%)
Durée du couple	
Moins de 5 ans	24 (30%)
Entre 5 et 10 ans	30 (38%)
Plus de 10 ans	25 (32%)

Connaissances

1. Connaissances avant la grossesse

La plupart des hommes interrogés connaissaient le moyen de contraception qu'avait leur conjointe avant la grossesse. Pour les 89% (70/79) d'entre eux qui connaissaient le moyen de contraception de leur conjointe avant la grossesse, il leur était possible de le citer. La plupart des femmes étaient sous pilule (49%), d'autres avaient un stérilet (18%) (hormonal et cuivre confondus) ou étaient sans contraception (9%). Pour une petite partie d'entre elles, leur moyen

de contraception était l'implant (4%), le préservatif (5%) ou encore la méthode Billings (3%) (Figure2).

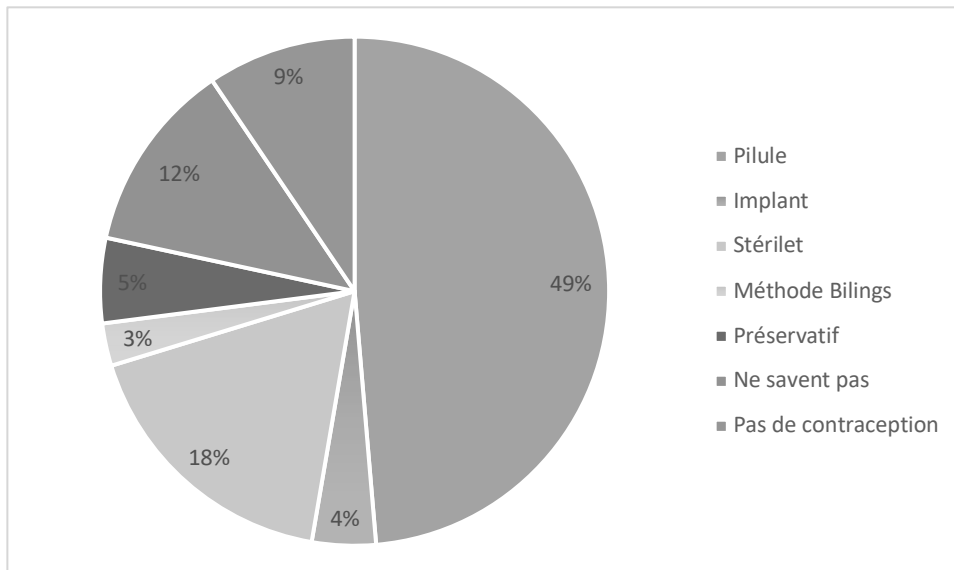


Figure 2 : Diagramme circulaire indiquant les méthodes contraceptives connus par les participants avant la grossesse

Il a ensuite été demandé aux hommes si le sujet de la contraception était un sujet abordé et si oui, avec qui ils en discutaient majoritairement. Pour 92% (73/79) d'entre eux, c'était le cas. Comme le montre la Figure 3, nous constatons que les pères interrogés discutaient majoritairement de contraception en couple (90% ; 71/79). 7% (19/79) des hommes n'en parlaient pas du tout, 33% (25/79) en famille et 51% (38/79) en parlaient entre amis. 25% des pères (19/79) en parlaient en famille, en couple et entre amis (Figure 3).

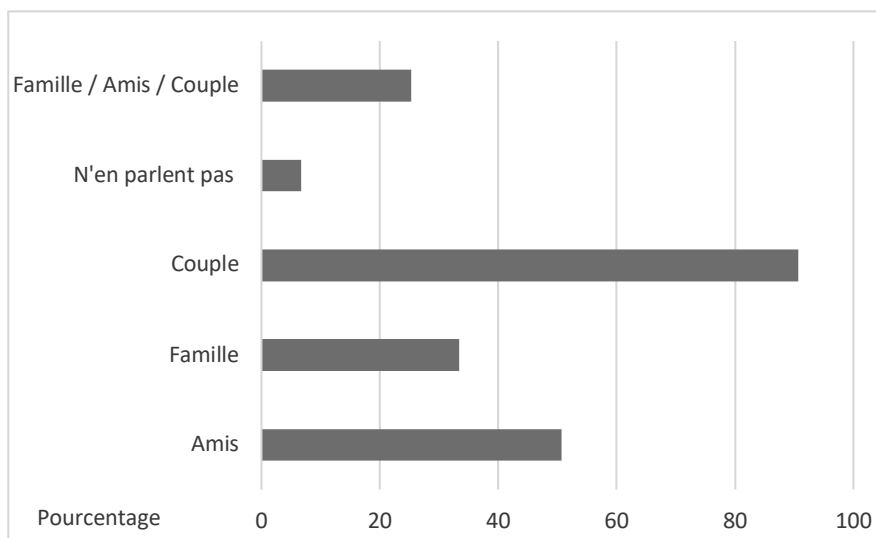


Figure 3 : Histogramme décrivant les discussions de la contraception avec l'entourage

Concernant le nombre de contraceptif, nous avons pu mettre en évidence une diversité des connaissances des hommes sur les différents moyens contraceptifs. Aujourd'hui, il existe de nombreux moyens de contraception que nous avons pu décrire précédemment mais dans notre étude, peu d'hommes connaissaient plus de 5 moyens. La majorité des hommes (64% ; 50/79) pensaient qu'il existait 5 moyens de contraception ou moins et 25% (20/79) pensaient qu'il en existait 3 ou moins. Ils étaient 36% (27/79) à savoir qu'il existait plus de 5 moyens de contraception (Figure 4).

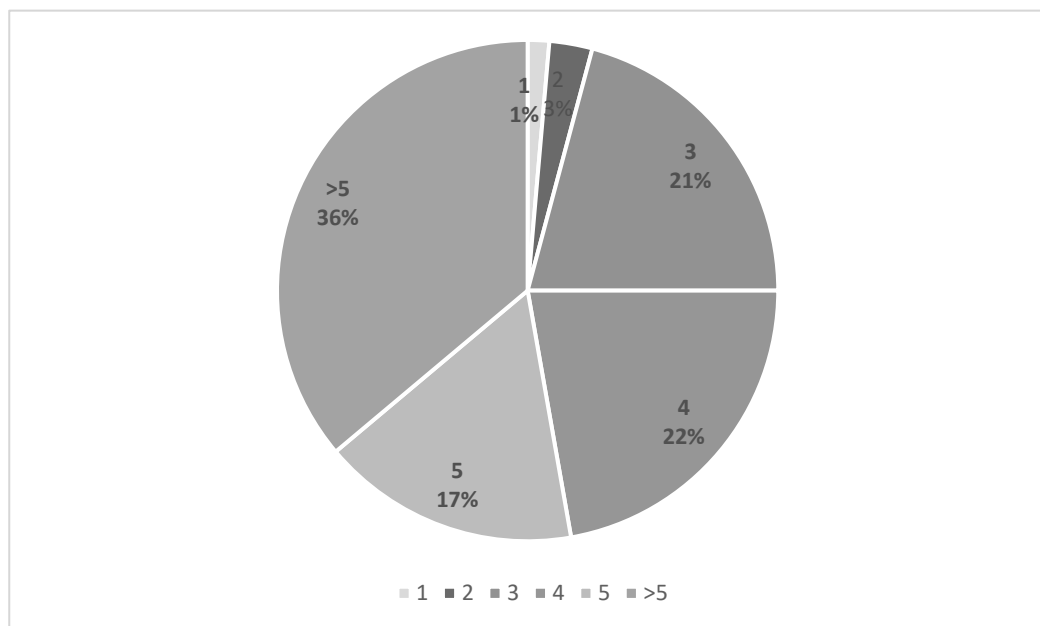


Figure 4 : Diagramme circulaire indiquant le nombre de moyens de contraception connus par les participants

Nous savons que l'implant est le contraceptif le plus efficace théoriquement. Lorsque les hommes devaient classer les contraceptifs par ordre d'efficacité, beaucoup d'entre eux plaçaient le préservatif comme contraceptif le plus efficace (31,1%). L'implant était placé juste après. Seulement 9% (7/79) des hommes avaient su classer par ordre d'efficacité les contraceptifs cités dans la question (Figure 5).

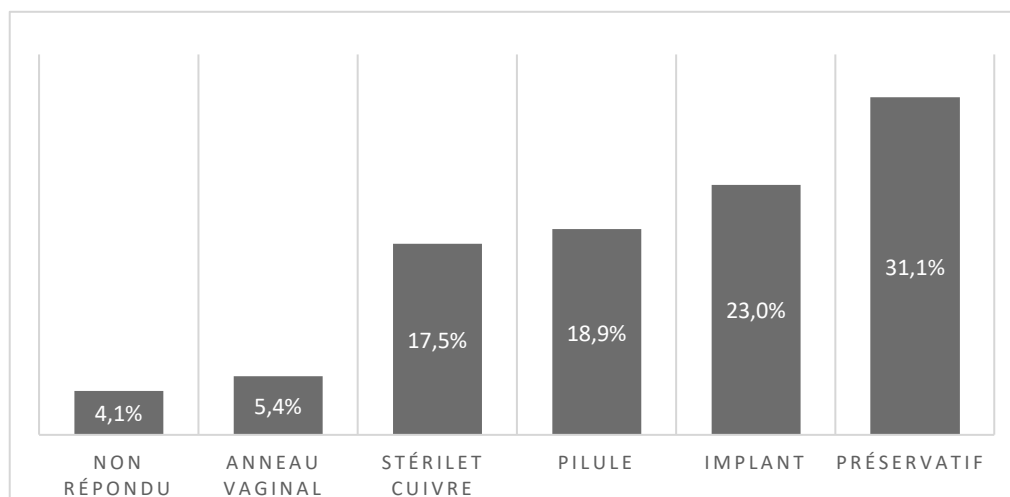


Figure 5 : Histogramme représentant le contraceptif le plus efficace selon les participants

2. Contraception sur la contraception en générale

Concernant la connaissance des hommes sur la contraception en général nous avons identifié les questions relatives à la problématique cela c'est-à-dire les questions 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 données dans le questionnaire de l'annexe I. Les réponses aux questions 3, 4, 5, 6 (questions du questionnaire consultables en annexe I) sont représentées dans les diagrammes ci-dessous.

Pour les quatre premières questions, la majorité des hommes savaient que certains contraceptifs pouvaient arrêter les règles, que la contraception jouait sur la libido et l'humeur de la femme et que certains contraceptifs étaient plus efficaces que d'autres. La plupart des hommes (68% ; 54/79) savaient également que le retrait n'était pas une méthode de contraception mais une proportion plus importante (21,5% ; 17/79) pensait le contraire. Nous pouvons voir que sur l'ensemble des questions, les hommes qui n'avaient pas d'idée sur la question, répondant « je ne sais pas » avoisinaient les 10% hormis pour la question 5 portant sur l'efficacité des contraceptifs où seulement 1,2% (1/79) des pères ne savaient pas qu'il existait une efficacité différente suivant la méthode de contraception. La plupart d'entre eux, 87% (69/79), avaient cette information et pouvaient affirmer qu'il existait une efficacité différente suivant le contraceptif choisi (Figure 7).

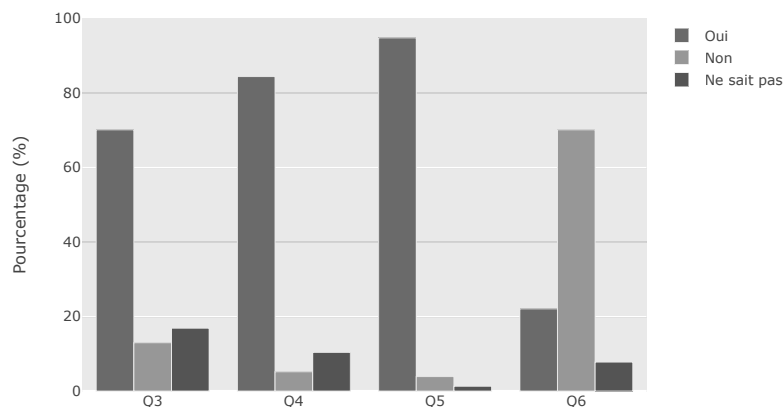


Figure 7 : Diagramme représentant les réponses aux question 3,4,5 et 6 telles que numérotées dans le questionnaire (ANNEXE I)

Les questions suivantes s'intéressaient également à la contraception en général. La question 7 était la seule question abordant la contraception masculine définitive, que l'on appelle vasectomie. Pour cette question, plus de 60% (49/79) des hommes savaient que cette méthode de contraception n'empêchait pas l'éjaculation mais quasiment 20% des hommes pensaient que la vasectomie empêchait l'éjaculation (13/79) et la même proportion n'en savait rien (14/79). 76% (60/79) de nos sujets savaient que tous les contraceptifs n'étaient pas remboursés par l'assurance maladie et un peu moins de 20% (14/79) n'en savaient rien. Enfin, 71% (56/79) savaient que la pilule se prenait tous les jours et 20% (6/79) d'entre eux l'ignoraient (Figure 8).

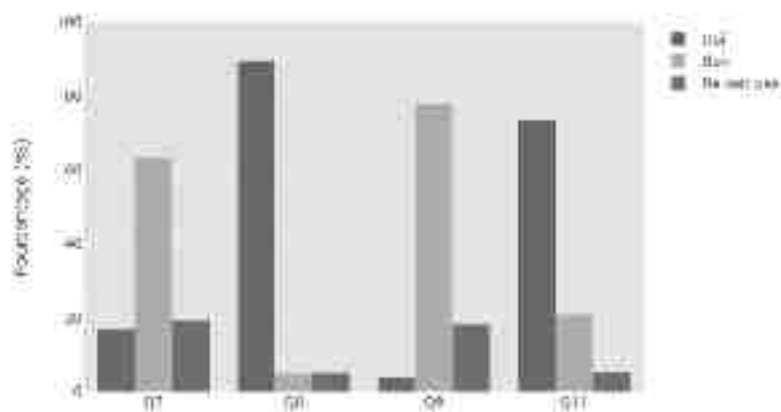


Figure 8 : Diagrammes représentant les réponses aux question 7, 8, 9 et 11 comme numérotées dans le questionnaire (ANNEXE I)

Nous avons ensuite élaboré une validation à ces connaissances en les concordant aux réponses de chaque questionnaire. Nous constatons que 19% (15/79) des pères avaient obtenus toutes les bonnes réponses aux questions portant sur la contraception en générale. La moyenne d'âge de ces 15 pères était de 33 ans avec un âge minimum de 26 ans et un âge maximum de 40 ans. 60% (9/15) d'entre eux n'avaient pas d'enfant et 40% (6/15) en avaient un. Aucun père ayant toutes les réponses correctes n'avait plus d'un enfant.

3. Contraception du post-partum

La deuxième partie du questionnaire s'intéressait aux connaissances sur la contraception du post-partum. Les résultats des questionnaires ont été reportés dans les diagrammes ci-dessous.

Nous constatons que les connaissances sur la contraception du post-partum étaient moindres comparées aux connaissances en générale. En effet, nous pouvions apercevoir que les réponses dépassaient rarement les 50% et que le taux de « je ne sais pas » avoisinait pour les trois premières questions les 50%. Les deux dernières questions différaient avec 73% (58/79) des hommes présentant la connaissance qu'une femme pouvait tomber enceinte avant le retour de ses règles. Paradoxalement, 63% (50/79) d'entre eux disaient n'avoir jamais eu d'informations concernant le post-partum alors qu'ils étaient 57% (45/79) à avoir déjà eu un ou

plusieurs enfants. Les connaissances générales sur les contraceptifs étaient légèrement plus élevées que celles sur la contraception féminine du post-partum, avec 11 réponses justes sur 79 (14%) (Figure 9).

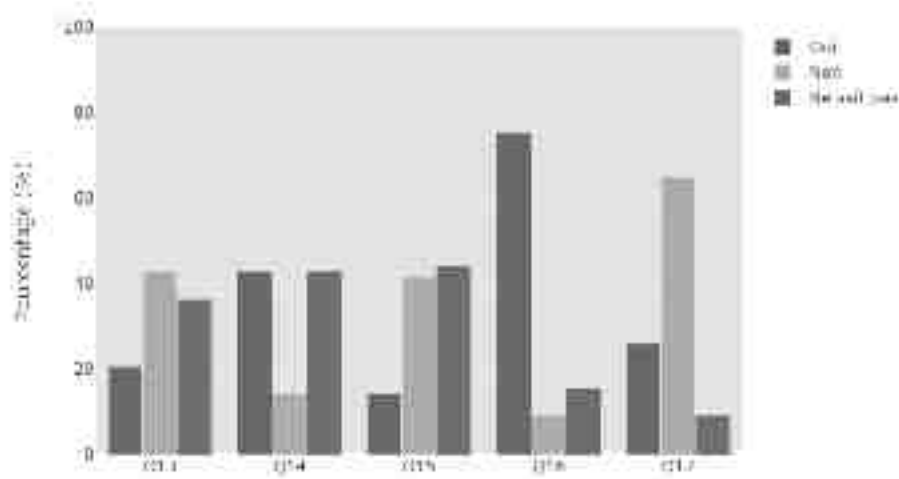


Figure 9 : Diagrammes représentant les réponses aux questions 13, 14, 15, 16, 17 comme numérotés dans le questionnaire (ANNEXE I)

4. Source de l'information

En questionnant les pères sur les sources d'information sur la contraception, seulement 14 (18%) pères avaient répondu n'avoir jamais eu d'information sur la contraception. La majorité des hommes ayant répondu aux questionnaires rapportaient que les informations reçues sur la contraception étaient majoritairement données lors de leur scolarité (40% ; 30/75) mais également grâce à leur partenaire (39% ; 29/75). L'éducation reçue par les parents et par le biais d'internet étaient des sources d'informations qui se plaçaient au même niveau et qui représentaient tous les deux 23% des hommes interrogés (Figure 10).

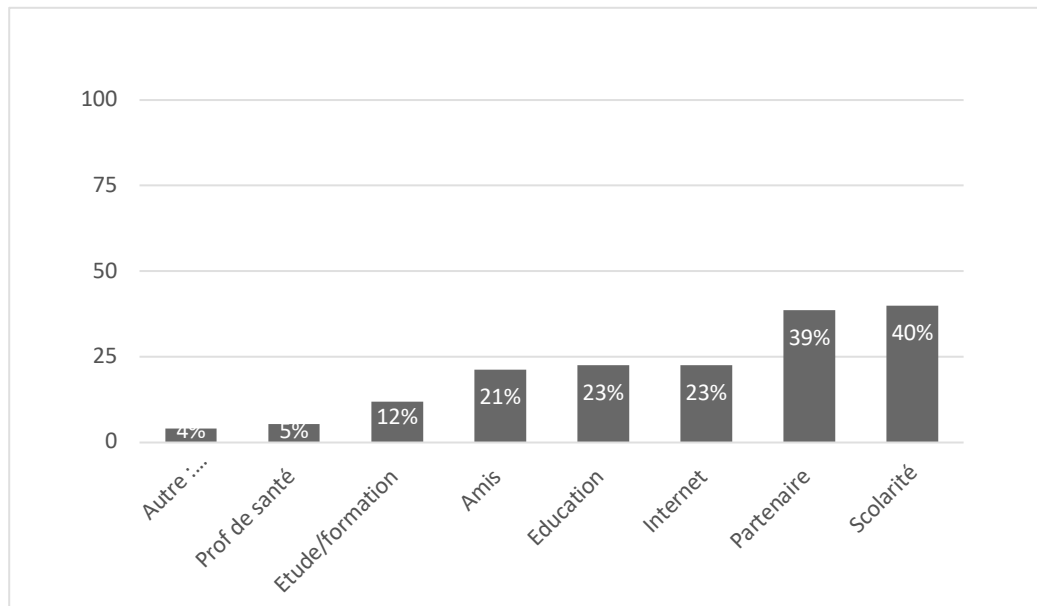


Figure 10 : Histogramme représentant les sources de connaissance sur la contraception pour l'ensemble des répondants

La troisième partie de notre questionnaire concernait l'implication et l'importance que les participants donnent à la discussion autour de la contraception au sein de leur couple. Les hommes interrogés étaient majoritairement d'accord pour dire qu'il était important d'aborder la contraception au sein du couple. Ils étaient 87% (69/79) à être tout à fait d'accord, 8% (6/79) à être d'accord et 2% (2/79) à être plutôt d'accord. 2% (2/79) des pères questionnés n'avaient pas répondu à cette question. Tous les participants de notre étude pensaient qu'il était important d'en parler. Seulement 5% (4/79) avouaient que c'est un sujet qu'ils n'ont jamais abordé au sein de leur couple (Figure 11).

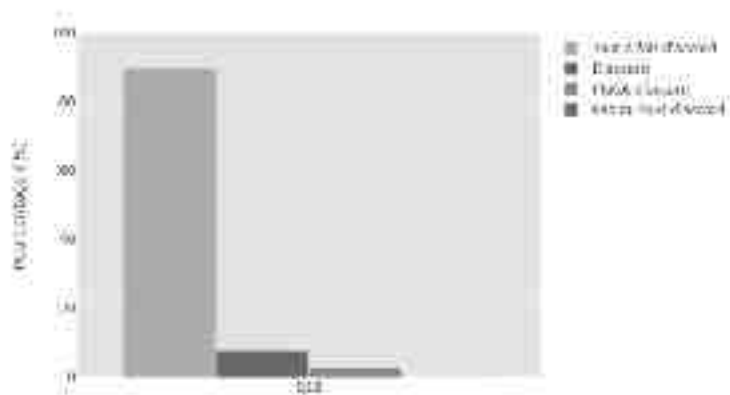


Figure 11 : Diagramme représentant la réponse à la question 18 comme numérotés dans le questionnaire (ANNEXE I)

Concernant le rôle qu'ils pourraient avoir dans le choix de la méthode contraceptive, 58% (45/79) se disaient tout à fait d'accord pour jouer un rôle dans la contraception, 30% (23/79) étaient d'accord, 8% (6/79) plutôt d'accord et seulement 4% (3/79) n'étaient pas du tout d'accord avec le fait qu'ils peuvent jouer un rôle dans le choix contraceptif de leur conjointe.

La plupart des hommes considéraient avoir assez de connaissances sur la contraception avec 10% (8/79) qui étaient tout à fait d'accord, 43% (33/79) plutôt d'accord et pensaient avoir assez de connaissances. 38% (29/79) des hommes n'étaient pas d'accord et estimaient ne pas avoir assez de connaissances sur la contraception féminine et 9% (7/79) n'étaient pas du tout d'accord et pensaient avoir insuffisamment de connaissances (Figure 12).

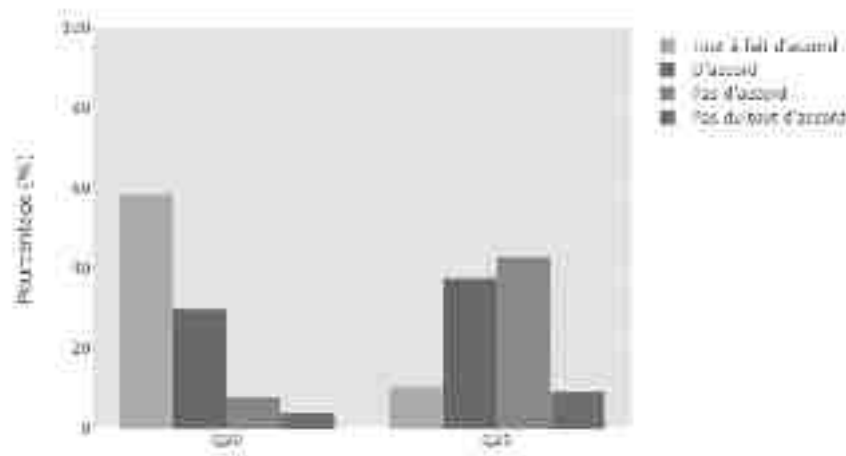


Figure 12 : Diagrammes représentant les réponses aux questions 20 et 21 comme numérotées dans le questionnaire (ANNEXE I)

5. Corrélations

Basées sur les réponses des participants au questionnaire, plusieurs notes sur vingt ont été attribuées aux pères interrogés : une correspondant aux connaissances sur la contraception en générale, une concernant la contraception du post-partum et enfin une dernière note représentant la moyenne obtenue sur la totalité des connaissances. Cette dernière note est la moyenne des deux premières.

Concernant les connaissances sur la contraception, nous avons pu observer que les pères ayant une connaissance exacte de la contraception en générale et de la contraception du post-partum étaient quasiment au même nombre (15/79 et 13/79). Ils étaient cependant plus nombreux à avoir une connaissance correcte sur la contraception générale que sur la contraception du post-partum (33% (26/79) versus 18% (14/79)). 48% (38/79) avaient un score inférieur à 75% du score maximum lorsqu'il s'agissait de contraception générale et 66% (52/79) pour la contraception du post-partum.

Lorsque nous étudions la moyenne des deux, c'est-à-dire le score de la contraception générale et celui de la contraception du post-partum, nous observions que 6% (5/79) présentaient un score exact concernant les connaissances sur la contraception et 27% avaient un score entre supérieur ou égal à 75% du score maximum. 33% (26/79) des pères interrogés avaient des connaissances suffisantes concernant la contraception féminine. La répartition du score obtenu par les pères interrogés est donnée dans le Tableau III.

Tableau III : Scores obtenus par les répondants pour les connaissances générales, les connaissances sur la contraception du post-partum et la moyenne des deux.

Score de connaissances	Contraception générale N = 79	Contraception du post-partum N=79	Moyenne N=79
< 50% du score maximum	11 (14%)	33 (42%)	26 (33%)
≥ 50 - < 75% du score maximum	27 (34%)	19 (24%)	27 (34%)
≥ 75% - < 100% du score maximum	26 (33%)	14 (18%)	21 (27%)
100% du score maximum	15 (19%)	13 (16%)	5 (6%)

Les scores ainsi obtenus ont pu être croisés avec les caractéristiques différenciant nos sujets, à savoir l'âge, le nombre d'enfant et le niveau d'étude (Tableau IV).

Tableau IV : Corrélation entre les connaissances des pères avec leur âge, leur nombre d'enfant et leur niveau d'étude : test statistique et p-valeur.

	Caractéristiques		
	Âge	Nombre d'enfants	Niveau d'étude
Test statistique	Test de Pearson	Test de Pearson	Test de Spearman
Connaissances contraception générale	0,0633	0.0001*	0,1881
Connaissances contraception post-partum	0,0994	0.0079*	0,0554
Connaissances globales	0.0436*	0.0002*	0.0462*

a. Corrélation avec l'âge

Tout d'abord, il existait une corrélation entre les connaissances globales des pères et leur âge avec des connaissances statistiquement plus élevées chez les plus jeunes ($p=0,044$). Plus un homme était âgé, moins il semblait avoir de connaissances globales sur la contraception, c'est-à-dire la contraception générale et celle du post-partum confondues. Les hommes de 28 ans avaient par-exemple une note moyenne de 15.5 sur 20 alors que les hommes de 40 ans avaient une note moyenne de 11.3 sur 20 (Figure 14).

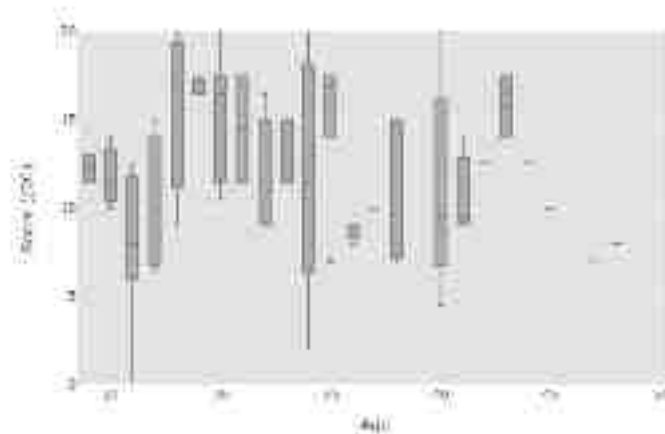


Figure 14 : Diagramme en boîte représentant les notes obtenues par les pères suivant leur âge

La faible p-valeur résultante du test de Pearson indiquait qu'il existait une corrélation linéaire décroissante entre les connaissances globales sur la contraception et l'âge du participant à l'étude. Cette régression linéaire a été calculée et est modélisée dans la Figure 15 en bleu pour la connaissance sur la contraception en général, en orange pour la contraction du post-partum et en vert pour la connaissance globale. Nous observons à travers cette figure que les connaissances étaient moins bonnes lorsque l'on vieillit. Les hommes plus âgés avaient moins de connaissances sur la contraception en générale, moins de connaissances sur la contraception du post-partum et donc moins de connaissances globales en matière de contraception féminine (Figure 15).

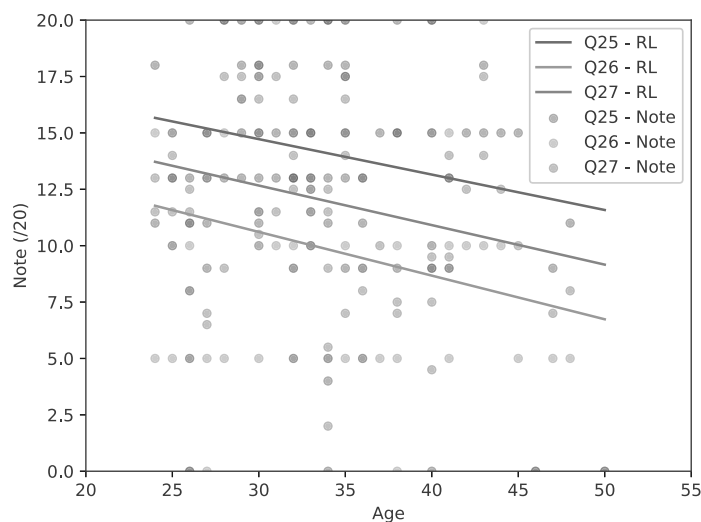


Figure 15 : Régression linéaire entre les notes obtenus et l'âge des participants

b. Corrélation avec le nombre d'enfants

Une comparaison similaire a été faite avec le nombre d'enfants des pères interrogés. Le diagramme sur la Figure 16 indique que plus un homme avait d'enfant, moins ses connaissances étaient bonnes ($p=0,0002$). Cette tendance était également visible dans le cadre des connaissances portant sur la contraception en générale ($p=0,0001$) et pour la contraception du post-partum ($p=0,008$) (Tableau IV). Les hommes sans enfant obtenaient une note moyenne de 13.28 sur 20 sur la totalité du questionnaire avec 15.24 sur 20 de moyenne sur la contraception générale et 11.32 sur 20 sur la contraception post-partum. Les hommes avec 2 enfants présentaient, eux, une note moyenne de 7.79 sur 20, respectivement 10.17 sur 20 et 5.42 sur 20. Parmi les répondants, seul un père avait 3 enfants et un autre avait 5 enfants, dont l'effectif de ces groupes était trop faible pour être statistiquement significatif (Figure 16).

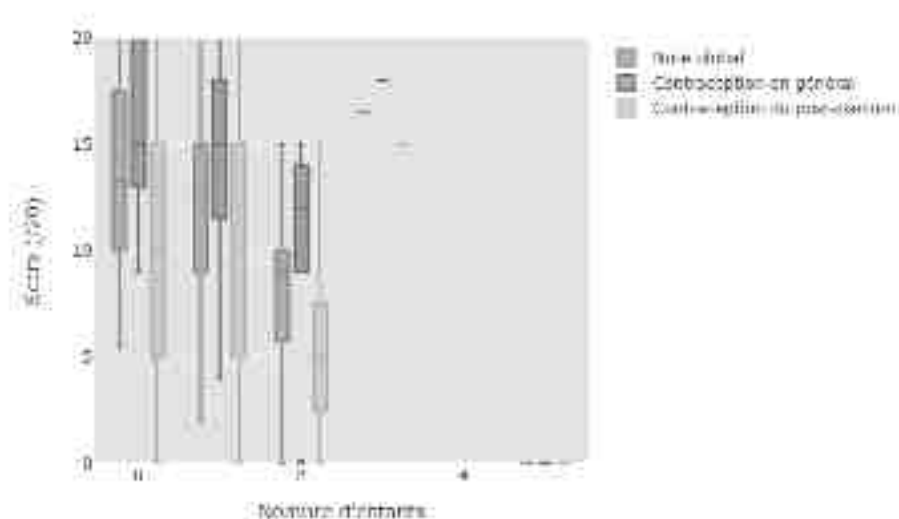


Figure 16 : Diagramme en boîte représentant les notes obtenues par les pères suivant le nombre d'enfant

c. Corrélation avec le niveau d'étude

Ces résultats ont pu être corrélés avec le niveau d'étude. Une disparité évidente a été mise en évidence entre les groupes. Les connaissances tendaient à augmenter légèrement suivant le niveau d'étude. En effet, pour les connaissances globales, les hommes avec un niveau d'étude inférieur au baccalauréat avaient une note moyenne de 10.93 sur 20 alors que les hommes ayant au moins un bac+3 obtenaient une note moyenne de 13.76 sur 20. Au vu de la répartition des

notes pour les participants ayant au moins un bac +5, il est probable que certains participants n'aient pas indiqué le bon niveau d'étude lors du remplissage du questionnaire (Figure 17).

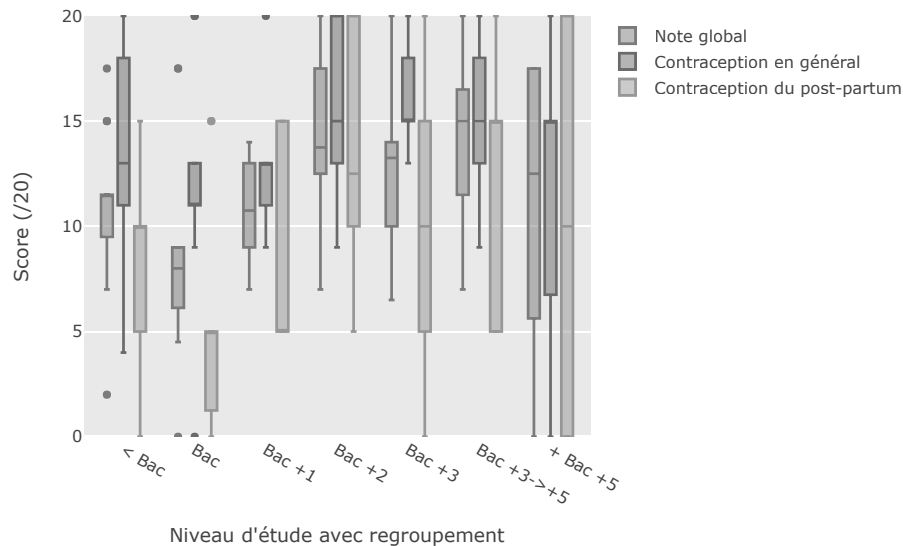


Figure 17 : Diagramme en boîte représentant les notes obtenues par les pères suivant le niveau d'étude des participants.

d. Corrélation selon les différentes questions

En analysant en détail les différentes questions du questionnaire et en les corrélant à l'âge, le nombre d'enfant et au niveau d'études, nous retrouvons des différences statistiquement significatives.

La corrélation de chaque question avec l'âge de nos participants a montré que trois questions présentaient une différence statistiquement significative selon l'âge. Un homme jeune correspondait dans notre étude à un âge inférieur à 34 ans. Plus un homme était âgé plus il savait que le préservatif correspondait à un moyen de contraception le plus répandu lors du premier rapport et ceci de manière statistiquement significative ($p=0,011$). Il en était de même pour la question sur la prise en continue de la pilule. La majorité des hommes savaient que la pilule se prenait tous les jours mais la proportion de réponses justes augmentait avec l'âge croissant des conjoints ($p=0,032$). Il en était de même pour la question concernant le risque de grossesse avant le retour de couches avec un $p=0,044$.

La corrélation en fonction du nombre d'enfant a montré que seules trois questions revenaient significatives. Le nombre de bonnes réponses concernant la possibilité d'arrêter les règles avec une contraception hormonale augmentait avec le nombre d'enfant des participants ($p=0,012$). Tout comme les hommes plus âgés, les hommes ayant plusieurs enfants savaient que la pilule se prenait tous les jours ($p=0,014$). Plus un homme avait d'enfant, plus il avait eu des informations sur la contraception ($p= 0,01335$).

Le niveau d'étude avait influencé deux questions également de manière statistiquement significative. Plus un homme avait suivi des études plus il avait eu des informations sur la contraception ($p = 0,044$). Il savait également que tous les contraceptifs ne pouvaient pas être prescrits après un accouchement ($p = 0,0033$).

Discussion

Intérêts de l'étude

Notre étude avait donc pour objectif principal l'évaluation de la connaissance des hommes sur la contraception féminine. Nous nous sommes intéressés à leurs connaissances en matière de contraception générale et plus spécifiquement de la contraception du post-partum. Nous avons voulu exploiter ces données afin de connaître également leur implication dans le choix d'un moyen de contraception au sein de leur couple.

Les questionnaires remplis par les hommes ont été distribués dans les chambres des patientes entrant dans nos critères d'inclusion. L'étude avait été présentée à chaque couple sélectionné afin d'avoir une meilleure adhésion à l'étude. Les pères rencontrés étaient pour la plupart heureux et investis et répondaient favorablement à la demande. Lorsque l'homme n'était pas présent au moment du passage, l'explication était donnée à la femme qui transmettait le questionnaire à son conjoint. Les questionnaires étaient récupérés par les équipes et la collecte des données se faisait toutes les semaines. Nous notons également le caractère multicentrique de notre étude puisqu'elle a pu être organisée dans les deux maternités de Strasbourg. Ceci nous a permis d'inclure une proportion plus importante de pères.

La Haute Autorité de Santé a publié en 2013 un état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée (33). De nombreux freins ont été décrits et des propositions d'amélioration ont été identifiées afin de pallier ces difficultés d'accès à la contraception. De nombreuses propositions ont été identifiées mais les analyses sont restées limitées à la pratique contraceptive en générale. Nous nous sommes donc intéressés à la contraception du post-partum plus spécifiquement puisque peu d'études ont été menées sur le sujet. Le choix d'un questionnaire exhaustif a permis de recueillir des données que nous avons pu mettre en corrélation avec la littérature actuelle. Nous avons pu démontrer que certaines de nos corrélations étaient statistiquement significatives puisque nos effectifs étaient suffisants mais il pourrait être intéressant de comparer notre échantillon aux pères français en général. Grâce à nos résultats, nous pouvons également proposer des axes d'amélioration afin de palier à ce manque de connaissance.

Limites et biais

En premier lieu, notre étude a été menée sur une population donnée, ce qui correspond à un premier biais de sélection. Elle ne représente donc pas l'ensemble de la population. Suite à nos critères d'inclusion, nous n'avons pas inclus les situations traumatiques et les situations trop précaires lors de la distribution de nos questionnaires. Il existe donc une proportion d'homme à un niveau socio-économique bas qui n'ont pas été inclus dans l'étude.

Les questionnaires étaient pour la plupart distribués en mains propre mais faute de temps, nous n'avons pas pu rencontrer tous les pères et nous n'avons pu rester avec eux lorsqu'ils remplissaient le questionnaire constituant donc un biais de suivi. Dans certains cas, des questionnaires ont pu être répondu au hasard ou de manière rapide ce qui pourraient fausser les réponses. Dans le cas contraire, même s'il leur a été demandé d'être honnête, certains pères ont pu tricher et rechercher les réponses correctes sur internet. Ce dernier biais représente un biais déclaratif.

Nous pouvons également mettre en lumière un biais de volontariat, lié au fait que les pères volontaires qui acceptent de participer à l'étude peuvent être différents des personnes décidant de ne pas y participer. Nous avons également illustré un biais de méthode puisque nous avons supprimé une question qui au fur et à mesure des réponses obtenus a montré une certaine ambivalence suite à une mauvaise formulation.

Aussi, notre étude représente une faible proportion de pères. Il serait intéressant dans une étude future, d'élargir le champ d'investigation en prolongeant le temps d'étude et en incluant un plus grand nombre d'hommes.

Objectif principal : évaluation des connaissances des hommes sur la contraception féminine

Connaissances générales

La majorité des hommes (89% ; 70/79) savaient que leur conjointe avait une contraception avant la grossesse. Lorsque nous les interrogeons sur le moyen à proprement parler, 49% (39/79) des hommes savaient que leurs conjointes se protégeaient majoritairement par la pilule avant la grossesse. La pilule est la méthode de contraception la plus connue en

France dans la population générale puisqu'il s'agit de la contraception la plus utilisée selon le baromètre santé 2016 (34). C'est ce que nous avons également pu découvrir avec notre questionnaire. Le deuxième moyen de contraception retrouvé est le dispositif intra-utérin 18%. Ces résultats ont également été retrouvés dans une étude menée à Lille en 2015 sur l'implication des hommes dans la contraception. Dans cette dernière, la pilule et le dispositif intra-utérin étaient les deux méthodes les plus citées (35). Le baromètre Santé de 2016 nous indique que le dispositif intra-utérin est utilisé par 7,6% de nullipares contre 31,8% des multipares. Dans notre étude cette distinction n'a pas pu être relevée puisqu'autant de femmes nullipares que de femmes multipares possédaient ce moyen de contraception avant leur grossesse. Ceci peut être expliqué par une recrudescence de l'utilisation des dispositifs intra-utérins après les débats médiatiques des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Depuis 2010, les reports de contraception se font vers le DIU, le préservatif et l'implant (6). L'implant est décrit dans 4% des situations alors que nous pouvons lire qu'il s'agit d'une nouvelle méthode adoptée depuis les années 2010 devant l'anneau vaginal et le patch contraceptif qui ne sont absolument pas abordés par les hommes dans notre étude. On peut ici noter une limite à notre étude puisqu'il s'agit d'une étude réalisée sur une population réduite. De plus nous savons que le profil contraceptif diffère suivant l'âge de la femme (36) et nous nous sommes dans notre étude focalisés sur l'âge de l'homme et non de sa conjointe. Dans une étude similaire menée en suites de couches au centre hospitalier de Chambéry en 2020, nous retrouvons des résultats similaires avec une connaissance de trois moyens de contraception principaux : pilule, préservatifs et dispositifs intra-utérins (37).

Nous avons pu diviser le questionnaire en plusieurs parties, une partie sur la contraception en général et une partie sur la contraception du post-partum. Nous avons validé les questionnaires par les bonnes réponses et les hommes se sont vus attribués des notes sur vingt. Toutes caractéristiques confondues, les hommes ayant obtenus la note de 20/20 pour les connaissances sur la contraception générales étaient au nombre de 15 soit 19% de notre population. Onze hommes, soit 15% de notre population avaient obtenus la note de 20/20 sur la contraception du post-partum. Concernant les connaissances générales, contraception du post-partum et contraception en dehors de la grossesse, seulement cinq hommes, soit 6% des pères avaient obtenu la totalité des bonnes réponses. Ceci est cohérent avec les données de la littérature avec le baromètre santé 2010 montrant une évolution de la connaissance des jeunes sur la contraception. La contraception se place en 3^{ème} position de « bonnes connaissances » concernant les personnes âgées de 15 à 30 ans, avec une proportion plus importante de femmes que d'hommes (94,5% des femmes contre 83,4% des hommes). (38)

Connaissances et âge

Une de notre hypothèse de départ était que les connaissances des hommes évoluaient avec leur âge. Cette hypothèse a été infirmée dans notre étude puisque nous avons conclu que les connaissances en matière de contraception étaient statistiquement plus élevées chez les hommes plus jeunes. En effet, les jeunes sont depuis plusieurs années, la cible de campagne d'informations et de prévention dans le domaine de la contraception. Depuis 2001, les lycées et les collèges sont dans l'obligation de réaliser des interventions d'éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS). Les thèmes abordés lors de ces séances d'EVAS sont élaborés et discutés par le ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse et concerne principalement la sexualité, la prévention des IST, la contraception et la prévention des violences (39). Ces interventions de sensibilisation peuvent donc expliquer une meilleure connaissance chez les pères plus jeunes. Notre corrélation fait également écho à une autre étude, qualitative, réalisée sur l'implication des hommes dans la contraception en 2015 où trois des hommes les plus jeunes étaient ceux qui avaient le plus de connaissances sur les différents moyens de contraception. C'est également eux qui citaient avoir bénéficié de cours d'EVAS au cours de leur scolarité (40).

A contrario, pour quelques questions distinctes, nous avons observé le contraire c'est-à-dire que la connaissance sur la question augmentait avec l'âge. Nous avons mis ces résultats en relation avec la littérature actuelle. 87% (69/79) des pères savaient en général que le préservatif était le plus répandu lors du premier rapport. Sur ces 69 hommes, la moyenne d'âge était de 32 ans. 41% (28/69) étaient âgés de moins de 32 ans (qui correspond à notre moyenne d'âge) et les 59% étaient plus âgés que notre moyenne. Ce résultat est cohérent puisque le préservatif reste utilisé comme principal moyen de contraception par la société en général (41). Il est également intéressant de se poser la question de la responsabilité de la contraception. Les femmes pourraient-elles la charge contraceptive à leur partenaire ? Une étude menée par Solidarisa en 2017 a questionné les femmes sur la question et 51% des femmes souhaiteraient que leur partenaire utilise des méthodes contraceptives masculines mais 25% ne savent pas. Il est encore difficile de partager la responsabilité technique de la contraception avec son partenaire. Toujours dans cette étude, 22% des femmes qui ont répondu « non » ont peur qu'il oublie de prendre la contraception, d'autres encore évoquent leur fiabilité ou les effets secondaires possibles (42). Un article publié par Cyril D'Esneux en 2008 a remarqué que les jeunes générations seraient plus disposées à partager ces responsabilités. Il a pu apercevoir une

contrainte qui pousserait les femmes à demander à leur partenaire de s'impliquer davantage, ce qui permettrait de partager la responsabilité contraceptive (43).

Sur les 56 hommes qui savaient que la pilule se prenait tous les jours, la moyenne d'âge se situait à 34 ans. Ils étaient ici 45% (25/56) des jeunes à savoir que la pilule se prenait tous les jours comparé à 55% des pères plus âgés. La pilule est un des trois moyens de contraception les plus utilisés en France. La crise de la pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération en 2012 a également probablement eu un retentissement sur les connaissances des hommes puisqu'ils s'y sont plus intéressés. (44) La médiatisation de cette crise a poussé les jeunes femmes à changer de moyen de contraception. De par des conversations avec des amis ou avec l'entourage de l'époque, les hommes ont donc probablement été davantage informés sur ce moyen de contraception et la médiatisation a permis d'informer toute la société d'où une faible différence entre les deux groupes. De plus, il a été montré dans une enquête de l'Inserm que très souvent, lorsqu'une relation se stabilise, les hommes ont tendance à abandonner le préservatif pour une méthode contraceptive féminine (45). C'est ici qu'il laisse donc la responsabilité de la contraception à leur compagne. Celle-ci se tourne vers un autre moyen de contraception et la pilule reste un des moyens de contraception les plus utilisés par les françaises d'où une connaissance probablement plus approfondie sur ce mode contraceptif.

Connaissances et nombre d'enfant

Concernant la primipaternité, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit du premier enfant de l'homme, toutes connaissances confondues, les hommes sans enfant avaient plus de connaissances. Les connaissances tendent à baisser lorsque les hommes ont des enfants.

Seules deux questions distinctes ont été montrées comme significatives avec des connaissances plus importantes chez les hommes avec plus d'enfant. Il s'agit des deux questions suivantes :

- Les femmes doivent-elles prendre la pilule tous les jours ?
- Avez-vous eu des informations concernant la contraception féminine au cours de votre vie ?

Les hommes ayant plusieurs enfants savaient que la pilule se prend quotidiennement : 57% (32/56) avaient un enfant ou plus contre 43% (24/56) quand il s'agissait du premier enfant. Cette démonstration peut être expliquée par le fait qu'une des premières contraception proposée en post-partum est la pilule (13). Les hommes ayant plusieurs enfants ont donc certainement observé ou épaulé leur conjointe dans la prise d'une pilule lors de la période du post-partum.

Plus un homme a d'enfants, plus il avait eu des informations sur la contraception au cours de sa vie. Cependant cette affirmation n'est pas juste pour les informations du post-partum, c'est-à-dire que les hommes avec plus d'enfants disaient ne pas forcément avoir eu plus d'informations sur la contraception du post-partum.

Concernant cependant nos corrélations en général avec les caractéristiques des participants et les questions sur la contraception du post-partum, nous avons pu montrer que plus un homme a des enfants, moins il a de connaissances sur la contraception féminine dans le post-partum avec une p-valeur à 0,0079. Cette distinction s'explique peut-être par des informations mal comprises dans le post-partum. Lorsque la femme est hospitalisée et que la sage-femme ou le gynécologue s'occupe de son examen de sortie, il lui donne toutes les informations concernant sa sortie, ses rendez-vous et aborde avec elle la contraception. Bien souvent, le conjoint ne se sent pas concerné ou n'est tout simplement pas présent ou pas disponible pour écouter toutes ces informations. Il est cependant important de souligner qu'il s'agit d'une période de vulnérabilité pour la femme qui a déjà l'esprit occupé par son bébé, son alimentation, ses rendez-vous, sa rééducation (46). Une étude quantitative descriptive menée à Lille sur l'implication des hommes montrent même que les hommes sans enfant ont davantage de connaissances et expliquerait cela par une sensibilité plus importante au sujet de la contraception du fait du souhait de ne pas avoir d'enfant dans l'immédiat (35).

De même, les hommes sans enfant avaient davantage de connaissances sur la totalité du questionnaire sur la contraception (p-valeur : 0,0002). Cette dernière corrélation nous permet d'infirmer notre deuxième hypothèse de travail qui stipulait que plus un homme à d'enfant, plus il a de connaissances sur la contraception. Les informations données dans le post-partum ont pu être entendu à plusieurs reprises et c'est pour cette raison que nous étions amenées à penser que cette hypothèse pourrait être vérifiée. Cependant le fait qu'un homme sans enfant ai plus de connaissance peut être expliqué par le fait que certains hommes deviennent pères par défaut de connaissances alors que les hommes ayant suffisamment de connaissances peuvent plus aisément contrôler l'arrivée d'une probable grossesse.

Connaissances et niveau d'étude

Notre dernière corrélation s'était intéressée au niveau d'étude et aux connaissances. Les connaissances tendent à augmenter légèrement suivant le niveau d'étude. Les connaissances globales en termes de contraception étaient statistiquement significatives avec une p-valeur à 0,044 avec un niveau d'étude augmentant. Plus un homme avait suivi des études plus il avait

des informations sur la contraception : 72% (47/65) des hommes avec un niveau d'étude supérieur au baccalauréat versus 28% (18/65) avec un niveau d'étude égale ou inférieur au baccalauréat. Nous avons corrélé les résultats des questionnaires avec le niveau d'étude de chaque homme et notre corrélation était revenue significative avec un p-valeur de 0,04620. Il existe donc un lien entre la connaissance des hommes sur la contraception et leur niveau d'étude. Plus un homme a un niveau d'étude élevé plus ses connaissances en matière de contraception sont importantes. Cette dernière corrélation nous permet d'affirmer notre dernière hypothèse. En effet, nous pouvons expliquer cela par plusieurs phénomènes. Tout comme notre corrélation avec les hommes plus jeunes, l'EVAS a permis une connaissance meilleure de la contraception et de la sexualité en général. Les personnes ayant donc suivi un parcours scolaire à minima jusqu'au lycée (niveau BAC) ont donc déjà des connaissances minimums sur la contraception et probablement plus que des hommes ayant arrêté leur parcours ou ayant suivi une formation de Certificat d'Aptitude Professionnel (47). Une étude réalisée en 2020 au Centre Hospitalier de Nice a montré qu'il existait une corrélation entre les connaissances de l'homme sur la contraception et l'implication des jeunes hommes dans la contraception. Cette implication varie en fonction des caractéristiques des hommes dont l'âge, le statut et le niveau d'éducation (35).

Source d'information

Comme constaté précédemment, la principale source d'information des pères (40%) concernant la contraception leur venait de leur scolarité. Il est vrai que de nombreux efforts ont été faits par le gouvernement français concernant l'EVAS et ce depuis les années 2000. Dans une étude menée dans deux lycées en Vendée en 2019, il a été montré que la scolarité, principalement les cours de Sciences de la Vie et de la Terre étaient les sources principales d'information concernant la contraception. La contraception et la sexualité restent encore aujourd'hui des sujets tabous et le milieu scolaire est un lieu privilégié pour informer les jeunes sur la sexualité et la contraception (48). En effet, à la maison, avec les parents, ces sujets ne sont que très rarement abordés et nous voyons que l'éducation reçue par les parents ne se place qu'en quatrième position dans notre étude.

La deuxième source d'information des pères était leur partenaire à quasi-égalité avec la scolarité (à 39% versus 40% pour la scolarité). Les femmes, principalement utilisatrices de moyens de contraception sont donc davantage informées. Une étude a été menée en 2019 sur 1003 femmes âgées de 15 ans et plus par le laboratoire CDD/Opinion Way. Cette étude,

intitulée « Les Françaises et la contraception » montre que 82% des femmes sont bien informées sur la contraception et 95% estiment qu'il s'agit d'un sujet important dont il faut discuter en couple. (49). Il est donc cohérent de retrouver cette source d'information comme une des principales sources d'information sur la contraception par les hommes.

Internet était la troisième source d'information retenue par notre population. L'utilisation d'internet a augmenté ces dernières années avec une durée moyenne de plus de 21 heures par semaines qui est passée de 17% à 27% entre 2012 et 2016 (50). Chaque année, un rapport est publié par le « Reuters Institute for the Study of Journalism » sur la consommation d'informations de 38 pays dont la France. Nous pouvons voir dans ce rapport qu'entre 2013 et 2019, la télévision est encore la source principale d'information même si celle-ci est en large baisse. Depuis 2013, nous constatons une stabilisation de l'utilisation d'internet comme source d'information. La télévision et les informations « online » sont donc utilisés par environ 70% de la population française lorsqu'ils cherchent des informations. Cependant depuis 2013 est observé également une nette hausse de l'utilisation des médias sociaux avec une augmentation de 20% depuis 2013 (51). On peut donc corréliser ces informations avec les sources d'information des pères concernant la contraception.

Il est cependant important de rappeler que l'utilisation d'internet à visée de recherche d'information est à nuancer avec les informations données par les professionnels de santé. De mauvaises informations peuvent être à l'origine de croyances et de connaissances erronées qui pourraient faire partie des raisons pour lesquelles les connaissances des hommes sur la contraception restent faibles (52). Ceci pourrait également expliquer qu'ils sont nombreux à penser avoir assez de connaissances.

Les résultats de notre étude concernant les sources d'information peuvent également être mis en relation avec les résultats de l'étude réalisée à Lille en 2015 qui décrivait les mêmes sources d'information avec la scolarité, l'éducation et le cercle amical comme trois sources principales d'information (35) . Dans cette étude, la moyenne d'âge était de 24 ans et les participants sont en couples ou célibataires ce qui diffère de notre étude. Il est donc normal que nous retrouvions les partenaires avant les amis même si cette proportion tendait à rejoindre celle retrouvée dans l'étude lilloise.

Il a aussi été intéressant de comparer les groupes lorsqu'ils abordaient le sujet de la contraception. Dans notre étude, près de 91% (68/75) abordaient le sujet en couple. Ce résultat peut être mis en lien avec les sources d'information dont le partenaire représente la deuxième source d'information principale concernant la contraception féminine. Il est également intéressant d'observer qu'ils étaient 51% (38/75) à en parler entre amis et seul un tiers (33% ;

25/75) à en parler en famille. Le sujet de la contraception reste un sujet tabou et il est parfois difficile d'en parler avec l'entourage le plus proche. La famille, au sens sociétale prend aujourd'hui une nouvelle définition avec l'émancipation des femmes qui accèdent aux études supérieures et à une revalorisation qui permet un nouveau dialogue au sein des familles (53) . Cependant les changements sociétaux mettent du temps à se perpétuer et nous ne sommes qu'au début de cette ère. Nous pouvons espérer que ces résultats seraient différents si nous réalisons cette étude dans les années futures.

Objectif secondaire : implication masculine dans la contraception

Concernant leur implication, nous avons donc pu voir que les hommes étaient d'accord pour dire que le sujet de la contraception avait été abordée avec leur femme. Ils étaient également d'accord pour dire que leurs connaissances n'étaient pas suffisantes mais s'accordaient pour dire qu'ils trouvaient ce sujet important. Ils étaient 87% (69/79) à dire qu'ils trouvaient important d'aborder le sujet au sein de leur couple. Ces résultats peuvent être mis en relation avec les résultats obtenus lors d'un sondage de l'Institut CSA (Conseil Supérieur de l'Audiovisuel) en 2012. Cette étude menée sur 988 personnes en France a pu montrer que 91% des français estiment que la contraception est aussi bien « une affaire de femmes que d'hommes ». (54) L'étude lilloise concernant l'implication des hommes portant sur 282 hommes avait également montré que 74,4% des hommes se sentaient concernés par la contraception de leur conjointe. Ils étaient 62% à trouver leurs connaissances suffisantes contrairement à 49% dans notre étude et 26% à les trouver incomplètes contrairement à 41% dans notre étude (35). Cette différence peut être expliquée par un plus faible échantillon, des âges et des niveaux d'études différents comparés à notre étude. En effet, dans l'étude Lilloise l'âge moyen était de 24 ans comparé à 34 ans dans notre étude. Il en est de même pour le niveau d'étude chez les participants de l'étude lilloise où 91,8% des hommes avaient un niveau égal au baccalauréat ou au-dessus. Dans notre échantillon, ils étaient 68% (54/79) à avoir un niveau égal ou supérieur au baccalauréat. Ces différences concernant l'âge moyen et le niveau d'étude différents de nos échantillons respectifs pourraient donc expliquer la différence retrouvée quant à la suffisance des connaissances chez les hommes. Une étude réalisée en 2020 au Centre Hospitalier de Nice a montré qu'il existait une corrélation entre les connaissances de l'homme sur la contraception et l'implication des jeunes hommes dans la contraception. Cette implication varie en fonction des caractéristiques des hommes dont l'âge, le statut et le niveau d'éducation,

ce qui est également le cas dans notre étude. Lors de cette étude, il a également été démontré qu'une des causes de la non-connaissance des hommes était principalement le manque d'information (55). La plupart des hommes souhaitent être d'avantage informés sur la contraception. Il est donc important de les informer dès le plus jeune âge, en commençant par les cours d'informations sur la sexualité au collège ou au lycée. Il est évident qu'ils ne prendront pas la responsabilité de choisir un moyen de contraception pour leur conjointe mais le but étant qu'ils puissent s'impliquer davantage afin de les aider à gérer leur contraception au mieux. L'essor de la contraception masculine, à savoir la vasectomie, légalisée en France depuis 2001 permet également aux hommes de s'investir d'avantage et d'alléger la lourde responsabilité de la femme d'un choix parfois difficile. De nombreux pays ont adopté cette méthode qui est devenue courante au Royaume-Unis ou au Pays Bas par exemple ou 15 à 20% des hommes ont eu recours à la vasectomie mais est encore en France, marginale (<1%). (56) Il est nécessaire pour nous, professionnels de santé de se renseigner suffisamment afin de pouvoir apporter des informations claires aux couples le souhaitant. D'autres moyens de contraception voient peu à le jour telles que la contraception par injection hormonal ou la contraception thermique mais ces méthodes sont encore actuellement au stade d'essai clinique et n'ont pas encore obtenu d'autorisation de mise sur le marché (57)(58).

Lors de la sortie de la maternité, la sage-femme doit être claire dans les informations qu'elle apporte aux femmes et aux couples (59). Il est intéressant de noter que la naissance d'un enfant est une période de bouleversement et les premiers moments peuvent parfois être source de stress, de questionnement dans lesquels la sage-femme occupe une place importante de par son soutien et ses conseils. Lors d'un examen de sortie, beaucoup d'informations sont délivrées à la femme et à son conjoint (lorsqu'il est présent). Parmi toutes ces informations, nous retrouvons la contraception du post-partum. Il pourrait être intéressant de parler de ce sujet avec le couple avant la naissance. Il est également certain que ce sujet est difficile à aborder pendant la grossesse, sujet que la femme n'a sûrement pas envie d'aborder avant son accouchement. On peut cependant lui rappeler que l'accouchement et la période du post-partum sont des périodes où de nombreuses informations sont délivrées. Ainsi, quelques informations pourraient être partagées une première fois en période de préparation à la naissance. Lors de ces séances, la femme est présente, bien souvent accompagnée de son conjoint. L'homme pourra donc être davantage impliqué et pourra communiquer avec sa conjointe du choix de contraception qu'elle souhaitera choisir pour l'après accouchement.

Conclusion

L'arrivée d'un enfant est une étape importante dans la vie d'une femme et dans la vie du couple. Très souvent, le choix de la femme et de l'homme ou non de recourir à une pratique contraceptive est lié au désir de grossesse. En post-partum, la femme est très souvent occupée et vouée à son enfant, à son alimentation, à la fatigue et aux changements hormonaux. Cependant, c'est lors de cette courte période en maternité qu'on lui demande de faire le choix d'une méthode contraceptive. Il pourrait être intéressant qu'elle puisse en discuter avec son conjoint, non pas pour qu'il choisisse à sa place mais pour qu'il puisse l'aider et lui apporter un meilleur soutien. Nous avons donc trouvé intéressant de mener cette étude afin d'évaluer la connaissance des hommes sur la contraception féminine. Les hommes estiment avoir des connaissances suffisantes sur la contraception féminine et semblent vouloir s'impliquer davantage dans le choix contraceptif de leur conjointe. D'après nos résultats, ils sont cependant un petit nombre à connaître réellement la contraception et de nombreux facteurs peuvent jouer sur leurs connaissances tels que l'âge, le niveau d'étude, ou encore les sources d'information. Nous avons pu démontrer dans notre étude que ces connaissances sont meilleures lorsque le père est jeune et sans enfant. Les sources d'informations restent encore variées et la société actuelle permet d'enlever peu à peu le tabou du sujet de la sexualité et de la contraception, mais les informations transmises ne sont peut-être pas comprises et les stéréotypes restent encore nombreux.

Les professionnels de santé ont donc un rôle informatif prépondérant à jouer lors des consultations. L'implication de l'homme dans le choix de la méthode contraceptive peut être un réel renforcement de l'égalité homme-femme afin de ne plus laisser cette entière responsabilité à la femme. Il est important de rappeler à l'homme que son implication ne se résume pas uniquement à l'utilisation du préservatif mais peut également se faire par des accompagnements en consultation ou une participation financière aux coûts contraceptifs.

Les progrès au niveau du choix des méthodes de contraception tendent aujourd'hui doucement vers des méthodes masculines telles que la vasectomie et peut être même une contraception hormonale masculine. Il pourrait être intéressant de s'intéresser à l'intérêt des hommes à ces nouveaux moyens de contraception et à l'avis des femmes qui restent malgré tout les principales concernées. Les progrès continuent mais la femme, qui reste celle qui conçoit et qui porte la grossesse, peut-elle totalement léguer la responsabilité de la contraception à autrui ? Il pourrait être intéressant de mener une étude afin de savoir si les femmes en post-partum seraient prêtes

à laisser choisir l'homme ou du moins à laisser davantage de place à l'homme dans ce choix qui peut changer une vie.

Références bibliographiques

1. Définitions : contraception - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642>
2. Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>
3. 1927-2017. C'était Simone Veil [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/1927-2017-c-etait-simone-veil>
4. Contraception et consultation gratuite pour les moins de 26 ans : mode d'emploi [Internet]. [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/contraception-et-consultation-gratuite-pour-les-moins-de-26-ans-mode-d-emploi>
5. Plu-Bureau G, Raccah-Tebeka B. L'histoire de la contraception s'écrit encore ! Med Sci (Paris). 1 août 2020;36(8-9):687-8.
6. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
7. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/telechargement_fichier_fr_2011.06.09.contraception.na226_0.fr.pdf
8. OMS. Recommandations de l'OMS concernant les soins maternels et néonataux pour une expérience positive de la période postnatale.
9. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2015;44(10):1127-34.
10. Orchard ER, Rutherford HJV, Holmes AJ, Jamadar SD. Matrescence: lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. Trends in Cognitive Sciences. 1 mars 2023;27(3):302-16.
11. Le 4ème trimestre ou les premiers mois d'une vie nouvelle [Internet]. [cité 22 mars 2023]. Disponible sur: <https://daylilyparis.com/fr/conseils-femme-enceinte/article/quatrieme-trimestre.html>

12. Amélie F. Sous la direction de Mme GAUDIN Catherine.
13. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum
14. Im V, Briex M. Baby blues. *Spirale*. 2019;89(1):131-5.
15. La durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant passe à 28 jours | Portail de la Fonction publique [Internet]. [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/la-duree-conge-paternite-et-daccueil-de-lenfant-passe-a-28-jours>
16. Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 20 mars 2013;13(1):70.
17. Brun LL. Le vécu des futurs pères pendant la grossesse. 2015;
18. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. *Cahiers du Genre*. 2021;70(1):157-84.
19. Sullivan R. Divine and rational: the reproductive health of women in ancient Egypt. *Obstet Gynecol Surv*. oct 1997;52(10):635-42.
20. Plu-Bureau G, Raccach-Tebeka B. L'histoire de la contraception s'écrit encore ! *Med Sci (Paris)*. 1 août 2020;36(8-9):687-8.
21. Breteau A. Les 7 dates-clés de la contraception en France [Internet]. *Le Point*. 2017 [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640_3.php
22. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*. 2014;511(5):1-4.
23. Les pilules contraceptives et la thrombose veineuse [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD010813/FERTILREG_les-pilules-contraceptives-et-la-thrombose-veineuse
24. Contraception chez l'homme et chez la femme. *Haute autorité de Santé*. 2013;249.
25. contre-indication [Internet]. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8448376/contre-indication>
26. Qu'est ce que les spermicides ? - Choisir sa contraception [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception/tous-les-modes-de-contraception/les-spermicides-comment-ca-marche>
27. Gyn&co. Les différents moyens de contraception : aperçu général [Internet]. *Gyn&co*.

- 2016 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.gynandco.fr/les-differents-moyens-de-contraception/>
28. Kassab SY. L'historique des méthodes de contraception à travers l'âge et le monde: la contraception en France au XXIème siècle, rôle du pharmacien d'officine.
29. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
30. Larousse É. Définitions : post-partum - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-partum/62940>
31. Namer V. Aspects hormonaux du post-partum et ostéopathie. Spirale. 2018;86(2):33-40.
32. Bugnard G. Grossesses rapprochées et conséquences maternelles, obstétricales et néonatales. :64.
33. 2013 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
34. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 29 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016>
35. Contraception : connaissances, intérêt et implication des hommes. [Internet]. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2020/06/Sophie-CUVELIER.pdf>
36. Irina Troitskaia, Alexandre Avdeev, Irina Badurashvili, Ekaterine Kapanadze, Vaida Tretjaküva. Etude comparatives des pratiques contraceptives en France, Géorgie, Lituanie et Russis.
37. Troccaz O. La connaissance des pères sur la contraception: étude quantitative réalisée en suites de couches au CH de Chambéry.
38. Beck et Richard - 2013 - Les comportements de santé des jeunes analyses du.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.psychanalyse.com/pdf/COMPORTEMENTS%20DE%20SANTE%20DES%20JEUNES%20-%20ANALYSES%20DU%20BAROMETRE%20SANTE%202010%20\(346%20Pages%20-%206,2%20Mo\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/COMPORTEMENTS%20DE%20SANTE%20DES%20JEUNES%20-%20ANALYSES%20DU%20BAROMETRE%20SANTE%202010%20(346%20Pages%20-%206,2%20Mo).pdf)

39. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
40. Viel H. L'implication des hommes dans la contraception.
41. Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes: analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis: INPES éd; 2013. (Baromètres santé).
42. Ancel D. Grande enquête Contraception [Internet]. Institut Solidaris. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-contraception/>
43. Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. *Autrepart*. 2009;52(4):49-63.
44. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif/>
45. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C. Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction. *Cahiers du Genre*. 2021;70(1):157-84.
46. Hamelin-Brabant L, de Montigny F, Roch G, Deshaies MH, Mbourou-Azizah G, Borgès Da Silva R, et al. Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé Publique*. 2015;27(1):27-37.
47. Formation Éducation à la Vie Affective et Sexuelle (EVAS) [Internet]. Le planning familial. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-de-la-reunion-974/formation-education-la-vie-affective-et-sexuelle-evas-862>
48. Fleur M. Connaissances des adolescents en matières de contraception.
49. admin. Les femmes et la contraception : quand certaines idées reçues persistent [Internet]. CCD Laboratoire de la Femme®. 2019 [cité 17 mars 2023]. Disponible sur: <https://laboratoire-ccd.fr/femmes-contraception-idees-recues/>
50. Temps passé sur Internet selon l'âge France [Internet]. Statista. [cité 16 mars 2023]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/472593/temps-passe-en-ligne-par-semaine-age-france/>
51. France [Internet]. Reuters Institute Digital News Report. 2019 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.digitalnewsreport.org/survey/2019/france-2019/>
52. Jones RK, Biddlecom AE, Hebert L, Mellor R. Teens Reflect on Their Sources of Contraceptive Information. *Journal of Adolescent Research*. 1 juill 2011;26(4):423-46.

53. Maurin M. La contraception à travers deux générations : étude qualitative d'une évolution constante.
54. Les Français et la contraception - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/24718757-Les-francais-et-la-contraception.html>
55. Charpentier E, Musso A, Chamorey E, Delotte J, Maccagnan S, Bourgeois M, et al. Connaissances des moyens de contraception et implication : existe-t-il une corrélation ? Étude quantitative auprès de jeunes hommes de 15 à 25 ans résidant dans la région PACA. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. mai 2022;70:S103-4.
56. <https://www.contraceptionmasculine.fr/> [Internet]. [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.contraceptionmasculine.fr/>
57. Mieuxset R. Contraception hormonale masculine.
58. Mieuxset R. Les essais de contraception masculine par la chaleur. In: Soufir JC, Mieuxset R, éditeurs. *La contraception masculine* [Internet]. Paris: Springer; 2013 [cité 20 mars 2023]. p. 77-91. (L'homme dans tous ses états). Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0346-3_6
59. Référentiel Sages-femmes [Internet]. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

Annexes

Annexe I : questionnaire

QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Je m'appelle Sophie SCHUBNEL, je suis étudiante en 4^{ème} année de sage-femme à l'école de sage-femme de Strasbourg. Dans le cadre de mes études je réalisé un mémoire sur la connaissance des hommes sur la contraception féminine dans le post-partum. Pour ce faire, j'ai besoin de questionner les hommes par le biais de ce questionnaire qui est anonyme et rapide. Les données recueillies seront confidentielles et sécurisées et ne seront utilisées qu'à des fins statistiques.

Merci beaucoup pour votre implication !

I. Questions personnelles

1. Quel âge avez-vous ?

.....

2. Quel est votre niveau d'étude ?

.....

3. Depuis combien de temps êtes-vous en couple ?

- Moins de 5 ans
- Plus de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

4. Avez-vous des enfants ?

Oui

Non

5. Savez-vous par quel moyen de contraception se protégeait votre conjointe avant la grossesse ? Si oui, lequel ?

.....

6. La contraception est-elle un sujet dont vous avez déjà parlé (plusieurs réponses possible) :

- Entre amis
- En famille
- En couple
- Je n'ai jamais parlé de contraception féminine

II. Questions sur la contraception

1. Combien pensez-vous qu'il existe de moyen de contraception féminine ?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5
- f. >5

2. Classez par ordre d'efficacité théorique les contraceptifs ci-dessous :

- a. Pilule
- b. Implant
- c. Anneau vaginal
- d. Stérilet au cuivre
- e. Préservatif

Réponse :

3. Pensez-vous que certaines contraceptions peuvent arrêter les règles ?

Oui

Non

Je ne sais pas

4. La contraception peut-elle jouer sur la libido et sur l'humeur d'une femme ?

Oui

Non

Je ne sais pas

5. Pensez-vous que certaines contraceptions sont plus efficaces que d'autres ?

Oui

Non

Je ne sais pas

6. Le retrait est une méthode de contraception

Oui

Non

Je ne sais pas

7. La vasectomie est une méthode de contraception qui empêche l'éjaculation

Oui

Non

Je ne sais pas

8. Le préservatif est la méthode de contraception masculine la plus utilisée lors d'un premier rapport sexuel

Oui

Non

Je ne sais pas

9. Tous les contraceptifs sont remboursés totalement par l'assurance maladie

Oui

Non

Je ne sais pas

10. La pilule du lendemain peut se prendre le lendemain et le surlendemain mais pas le 3^{ème} jour après l'oubli

Oui

Non

Je ne sais pas

11. Les femmes doivent-elles prendre la pilule tous les jours ?

Oui

Non

Je ne sais pas

12. Avez-vous eu des informations concernant la contraception féminine au cours de votre vie ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Si oui, d'où viennent ces connaissances :

13. Éducation (parent/famille)

14. Amis

15. Scolarité

16. Études / formation

17. Prof de santé

18. Internet

19. Partenaire

20. Autre :

III. Contraception du post-partum

13. Toutes les contraceptions peuvent être prescrites après un accouchement ?

Oui

Non

Je ne sais pas

14. L'allaitement contre-indique-t-il certains contraceptifs ?

Oui

Non

Je ne sais pas

15. La contraception n'affecte aucunement la libido dans le post-partum ?

Oui

Non

Je ne sais pas

16. Une femme peut-elle devenir enceinte avant le retour des règles ?

Oui

Non

Je ne sais pas

17. Avez-vous eu des informations concernant la contraception dans le post-partum ?

Oui

Non

Je ne sais pas

IV. Contraception à deux

18. Pensez-vous important de discuter de la contraception au sein du couple ?

a. Tout à fait d'accord

b. D'accord

c. Plutôt d'accord

d. Pas du tout d'accord

19. Avez-vous déjà abordé ce sujet au sein de votre couple ?

Oui

Non

20. Pensez-vous-qu'en tant qu'homme, vous avez un rôle important dans la contraception ?

- a. Tout à fait d'accord
- b. D'accord
- c. Pas d'accord
- d. Pas du tout d'accord

21. Considérez-vous avoir assez de connaissances sur la contraception féminine ?

- a. Tout à fait d'accord
- b. D'accord
- c. Pas d'accord
- d. Pas du tout d'accord

Résumé :

Objectifs : Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer les connaissances des hommes sur la contraception féminine en général et dans le post-partum.

Méthode : Il s'agissait d'une étude multicentrique quantitative, descriptive, prospective réalisée dans les services de maternité des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (CMCO et Haute-pierre). Cette étude a été réalisée à l'aide de questionnaires distribués entre juillet et septembre 2022.

Résultats : Nous avons inclus 79 pères avec un taux de réponse à 77%.

La connaissance globale des hommes sur la contraception a été jugée insuffisante. 33% pourcents (26/79) de notre population avait suffisamment de connaissance concernant la contraception féminine alors qu'ils étaient 52% (41/79) à penser avoir assez de connaissances sur le sujet. La plupart des hommes ne décrivaient que trois moyens de contraception. Leurs connaissances sur la contraception naissent principalement de leur scolarité et/ou de leur partenaire.

Nous avons pu démontrer une corrélation entre l'âge, le niveau d'étude et le nombre d'enfants et les connaissances. Les connaissances des hommes sur la contraception diminuaient avec l'âge et le nombre d'enfant et augmentaient avec le niveau d'étude.

Conclusion : En somme, les pères n'ont pas suffisamment de connaissances globales sur la contraception. Ils estiment avoir un rôle important à jouer pour épauler leur conjointe particulièrement dans la période du post-partum. Il serait intéressant d'aborder le sujet de la contraception lors des séances de préparation à la naissance ou lors de consultation pendant la grossesse en présence des deux parents pour aborder le sujet plus sereinement dans un contexte moins fatiguant et moins stressant que la période du post-partum.

Mots clés : pères, connaissances, contraception, post-partum

Abstract:

Objectives: The main objective of this study was to evaluate men's knowledge of female contraception in general and during the postpartum period.

Method: We conducted a quantitative, descriptive, prospective, multicenter study carried out in the obstetric departments of the University Hospitals of Strasbourg (CMCO and Hautepierre). This study was carried out using questionnaires distributed between July and September 2022.

Results: We included 79 fathers with a response rate of 77%. Overall knowledge of contraception by men was considered insufficient. 33% (26/79) of our population had sufficient knowledge about female contraception, whereas 52% (41/79) felt they had sufficient knowledge on the subject. Most men described only three methods of contraception and their knowledge about contraception was mainly based on their education and/or their partner.

We were able to demonstrate a correlation between age, level of education and number of children and general knowledge. Men's knowledge of contraception decreased with age and number of children but increased with level of education.

Conclusion: Fathers do not have enough overall knowledge about contraception. However, they feel they have an important role to play in supporting their spouses, particularly during the postpartum period. It would be interesting to address the subject of contraception during birth preparation sessions or during pregnancy consultations in the presence of both parents in order to address the subject more serenely in a less tiring and less stressful context than the postpartum period.

Keywords: father, knowledge, contraception, post-partum

