

# Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte

## Male birth control: a process of awareness and ownership under constraint

C. Desjeux

Reçu le 13 mars 2012 ; accepté le 27 avril 2012  
© SALF et Springer-Verlag France 2012

**Résumé** Les représentations collectives véhiculent l'image d'hommes irresponsables dans le domaine de la contraception. Cependant, cette perception tend à occulter une partie des comportements des hommes qui prennent activement part dans la contraception. En effet, face à une demande féminine, une partie des hommes s'inscrivent dans une logique de soutien et de partage des responsabilités contraceptives. Cette position s'inscrit dans un double processus. D'une part, il est activé par une dynamique de sensibilisation qui passe par les femmes et qui permet de construire une image positive quant à la participation des hommes à la contraception. D'autre part, la mise en pratique de ce type de méthode demande une phase d'appropriation et de réflexivité. Il s'agit alors de repenser la contraception, non seulement par rapport aux femmes, mais aussi et surtout par rapport à soi. Ainsi, nous verrons que les hommes ont différents degrés d'engagement contraceptif.

**Mots clés** Masculinité · Contraception · Sensibilisation · Appropriation · Pouvoir

**Abstract** In the birth control industry, men are seen as irresponsible through public representations. However, this perception tends to conceal a part of the men's behaviour which takes part in an active way in the birth control process. In response to a feminine demand, some men are trying to support and share the birth control responsibilities. This attitude is a part of a double process. On one hand, there is an awareness dynamics activated by women and which allows to build a positive image regarding the involvement of men in birth control. On the other hand, setting up this kind of method requires an appropriation and reflexivity phase. Therefore, we have to rethink birth control, not only against women but also and especially against oneself. So we will

see that men have different degrees of involvement in birth control.

**Keywords** Masculinity · Birth control · Awareness · Appropriation · Power

### Introduction

L'objectif de cet article est de comprendre les processus qui amènent les hommes à intégrer les enjeux contraceptifs à leurs comportements sexuels. La diversité des profils d'hommes dans leur participation à la contraception montrera, à la fois, un moyen de partager les responsabilités et de diluer les inégalités dans ce domaine et, en même temps, un symbole d'appropriation du corps des femmes par les hommes.

D'une part, la maîtrise de la fécondité par les hommes apparaît comme l'un des premiers socles de la domination masculine : en contrôlant la fonction reproductrice des femmes, ils remettent en cause leur autonomie corporelle [1-3]. D'autre part, le fait qu'il existe moins de moyens de contraception pour les hommes, qu'ils les utilisent moins que les femmes, et que la place des hommes et des femmes devant le risque d'une grossesse non désirée reste encore inégalitaire, est une manière de maintenir une responsabilité d'abord féminine et maternelle face à la parentalité [4].

Cette ambivalence divise l'arène féministe en deux camps quant aux bénéfices d'une contraception médicalisée pour les hommes : certaines y voient une réactualisation de la domination masculine tandis que d'autres y perçoivent la possibilité de construire un nouveau modèle de masculinité plus responsable dans ce domaine [5].

Cependant, cette dissension reste principalement à un niveau théorique et idéologique dans la mesure où il existe peu d'études empiriques qui permettent de rendre compte de la place des hommes dans la contraception et de l'implication que cela a sur les rapports hommes-femmes.

En effet, les travaux en sciences sociales sur la contraception concernent en priorité les femmes [6]. On peut toutefois

---

C. Desjeux (✉)  
47, rue Froidevaux, 75014 Paris  
e-mail : desjeux.cyril@wanadoo.fr

rappeler que des enquêtes sur la fécondité masculine ont été menées dans les années 1970 par Nicolas Brouard [7] et qu'en 1994, une approche quantitative sur la contraception interroge également les hommes [8]. De plus, la dernière enquête sur la sexualité en France prend en compte les deux sexes dans son chapitre sur la contraception [9]. Concernant la contraception médicalisée pour les hommes, trois enquêtes principales peuvent être mises en avant : celle de Daniel Welzer-Lang qui a travaillé sur un groupe d'hommes qui l'a expérimentée [10], celle de Denise Jodelet qui en a étudié les représentations [11] et celle de Nelly Oudshoorn qui en a retracé l'histoire [12].

D'un point de vue macrosocial, l'ensemble de ces données empiriques indiquent que certains hommes peuvent être responsables et attentifs à la contraception, mais elles font surtout apparaître qu'ils se sentent moins engagés que les femmes dans la maîtrise de la fécondité. En outre, Nikos Kalampalikis et Fabrice Buschini montrent qu'« en tant qu'objet de représentation, la contraception masculine médicalisée reste encore dans les limbes. Il s'agit d'un thème à propos duquel les représentations n'ont pas pris corps, ne s'organisent pas en un ensemble fermement structuré d'informations, d'images, d'opinions, d'évaluations et de prises de position » [13]. Pour ces deux auteurs, cette inconsistency produit principalement un imaginaire négatif susceptible de remettre en question la virilité des hommes sur un plan biologique, mental et social. Au niveau physiologique, elle est comparable à la manière dont ils perçoivent les effets secondaires de la pilule pour les femmes (prise quotidienne, prise de poids, effet sur l'humeur, risque de cancer, difficulté de reprise de la procréation). Au niveau symbolique, il y a une peur d'impuissance qui est plus particulièrement exacerbé lorsqu'il s'agit de penser la stérilisation masculine (vasectomie). Au niveau social, c'est leur statut dans le couple et dans la famille qui est ébranlé par la perte de leur capacité reproductrice [13].

Cependant, si l'on fait varier la focale d'observation [14], en s'intéressant plus particulièrement aux dynamiques d'interactions qui traversent le quotidien des hommes, on observe une variété de positionnement. Pour découvrir cette multiplicité, j'ai mobilisé une approche qualitative (presse et entretiens semi-directifs) que j'exposerai dans une première partie. Ensuite, j'insisterai plus particulièrement sur des hommes qui souhaitent partager les responsabilités contraceptives. Cette volonté se comprendra à travers un processus de sensibilisation qui passe par les femmes. Cependant, pour que le geste se joigne à la parole, je ferai également apparaître qu'il faut que ce processus s'accompagne d'une phase d'appropriation et de réflexivité. Enfin, j'inclurai l'importance de la réception dans l'analyse : l'investissement contraceptif des hommes se comprend en écho avec la manière dont autrui le reçoit et le perçoit (et plus particulièrement la partenaire ou le médecin).

## Méthodologie

Cette enquête qualitative est issue de ma thèse de sociologie sur les pratiques, les représentations et les attentes contraceptives des hommes. Elle a été menée auprès de 26 hommes, 23 femmes, 16 professionnels de la santé (deux hommes urologues, deux hommes andrologues, quatre hommes spécialistes de la reproduction masculine, trois femmes gynécologues, une femme gynécologue-andrologue, une femme médecin généraliste, une femme infirmière dans un hôpital, une femme professionnelle du planning familial et un homme pharmacien) et deux hommes anciens membres d'Ardecom (Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine)<sup>1</sup>.

Pour les entretiens avec les professionnels de santé, ils ont principalement été contactés suite à des recherches sur internet. Pour les autres entretiens, le recrutement pour les entretiens est passé par mon réseau personnel, mais également par celui des enquêté(e)s. Cet effet « boule de neige » [15] a ainsi permis d'enrichir la diversité des informations recueillies (en interrogeant des personnes mal à l'aise pour parler de leur intimité ou se positionnant contre une contraception masculine) et d'accéder à un plus grand panel d'univers sociaux et culturels que le mien.

Pendant les entretiens, une connivence s'est plus particulièrement manifestée avec les femmes qui ont eu une plus grande facilité à parler avec moi, et moi avec elles. De plus, le thème de l'étude a été reçu par certaines comme une marque d'intérêt pour leur souci de contraception et comme étant un moyen d'essayer de les régler ou de sensibiliser leur conjoint. Ainsi, les femmes parlaient sans problème de l'intimité de leur partenaire. Cependant, ce dévoilement n'était pas spontané et il devait être activé par des questions qui le concernaient. Dans ce sens, la difficulté majeure a été de réajuster l'entretien sur l'expérience contraceptive des hommes (et moins sur la leur).

À l'inverse, la communication avec les hommes fut plus compliquée. Ils ont eu plus de difficulté à me parler de leur intimité. Certains m'ont expliqué leur gêne en précisant qu'ils avaient peur que je leur demande la taille de leur sexe ou la fréquence de leurs rapports sexuels. L'une des manières de faire parler les hommes a été de prolonger l'entretien afin d'établir un lien de confiance. Dans ce cas, les premières questions concernaient la contraception ou le couple en général, puis se recentraient sur leur expérience personnelle.

<sup>1</sup> Il s'agit de groupes d'hommes qui voulaient remettre en question les archétypes de la masculinité et qui ont expérimentés la contraception masculine médicalisée dans les années 1980. En dehors de la vasectomie, ils ont pu avoir recours à une méthode hormonale (une pilule progestative associée à une lotion de testostérone) ou thermique (utilisation d'un slip « serré » qui faisait remonter les testicules contre la paroi abdominale, leur température augmentait d'1 à 2° produisant une baisse du nombre de spermatozoïdes).

Ainsi, les informations importantes surgissaient souvent en fin d'entretien. Une autre possibilité a été de les mettre en situation avec le préservatif (également en fin d'entretien). Pour cela, j'utilisais un godemiché et je leur demandais de me montrer comment il mettait un préservatif, dans quelles circonstances et pour quelles raisons.

Les personnes interrogées ont entre 20 et 40 ans avec une plus forte proportion entre 20 et 30 ans (34 enquêtés sur 47). Plus de la moitié des hommes interrogés se déclarent en couple (19 enquêtés sur 26) et quatre d'entre eux ont des enfants en bas âge (moins de cinq ans). Officiellement, tous ces hommes ont des pratiques sexuelles exclusivement avec des femmes.

Socioprofessionnellement, ils sont une plus forte proportion à être de classe moyenne (*hommes* : 3 employés de bureau, 13 professions intermédiaires non cadres, 4 étudiants, 1 commerçant ; *femmes* : 12 professions intermédiaires non cadres, 6 étudiantes) ou de classe moyenne supérieure (*hommes* : 2 ingénieurs ; *femmes* : 4 cadres). Quatre enquêtés peuvent être associés aux classes populaires (3 ouvriers hommes et 1 employée femme). Concernant l'origine culturelle, seuls deux Algériens et un Tunisien ont été interrogés.

Les principales méthodes de contraception rencontrées ont été le préservatif, la pilule et le coït interrompu, et plus rarement le stérilet (une personne), les spermicides (une personne), l'anneau vaginal (une personne) ou l'implant (une personne).

Ces entretiens offrent un cadre d'observation bien particulier : il s'agit principalement de jeunes hommes d'origine française et de classe moyenne.

Premièrement, cette population est en marge des problématiques de certains milieux sociaux. Dans ce sens, Olivier Schwartz insiste sur la particularité des milieux populaires où « les identités sexuelles qui font sens et qui sont assumées par les individus sont celles qui sont structurées autour d'un fort clivage masculin/féminin, supposant une délimitation nette des attributs et des territoires, et un primat du masculin dans la jouissance ou l'usage de certaines propriétés » [16]. Cette délimitation renforce la mise à l'écart des hommes dans la responsabilité contraceptive et sexuelle.

Deuxièmement, la plupart des enquêtés sont sans enfant, viennent depuis peu de débiter leur vie professionnelle ou de quitter le domicile parental, s'inscrivent dans des relations amoureuses plus ou moins stables, et n'ont pas été, officiellement, dans des situations libertines (à partenaires multiples) ou d'adultère. Ainsi, la population enquêtée est peu utilisatrice de certaines méthodes comme le stérilet ou la stérilisation à but contraceptif que l'on trouve plus facilement dans des âges de la vie plus avancés. L'explication est que « le stérilet, fortement conseillé aux patientes multipares, est refusé aux femmes n'ayant pas encore eu d'enfant (et donc généralement plus jeune) sous prétexte d'un risque infectieux plus important, compte tenu d'une supposée multipli-

cité des partenaires » [17]. En outre, les caractéristiques contraceptives des enquêtés sont sans doute propres à ce moment de la vie qu'est la jeunesse, dans la mesure où les méthodes non médicales et la pilule sont privilégiées en début de vie sexuelle et conjugale [18].

Le but, ici, est de souligner la spécificité de la population interrogée et d'en accepter les limites empiriques. Il n'en reste pas moins que cette étude répond aux enjeux de la méthode qualitative. En effet, celle-ci n'a pas pour prétention de construire un échantillon représentatif et de pondérer des pratiques, des représentations ou des attentes comme pour la méthode quantitative, mais elle doit être capable d'en faire apparaître leur diversité et les logiques sociales qui en découlent [19].

En parallèle de ces entretiens, un autre matériau utilisé fut la presse. Une centaine d'articles des années 1980, 1990 et 2000, issus des archives du planning familial, ont ainsi été dépouillés. Il s'agissait de presse généraliste (*Libération*, *l'Humanité*, *le Monde*, *le Figaro*, *la Tribune*, *Courrier International*), régionale (*Ouest France*, *le Courrier de l'Ouest*, *l'Estocade*, *le Nord Littoral*, *Nord Eclair*, *Argus*, *le Parisien*), spécialisée (*Informations médicales*, *le magazine Organon de la femme et de la santé*, *Recherche et santé*, *Panorama du médecin*, *le Quotidien du médecin*), vulgarisée (*Nouvel Observateur*, *Elle*, *Femme pratique*) ou de groupe d'hommes (*revue Ardecom 1 et 2*).

Ces différents journaux sous-tendent des positions politiques diverses et des journalistes aux situations éclectiques (hommes, femmes, spécialistes en médecine ou sur des questions de sociétés, etc.). Ces éléments impliquent certains choix éditoriaux quant à la manière de parler de la contraception masculine. D'ailleurs, Nelly Oudshoorn montre que la presse hollandaise a véhiculé une image négative d'hommes trop sensibles pour utiliser une contraception masculine hormonale [5].

Pour autant, cette signalétique des articles de presse ne sera pas analysée dans la suite du texte, dans la mesure où seuls les extraits de témoignages d'hommes ayant expérimenté la contraception masculine médicalisée seront mobilisés. Il s'agit moins de faire une analyse des médias écrits que d'arriver à trouver des traces sur la manière dont certains hommes (en particulier ceux appartenant à *Ardecom*) ont fait l'expérience de la contraception.

Afin de maintenir une réflexion ambivalente qui prenne en compte différentes expériences [20], la presse a été confrontée au discours des enquêtés qui connaissaient l'histoire de la contraception masculine (andrologues, spécialistes de la reproduction et membres du groupe de parole *Ardecom*).

## Sensibilisation et appropriation contraceptive

Pour comprendre les raisons qui amènent certains hommes à participer à la contraception, j'ai d'abord analysé leurs

positions sociales tant au niveau de l'origine culturelle, de l'âge que du milieu social. Cependant, pour cette étude, aucun de ces trois facteurs n'explique clairement l'investissement des hommes dans la contraception. On peut raisonnablement penser que le manque d'éléments à ce sujet n'implique pas une absence d'effets d'appartenance, mais est davantage à imputer à la méthode et à la « spécificité » des personnes interrogées.

Par contre, la composition sexuée de l'entourage des hommes a été un élément qui m'a permis de comprendre leur investissement contraceptif.

J'ai alors identifié un double processus :

- un processus de sensibilisation : les hommes qui participent à la contraception *répète* un modèle de masculinité qui a été véhiculé par leur entourage féminin. En proposant une image d'hommes responsables, pouvant être attentifs à leurs difficultés contraceptives et susceptibles de les soutenir, elles sensibilisent leur partenaire et construisent un contexte favorable à un engagement contraceptif des hommes ;
- un processus d'appropriation qui passe par deux phases :
  - *l'opposition* : la sensibilisation ne permet pas forcément un passage à l'acte. Pour cela, deux cas de figure sont envisageables : 1) s'il y a une communication et une confiance entre les deux partenaires sexuels, les hommes peuvent développer un sentiment de culpabilité et se positionner contre le modèle d'une « irresponsabilité masculine » ; 2) s'il y a des problèmes de communication ou une absence de parole contraceptive entre les deux partenaires, les hommes peuvent développer un sentiment de méfiance à l'égard de la partenaire et se positionner contre le modèle d'une « responsabilité féminine » ;
  - *l'adaptation* : ce sentiment de culpabilité ou de méfiance activera le processus d'appropriation. Les hommes vont alors adapter et arranger un modèle de masculinité par rapport à eux. Il s'agira de repenser leur engagement contraceptif par rapport à leur « configuration identitaire », c'est-à-dire par rapport à leur manière d'agir et de se penser comme un homme, tout en étant confronté au regard de la partenaire dans une relation donnée.

## Un processus de sensibilisation

### *Le rôle des femmes dans l'implication des hommes*

Pour comprendre la manière dont certaines femmes en viennent à solliciter et sensibiliser les hommes à la contraception, il convient de faire un détour par la manière dont les femmes vivent cette réalité. Nous savons déjà que les progrès contraceptifs ont permis de diminuer le nombre des grossesses non

prévues (33 % en 2000 contre 50 % en 1975). Pour autant, de nombreux échecs contraceptifs persistent (en 2000, 67 % de ces grossesses non prévues se sont produites alors que la femme utilisait une contraception) et le nombre d'avortements n'a pas diminué depuis 30 ans avec plus de 200 000 IVG chaque année [21]. Ce paradoxe s'explique par l'existence de tensions et de contradictions entre un contexte social et un affectif féminin particulier et des logiques relevant de la « normalité contraceptive, des rapports sociaux de sexe et du pouvoir médical » [22] qui peuvent se révéler inadaptés. Ces tensions relèvent de la difficulté de prescrire autre chose que la pilule à des jeunes femmes sans enfant, du manque d'information, de la contrainte de prendre une contraception au quotidien ou des effets secondaires de la contraception hormonale [23]. Ces inadéquations n'ont pas pour unique conséquence le risque d'une grossesse non désirée, mais elles peuvent également être un moteur pour un investissement des hommes dans la contraception [24] :

*« Ça dépend beaucoup de la partenaire, ta manière d'envisager la contraception. Ça dépend des difficultés qu'elle peut rencontrer, de sa volonté à te les faire partager, de la manière dont elle considère tel mode de contraception. Ça fait que dans tes premières relations amoureuses, tu apprends comment ça fonctionne, tout ça et tu t'adaptes un peu à la manière dont l'autre veut que tu t'y investisses ou non »*

*(Martin : homme, 24 ans, en couple depuis deux ans)*

Ces anciennes relations amoureuses lui ont exprimé leurs difficultés contraceptives (effets secondaires de la pilule, prise de poids, rejet d'une contraception chimique). Tout comme pour les autres enquêtés qui sont dans cette situation, on note que les femmes qui ont une interprétation contraignante ou négative de la contraception sont un levier à la mise en place de pratiques contraceptives pour les hommes, à une volonté de partager la maîtrise de la fécondité ou à la construction d'une sensibilité contraceptive pour les hommes.

Ainsi, on comprend que les pratiques, les représentations et les attentes contraceptives des hommes sont à comprendre en lien avec le vécu des femmes. En analysant cet ensemble sous l'angle de la relation, on note que certains hommes s'inscrivent dans une logique de partage des responsabilités car ils sont sollicités par leur partenaire qui ne voit pas positivement leur méthode contraceptive. La mise en place de ce type de disposition est liée à un contexte relationnel spécifique et à la vision que les hommes ont de la relation conjugale, de l'égalité femme/homme, de la masculinité, de leur expérience passée en matière de contraception et d'avortement, de la qualité de la relation et de la communication conjugale :

*« Les nanas s'emmerdent à prendre une pilule et les mecs non. Pourquoi on ne pourrait pas alterner par exemple, pour qu'il y ait un partage dans la responsabilité contraceptive.*

[...] C'est vers 25 ans que j'ai commencé à en prendre conscience. C'est la première réelle mise au point que j'ai faite sur ma vie en me demandant où en était ma vie, qu'est-ce que je voulais faire, comment je suis par rapport à autrui, aux femmes. [...] Je dirais que c'est lié aussi au fait que j'adore les femmes si je suis sensible à la contraception. J'ai aussi beaucoup plus traîné avec des femmes qu'avec des hommes, j'ai plus d'ami "es" que d'ami "s"... À traîner beaucoup avec des filles, j'ai eu une certaine vision de la femme qui peut être différente d'un mec lambda. T'apprends plus de choses sur les filles au contact des filles ».

(Benoît : homme, 35 ans, célibataire)

Les cycles de vie, c'est-à-dire les événements qui marquent le passage de l'adolescence à la jeunesse, puis à l'âge adulte (première relation sexuelle, mise en couple, départ de chez les parents, etc.) amène cet homme à penser sa masculinité comme une dimension construite et donc mobile, susceptible d'être modifiée et complétée par des caractéristiques qui prennent davantage en compte la partenaire [25]. En vieillissant, cet homme développe une perception égalitaire qui est liée à un contexte spécifique : il précisera qu'il a principalement des amies féminines, que sa mère lui a expliqué dès l'âge de 11 ans l'usage du préservatif, les risques de grossesse et la masturbation, qu'une de ses ex-amies a été confrontée à une IVG qui l'a marquée et qu'il a eu des partenaires sexuelles qui avaient des problèmes de contraception.

Au final, cet homme fait différentes expériences de la maîtrise de la fécondité qui l'amènent à se soucier de la partenaire et de la manière dont elle vit la contraception. Il est dans cette première phase du « care » identifiée par Joan Tronto qui consiste à prendre conscience d'une difficulté ou d'un besoin [26]. Ce terme de « care » pourrait être traduit par « l'attention portée à une personne », mais il est également synonyme de prévenance, de sollicitude ou de responsabilité.

### **Des figures éducatrices, initiatrices et prescriptrices**

La prise de conscience des difficultés contraceptives que peut avoir la partenaire (prise quotidienne d'une contraception, examen gynécologique, prise d'hormones artificielles, effets secondaires sur la santé, etc.), passe par la communication et l'échange. En cas d'absence de communication, les hommes développeront plus difficilement une sensibilité contraceptive. Dans ce sens, on peut rappeler que 25 % des étudiants interrogés lors de la 2<sup>e</sup> enquête nationale sur la santé des étudiants ne savent pas quelle est la contraception de leur partenaire [27].

Ce manque de sensibilité est également visible avec l'un des enquêtés. Ce dernier n'est pas contre l'idée de s'investir dans la maîtrise de la fécondité. Cependant, il ne savait pas ce qu'était une contraception au moment de l'entretien. D'un

milieu modeste, mais non défavorisé, ce manque de connaissances survient principalement d'un manque de communication : ni par l'école, ni par la partenaire sexuelle ou amoureuse, ni par les amis, le thème de la contraception n'a été abordé :

« Mon premier rapport sexuel je l'ai eu à 24, 25 ans. Je suis resté quelques mois avec la fille et on ne faisait rien pour éviter d'avoir un enfant. Donc on a eu des rapports sexuels comme ça. Je ne voulais pas être père, mais si ça arrivait tant pis, on aurait assumé. Après c'est surtout pour elle, c'est elle qui risque d'être enceinte. Moi, je ne suis pas directement concerné. J'aurais accepté de mettre des préservatifs si elle me l'avait demandé, mais spontanément je n'aurais rien fait. Ne pas avoir un enfant, cela ne concerne pas que la femme. C'est juste que c'est elle qui tient les rênes, moi si on ne me dit rien, je n'ai pas de raison de faire quelque chose. »

(Adrien : homme, 27 ans, en couple depuis deux ans)

On peut noter une « asocialisation » contraceptive que l'on pourrait résumer par un manque d'informations, une entrée tardive dans la sexualité et une absence d'éducation contraceptive. Cela le place dans une position passive par rapport à la contraception. À tel point qu'il ne remet pas en question le fait de pouvoir avoir des rapports sexuels qui ne sont pas protégés (alors qu'il ne veut pas d'enfant). Sans considérer pour autant que la contraception est une affaire de femme (il le précisera plus tard dans l'entretien), il délègue le choix contraceptif sur la partenaire et se plie à sa demande :

« Si ma femme me demandait d'utiliser le préservatif pour éviter d'avoir un enfant à la place de la pilule, j'accepterais sans hésitation. Ce n'est pas que je ne veuille pas m'en occuper, c'est que ça ne m'intéresse pas. Donc c'est pour ça que je ne connaissais pas le terme de contraception. Mais après, si on m'explique et qu'on me demande de faire autrement, je ne dirais pas non, c'est juste que ce n'est pas moi qui le proposerait spontanément car je n'y connais rien ».

(Adrien : homme, 27 ans, en couple depuis deux ans)

Cet extrait d'entretien montre l'importance des femmes, et plus particulièrement de la partenaire, pour construire une sensibilité contraceptive masculine.

Premièrement, certaines femmes jouent un rôle d'éducatrices (la mère) :

« Pour moi, le stérilet, on peut en avoir à tout âge. Ma mère me disait qu'elle avait eu un stérilet quand elle avait une vingtaine d'années, avant de m'avoir. [Donc] pour moi, le stérilet, on peut en avoir à tout âge. [...] Ma mère m'a appris quelques petites choses sur la contraception ou l'importance de l'usage du préservatif ».

(François : homme, 25 ans, en couple depuis un an)

Bien que participant peu à la contraception (sa compagne prend la pilule et il lui fait penser à la prendre ponctuellement), cet homme ne se sent pas forcément désinvesti de la

question. Plus spécifiquement, il a eu une éducation sexuelle par sa mère qui lui a transmis des connaissances sur l'usage du stérilet, du préservatif et du fonctionnement contraceptif.

Deuxièmement, les entretiens montrent des femmes qui sont dans une position d'initiatrices (amie ou sœur), c'est-à-dire qu'avant d'avoir une activité sexuelle (ou peu après), certains hommes sont conseillés sur le fonctionnement de la contraception. Ils découvrent alors les prémices de cette réalité par leurs amies (Gino a un entourage féminin) ou leurs sœurs (Fabien a trois sœurs) :

« J'ai pas mal de copines, ça fait que je sais un peu comment ça marche la contraception. [...] Dernièrement, j'en ai parlé avec une amie qui vient de se marier ».

(Gino : homme, 27 ans, célibataire)

« C'est vrai qu'en ayant trois sœurs je comprends déjà plus facilement comme ça peut être chiant de devoir prendre sa pilule tous les jours, d'avoir des règles tous les mois ou de se retrouver les pattes écartées chez le gynéco. »

(Fabien : homme, 26 ans, en couple depuis quelques années)

Ainsi, certaines amies ou sœurs jouent un rôle dans la manière dont les hommes appréhendent la contraception. D'ailleurs, la propension à discuter de contraception et de prévention avec la partenaire du premier rapport sexuel

« est plus forte chez [les hommes] qui appartiennent à des groupes de pairs mixtes, et plus encore chez ceux qui [ont] surtout des amies femmes » [28].

Troisièmement, une partie des femmes jouent le rôle de prescriptrices (partenaire). Elles vont alors exercer une influence en préconisant certaines pratiques de contraception :

« C'est moi qui lui ai demandé de me faire penser à prendre la pilule, mais quand il y pense trop souvent je me sens un peu surveillée. Je ne dis pas qu'il veut me contrôler, mais c'est quand même ma responsabilité, pas la sienne. En fait ça donne l'impression d'être assistée ».

(Émilie : femme, 24 ans en couple depuis un an)

À l'inverse de certaines femmes qui disent explicitement qu'elles ne veulent pas que leur partenaire participe à la contraception (par manque de confiance), d'autres en revanche expriment clairement la demande. Émilie trouve la pilule contraignante et ne veut pas avoir à s'occuper seule de la contraception. Elle instaure ainsi des « règles » pour que son partenaire s'investisse dans la maîtrise de la fécondité : celui-ci ne doit « ni trop ni pas assez » lui faire penser à prendre la pilule.

Le schéma qui va suivre (Fig. 1) permet de visualiser les grandes étapes du processus de sensibilisation (cases

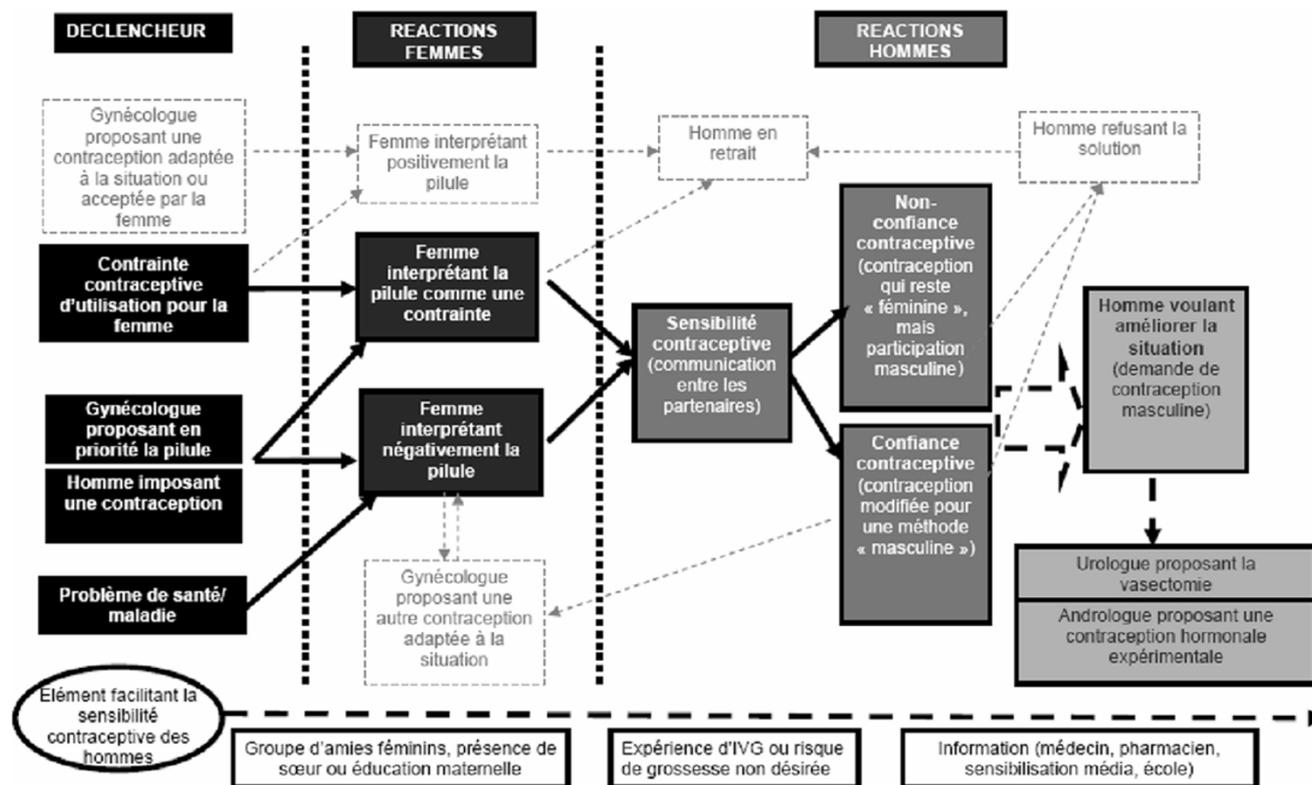


Fig. 1 Les trois étapes du processus de sensibilisation qui amènent les hommes à s'engager dans la contraception. À gauche est indiqué le déclencheur du processus, au centre la réaction des femmes à ce déclencheur et à droite la réaction des hommes par rapport à celle des femmes

grisées). À gauche est indiqué le déclencheur du processus, au centre la réaction des femmes à ce déclencheur et à droite la réaction des hommes à celle des femmes.

### Un processus d'appropriation

**Cette phase d'opposition**, qui passe par la volonté masculine de participer à la contraception, se comprend à travers les dynamiques familiale, conjugale et amicale [29] et dépend fortement des différentes figures féminines qui peuvent jouer le rôle d'initiatrices (amies ou sœurs), d'éducatrices (mères) ou de prescriptrices (conjointes) : des mères qui informent leurs enfants, un espace amical fortement marqué par les femmes, une partenaire investie dans l'échange intime, est révélateur d'une ouverture communicationnelle. L'ensemble de ces signes est constitutif d'une sensibilité contraceptive facilitant la participation des hommes à la contraception.

Cependant, pour que la demande s'accompagne d'un passage à l'acte, celle-ci doit être réévaluée, réinterprétée et réajustée par rapport à soi [30]. Cette appropriation de la demande peut être déclenchée par un sentiment de culpabilité ou, à l'inverse, un sentiment de méfiance.

#### • Un sentiment de culpabilité

Dans le premier cas, les hommes raisonnent sur un mode relationnel en considérant qu'ils se placent « face à une décision qui les engage personnellement et qui engage aussi leur partenaire » [31]. Cette sollicitude qu'ils développent les amène à vouloir résoudre le problème en étant demandeurs de contraception masculine :

*« Si on avait une pilule pour les hommes [...] je vote pour. Parce qu'il n'y pas de raison qu'il n'y ait que les nanas qui s'emmerdent avec la pilule. C'est dans une idée de soutien et d'égalité. Cela peut être intéressant comme concept. Ça voudrait dire qu'il y a un réel engagement de la part des hommes vis-à-vis des femmes. Il y aurait vraiment une histoire d'égalité. C'est surtout parce qu'il y a des nanas, ça les emmerde de prendre la pilule ou elles ne peuvent pas, car ça les fout en vrac. C'est surtout pour ça que je prendrais la pilule, pour alléger leur fardeau qui n'a pas de raison d'être uniquement porté par les femmes. »*

*(Benoît : homme, 35 ans, célibataire)*

En considérant les difficultés contraceptives des femmes sous l'angle de l'injustice et de l'inégalité, cet homme exprime une forme de culpabilité. Ce ressenti impulse une volonté de changement [32] qui l'amène à vouloir prendre en charge la contraception. Il n'a pas connaissance de méthode hormonale pour les hommes. Pour autant, il cherche à partager concrètement les contraintes contraceptives qu'il qualifie de « fardeau ». Il s'investit alors de différentes manières : fait penser à prendre la pilule, se renseigne sur les modalités contraceptives auprès de son médecin, utilise un préservatif si la partenaire ne veut pas prendre de contracep-

tion, fait la méthode du retrait si la partenaire lui demande, a accompagné une fois sa compagne chez le gynécologue.

Sa manière d'appréhender les femmes et la contraception l'amène à se mettre en opposition avec le modèle masculin traditionnel :

*« Beaucoup de nanas me disent que je n'ai pas une vision de mec. Je ne dis pas que je sais comment fonctionnent les femmes, mais ça fait que je suis plus à leur écoute on va dire, je les prends moins comme des bouts de viande. [...] Le mec, son premier cerveau c'est quand même au niveau de ses couilles, il fait moins appel à ses sentiments. Ce n'est pas ça pour tous, mais c'est un peu la généralité. »*

*(Benoît : homme, 35 ans, célibataire)*

En intégrant à sa configuration identitaire l'écoute, la sensibilité, le souci de l'autre, il se positionne contre le modèle masculin du père autoritaire, de l'homme fort, viril et maître de soi et d'une sexualité masculine pensée comme mécanique [33].

#### • Un sentiment de méfiance

Dans le second cas (sentiment de méfiance), les hommes raisonnent par rapport à eux même en ne se souciant pas de l'autre. Certains enquêtés décrivent des couples « conflictuels », qui ont « des problèmes de communication », où l'homme « n'a pas confiance en sa femme ». Tout comme les autres enquêtés qui sont demandeurs de contraception, l'entourage est plutôt féminin, il a pu être confronté à une grossesse non désirée qui a pu conduire à une IVG, sa compagne (ses compagnes) a (ont) pu avoir des problèmes de contraception, etc. Cependant, aucune parole ne se libère sur le sujet. Dans ce cas, ce n'est plus la culpabilité qui favorise le processus de réflexivité, mais la méfiance :

*« André est arrivé dans Ardecom avec une vraie peur d'enfant dans le dos et il était dans une situation difficile avec sa compagne. Mais la contraception masculine (méthode thermique) lui a donné un sentiment de libération à partir du moment où il pouvait décider de sa paternité. »*

*(Dominique : homme d'Ardecom, 54 ans)*

Dans ce type de situation, la contraception masculine offre la possibilité de choisir sa paternité et elle est un élément susceptible de développer une attention réflexive et libératrice. Ainsi, la peur d'avoir un enfant dans le dos conduit certains hommes à être demandeur de contraception masculine :

*« Il y a une variété d'hommes très minoritaires qui dit : "je ne suis pas sûr que mes enfants soient de moi, et je veux la piéger en étant contracepté pour voir si ses grossesses sont de moi" ou d'autres, célibataires ou non, qui disent : "je veux être sûr de ne pas avoir d'enfant surprise ou que je n'aurai pas décidé" ».*

*(Docteur Pila : andrologue, homme)*

Cette demande individuelle traduit une forte incertitude de la part des hommes et une forme de vulnérabilité au

niveau du couple (manque de confiance en la partenaire), mais également au niveau sexuel (peur de l'infidélité) et filiale (l'ambiguïté quant au lien biologique avec l'enfant).

Lorsque les pratiques contraceptives des hommes sont issues d'un sentiment de méfiance, on ne peut plus parler véritablement d'un processus de sensibilisation dans la mesure où il y a un manque de communication ou qu'elle est conflictuelle. Dans ce cas, la contraception est autonomisée du couple et est davantage pensée comme une responsabilité individuelle :

« Je demandais [aux femmes avec qui j'étais] si elle prenait bien la pilule, y en a qu'une qui m'a menti. [...] Un jour je lui demande où elle range sa plaquette. Alors elle me répond dans la chambre, je lui demande si je peux la voir et elle me répond non, alors j'insiste un peu, elle me dit que c'est personnel et tout et tout... et bout d'un moment elle me lâche qu'elle ne prend aucune contraception. J'ai commencé à m'énerver et là, elle me sort que ce n'est pas qu'à elle d'être responsable mais aussi à moi. On s'est séparé peu de temps après, mais c'est vrai qu'elle a eu du bol elle n'est jamais tombée enceinte, mais depuis ça m'a pas mal refroidi. »

(Simon : homme, 40 ans, célibataire)

Une expérience passée l'amène à être demandeur d'une contraception hormonale masculine : l'objectif est de ne plus être dépendant de la partenaire et de ne pas avoir à « subir » une paternité qui n'est pas forcément désirée.

Ce type de profil se positionne contre un modèle de féminité qui serait « naturellement » responsable, investi de bonnes intentions, doux et attentionné. Dans ce cas, il s'agit moins de remettre en question le modèle du mâle dominant que de dissocier cette association qui est faite entre féminité et « care » [34].

### Une phase d'adaptation

Pour l'instant, deux phases ont été identifiées. Premièrement, il y a une phase de répétitions qui passe par un processus de « sensibilisation ». Pour cela, les hommes performant un modèle de masculinité susceptible d'intégrer la sollicitude : le souci de soi passe par le souci de l'autre. Ce déplacement est rendu possible par la prise de conscience des difficultés contraceptives pour les femmes et crée un contexte propice à la construction d'une acuité contraceptive pour les hommes. S'articulant dans un jeu de confiance entre les deux partenaires, la volonté masculine de s'impliquer sera d'autant plus forte que cette situation sera perçue comme une injustice et un déplaisir pour la femme.

Deuxièmement, il y a une phase d'opposition qui est une des composantes du processus d'« appropriation ». C'est-à-dire que pour prendre en charge des responsabilités contraceptives, une partie des hommes vont agir pour autrui en opposition à leur ancien modèle de masculinité. Ils dévelop-

pent alors un sentiment de culpabilité : le souci de soi passe par une forme du rejet de soi. Une autre partie des hommes vont s'accomplir par eux-mêmes en opposition à un modèle qui associe féminité et responsabilité. Ils construisent ainsi un sentiment de méfiance à l'égard de leur partenaire qui lui place dans un souci de soi, indépendamment ou en opposition à autrui. Cette deuxième alternative traduit une communication absente ou conflictuelle entre les deux partenaires d'un couple.

Il existe une troisième phase pour que le processus d'« appropriation » aboutisse : que les hommes aient développé un souci de l'autre (culpabilité) ou une défiance de l'autre (méfiance), ils adaptent leur comportement dans un souci de soi. Dit autrement, ils réinterprètent le rapport à l'autre par rapport à eux-mêmes.

Pour les hommes qui ont utilisé une méthode hormonale dans les années 1980 (Ardecom), cette réinterprétation se traduit par « un désir de partager les responsabilités et les charges dans le domaine [de la contraception] »<sup>2</sup> :

« Je me souciais de ne pas encourir de risques inattendus et douloureux, tant pour moi que pour mes partenaires. Mais je me sentais en position fautive : les femmes restant finalement seules face aux risques et aux accidents ».

(Homme d'Ardecom, extrait du mémoire de Nelly Beaucher et Florence Tesnière [35], p. 67)

« New male contraceptives may enable men to perform masculinities that included responsibility and care » [12]<sup>3</sup>.

Pour autant, ce souci de l'autre et cette volonté d'un partage égalitaire dans la maîtrise de la fécondité, se heurtent à l'asymétrie biologique entre les hommes et les femmes face à une grossesse non désirée.

À cette tension, le couple peut réagir de deux manières différentes. D'une part, l'homme peut prendre la contraception et la femme arrêter définitivement ou provisoirement la sienne : « Je vivais avec une femme qui voulait un enfant, ce qui n'était pas mon cas. Elle me disait parfois : "je ne sais pas pourquoi je continue à prendre la pilule". Je ne désirais pas avoir d'enfant, c'était à moi de prendre en charge ma propre contraception »<sup>4</sup>.

D'autre part, les deux membres du couple peuvent prendre la contraception : « si au départ, j'envisageais le partage de la contraception dans le couple, il s'avère en fait que j'assume ma propre contraception, ma compagne continuant d'assumer la sienne. Ce n'est donc pas au niveau du

<sup>2</sup> Homme d'Ardecom qui a témoigné dans Libération le 1<sup>er</sup> mars 1982. « Lyon : un an de contraception masculine »

<sup>3</sup> « Les nouvelles méthodes de contraception masculine peuvent permettre aux hommes d'avoir un comportement masculin, qui inclut la responsabilité et l'attention ».

<sup>4</sup> Homme d'Ardecom qui a témoigné dans Libération le 1<sup>er</sup> Mars 1982. « Lyon : un an de contraception masculine »

*couple que des changements se manifestent, mais dans ma propre manière d'appréhender la vie sexuelle* »<sup>5</sup>.

Dans les deux situations, la recherche d'égalité contraceptive découle d'un repositionnement des hommes dans la manière de penser leur désir de paternité et leur sexualité. Cependant, un investissement contraceptif des hommes plus important n'implique pas forcément un changement d'attitude chez les partenaires.

Cette non-mobilité conduit certains hommes à arrêter leur contraception et en amène d'autres à la penser autrement. Cette seconde alternative est visible lorsque l'homme dissocie la prise de contraception du vécu des femmes et se l'approprie, c'est-à-dire que l'usage d'une contraception masculine n'est plus interprété en fonction de la partenaire, mais par rapport à soi :

*« En un mot, j'ai le sentiment d'avoir gravi un échelon de responsabilité, acquis un degré de liberté. Corollairement, j'ai ressenti l'arrêt de ma contraception comme une perte, un moins-être. »*

*(Homme d'Ardecom, extrait du mémoire de Nelly Beaucher et Florence Tesnière [35], p. 66)*

L'appropriation a pour conséquence un sentiment d'autonomie plus fort pour les hommes. Cette dynamique favorise le passage à l'acte et la mise en place de pratique contraceptive chez les hommes.

En d'autres termes, il s'agit de prendre conscience de son propre rapport à soi et à la masculinité, en reconsidérant son être dans sa dimension « genrée » au niveau de la fertilité et du « devenir père » :

*« Pour la contraception il faut que ça soit réversible. Je ne suis pas pro-virilité, mais comme pour une femme, je trouve ça important de pouvoir être fécond. Je ne serais pas pour quelque chose de définitif, je veux pouvoir décider du moment où j'aurai un enfant, je ne veux pas décider de ne plus en avoir. Et ça me ferait bizarre je crois, de savoir que je ne pourrais pas être père. Même si je ne le suis jamais, au moins je sais que c'est possible. C'est quelque chose que je ne comprends pas, la stérilisation définitive, c'est comme faire un tatouage, quand on est jeune c'est sympa, mais on ne sait jamais si on va continuer à l'apprécier et l'accepter en grandissant. La c'est pareil, quand on est jeune, on ne veut pas forcément des enfants, mais on ne sait pas si plus tard on n'en voudrait pas. »*

*(Simon : homme, 40 ans, célibataire)*

Pour ces hommes qui envisagent la contraception masculine, c'est reconsidérer le corps masculin dans sa capacité à s'inscrire dans la filiation. À travers la phrase : « *comme une femme, je trouve ça important d'être fécond* », on comprend que ce repositionnement amène à reconsidérer la fécondité dans sa dimension féminine, mais aussi et surtout dans sa

dimension masculine. La métaphore au tatouage inscrit cette capacité à se reproduire dans la durée et dans une fécondité qui peut être activée en fonction des temps de la vie. Ce désir de maîtrise de la paternité amène cet homme à vouloir une contraception masculine pour lui-même et indépendamment de la situation contraceptive de ses partenaires ; pour autant qu'elle reste réversible et qu'elle n'interdise pas un éventuel projet de paternité. Même si ce projet ne doit jamais se réaliser, l'importance est de continuer à le penser comme possible pour cet homme.

Les entretiens montrent que ce repositionnement peut se traduire par : 1) une mobilisation du réseau pour s'informer ou une discussion avec la partenaire des problèmes qu'elle peut avoir avec sa contraception ; 2) une contribution financière à la contraception ou son achat direct ; 3) une vérification que le rapport sexuel ne se fait pas sans contraception ou que la contraception n'a pas été oubliée ; 4) une participation symbolique en prenant une gélule en même temps que la partenaire prend sa pilule ; 5) l'accompagnement dans la salle d'attente ou la salle de consultation du gynécologue ; 6) l'utilisation d'une contraception masculine [24].

Concernant l'utilisation d'une contraception masculine, les enquêtés ont classé dans cette catégorie des méthodes qui mettaient en scène leur corps ou qui agissait dessus. Ils ont principalement cité le préservatif<sup>6</sup> ou la méthode du retrait.

Certains enquêtés parleront également d'abstinence (acte sexuel sans pénétration) sur de courtes périodes. Par contre, ils envisageront difficilement la vasectomie dans un but contraceptif, de par son caractère définitif. Enfin, deux médecins interrogés disent prescrire une injection d'éthérate de testostérone ou un procédé thermique qui consiste à diminuer le nombre de spermatozoïdes en augmentant la température des testicules. Il s'agit de deux méthodes contraceptives qui furent expérimentées à partir des années 1980 en France [36]<sup>7</sup>.

Aujourd'hui, ces médecins disent les proposer à moins d'une dizaine d'hommes chaque année pendant une période de deux à quatre ans. Pour autant, la contraception masculine médicalisée ne se développe pas [37].

## La réception par autrui

Les processus de sensibilisation et d'appropriation traduisent un désir et une volonté masculine de s'investir dans la

<sup>6</sup> Lorsque les hommes ou les femmes disent utiliser le préservatif comme une contraception, cela peut être uniquement pour éviter d'avoir un enfant ou associé à une logique de prévention contre les infections sexuellement transmissibles.

<sup>7</sup> Au début des années 1980, une pilule associée à une lotion était également proposée. Cependant, elle n'est plus prescrite aujourd'hui.

<sup>5</sup> Homme d'Ardecom qui a témoigné dans L'estocade, Journal franc-comtois, n°20 de 1983 : « *La contraception au masculin* »

maîtrise de la fécondité. Ce double processus amène certains hommes à expérimenter et à militer pour une contraception masculine hormonale. On peut ainsi penser aux hommes d'Ardecom qui expriment une véritable volonté de changer la donne en matière de maîtrise de la fécondité. Pour autant, ce *désir* de changement, et cette *croissance* en une maîtrise de la fécondité plus égalitaire, se heurte aux aspérités sociales et à ses limites.

La *réception* par les autres acteurs fait émerger un ensemble de frein qui restreint les possibilités contraceptives des hommes. Ainsi, les hommes qui ont expérimenté la contraception masculine médicalisée dans les années 1980 ont été confrontés au scepticisme d'un grand nombre d'acteurs : toutes les féministes n'étaient pas partisans d'un investissement des hommes dans ce domaine, ayant peur de perdre leur autonomie contraceptive ; la presse a tourné en ridicule les utilisateurs de la méthode ; les laboratoires pharmaceutiques ont jugé la demande trop faible et ne se sont pas investis dans son développement ; une partie des scientifiques n'ont pas voulu toucher au corps des hommes [12,38,39].

Au niveau du couple, les entretiens révèlent que cette phase de *réception* laisse la décision contraceptive fortement dépendante des femmes et de leur degré de confiance dans les hommes :

« *Ma copine n'arrêtait pas de me dire que je ne pourrais pas prendre la pilule car étant moins concerné en tant qu'homme, j'oublierais tout le temps. [...] Pendant un mois, on a fait le test, et j'ai pris un tic-tac tous les jours, à heure fixe. Elle m'a répondu que ça ne voulait rien dire : ce n'est pas pareil quand on doit la prendre tous les jours, pendant plusieurs années. Elle avait sans doute raison, mais j'avais l'impression que je devais en faire deux fois plus que la normale, pour la convaincre que moi aussi, je pouvais me sentir concerné et bien faire* » .

(Alexandre : homme, 30 ans, en couple depuis cinq ans)

Alexis Ferrand rappelle que « dans une relation entre deux partenaires, un petit échange qui se passe bien tend à susciter la confiance réciproque nécessaire pour un échange un peu plus important » [40]. Cependant, dans cet exemple, « l'épreuve du tic-tac » ne suffira pas à rassurer le partenaire. Finalement, cet enquêté exprime également une tension entre une *asymétrie* corporelle (les hommes ne peuvent pas être « enceint ») et la difficulté de partager *symétriquement* les responsabilités contraceptives. Cette tension le conduit à être soucieux et attentif vis-à-vis de sa partenaire, mais elle ne lui permet pas un investissement concret.

Au niveau médical, il est également possible que la présence des hommes lors des consultations gynécologiques soit mal perçue. Bien que l'on puisse penser que les hommes ne demandent pas souvent de pouvoir accompagner leur partenaire chez le gynécologue, lorsque cela arrive, il n'est pas évident que leur demande soit acceptée. L'argument premier est lié à l'intimité et à l'autonomie des femmes :

« *Quand [des hommes] viennent, je leur demande d'attendre dehors dans la salle d'attente car je trouve ça important de préserver l'intimité de ma patiente. Je ne voudrais pas qu'il se mette à fliquer ce que fait leur femme* » .

(Docteur Calas : médecin généraliste, femme)

Certains médecins ne souhaitent pas que les hommes participent aux séances gynécologiques. Ce type de discours pose la question du choix du patient et peut être interprété comme une forme de médicalisation « paternaliste » : la logique du médecin est bien le souci des autres (et, ici, des femmes), mais il apparaît comme tout puissant, savant, intègre et juste ; investi d'une forme de mission bienveillante, les personnes qui viennent le consulter sont infantilisées [41].

La phase de *réception* réintroduit la manière dont la partenaire ou le/la médecin accepte et ressent l'implication contraceptive des hommes (*care receiving*). Dit autrement, cette implication ne dépend pas uniquement des arbitrages que font les hommes et de leur subjectivité, mais elle découle également d'autrui et de « la reconnaissance de ce que l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit » [26].

## Conclusion : un engagement contraceptif diversifié

En définitive, cet article montre que la diversité des engagements contraceptifs pour les hommes varie selon une double dynamique :

- les femmes participent à la *sensibilisation* contraceptive des hommes. Ce processus passe plus particulièrement par les femmes qui ont une interprétation contraignante ou négative de la contraception féminine médicalisée et la communication ;
- en même temps, cette dépendance ne peut se comprendre sans une part d'autonomie qui passe par une phase d'appropriation masculine. Activée par un sentiment de *culpabilité* ou de *méfiance* vis-à-vis des femmes, cette réflexivité est un moteur à la mise en place de pratiques masculines de contraception.

Cependant, tous les hommes ne s'inscrivent pas dans ce double processus. Les entretiens montrent que certains hommes ne savent pas ce que veut dire le mot « contraception » ou ne connaissent pas la contraception de leur partenaire. Il y a donc ni sensibilisation ni appropriation. D'autres hommes ont dit participer à la contraception au moment de l'entretien, mais lorsque je les ai rencontrés une seconde fois, ils avaient changé de partenaire et ils ne participaient plus à la maîtrise de la fécondité. Ces hommes étaient bien sensibles aux difficultés contraceptives que peuvent avoir les femmes, mais ils n'avaient pas réellement intégré cette dimension à leur propre expérience. Ainsi, on ne peut pas véritablement parler de réappropriation dans la mesure où leur investissement

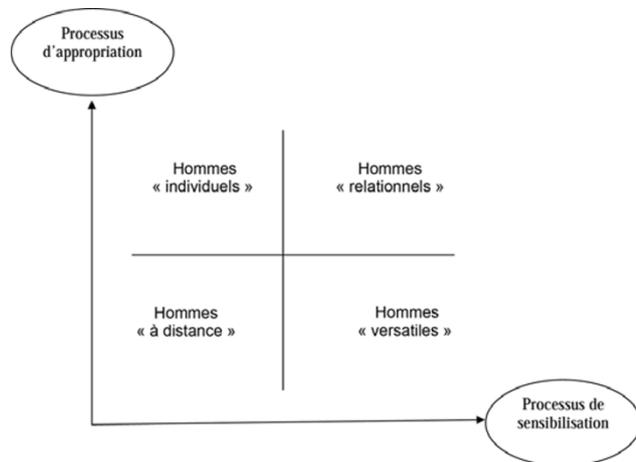
contraceptif n'était que provisoire. Enfin, les hommes qui ont développé un sentiment de méfiance sont dans des situations où la communication entre les deux partenaires est mauvaise. Aussi, comme il a été dit, il n'y a pas vraiment de sensibilisation contraceptive.

Finalement, ce double processus peut être matérialisé par deux grands axes et faire apparaître quatre modèles d'hommes (Fig. 2) :

- processus de sensibilisation et d'appropriation : homme « relationnel » ;
- processus d'appropriation, mais pas de sensibilisation : homme « individuel » ;
- processus de sensibilisation, mais pas d'appropriation : homme « versatile » ;
- absence de processus de sensibilisation et d'appropriation : homme « à distance » .

La figure 2 permet de dégager quatre modèles d'hommes intégrant des degrés divers d'engagement contraceptif. Ces modèles ont été élaborés à partir de deux axes qui apparaissent fondateurs de la manière dont les hommes pouvaient appréhender la contraception : processus de sensibilisation et processus d'appropriation.

Premièrement, les hommes « à distance » sont peu enclins à participer à la contraception. L'absence de communication laisse la responsabilité contraceptive aux mains des femmes et les désengage des enjeux liés à la fécondité. D'ailleurs, Nathalie Bajos et al. rappellent que certains hommes refusent de prendre une contraception telle que le préservatif



**Fig. 2** Les quatre idéaux types des engagements contraceptifs des hommes en fonction de leur degré de sensibilisation et d'appropriation à la contraception. Processus de sensibilisation et d'appropriation : homme « relationnel » ; processus d'appropriation, mais pas de sensibilisation : homme « individuel » ; processus de sensibilisation, mais pas d'appropriation : homme « versatile » ; absence de processus de sensibilisation et d'appropriation : homme « à distance »

[23]. Ce type de configuration est caractérisé par une mise à distance de l'homme dans la maîtrise de la fécondité. Elle a pu être observée quand les hommes considèrent la contraception comme relevant d'une responsabilité féminine, lorsque les femmes ne veulent pas que leur partenaire participe à la contraception, ou quand le/la gynécologue refuse la présence des hommes lors de consultation [24]. Dans ce cas, les hommes sont en retrait et se désresponsabilisent, voire se désintéressent de la contraception.

Deuxièmement, les hommes « versatiles » ont un rapport aux contraceptifs qui varie en fonction de la relation amoureuse. Ils ont développé une certaine sensibilité contraceptive sans pour autant s'approprier une demande qui reste fortement dépendante de la partenaire. De ce fait, dans certaines situations, ils peuvent prendre part à la contraception, puis être en retrait s'ils changent de partenaire (ou l'inverse). Cette variabilité est conditionnée par les femmes qui peuvent imposer, inciter ou proscrire que l'homme participe à la contraception. Par ailleurs, dans certaines situations, l'investissement masculin relève moins d'un choix que d'une obligation. Cette particularité amène à voir deux formes d'hommes « versatiles » : ceux qui sont autonomes (le choix dépend d'un consensus entre les deux partenaires) et ceux qui sont contraints (le choix est imposé par la partenaire).

Troisièmement, les hommes « relationnels » ont déployé une sensibilité propice à un partage des responsabilités contraceptives sur le long terme. Ils ont pu développer un sentiment de culpabilité qui leur a permis de s'approprier la demande contraceptive. Ainsi, contrairement aux hommes « versatiles », leur investissement contraceptif est beaucoup moins fluctuant. En d'autres termes, un changement de relation implique un changement d'attitude vis-à-vis de la maîtrise de la fécondité. Pour autant, il reste dans une logique de soutien, laissant aux femmes le choix de la contraception (masculine ou féminine) et la manière dont ils peuvent y prendre part (faire penser à prendre la pilule, accompagner chez le/la gynécologue, partager le prix de la contraception).

Quatrièmement, contrairement aux hommes « relationnels », les « individuels » vivent la contraception sur un mode personnel. En développant un sentiment de méfiance, ils veulent pouvoir se réapproprier la maîtrise de leur propre fécondité. Ils s'inscrivent alors dans des logiques de surveillance et de contrôle de la contraception, qu'elle soit utilisée par l'homme ou la femme. Dans ce sens, ce modèle est ambivalent dans la mesure où il exprime une maîtrise du corps masculin par l'homme (réaffirmation de son autonomie) ou une maîtrise du corps féminin par le partenaire (réactualisation de la domination masculine). Ce modèle est visible lorsque certains hommes mettent un préservatif ou vérifient la prise de pilule car ils n'ont pas confiance en leur partenaire. Ce type de configuration traduit une peur exacerbée d'être père sans l'avoir décidé ou une insécurité quant à la fiabilité d'une contraception ou de la manière de la prendre.

**Conflit d'intérêt :** l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Références

- Meillassoux C (1992) Femmes, grenier et capitaux. L'Harmattan, Paris, pp. 116-26
- Balandier G (1974) Anthro-pologie. PUF, Paris, pp. 105-12
- Héritier F (1996) Masculin/féminin : la pensée de la différence. Odile Jacob, Paris
- Bajos N, Ferrand M (2004) La contraception : levier réel ou symbolique de la domination masculine ? Science Sociale et Santé 22:117-40
- Oudshoorn N (1999) Contraception masculine et querelles de genre. Cahier du Genre 25:139-66
- Oris M (2007) Intimité familiale et fécondité des familles. Jalons historiques à travers une démographie sociale. In: Burton-Jeangros C, Widmer E, Lalive d'Épinay C (eds) Interactions familiales et constructions de l'intimité. Hommage à Jean Kelle-rhals. L'Harmattan, Paris, pp. 31
- Brouard N (1977) Évolution de la fécondité masculine depuis le début du siècle. Population 32:1123-58
- Bozon M (1995) Les rapports des femmes et hommes à la lumière des grandes enquêtes quantitatives. In: EPHASIA. La place des femmes. Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales. La Découverte, Paris, pp. 655-7
- Bajos N, Beltzer N (2008) De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles. In: Bajos N, Bozon M (dirs), Beltzer N (coord.) Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La Découverte, Paris, pp. 437-60
- Welzer-Lang D (1986) Le masculinisme en naissance, changements de rôles liés au sexe de garçons adultes ayant vécu cinq ans de contraception masculine. D.H.E.P.S. (Diplôme des Hautes Études en Pratiques Sociales), Université Lyon 2
- Jodelet D (1998) Représentations et valeurs engagées dans la contraception masculine médicalisée. Contrat Inserm 4M015B
- Oudshoorn N (2003) The Male Pill: A biography of technology in the making. Duke University Press, North California
- Kalampalikis N, Buschini F (2007) La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. Nouvelle Revue de Psychosociologie, 4:101. Cet article est issu de l'étude menée auprès de 46 personnes (25 hommes et 21 femmes) sous la direction de Denise Jodelet [11]
- Revel J (1996) Micro-analyse et construction du social. In: Revel J (ed) Jeux d'échelles. Le Seuil, Paris, pp. 15-36
- Verdrager P (2007) L'homosexualité dans tous ses états. Les empêcheurs de tourner en rond, Paris, pp. 31-32
- Schwartz O (1990) Le monde privé des ouvriers, hommes et femmes du Nord. PUF, Paris, pp. 205-6
- Guyard L (2005) La consultation gynécologique : un espace de liberté de parole pour les femmes ? In: Le Gall D (dir.) Genre de vie et intimité. Chroniques d'une autre France. L'Harmattan, Paris, p. 244
- Bajos N, Ferrand M (2005) Contraception et avortement. In: Maruani M (dir.), Femmes, genre et société. La Découverte, Paris, pp. 114-21
- Hamel J (2000) À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. Revue Recherche Qualitative 21:3-20 [En ligne] [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Textes\\_PDF/21Hamel.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Textes_PDF/21Hamel.pdf)
- James W (2007 [1912]) Essais d'empirisme radical. Flammarion, Paris, p. 58
- Moreau C, Bajos N, Equipe Cocon (2008) Choisir une contraception : de la connaissance médicale à la norme procréative. In: Rochebrochard (de la) E (dir.) De la pilule au bébé-éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ? Les Cahiers de l'INED, Paris, pp. 129-58
- Bajos N, Leridon H, Job-Spira N (2004) Introduction au dossier. Population 59:417
- Bajos N, Ferrand M, l'équipe GINE (2002) De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Inserm, Paris
- Desjeux C (2008) La pilule hormonale féminine : de la fécondité « féminine » à la fécondité « conjugale ». Socio-Logos n° 3 <<http://socio-logos.revues.org/document1943.html>>
- Castelain-Meunier C (2005) Les métamorphoses du masculin. PUF, Paris
- Tronto J (2009) Un monde vulnérable. Pour une politique du care. La Découverte, Paris, p. 147 et p. 149
- Échantillon de 2000 personnes. BVA/LMDE, 2008, 2<sup>e</sup> enquête nationale sur la santé des étudiants. [En ligne] [http://www.lmde.com/lmde/1er\\_resultats\\_ENSE\\_2.pdf](http://www.lmde.com/lmde/1er_resultats_ENSE_2.pdf)
- Bozon M (2008) Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. In: Bajos N, Bozon M (dirs), Beltzer N (coord.) Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La Découverte, Paris, p. 136
- Oudshoorn N (2003) Clinical trials as cultural niche in which to configure the gender identities of users: the case of male contraceptive development. In: Oudshoorn N, Pinch T (eds) How users matter. The co-construction of users and technologies. MIT Press, Massachusetts, pp. 209-27
- Giddens A (2004) La transformation de l'intimité. Sexualité, amour et érotisme dans la société moderne. Éditions du Rouergue, p. 115
- Giami A, Spencer B (2004) Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels. Revue Epidemiol Sante Publique 52:377-87
- Welzer-Lang D (1997) Les hommes, une longue marche vers l'autonomie. Les Temps Modernes 593:199-218
- Revenin Régis (Coor.) (2007) Hommes et masculinités de 1789 à nos jours. Contribution à l'histoire du genre et de la sexualité en France. Éditions Autrement, Paris
- Bessin M, Lechien MH (2002) Hommes détenus et femmes soignantes. L'intimité des soins en prison. Ethnologie Française 1:68-81
- Beaucher N, Tesnière F (1989) Contraception masculine : espoir ou réalité ? Mémoire d'école d'infirmière. Aurenches
- Huyghe E, Nohra J, Vezzosi D, et al (2007) Contraception masculine non différentielles : revue de la littérature. Prog Urol 17:156-64
- Oudshoorn N (1998) Hormones techniques et corps. L'archéologie des hormones sexuelles. Annales HSS 4 et 5:755-93
- Corea G (1985) The hidden malpractice. How American medicine mistreats women. Harper & Row, New York
- Desjeux C (2012) Résistances aux contraceptions masculines médicalisées : frein technique ou socioculturel ? In: Le Bodic C, Hardy AN (dir) Enjeux non médicaux dans le champ de la santé. PUR, Rennes, pp. 59-71
- Ferrand A (2007) Confidants. Une analyse structurale de réseaux sociaux. L'Harmattan, Paris, p. 83
- Fainsang S (2006) La relation médecins-malades : information et mensonge. PUF, Paris, p.13