



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
le 11 avril 2024 à Poitiers par
Claire PERROT-AUDET

Consultation de contraception et prévention en santé sexuelle (CCP)
chez les hommes de moins de 26 ans:
Enquête de pratique auprès des médecins généralistes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur PUYADE Mathieu

Membres : Monsieur le Dr AUDIER Régis, Maître de Conférence Associée
Monsieur le Dr BERTEAU Patrick

Directeur de thèse : Monsieur le Dr PARTHENAY Pascal



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – Référente égalité-diversité
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri- opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – Assesseur 2nd cycle
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – Assesseur recherche
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – Assesseur 1er cycle
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – Assesseur pédagogique médecine

- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – Doyen, Directeur de la section médecine
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire

Assesseeur L.AS et 1er cycle

- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie

Assesseeur 3e cycle

- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – Assesseeur 1e cycle
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – Référente relations internationales
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (absente jusqu'au 29/12/2023)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – Assesseeur 2nd cycle
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaèle
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)

- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – Assesseur pédagogique pharmacie
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie

- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (retraite au 01/12/2023)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – Directeur de la section pharmacie

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés – officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Remerciements

A Monsieur le Professeur PUYADE Mathieu, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir mes sincères remerciements et soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur AUDIER Régis, je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Je sais que ton emploi du temps est chargé entre tes nombreuses activités. J'aime le regard que tu portes sur la médecine générale, enrichi de tes expériences personnelles. J'ai la chance d'avoir pu apprendre à tes côtés.

A Monsieur le Docteur PARTHENAY Pascal, un grand merci d'avoir accepté de diriger cette thèse qui n'était pourtant pas votre sujet d'intérêt. Merci de vous être rendu disponible lorsque j'avais besoin d'aide. Vous avez su me rassurer au cours de la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Docteur BERTEAU Patrick, je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. En tant que médecin généraliste converti à la gynécologie, tu as toute ta place, mais également, en tant que soutien puisque tu l'as été durant mes 6 mois de stage à Rochefort. J'ai aimé partager avec toi les passions des BD et de la musique, je partage avec toi aujourd'hui cette thèse.

A Mireille Le Guen. J'admire ton travail. Merci pour ton aide au balbutiement de cette thèse. Merci pour ta gentillesse.

Au Centre de Santé Sexuelle de la Rochelle. **Mireille, Aude**, merci pour votre accueil et votre gentillesse. **Maryse**, merci pour la nage de salon.

A ma famille

A ma mamie, Marie-Jeanne, pour m'avoir soutenu tout au long de mes études. Tu m'as accueilli tous les week-ends pendant 1 an, plus tous les autres. J'avais mon baluchon de linge sale et ma valise rouge craquelée par le poids des livres de médecine. Tu me pressais des jus d'oranges citronnés pour faire le plein de vitamines. Merci d'avoir supporté mes plaintes lorsque je disais être « no life ». Je suis heureuse d'avoir pu passer ces années proches de toi. Je te dois ce diplôme aujourd'hui.

A ma mamie, Jacqueline. Je vis avec ta présence. Tu restes le pilier de notre famille. Tu es celle à qui chacun.e pouvait se confier. Je me blottissais contre toi pour me reconforter. Je t'imagine la main posée sur le bouddha que je t'avais offert. Tu imaginais m'envoyer des « bonnes ondes » pour mon concours de médecine. Je sais que tu aurais été fière de moi aujourd'hui, et que ce jour-là, tu tiens le bouddha sous ton bras.

A mes parents. Merci pour votre soutien depuis toujours. Merci de m'avoir offert un squelette en plastique et une mallette de chimiste quand j'étais enfant. Merci de m'avoir forcé à remplir mes cahiers de vacances. Dans ma rébellion, je n'osais pas avouer que j'aimais bien ça. Merci de m'avoir offert tant de livres, qui, aujourd'hui nourrissent ce que je suis. Maman, tu es un modèle de curiosité et de générosité, deux qualités qui me serviront en tant que médecin généraliste. Papa, merci pour ton dicton « ça aurait pu être pire » qui me sert souvent de mantra. Merci pour ton calme et ta pondération. Merci au « trésorier masqué » d'avoir agi dans l'ombre.

A ma petite sœur, Cécile, Swif. Tu avais 12 ans quand j'ai commencé mes études de médecine. J'ai gardé précieusement tous les dessins et les lettres que tu m'écrivais. Je cite une de tes lettres : « *même si j'étais sûre que tu allais réussir, je te félicite encore car tu as été très forte et très courageuse (tu as réussi à ne pas me voir pendant longtemps !). En tout cas, même si on se dispute quelques fois pour rien, sache que je t'aime beaucoup beaucoup et que tu es la meilleure des grandes sœurs ou plutôt des souillons* ». C'est toi qui es la meilleure des petites sœurs (sauf quand tu me voles mes affaires). Il me tarde de pouvoir installer la tirelire cochon dans mon cabinet. En attendant, je te souhaite d'avoir un teckel.

A mes taties, aux trois sœurs, à qui je dois une partie de mon éducation. Vous m'apportez beaucoup d'amour. Vous déclinez à vous 3 une palette de sensibilité qui m'aide à vivre avec plus de justesse. Tatie Françoise, ta créativité, ta gentillesse et ta générosité sont sans égales, tout comme ton Limoncello et ta Fideua. Tatie Isa, ta douceur et ton énergie m'ont aidé à aller jusqu'au bout du marathon de la médecine. Merci.

A ma tatie Chou et Robert, merci pour votre soutien. Pour moi, c'est comme si le temps s'arrêtait à Valleiry. Je ne connais toujours pas ton âge tatie, ni ton vrai prénom. Je sais que j'aurais toujours ma place sous le cerisier de mon enfance. Merci de me montrer qu'on peut cultiver un chez soi en rayonnant à l'international.

A mes tontons, aux hommes de la famille, drôles, discrets, observateurs. **Daniel,** œil de Lynx, toujours prêt à donner son coup de main et un sacré coup de main ! **Henry,** el tonton des mers qui nous fait voyager, en bateau, dans le monde de toto, d'un coup de baguette magique ! Merci.

A ma cousine, Clarou. La médecine nous a réunis à Lyon, jusqu'à ce qu'on devienne voisine. Je savais que je n'avais qu'à traverser la rue pour être bien. Merci d'avoir été un repère pour moi. Merci d'avoir été un dressing pour moi. Merci d'apporter tant de joie. Si je porte des paillettes aujourd'hui, c'est grâce à toi.

A mes cousins, Thomas, Nicolas, et Julien, et à leur compagne, Claudie et Marina et aux petit.e.s bout.e.s, Tino, Nono, Lulu, Elie. Je pourrais toujours compter sur vous. **Nicolas**, le marin, j'aimerais naviguer avec toi; **Thomas** et **Marina**, j'ai hâte d'essayer votre four à Pizza ; **Juju**, je réitère pour la énième fois ma demande de t'accompagner à la pêche, et **Clo**, je compte sur tes conseils pour me guider en Italie du Sud.

A mes ami.e.s

Au quatuor des années étudiantes, aux meilleur.e.s !

Loulou, à tes selfies ! Tu as fini par trouver ta coupe de veuch le S.

Apo, merci d'avoir embaumé mes jours d'une odeur vanillée. Tu es un pilier lumineux dans ma vie.

Barbara, Babich la biche, la pitch. Merci de toujours croire en moi et de m'encourager à réaliser mes rêves.

Au bonheur d'être ensemble, aux amies de toujours !

Selin, le Ying, le S, ma signature sont nos initiales... Nous nous sommes créés ensemble. Merci d'être toujours là.

Gathou, merci de nourrir notre amitié avec tant de générosité. Ta joie de vivre rayonne jusqu'à la Rochelle.

Jadou, depuis la cours de récréation où nous rêvions de tous les garçons jusqu'à toi qui gravis le Kilimandjaro. Je garde précieusement le marron.

Loulou, nous habitons chacune d'un côté de l'Atlantique. Pourtant, je te sens proche de moi.

Mamouille, tes petits plats et ton humour me régaleront toujours !

Aux feux follets. Je frôlais l'hyperglycémie à chaque pause-café, je n'ai surtout pas vu le temps passé !

Arnault, je souris à chaque fois que je te revoie lire une fanzine en Ardèche.

Pierrot, depuis l'amphi A4, tu as eu le temps de faire 4 fois le tour du monde et apprendre une centaine de langue. Merci d'être si riche et si entier.

Barto, nous nous sommes accompagnés. Merci pour cette complicité joyeuse que nous avons créé. Merci d'être là pour moi.

Aux Louves, aux femmes de ma vie !

Pouleto, tu es Britney en plus chic. Continue de danser la vie.

Popo, merci pour Driou nationalisé suisse. Tu es si belle ma Popo.

Cancan, j'ai peur que tu me mettes la tête au carré si je ne me tiens pas à carreau aujourd'hui.

Nanny, nous avons parcouru du chemin depuis notre première rencontre. Merci pour ta joie !

Titi, prépare-toi à teufer, je sais que tu seras la dernière couchée !

Camille, merci de booty shaker.

Cancan, Maudasse, Camille.

Anna, du lycée, par la coloc du Mordor jusqu'à la Star-Ac, nous sommes restées unies. Aujourd'hui, je décroche le cocotier. A tes crayons pour imaginer cette expression ! Merci pour ta créativité et ta bienveillance.

Abel, depuis que nous arrivions en retard aux cours d'histoire et que nous séchions les cours pour aller au Panthéon, nous ne nous sommes pas réellement quittés. Je sais que je pourrais toujours compter sur toi. Merci de m'avoir tant aidé dans la réalisation de cette thèse.

Arouz, avec qui j'aime refaire le monde.

Mathilde, à la coloc de la star'ac, où nous avons passé de si bons moments.

Charlotte, à tes mille vies ! J'aimerais réaliser autant de choses que toi plus tard.

Pascalou, au plus dandy des médecins.

Johane, je rêve d'avoir une maison comme la vôtre. Elle est à ton image. Belle et lumineuse.

Coline, aux shots de vodka kiwi !

Marylou, Daniel, à nos séances d'escalade !

Au **Ciné-Club**. **Aglaé**, merci pour les échanges épistolaires. **Pierrot le fou**, t'as la hype !
Merci pour ton aide.

Léa, dès le premier cours de théâtre, nous avons su que nous serions amies. Tu es peut-être au Japon ou bien, en Australie mais il y a un peu de toi avec moi aujourd'hui. Un jour, nous goûterons au venin de grenouille ensemble. Continue de rayonner !

Karine, merci pour ton soutien en réanimation. Merci pour ta gentillesse et ton intelligence.

Aux colocs et aux ami.e.s de la Villa Clovis. A notre petite famille !

Lilian, au plus barré des zikos, **Romain**, le stayyyyyle, **Grand Ben**, thank you ! **Mathieu**, merci pour ta joie communicative.

Romain voisin, au mec le plus post punk spatial intergalactique de l'univers...

Ana, merci de m'avoir prêté ton bureau pour la rédaction de cette thèse. En plus d'être ma colocataire, tu es mon amie. Merci pour ton soutien à la maison. Merci pour notre SAS de décompression. Il nous reste mille et un projets à réaliser. Et si nous commençons par le premier ?

Mistigri, miaou

Lolo, Loli, Lola, Loli, Lolo. Merci d'être un super coloc !

Juliette, merci d'avoir relu ma thèse. Merci de m'avoir préparé des petits plats. Merci de m'avoir soutenu. Merci pour tes attentions discrètes du quotidien.

Vinz, merci de m'avoir appris à utiliser World. Merci pour tes conseils et ton soutien au quotidien.

Hugo et **Gabin**, merci pour vos câlins et vos jolis dessins.

Rasmus, merci pour ton calme et ta patience. Je t'aime.

A toustes les copaines.

Je suis docteur.e aujourd'hui, grâce à vous

Liste des abréviations

- Ac : Anticorps
- AFU : Association Française d'Urologie
- BITS: Bullying, Insomnia, Tabacco, Stress (harcèlement, insomnie, tabac, stress)
- CEGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic du VIH, des hépatites virales et autres IST
- CCF : Conseillèr.e Conjugal.e et Familial.e
- CCP : Consultation de Contraception et Prévention en santé sexuelle
- CMG : Collège de Médecine Générale
- CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
- CSS : Centre de Santé Sexuelle
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Ct : Chlamydia trachomatis
- DIU : Dispositif Intra Utérin
- DPO : Délégué.e à la Protection des Données
- DRESS : Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HEADS : Home, Education, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide, Safety (maison, école, activités, drogues, sexualité, suicide, sécurité)
- HPV : Papillomavirus
- IDE : Infirmièr.e Diplômé.e d'Etat
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- LGBTQIAP+ : Lesbienne, Gay, Bisexuel.le, Transsexuel.le, Queer, Intersexe, Asexuel.le, Pansexuel.le
- MG : Médecin Généraliste
- MSHQ : Male Sexual Health Questionnaire
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- MSU : Maître.sse des Stages des Universités
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PReP : Prophylaxie pré exposition du VIH
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- SNSS : Stratégie Nationale en Santé Sexuelle
- STOP : Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention
- VHA : Virus de l'Hépatite A
- VHB : Virus de l'Hépatite B
- VHC : Virus de l'Hépatite C
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- WAST : Woman Abuse Screening Tool

1 Table des matières

1	Table des matières	14
2	Introduction	17
3	Matériel et méthode	21
3.1	Type d'étude	21
3.2	Questionnaire	21
3.3	Période de recueil des données	22
3.4	Échantillon	23
3.5	Analyse des données	23
4	Résultats	25
4.1	Taux de participation	25
4.2	Description des participant.e.s	26
4.2.1	<i>Caractéristiques de la population étudiée</i>	26
4.2.2	<i>État des lieux des connaissances de la CCP</i>	28
4.3	Thèmes d'une CCP homme	31
4.3.1	<i>Motifs de consultation</i>	31
4.3.2	<i>Sujets abordés par les médecins généralistes</i>	32
4.3.3	<i>Contraception</i>	35
4.4	Modalités de la CCP homme	40
4.4.1	<i>Circonstances</i>	40
4.4.2	<i>Durée</i>	42
4.4.3	<i>Fréquence</i>	43
4.5	Les moyens de diffuser la CCP auprès des hommes	45
4.5.1	<i>Dispositifs</i>	45
4.5.2	<i>Information orale destinée aux hommes, aux femmes et aux parent.e.s</i>	47
4.6	Enjeux de la CCP homme	50
4.6.1	<i>Motivations</i>	50
4.6.2	<i>Freins</i>	51
4.6.3	<i>Cotation « CCP »</i>	52
4.6.4	<i>Formations</i>	52
5	Discussion	54
5.1	Regard critique	54
5.1.1	<i>Forces de l'étude</i>	54
5.1.2	<i>Faiblesses de l'étude</i>	56

5.2	Caractéristiques de la population.....	57
5.2.1	Genre.....	57
5.2.2	Âge	57
5.2.3	Milieu d'exercice.....	58
5.2.4	Mode d'exercice	58
5.2.5	Maître.sse de stage universitaire (MSU)	59
5.2.6	Formation spécifique en santé sexuelle.....	59
5.2.7	État des lieux des connaissances de la CCP	59
5.3	Thèmes d'une CCP homme.....	61
5.3.1	Infections sexuellement transmissibles.....	61
5.3.2	Vaccination	62
5.3.3	Contraception	63
5.3.4	Relations amoureuses et/ou sexuelles	65
5.3.5	Violences sexuelles	67
5.3.6	Identité de genre et/ou demande de transition	68
5.3.7	Dysfonctionnements et troubles sexuels	69
5.3.8	Infertilité.....	69
5.4	Modalités de la CCP	71
5.4.1	Conditions de la consultation	71
5.4.2	Durée.....	73
5.4.3	Fréquence.....	73
5.4.4	Vers une CCP obligatoire.....	74
5.5	Moyens de diffuser la CCP auprès des hommes	75
5.5.1	Dispositifs	75
5.5.2	Lieux ressources.....	76
5.6	Les enjeux de la CCP homme	77
5.6.1	Motivations.....	77
5.6.2	Freins.....	79
6	Conclusion	81
7	Bibliographie	83
8	Table des illustrations.....	89
8.1	Table des tableaux.....	89
8.2	Table des figures	89
9	Annexe	90
9.1	Questionnaire	90
9.2	Définitions	115

9.3	Chiffres clés.....	116
9.3.1	<i>IST</i>	116
9.3.2	<i>Violences</i>	119
9.3.3	<i>Sources bibliographiques</i>	120
9.4	Dépistage des IST	121
9.5	Contraception masculine	122

2 Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité. Ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination ni violence¹.

Si aujourd'hui, la définition de la santé sexuelle intègre les notions de bien-être et de droit, cela n'a pas toujours été le cas à en juger la première définition de l'OMS en 1974 : « la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication de l'amour »².

Cette définition reste importante puisqu'elle reconnaît la sexualité libérée de son pouvoir reproductif, quelques années après la légalisation de la pilule contraceptive en France. La même année, elle donnera l'élan à de nouvelles mesures comme le remboursement de la pilule contraceptive par la sécurité sociale ainsi que sa délivrance gratuite et anonyme aux jeunes filles mineures par les centres de planification³. Avec le recul sur l'utilisation de la pilule contraceptive, plusieurs décrets ont permis de limiter les inégalités d'accès à la contraception, en permettant, à compter du 1^{er} janvier 2022, la gratuité de la contraception ainsi que les actes qui y sont liés pour toutes les femmes de moins de 26 ans⁴. Le 1^{er} janvier 2023 marque une avancée vers une responsabilité partagée de la charge contraceptive entre l'homme et la femme puisque la pilule d'urgence ainsi que les préservatifs de la marque Eden-Majorelle[®] sont accessibles à toute personne âgée de moins de 26 ans, gratuitement, sans ordonnance et dans les pharmacies^{5,6}. L'essor de la contraception a également contribué à l'application de la loi Veil en 1975 qui dépénalise l'Interruption volontaire de grossesse (IVG)⁷. Ce droit constitue une avancée majeure dans le droit des femmes puisqu'il permet à chacune de disposer de son corps comme le crie le slogan « mon corps, mes choix » argué lors des manifestations pour la défense du droit à l'avortement menacé en 2022 par la révocation de l'arrêt Roe vs Wade aux Etats-Unis⁸. Dans le monde, seuls 54 pays autorisent

l'avortement sans justificatif, sur simple demande de la femme⁹. Face au durcissement des lois IVG dans le monde, La France est le premier pays à intégrer dans la Constitution, le 8 mars 2024, la liberté garantie des femmes à recourir à l'interruption volontaire de grossesse¹⁰.

Pour répondre aux enjeux que propose ce nouveau cadre définitionnel et législatif, le Ministère de la Solidarité et de la Santé en France, crée la première stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) en 2017, qui vise, à l'horizon 2030, des objectifs de santé publique recouvrant les champs suivants¹¹:

- la promotion de la santé reproductive (prévention de l'infertilité liée aux causes infectieuses, contraceptions, IVG et prévention des grossesses non désirées/non prévues) ;
- la prévention par la vaccination contre le virus de l'hépatite B (HBV) et contre le papillomavirus (HPV), le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les hépatites virales ;
- l'information sur les dysfonctionnements et les troubles sexuels, leur prévention, dépistage et prise en charge ;
- la prévention de violences sexuelles ;
- l'accès aux droits humains, le respect des genres et des sexualités ;
- la lutte contre les discriminations liées au sexe, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre ;
- la promotion de la santé sexuelle par l'information, l'éducation, la communication et la formation à une santé sexuelle.

Dans cet objectif, en 2022, la convention nationale de la sécurité sociale élargit l'accès à la consultation de contraception et prévention en santé sexuelle à tous les jeunes, femmes et hommes, de moins de 26 ans en permettant une cotation spécifique "CCP". D'après l'article 14.8 du journal officiel du 13 janvier 2022, « cette consultation permet d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (prévention et promotion, contraception, vaccination, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, repérage des situations de violences et/ou discriminations en rapport avec la vie sexuelle) ». Elle peut être réalisée

par un.e médecin généraliste (MG), un.e gynécologue, un.e gynécologue-obstétricien.ne, un.e pédiatre ou un.e sage-femme uniquement pour les jeunes femmes. Elle ne peut être facturée 47,50 euros qu'une seule fois par patient. Les patients ont le droit à l'anonymat¹².

La politique de santé sexuelle principalement axée sur les femmes depuis les années 1970 a largement participé à diffuser la CCP des femmes auprès des médecins généralistes. Le caractère récent de l'intégration des hommes dans une consultation jusque-là ciblée sur les femmes soulève la question de sa mise en pratique. Ce sujet pose également la question des stéréotypes de genre que nous pouvons avoir en tant que professionnel.le de santé. En effet, allons-nous, au cours de cette consultation, aborder les mêmes thèmes avec un homme qu'avec une femme ? Plus globalement, il s'agit de s'interroger sur la place de l'homme, aujourd'hui, dans le champ de la santé sexuelle.

Afin d'apporter ma part à cette réflexion, j'ai tenu à dresser, deux ans après l'élargissement de la CCP aux hommes de moins de 26 ans, un état des lieux de la pratique de cette consultation par les médecins généralistes libéraux du département où j'ai réalisé mon internat de médecine générale, la Charente-Maritime.

En effet, j'ai moi-même été confrontée à l'usage de la contraception masculine hormonale avec, notamment la difficulté de trouver des médecins généralistes à La Rochelle informé.e.s sur le sujet.

Plus largement, j'ai réalisé un stage en gynécologie obstétrique à Rochefort où les femmes se présentaient, souvent seules, parfois en couple. J'ai eu l'impression que l'homme était retranché de la discussion dans un grand nombre de situation laissant à la femme tout le poids de la charge relative à la santé sexuelle et reproductive.

Pour finir, j'ai eu la chance de réaliser un stage en centre de santé sexuelle à La Rochelle où le mode d'exercice permet d'assurer des consultations de contraception et prévention en santé sexuelle, en prenant le temps nécessaire à la délivrance de l'information. Les patient.e.s peuvent se présenter sans rendez-vous et dans l'anonymat, ce qui favorise une patientèle jeune. Grâce aux séances d'éducation

sexuelle que nous réalisions dans les collèges, j'ai pu voir des différences d'attitude entre les jeunes en fonction de leur genre. De plus, notre discours différait selon si nous nous adressions à des hommes ou à des femmes. Cette réflexion m'a sensibilisé au fait que les stéréotypes liés au genre pouvaient influencer notre métier.

L'expérience de l'internat a nourri le sujet de ma thèse et m'a aidé à définir la problématique suivante :

Comment la consultation de contraception et prévention en santé sexuelle chez les hommes de moins de 26 ans est-elle mise en pratique par les médecins généralistes libéraux de Charente-Maritime ?

3 Matériel et méthode

3.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive. Notre objectif principal était de faire un état des lieux de la mise en pratique de la CCP chez les hommes de moins de 26 ans par les médecins généralistes libéraux de Charente-Maritime. Notre objectif secondaire était de réfléchir au contenu d'une CCP homme.

3.2 Questionnaire

Une recherche bibliographique a été préalablement réalisée à l'aide des moteurs de recherche Pubmed, Google Scholar et Google. Les mots clés qui ont été utilisés sont les suivants : « consultation de contraception et prévention en santé sexuelle », « santé sexuelle », « adolescent », « homme », « infection sexuellement transmissible », « interruption volontaire de grossesse », « violence », « prévention en médecine générale », « trouble de la fonction sexuelle », « stéréotype de genre », « men's sexual health », « sexual dysfunction ». Nous nous sommes basés sur les objectifs de la stratégie nationale en santé sexuelle 2017-2030 pour construire notre questionnaire¹¹. Le questionnaire réalisé par Justine Michel et Léa Le Guennic pour leur thèse de médecine générale intitulée « Accueil de la consultation longue " santé sexuelle " chez le jeune homme : étude réalisée auprès des médecins généralistes installés en Savoie, Haute-Savoie et Isère » a également servi de repère¹³.

Le questionnaire a été créé sur LimeSurvey après avoir déclaré notre travail au délégué à la protection des données (DPO) de la faculté de médecine de Poitiers. Il a fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2023152 au registre des traitements de l'Université de Poitiers.

En amont, une phase pré test a été réalisée auprès de 4 médecins généralistes qui devaient préjuger de sa faisabilité.

Le questionnaire a été envoyé par mail accompagné d'un texte explicatif depuis LimeSurvey, à partir d'une table des participant.e.s non anonyme.

La table des participant.e.s a été constituée en 2022 par plusieurs internes de médecine générale lorsqu'ils réalisaient leur thèse de médecine générale. Iels avaient appelé tous les secrétariats des médecins généralistes libéraux de Charente-Maritime afin de recueillir l'adresse e-mail des médecins généralistes. Pour mettre à jour la table des participant.e.s, nous avons également appelé tous les secrétariats des cabinets de médecine générale de la liste. Cet appel a également permis de prévenir de l'envoi du questionnaire ainsi que d'optimiser le nombre de réponses. Nous avons réalisé 3 relances par mail.

Le questionnaire est divisé en 5 parties :

- 1- La description de la population étudiée ;
- 2- Les thèmes d'une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle des hommes de moins de 26 ans ;
- 3- La contraception ;
- 4- Les moyens de diffuser la CCP auprès des hommes ;
- 5- Les modalités de la CCP.

Il est composé de 48 questions dont 41 questions fermées et 7 questions ouvertes. Un code de pseudonymisation (1^{ère} lettre du prénom et du nom de famille suivi d'un numéro à 3 chiffres, exemple : CP123) devait être renseigné par les participant.e.s à la fin du questionnaire.

3.3 Période de recueil des données

Le questionnaire a été envoyé le 18 décembre 2023. Trois rappels ont été envoyés respectivement le 22 décembre 2023, le 8 janvier 2024 et le 26 janvier 2024. Les réponses ont été collectées le 29 janvier 2024.

3.4 Échantillon

Le 24 janvier 2024, 690 médecins généralistes libéraux sont installé.e.s en Charente-Maritime d'après le Conseil de l'Ordre des Médecins de Charente-Maritime. Le questionnaire a été envoyé à 457 médecins généralistes libéraux de Charente-Maritime installé.e.s en cabinet de médecine générale.

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste libéral installé.e en Charente-Maritime, en activité et informatisé.e. Les médecins généralistes n'exerçant pas en Charente-Maritime, non libéraux, non informatisé.e.s, qui n'étaient plus en activité ou qui n'exerçaient plus la médecine générale mais une autre spécialité ont été exclu.e.s.

3.5 Analyse des données

Nous avons extrait les statistiques des réponses au questionnaire via le logiciel LimeSurvey.

La réponse « non » à la question 11 « **Réalisez-vous des consultations relatives à la santé sexuelle et à la vie affective auprès des hommes de moins de 26 ans ? Exemple: infection sexuellement transmissible (IST), rupture amoureuse etc.** » était un critère d'exclusion de la liste des participant.e.s afin de se focaliser sur ce que font en pratique les médecins généralistes lors de cette consultation.

Nous avons utilisé le logiciel Excel ainsi que le langage de programmation Python afin de réaliser des graphiques (camembert, histogramme). Cela a permis notamment d'obtenir les statistiques en fonction du genre des participant.e.s. Les analyses univariées ont été réalisées à l'aide des bibliothèques de programmation Pandas, Numpy et Spicy. Le test d'indépendance Chi2 a été utilisé afin d'identifier si deux variables catégorielles étaient indépendantes l'une de l'autre avec un risque alpha à 5%. Plus précisément, ce test a servi à analyser la relation entre le mode d'exercice des médecins généralistes et la connaissance de la cotation « CCP » des hommes de moins de 26 ans ainsi que la mise en place de dispositifs permettant d'informer les hommes de l'existence d'une

CCP. Il a aussi été utilisé afin de connaître la relation entre les tranches d'âge des médecins généralistes et leur propension à informer les hommes de la contraception féminine dans le but de responsabiliser l'homme à la contraception. De même, il a permis d'établir le lien entre le genre des médecins et l'information des femmes au sujet de la contraception masculine.

4 Résultats

4.1 Taux de participation

Nous avons contacté par téléphone 528 médecins généralistes libéraux de Charente-Maritime. Parmi lesquel.le.s, nous avons recueilli 492 adresses mails valides. Après que les critères d'exclusion aient été appliqués, notre population finale était de 427 médecins généralistes. La distribution des participant.e.s est représentée par le diagramme ci-dessous (fig.1).

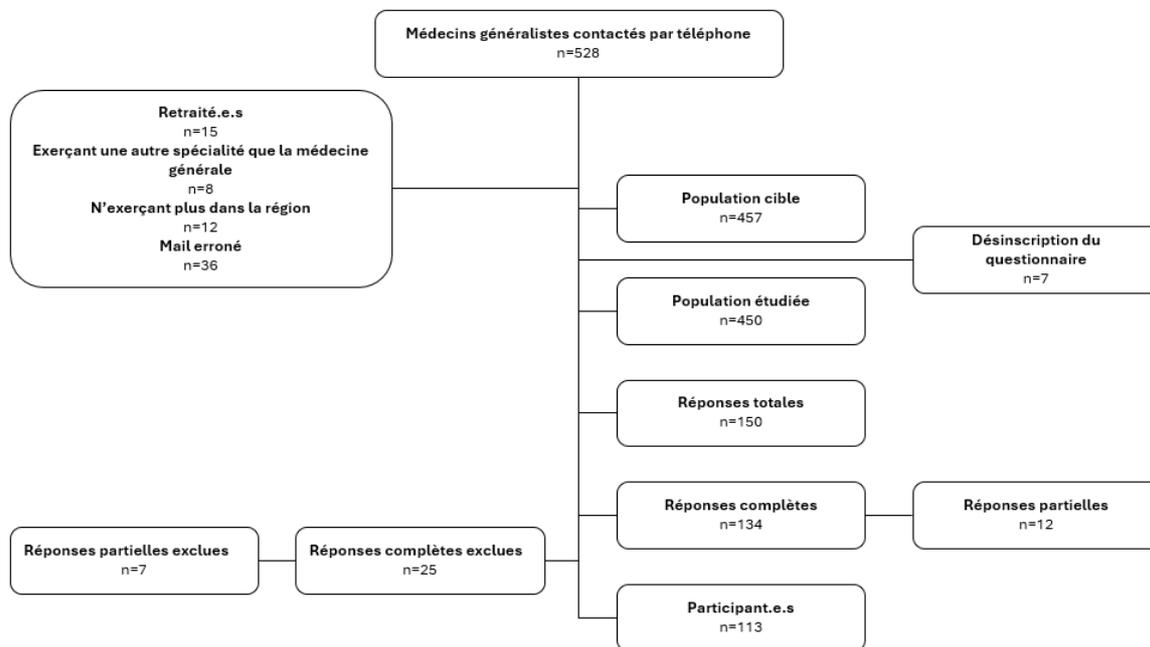


Figure 1 : Diagramme des participant.e.s

Le taux de participation de cette étude est de 30%. Pour rappel, la réponse « non » à la question 11 « Réalisez-vous des consultations relatives à la santé sexuelle et à la vie affective auprès des hommes de moins de 26 ans ? Exemple: infection sexuellement transmissible (IST), rupture amoureuse etc. » était un critère d'exclusion de la liste des participant.e.s.

Les 7 réponses partielles exclues et les 26 réponses complètes exclues comportaient la réponse « non » à la question 11. Le taux de réponse exploitable est de 25,1% avec un total de 113 réponses exploitables dont 108 réponses complètes et 5 réponses partielles.

4.2 Description des participant.e.s

4.2.1 Caractéristiques de la population étudiée

	Effectif homme n=48 Pourcentage n (%)	Effectif femme n=65 Pourcentage n (%)	Effectif total n=113 Pourcentage (100%)
Sexe			
- Homme			48 (42,47)
- Femme			65 (57,52)
Tranche d'âge			
- 25 à 35 ans	6 (5,30)	16 (14,15)	22 (19,46)
- 36 à 45 ans	15 (13,27)	25 (22,12)	40 (35,39)
- 46 à 55 ans	9 (7,96)	12 (10,61)	21 (18,58)
- 56 à 65 ans	11 (9,73)	12 (10,61)	23 (20,35)
- > 65 ans	7 (6,19)	0	7 (6,19)
Milieu d'exercice			
- Urbain	12 (10,61)	31 (27,43)	43 (38,05)
- Rural	10 (8,84)	7 (6,19)	17 (15,04)
- Semi-rural	25 (22,12)	27 (23,89)	52 (46,01)
Sans réponse	1 (0,88)		1 (0,88)
Mode d'exercice			
- Individuel	11 (9,73)	8 (7,07)	19 (16,81)
- En groupe hors maison de santé pluridisciplinaire	26 (23)	44 (38,93)	70 (61,94)
- En groupe au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire	10 (8,84)	13 (11,50)	23 (20,35)
Sans réponse	1 (0,88)		1 (0,88)
Avoir été ou être maître de stage			
- Oui	14 (12,38)	16 (14,15)	30 (26,54)
- Non	33 (29,20)	49 (43,36)	82 (72,56)
Sans réponse	1 (0,88)		1 (0,88)
Formation complémentaire en santé sexuelle			
- Oui	5 (4,42)	10 (8,84)	15 (13,27)
- Non	43 (38,05)	55 (48,67)	98 (86,72)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Notre population est globalement bien répartie avec une légère surreprésentation féminine (sex-ratio : 0,73) (tab.1).

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 36 à 45 ans (tab.1).

Notre population exerce principalement en zone semi rurale (46,01%) et en cabinet de groupe hors maison de santé pluridisciplinaire (61,94%) (tab.1).

Environ ¼ des répondant.e.s ont été ou sont maître.sse.s de stage (tab.1).

13,27% des répondant.e.s ont suivi une formation spécifique en santé sexuelle (tab.1).

À la question 7 « si oui, laquelle ? », 15 personnes ont répondu avoir suivi les formations suivantes :

- DU sur le thème de la santé sexuelle (gynécologie obstétrique, gynécologie médicale, santé sexuelle et contraception, contraception et orthogénie, ménopause, pathologie de la maternité et grossesses, colposcopie) (n=6);
- Formation sur le thème de la santé sexuelle par des associations ou planning familial (n=2) ;
- PrEP (n=1) ;
- Formation sur le thème de la santé sexuelle par des sociétés savantes ou syndicats (SFTG, MGform, SFMG) (n=5) ;
- Travail en CIDDIST (ex CeGGID) (n=1).

4.2.2 État des lieux des connaissances de la CCP

La consultation de contraception et prévention en santé sexuelle auprès des personnes (homme et femme) de moins de 26 ans est réalisée par 92,92 % des participant.e.s (Fig.2).

Réalisez-vous des consultations de contraception et prévention en santé sexuelle auprès de personnes de moins de 26 ans ?

(Nombre de répondants: 113)

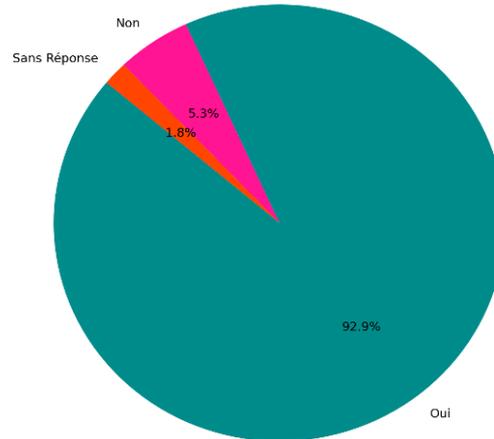


Figure 2 : Réalisation de la CCP par les médecins généralistes

69 % des médecins généralistes réalisent 1 à 5 consultations de ce type par mois et 16,8% de 6 à 10 (Fig.3).

Si oui, Par mois, combien de consultations de contraception et prévention en santé sexuelle réalisez-vous ?

(Nombre de répondants: 113)

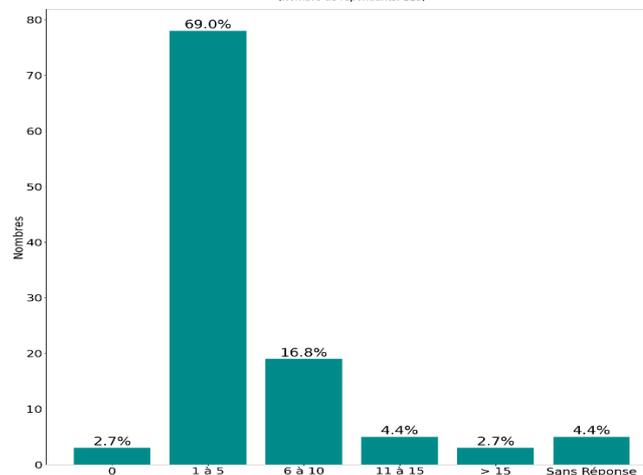


Figure 3 : nombre de CCP par mois réalisées par les médecins généralistes

Toutes les participant.e.s réalisent des consultations relatives à la vie affective et sexuelle auprès des hommes de moins de 26 ans puisque la réponse « non » était un critère d'exclusion. Parmi elles.eux, 85 % effectuent 1 à 5 consultations par mois relatives à la santé sexuelle chez les hommes (fig. 4).

Si oui Par mois, combien d'hommes recevez-vous en consultation pour ce type de motif ?

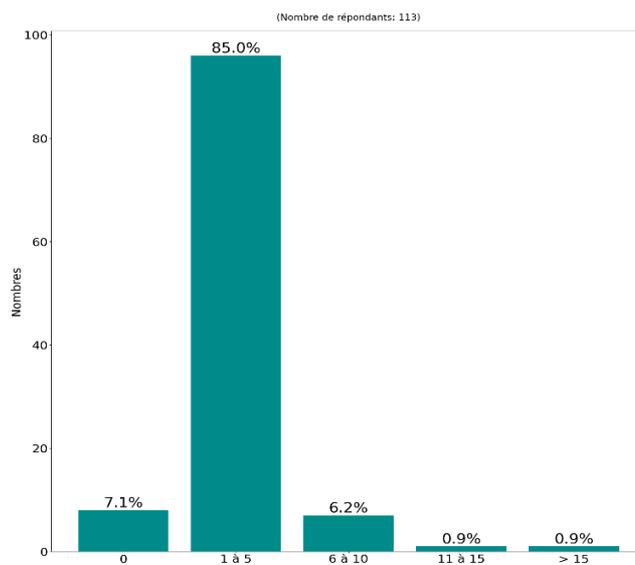


Figure 4 : Nombre de consultations par mois pour un motif relatif à la santé sexuelle chez les hommes

La cotation « CCP » pour les hommes de moins de 26 ans était méconnue par 46,90 % des médecins généralistes (fig. 5).

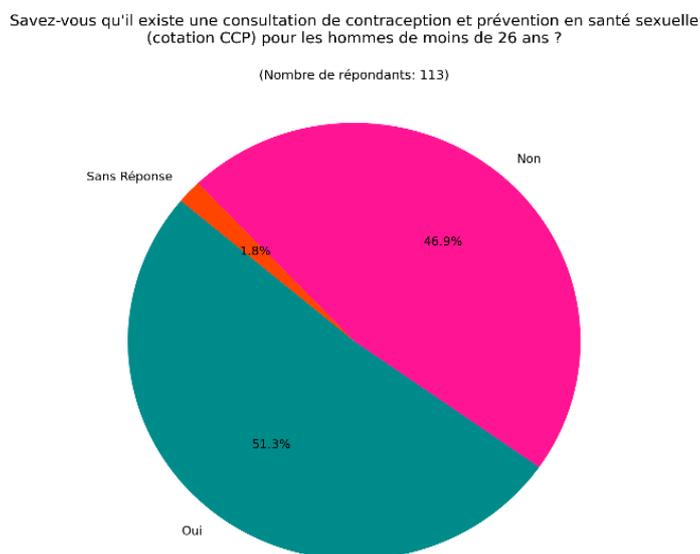


Figure 5 : Connaissance de la cotation « CCP » homme par les médecins généralistes

65,22% des médecins généralistes exerçant en MSP et 34,78% des médecins généralistes travaillant hors MSP (seul ou en groupe en dehors d'une MSP) connaissent la cotation « CCP » homme. Nous ne pouvons pas conclure de manière significative ($p=0,24\%$) à une différence de connaissance de la cotation « CCP » homme en fonction du mode d'exercice (MSP ou hors MSP) des médecins généralistes (tab. 2).

Connaissance de la cotation « CCP » homme par les médecins généralistes exerçant en :	Résultats (%)	p-value
MSP	65,22	0,24%
Hors MSP	34,78	

Tableau 2 : Connaissance de la CCP homme en fonction du mode d'exercice

4.3 Thèmes d'une CCP homme

4.3.1 **Motifs de consultation**

Pour quels motifs relatifs à la santé sexuelle et à la vie affective les hommes se présentent-ils en consultation ?

(Nombre de répondant.e.s : 113)

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Sans réponse
Contraception	0 (0)	16 (14,16)	57 (50,44)	36 (31,86)	4 (3,53)
IST	73 (64,60)	34 (30,09)	5 (4,42)	0 (0)	1(0,88)
Vaccinations (HPV, hépatite B)	35 (30,97)	50 (44,25)	21 (18,58)	6 (5,31)	1(0,88)
Trouble sexuel (dysfonction érectile, éjaculation précoce etc.)	17 (15,04)	44 (38,94)	44 (38,94)	7 (6,19)	1(0,88)
Infertilité (diagnostic, facteur de risque, prise en charge)	1 (0,88)	25 (22,12)	50 (44,25)	36 (31,86)	1 (0,88)
Relations amoureuses et/ou sexuelles	13 (11,50)	44 (38,94)	44 (38,94)	11 (9,73)	1 (0,88)
Identité de genre et/ou demande de transition	1 (0,88)	11 (9,73)	56 (49,56)	44 (38,94)	1 (0,88)
Violences (conjugales, inceste, lutte contre les discriminations LGTBTQIA+, harcèlement scolaire)	0 (0)	13 (11,50)	61 (53,98)	38 (33,63)	1 (0,88)
Demande d'information sur les lieux ressources (CeGIDD, CSS, planning familial)	1 (0,88)	13 (11,50)	41(36,28)	57 (50,44)	1 (0,88)

Tableau 3 : Les motifs de consultation des hommes

Les hommes se présentent souvent en consultation pour le motif IST. Les hommes se présentent parfois en consultation pour des motifs de vaccination, relations amoureuses et/ou sexuelles et troubles sexuels. Les hommes se présentent rarement en consultation pour des motifs des violences, de contraception, d'identité de genre et/ou demande de transition, d'infertilité, voire jamais pour des demandes d'information sur les lieux ressources (tab. 3).

4.3.2 Sujets abordés par les médecins généralistes

Les médecins généralistes profitent d'un motif de consultation en santé sexuelle pour aborder d'autres sujets relatifs à la vie affective et sexuelle dans 94,69% des cas (fig.6).

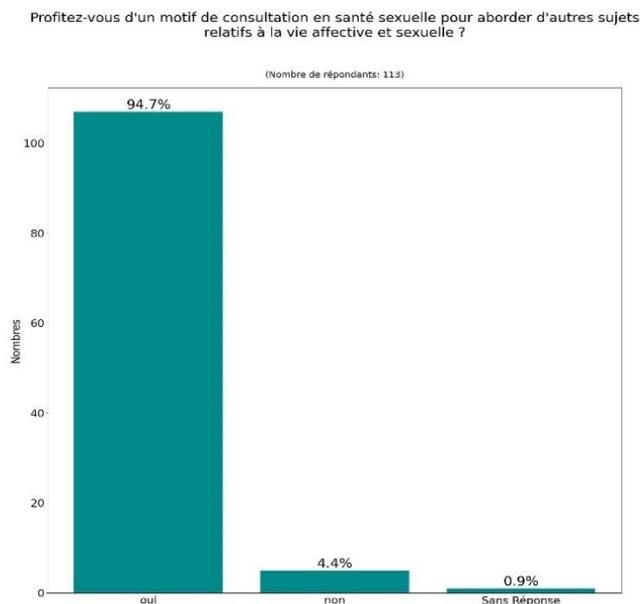


Figure 6 : Aborder d'autres sujets relatifs à la vie affective et sexuelle au cours d'une consultation pour un motif relatif à la santé sexuelle des hommes

Si oui, abordez-vous les sujets suivants ?

Nombre de répondant.e.s =113

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Sans réponse
Contraception	57 (50,44)	30 (26,55)	16 (14,16)	7 (4,42)	5 (4,42)
IST	103 (91,15)	7 (6,19)	0 (0)	0 (0)	3 (2,65)
Vaccinations (HPV, hépatite B)	92 (81,42)	15 (13,27)	3 (2,65)	0 (0)	3 (2,65)
Trouble sexuel (dysfonction érectile, éjaculation précoce etc.)	13 (11,50)	31 (27,43)	42 (37,17)	23 (20,35)	4 (3,53)
Infertilité (diagnostic, facteur de risque, prise en charge)	1 (0,88)	21 (18,58)	39 (34,51)	48 (42,48)	4 (3,53)
Relations amoureuses et/ou sexuelles	27 (23,89)	36 (31,86)	36 (31,86)	9 (7,96)	5 (4,42)
Identité de genre et/ou demande de transition	2 (1,77)	15 (13,27)	37 (32,74)	55 (48,67)	4 (3,53)
Violences (conjugales, inceste, lutte contre les discriminations LGTBQIA+, harcèlement scolaire)	18 (15,93)	34 (30,09)	42 (37,17)	15 (13,27)	4 (3,53)
Demande d'information sur les lieux ressources (Ce-GIDD, CSS, planning familial)	21(18,58)	27(23,89)	37(32,74)	22(19,47)	6 (5,3)

Tableau 4 : Les sujets abordés par les médecins généralistes

Les sujets abordés le plus souvent par les médecins généralistes sont ceux des IST (91,15%), de la vaccination (81,42%) et de la contraception (50,44%). Les sujets qui ne sont presque jamais abordés par les médecins généralistes sont ceux de l'infertilité et de l'identité de genre et/ou de la demande de transition (tab. 4).

Les médecins généralistes abordent d'autres thèmes au cours de cette consultation dans 23,90% des cas (fig. 7).

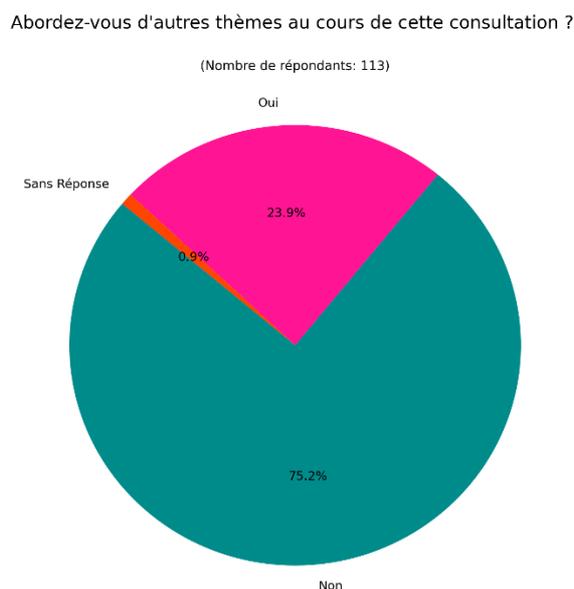


Figure 7 : Autres thèmes abordés par les médecins généralistes

- Addictions et consommations à risque dont chemsex et pornographie (n=16)
- Troubles psychiques (BITS test) (n=7)
- Règle hygiéno-diététique (n=6)
- PrEP (n=1)
- Contexte socio-professionnel et familial de la personne (n=2)
- Prévention générale (n=8)
- Consentement (n=1)
- Violence (n=1)
- Égalité homme femme (n=1)

4.3.3 Contraception

Quelles contraceptions masculines connaissez-vous ?

(Nombre de répondant.e.s=113)

Réponse	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Retrait	59	52,1
Préservatif	108	95,58
Vasectomie	109	96,46
Contraception masculine hormonale (injection de testostérone)	12	10,62
Contraception masculine thermique (slip, jockstrap, anneau)	52	46,02
Autre	3	2,65
Pas de réponse	1	0,88
Total	344	

Tableau 5 : Contraceptions masculines connues par les médecins généralistes

Concernant la contraception masculine, les médecins généralistes connaissent majoritairement la vasectomie (96,46%), le préservatif (95,58%) et le retrait (52,21%) (tab.5).

En réponse libre, un médecin répond « la pilule masculine », un autre « la contraception féminine » et un dernier « ne considère pas le retrait et le préservatif comme une méthode de contraception ».

4.3.3.1 Contraceptions masculines présentées aux hommes

Lorsqu'un homme se présente en consultation pour un motif « contraception », quelles sont les méthodes de contraception que vous présentez ?

(Nombre de répondant.e.s : 113)

Réponse	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Retrait	12	10.62
Préservatif	106	93.81
Vasectomie	94	83.19
Contraception masculine hormonale (injection de testostérone)	1	0.88
Contraception masculine thermique (slip, jockstrap, anneau)	23	20.35
Contraception féminine (pilule, DIU, implant, anneau, patch, salpingectomie, méthode naturelle etc.)	78	69.03
Autre	3	2.65
Pas de réponse	1	0.88
Total	318	

Tableau 6 : Contraceptions masculines présentées aux hommes

Les méthodes de contraception que les médecins généralistes présentent aux hommes en consultation sont principalement le préservatif (93,81%), la vasectomie (83,19%) et la contraception féminine (69,03%) (tab.6).

En réponse libre, 3 médecins répondent : « jamais eu cette demande, pourtant la porte est ouverte et prescription systématique de préservatifs ! », « je n'ai jamais eu ce motif de consultation de la part d'un homme venu seul », « je les adresse à un spécialiste »

4.3.3.2 Contraceptions masculines présentées aux femmes

74,34% présentent des méthodes de contraception masculine aux femmes qui se présentent en consultation pour le motif contraception (fig.7).

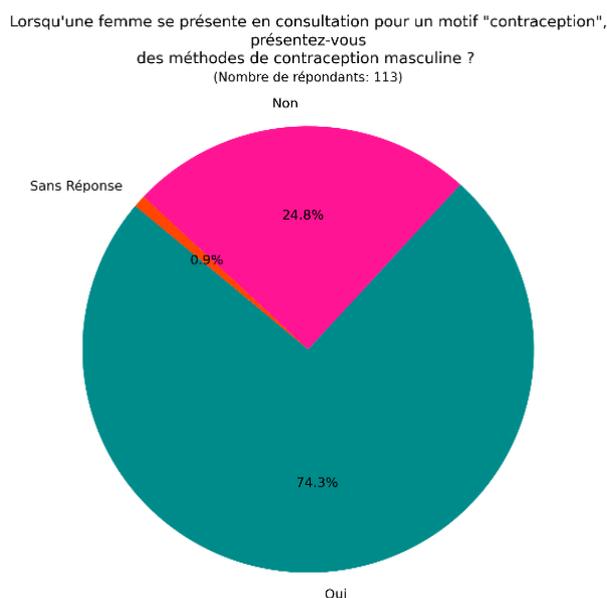
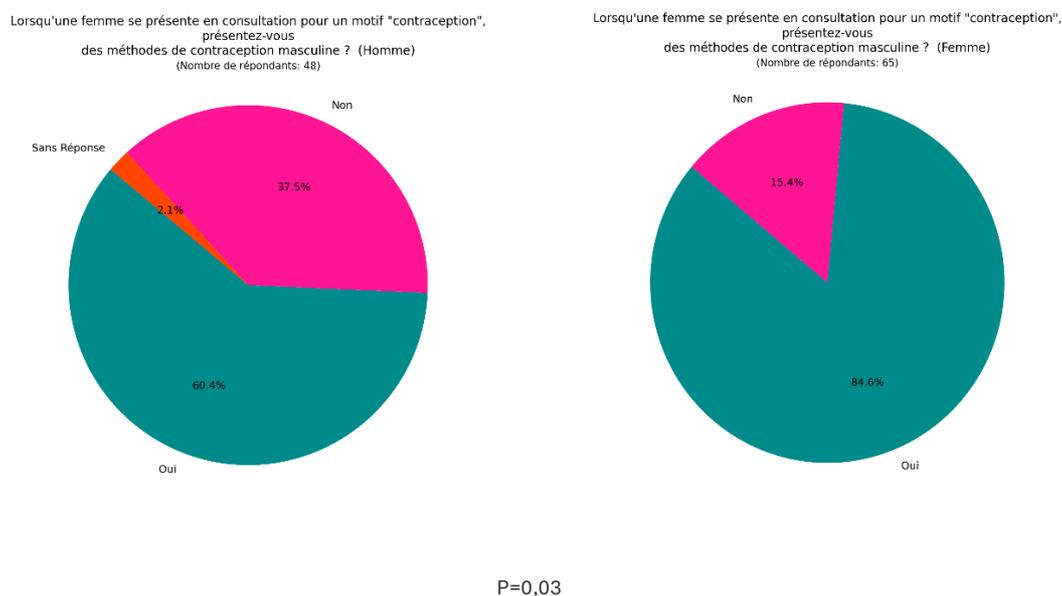


Figure 7 : Présentation des contraceptions masculines aux femmes par les médecins généralistes

Les hommes présentent significativement ($p=0,03$) moins que les femmes les méthodes de contraception masculine lorsqu'une femme se présente en consultation (fig.8).



Figures 8 : Présentation des contraceptions masculines aux femmes en fonction du genre des médecins généralistes

Si oui, quelles méthodes de contraception masculine présentez-vous aux femmes ?

(Nombre de répondant.e.s : 113)

Réponse	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Retrait	13	11,50
Préservatif	82	72,57
Vasectomie	66	58,41
Contraception masculine hormonale (injection de testostérone)	2	1,77
Contraception masculine thermique (slip, jockstrap, anneau)	15	13,27
Autre	2	1,77
Pas de réponse	1	0,88
Total	181	

Tableau 6 : Contraceptions masculines présentées aux femmes

Les méthodes majoritairement présentées sont le préservatif (72,57%) et la vasectomie (58,41%) (tab.6). Un médecin répond qu'il parle des contraceptions masculines aux femmes si les contraceptions féminines utilisées sont mal tolérées ou contre-indiquées. Un autre présente le préservatif systématiquement et insiste sur le fait que la contraception n'est pas seulement une problématique féminine.

81,40% des médecins généralistes pensent qu'informer les hommes de la contraception féminine responsabiliserait l'homme à la contraception (fig.9).

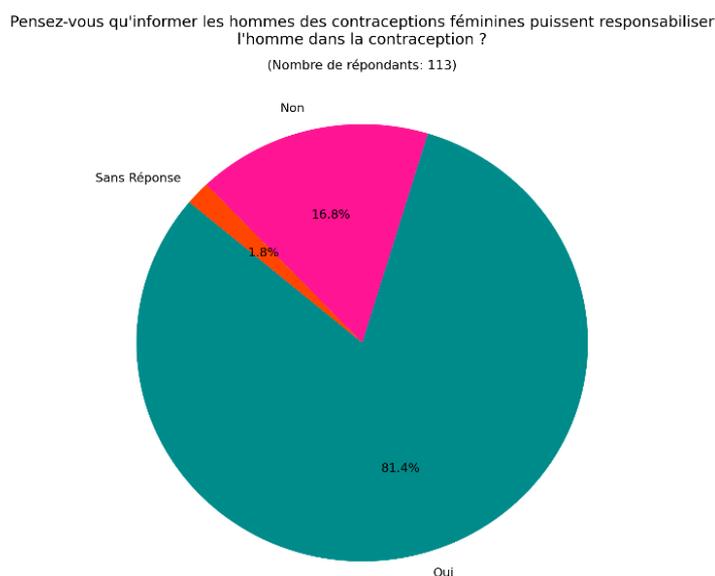


Figure 9 :Responsabilisation des hommes à la contraception

Aucune tranche d'âge n'est significativement associée au fait de penser qu'informer les hommes de la contraception féminine puisse responsabiliser l'homme dans la contraception (tab.7).

Pensez-vous qu'informer les hommes des contraceptions féminines puissent responsabiliser l'homme dans la contraception ?

Tranche d'âge	Pourcentage (%)	P value
25 à 35 ans	95,24	P= 0,45
36 à 45 ans	83,78	
46 à 55 ans	84,21	
56 à 65 ans	76,19	
>65 ans	71,43	

Tableau 7: Responsabiliser les hommes à la contraception en fonction de l'âge des participant.e.s

55,75% des médecins généralistes n'informent pas que la pilule d'urgence peut être délivrée dans une pharmacie de ville (fig.10).

Informez-vous les hommes que la pilule d'urgence peut être délivrée dans une pharmacie de ville, gratuitement, sans prescription médicale et sans avance de frais, à toute personne (quelque soit son genre) mineure ou majeure de moins de 26 ans ?
(Nombre de répondants: 113)

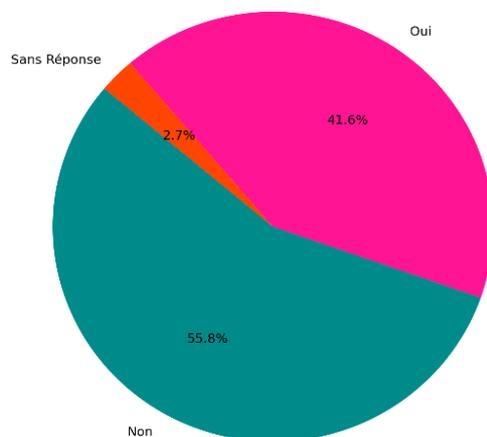


Figure 10 : Information sur l'accessibilité à la pilule d'urgence

19,5% n'informent pas de la gratuité sans ordonnance en pharmacie des préservatifs Eden et Sortez couverts ![®] (fig.11).

Informez-vous les hommes de moins de 26 ans de la gratuité sans ordonnance en pharmacie des préservatifs masculins des marques « Eden » et « Sortez couverts ! » ?

(Nombre de répondants: 113)

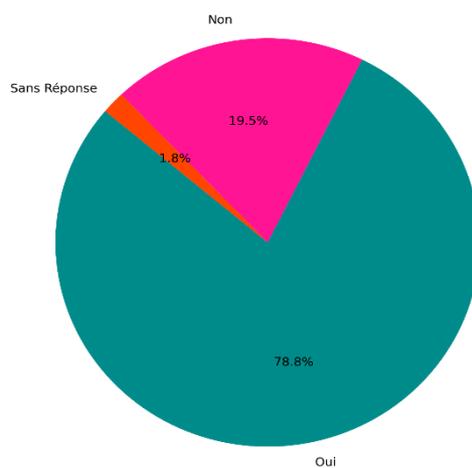


Figure 11: Information sur l'accessibilité des préservatifs

4.4 Modalités de la CCP homme

4.4.1 Circonstances

Le plus fréquemment, comment l'homme se présente-t-il en consultation relative à la vie sexuelle et affective ?

(Nombre de répondant.e.s : 113)

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Pas de réponse
Seul	17 (15,04%)	74 (65,49)	13 (11,50)	4 (3,54)	0 (0)	5 (4,42)
Avec sa ou son partenaire	0	26 (23,01)	39 (34,51)	38 (33,63)	2 (1,77)	8 (7,07)
Avec sa mère ou une autre femme de sa famille	0	5 (4,42)	16 (14,16)	35(30,97)	49 (43,36)	8 (4,42)
Avec son père ou un autre de sa famille	0	1(0,88)	4 (3,54)	30 (26,55)	70 (61,95)	8 (7,07)
Avec un ou des amis	0 (0)	1(0,88)	17(15,04)	27(23,89)	60 (53,10)	8 (7,07)

Tableau 8 : Présentations des hommes en consultation de santé sexuelle

Les hommes se présentent souvent seuls en consultation pour ce sujet (65,49%) ; parfois, avec leur partenaire (34,51%) et rarement voire jamais avec un membre de leur famille ou un.e ami.e (tab. 8).

Généralement les consultations en santé sexuelle des hommes ont lieu :

(Nombre de répondant.e.s : 113)

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Pas de réponse
À la demande du patient	18 (15,93)	62 (54,81)	18 (15,93)	7 (6,19)	1 (0,88)	7 (6,19)
Au cours d'une consultation ne touchant pas à la santé sexuelle	3 (2,65)	57 (50,44)	33 (29,20)	12 (10,62)	2 (1,77)	6 (5,30)
Au cours d'une consultation pour un motif relatif à la santé sexuelle (urétrite, phimosis etc.)	13 (11,50)	55 (48,67)	31 (27,43)	7 (6,19)	1 (0,88)	6 (5,30)
Au cours d'une consultation pour l'un des parents	0 (0)	3 (2,65)	8 (7,08)	29 (25,66)	66 (58,41)	7 (6,19)
Au cours d'une consultation pour un partenaire	2 (1,77)	16 (14,16)	45(39,82)	25 (22,12)	18(15,93)	7 (6,19)

Tableau 9 : Conditions de la consultation en santé sexuelle

Les consultations en santé sexuelle ont le plus souvent lieu à la demande du patient (54,81%), au cours d'une consultation pour un motif relatif à la santé sexuelle (48,67%), ou au cours d'une consultation ne touchant pas à la santé sexuelle (50,44%). Parfois, elle se déroule lors d'une consultation pour un.e partenaire et rarement au cours d'une consultation pour l'un.e des parent.e.s (tab. 9).

Proposez-vous aux hommes une consultation relative à la santé sexuelle au cours des motifs de consultation suivant ?

(Nombre de répondant.e.s : 113)

Réponse	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Certificat de non contre-indication à la pratique sportive	46	40,71
Vaccination	90	79,65
Pathologie aiguë	32	28,32
Pathologie chronique	37	32,74
Autre	8	7,08
Pas de réponse	5	4,42
Total	218	

Tableau 10 : Autres motifs de consultation permettant d'aborder le sujet de la santé sexuelle

Les médecins généralistes proposent principalement une consultation relative à la santé sexuelle au cours d'une consultation pour une vaccination (79,65%) et pour un certificat de non contre-indication à la pratique sportive (40,71%) (tab.10).

4.4.2 Durée

Les médecins généralistes prennent 15 min pour réaliser la consultation dans 38,05% et 20 min dans 33,63% des cas (fig.12).

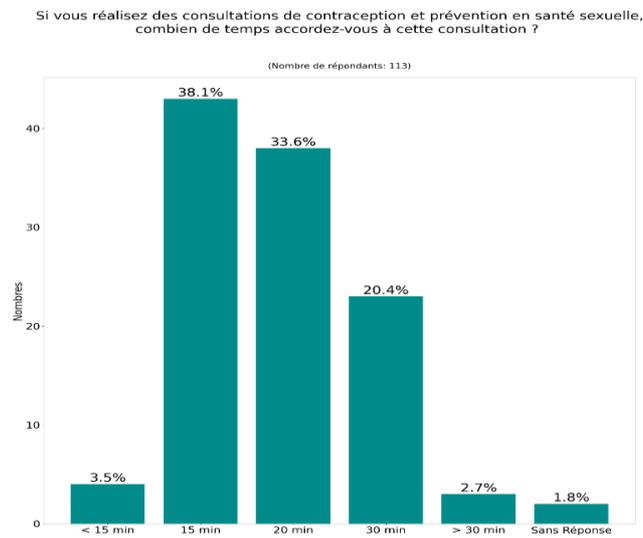


Figure 12 : Durée réelle d'une CCP

35,40% des médecins généralistes pensent que cette consultation devrait durer 30 min (fig.13).

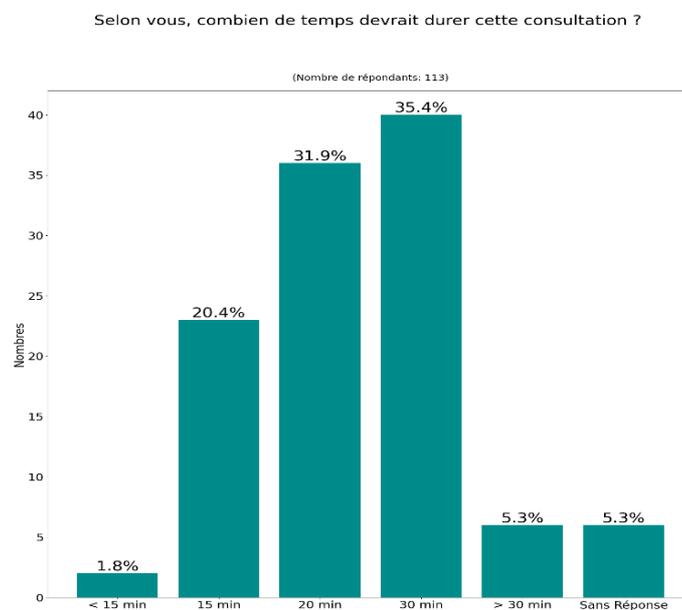


Figure 13 : Durée idéale d'une CCP

4.4.3 Fréquence

Pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place plusieurs consultations de contraception et prévention en santé sexuelle auprès des hommes de moins de 26 ans ?

(Nombre de répondants: 113)

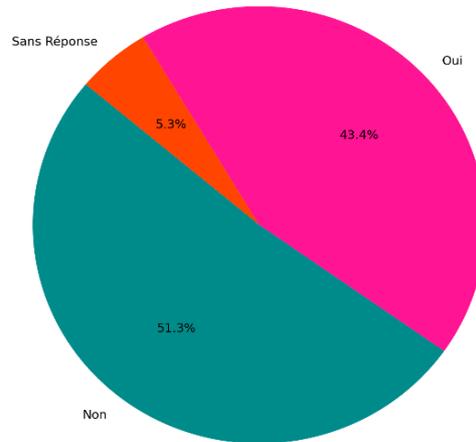


Figure 14 : Fréquence d'une CCP

43,4% des participant.e.s répondent qu'il faudrait mettre en place plusieurs CCP pour les hommes de moins de 26 ans pour les motifs suivants (fig.14) :

- Si les problématiques sont multiples ou complexes ;
- Pour permettre de consolider ce qui a été dit lors d'une première consultation (difficulté de mémorisation, questions soulevées par la consultation) ;
- Pour tisser un lien de confiance et notamment mieux aborder le sujet des violences ;
- « Pour ne pas être trop intrusif » dès la première consultation ;
- Pour aborder différemment la consultation en fonction de l'âge du patient, de ses attentes et de ses besoins ;
- Pour réaliser une consultation de suivi calquée sur le modèle des consultations de suivi de la femme (exemple : résultats biologiques etc.) ;
- Une IDE AZALEE pourrait se charger des consultations ;
- Valoriser le travail des médecins généralistes en dédiant plusieurs consultations mieux rémunérées.

51,33 % des participant.e.s répondent « non » pour les motifs suivants (fig. 13) :

- Certains patients risquent de ne pas se sentir concernés ;
- Les hommes sont peu demandeurs ;
- Les hommes peuvent se responsabiliser seuls et se présenter par eux-mêmes en consultation ;
- Ne pas réaliser de consultation systématique mais faire en sorte que les hommes se sentent plus impliqués en développant des supports de communication (spots TV, radio, affiches etc.) ;
- Une seule consultation systématique bien réalisée est suffisante (quitte à recon-sulter en dehors du cadre de la CCP) ;
- La CCP est une consultation comme une autre et ne nécessite pas d'adaptation particulière ;
- Manque de temps.

4.5 Les moyens de diffuser la CCP auprès des hommes

4.5.1 **Dispositifs**

Les médecins généralistes n'ont pas mis en place de dispositifs permettant d'informer les hommes de l'existence d'une CCP dans 82,30% des cas (fig.15).

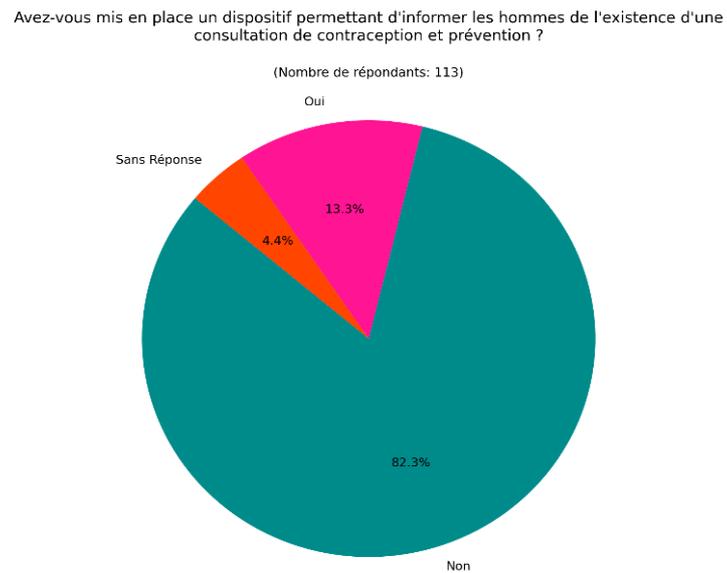


Figure 15 : Diffusion de la CCP auprès des hommes

Si oui, lesquels ?

(Nombre de répondant.e.s : 13)

Réponse	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Information orale au décours d'une consultation	11	9,73
Sur votre plateforme de rendez-vous en ligne	0	0,00
Dépliant	6	5,31
Affiche murale	7	6,19
Lettre ou mail envoyé directement aux jeunes de moins de 26 ans	0	0,00
Autre	1	0,88
Sans réponse	5	4,42
Total	30	

Tableau 11 : Dispositifs de diffusion de la CCP

Parmi les 13,27% ayant mis en place un dispositif, l'information orale et l'affiche murale sont les modes de diffusion les plus utilisés (tab.11).

Les médecins généralistes travaillant en groupe au sein d'une MSP ont mis plus de dispositifs en place permettant d'informer les hommes de l'existence d'une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle que les médecins généralistes travaillant hors MSP de manière significative ($p=0,03$) (tab. 12).

Mode d'exercice	Pourcentage (%)	P value
En MSP	30,43	p = 0,03
Hors MSP	14,15	

Tableau 12: Diffusion de la CCP auprès des hommes en fonction du mode d'exercice

4.5.2 Information orale destinée aux hommes, aux femmes et aux parent.e.s

4.5.2.1 Parent.e.s

Les parent.e.s ne sont pas informé.e.s de l'existence d'une CCP homme dans 37,17% des cas (fig.16).

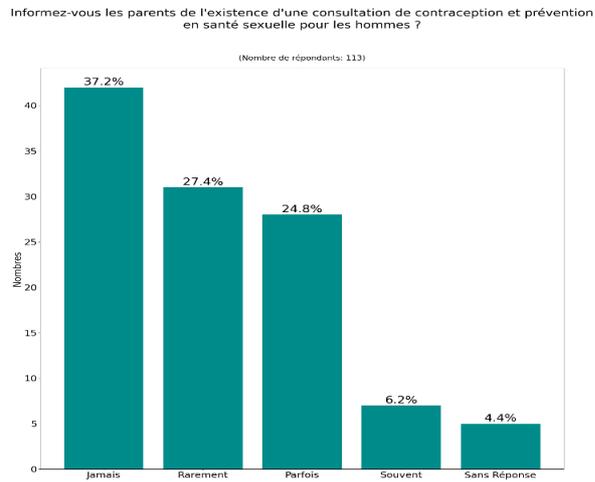


Figure 16 : Information des parents de l'existence de la CCP

4.5.2.2 Femmes

Les médecins généralistes pensent qu'informer les femmes des méthodes de contraception masculine pourraient être un moyen d'informer les hommes de ces contraceptions dans 89,38% des cas (fig. 17).

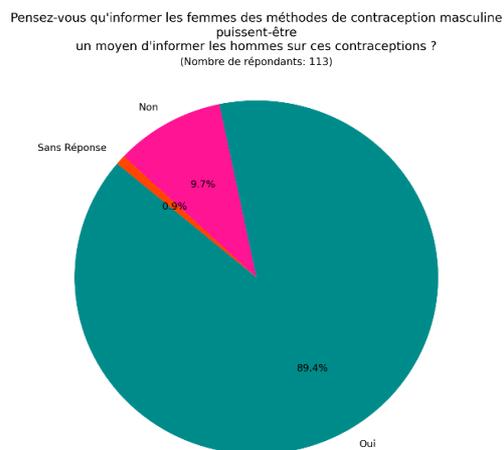


Figure 17 : Les femmes comme vecteur d'information des hommes de la contraception masculine

À la question « **si oui, pourquoi ?** », 71,68% répondent:

- Un homme serait plus attentif à ce que dit sa compagne qu'à ce que dit un professionnel de santé ;
- Pallier au fait que les hommes consultent rarement spontanément pour ce sujet ;
- Responsabiliser l'homme sur le partage de la charge contraceptive ;
- Favoriser la communication au sein du couple ;
- Une information indirecte auprès des femmes est préférable à une absence d'information directe auprès des hommes.

A la question « **si non, pourquoi ?** », 6,19% répondent:

- Les hommes ne sont pas demandeurs ;
- Les hommes doivent être responsables et s'éduquer eux-mêmes. Les femmes ne doivent pas porter la charge d'éduquer les hommes ;
- Les femmes acceptent et tolèrent bien la contraception ;
- Les femmes sont indépendantes lorsqu'elles assurent seules leur contraception ;
- Le professionnel de santé est plus écouté ;
- Il existe peu de contraception masculine fiable et la vasectomie s'adresse à des personnes plus âgées.

Au cours d'une CCP femme, 46,90% des médecins généralistes n'informent pas les femmes de l'existence d'une CCP homme (fig.18).

Informez vous les femmes au cours d'une consultation de contraception et prévention de l'existence d'une CCP homme?

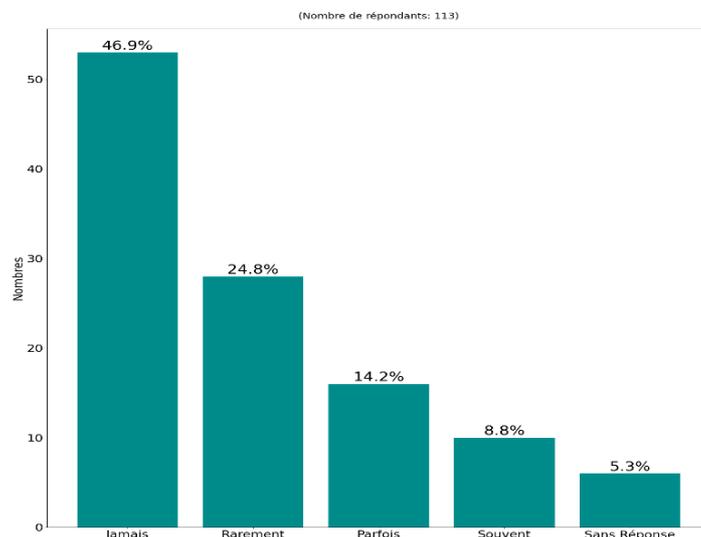


Figure 18 : Information des femmes de l'existence d'une CCP pour les hommes

Au cours d'une CCP femme, 41,59% des médecins généralistes pensent inclure le partenaire à la consultation (fig.19).

Lorsqu'une femme est accompagnée de son partenaire durant une consultation de santé sexuelle, pensez-vous inclure le partenaire à la conversation ?

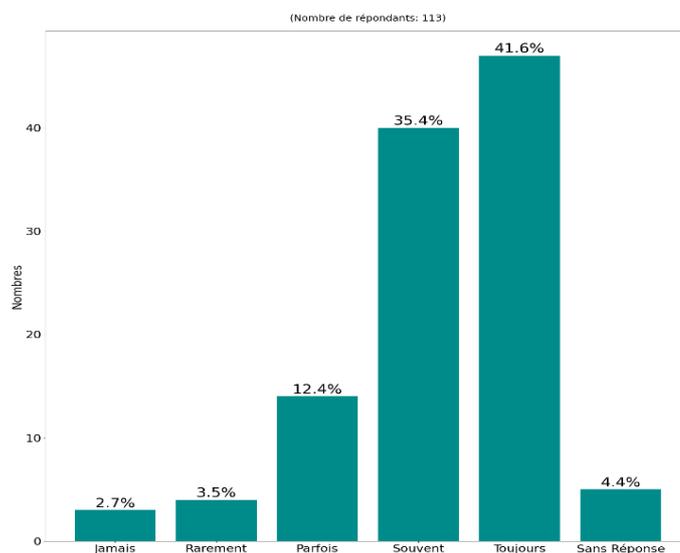


Figure 19 : Inclusion du partenaire au cours d'une consultation de santé sexuelle pour les femmes

4.6 Enjeux de la CCP homme

4.6.1 Motivations

Les participant.e.s sont favorables à la réalisation systématique d'une CCP homme de moins de 26 ans dans 82,30 % des cas (fig.20).

Etes-vous favorable à la réalisation systématique d'une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle auprès des hommes de moins de 26 ans ?

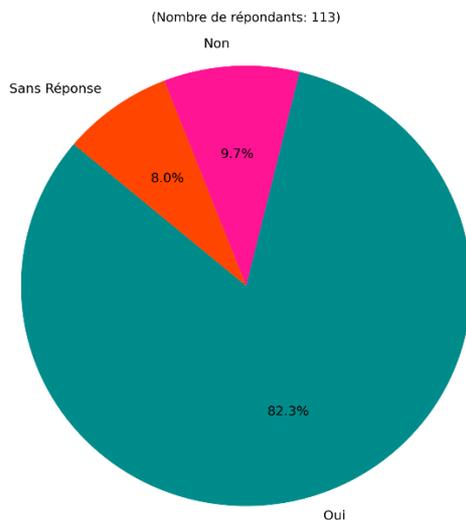


Figure 20 : Vers la réalisation systématique d'une CCP homme

Si oui, pourquoi ?

(Nombre de répondant.e.s : 113)

Réponse	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Prévention du risque de grossesse non désirée	84	74.34
Responsabilité partagée de la charge contraceptive	93	82.30
Prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)	95	84.07
Prévention des troubles de la fonction sexuelle	41	36.28
Prévention de l'infertilité	26	23.01
Prévention des violences (conjugales, sexuelles, harcèlement, homophobie, transphobie, inceste, pédophilie...)	69	61.06
Déconstruction des stéréotypes de genre	45	39.82
Autre	3	2.65
Sans réponse	5	4.42
Total	461	

Tableau 13 : Motivations des médecins généralistes favorables à une CCP homme

Les médecins pensent favoriser la responsabilité partagée de la charge contraceptive entre les hommes et les femmes (82,30%), prévenir du risque de transmission des IST (84,07%), prévenir du risque de grossesse non désirée (74,34%), prévenir les violences (61,06%) (tab.13).

En réponse libre, un participant considère que la rémunération plus élevée de cette consultation est attractive.

4.6.2 Freins

Si non, pourquoi ?

(Nombre de répondant.e : 113)

Réponse	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Je manque de temps	11	9.73
Je manque de connaissance à ce sujet	4	3.54
Je suis mal à l'aise avec le sujet	0	0.00
La santé sexuelle reste tabou pour les hommes	3	2.65
La contraception est une responsabilité féminine	1	0.88
Le sujet ne m'intéresse pas	0	0.00
Autre	4	3,53
Sans réponse	6	5,30
Total	29	

Tableau 14 : Freins des médecins généralistes défavorables à une CCP homme

Les médecins généralistes sont défavorables à la réalisation systématique d'une CCP parce qu'ils manquent de temps (9,73%), manquent de connaissance à ce sujet (3,54%) et que la santé sexuelle reste tabou pour les hommes (2,65%) (tab.14).

Dans les réponses libres, les médecins évoquent principalement leur manque de temps. 5 médecins profitent de la réponse libre pour expliquer qu'ils n'adhèrent pas à la réalisation systématique dans le sens « obligatoire » de la consultation. Un autre médecin pense que les hommes risquent de ne pas venir en consultation car lorsqu'il a proposé ce rendez-vous, beaucoup d'hommes ont accepté puis annulé le rendez-vous.

4.6.3 Cotation « CCP »

La création d'une cotation « CCP » a facilité ou facilitera la mise en place de cette consultation pour 64,60% des médecins (fig. 21).

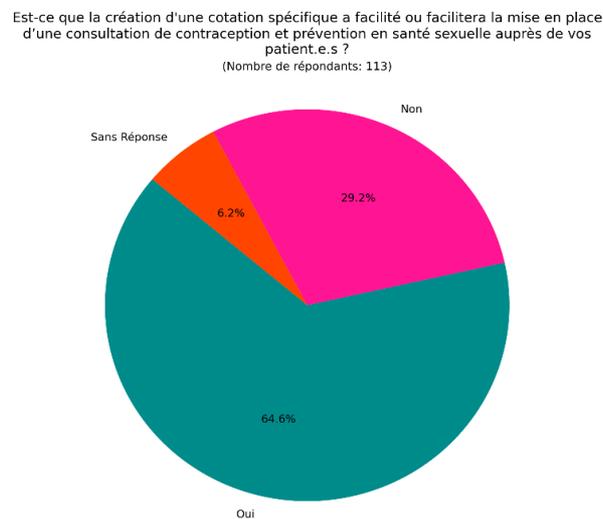


Figure 21 : Influence de la cotation « CCP » sur la réalisation d'une CCP homme

4.6.4 Formations

76,11% pensent qu'une formation à ce type de consultation serait nécessaire (fig.20).

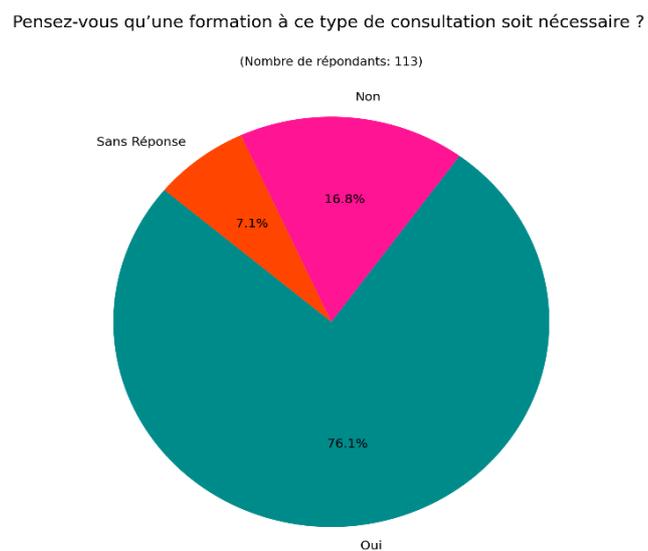


Figure 20 : Utilité d'une formation des médecins généralistes à la CCP homme

Si oui, lesquelles ?

(Nombre de répondant.e.s : 113)

Réponse	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Formation médicale initiale	53	46,90%
Formation médicale continue	81	71,68%
Webinaire, lecture d'article, fiche de recommandation et bonne pratique	45	39,82%
Association de patient	4	3,54%
Diplôme universitaire	7	6,19%
Autre	0	0,00%
Sans réponse	5	4,42%
Total	195	

Tableau 13 : Formations souhaitées

Parmi les médecins généralistes ayant répondu qu'ils souhaitaient une formation médicale au sujet de la CCP homme, 71,68% pensent que cette formation devrait être intégrée à une formation médicale continue, 46,90% lors d'une formation médicale initiale et 39,82% à des webinaires, articles et fiches de recommandation et bonne pratique.

Parmi ceux qui répondent « non », les motifs sont :

- Ne pas avoir besoin de formations supplémentaires mais éventuellement nécessiter d'une ressource complémentaire comme « Antibioclic » sur la santé sexuelle ;
- Une formation sur la santé sexuelle des femmes serait déjà plus pertinente ;
- Les informations sont déjà données en consultation. La CCP ne serait qu'un temps dédié supplémentaire à la délivrance des informations.

5 Discussion

5.1 Regard critique

5.1.1 Forces de l'étude

Nous avons décidé de réaliser une étude quantitative afin de réaliser un état des lieux de ce qui est pratiqué par les médecins généralistes de Charente-Maritime au cours d'une consultation relative à la santé sexuelle chez les hommes de moins 26 ans.

Dans notre enquête, cette consultation a volontairement été nommé autrement que « consultation de contraception et prévention en santé sexuelle » ou « CCP » afin d'inclure les médecins qui auraient pu penser ne pas réaliser ce type de consultation du fait que la consultation ne soit pas dédiée au seul motif de la santé sexuelle ou bien du fait qu'ils n'aient pas côté la consultation « CCP ». Cette distinction permettait de laisser entrevoir l'idée qu'une consultation relative à la santé sexuelle chez les hommes pouvait aboutir à une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle. Cela permettait de s'affranchir d'un potentiel biais de classement.

Le choix d'une étude quantitative plutôt que d'une étude qualitative s'explique de plusieurs façons.

D'une part, le point fort de notre thèse est sa dimension actuelle et sociétale. Notre questionnaire de thèse est riche en informations et en questions soulevées ce qui est corroboré par le retour de plusieurs médecins jugeant notre questionnaire « intéressant » et « pédagogique ». Peu d'études sont disponibles sur le sujet du fait de sa modernité. La thèse de Léa Le Guennic et Justine Michel visait à recueillir l'avis des médecins généralistes à l'aide d'un questionnaire quantitatif concernant l'extension de la consultation de prévention à toutes les jeunes âgé.e.s de 12 à 25 ans en 2021¹³. Elle conclue à la nécessité de faire un état des lieux sur la réalisation effective ou non de ces consultations à distance (2 ou 3 ans) de leur mise en place. À ce jour, seule la thèse de Murielle Thazar réalisée entre 2022 et 2023, faisait un état des lieux de la pratique des médecins généralistes du grand Est depuis l'élargissement de la première consultation de contraception et prévention¹⁴. Or, l'une des limites de son étude était son faible taux

de répondant.e.s estimé à 5,6%. Afin de prolonger ces travaux, nous avons donc préféré choisir une étude quantitative.

Notre étude présente un taux de participation de 30% avec un taux de réponse exploitable de 25,1 % ce qui est supérieur aux autres travaux de thèse portant sur le sujet^{14,15}. Afin de s'affranchir d'un biais de sélection éventuel, notre questionnaire a été envoyé de manière standardisée grâce au logiciel LimeSurvey, relancé à 3 reprises par mail. De plus, tous les cabinets de médecine générale ont été contacté par téléphone. Par ailleurs, stipulant que les médecins généralistes n'étaient pas tous informé.e.s de l'existence d'une CCP homme, cette méthode nous a donc permis de diffuser l'information qu'il existe une CCP homme à 457 médecins en Charente-Maritime ; le sujet de la thèse était dans l'objet du mail et détaillé dans un texte explicatif lorsqu'on ouvrait le mail.

D'autre part, l'une des idées sous-jacentes à la réalisation de cette thèse était de mettre en évidence des stéréotypes de genre que nous pouvons avoir en tant que professionnel.le de santé. En effet, ces stéréotypes peuvent être pourvoyeurs d'inégalité de santé entre les hommes et les femmes comme en témoigne le rapport de la haute autorité de santé (HAS) «Sexe genre et santé » publié en 2020¹⁶. Une étude qualitative aurait sans doute été soumise à un biais d'ajustement intentionnel en interrogeant des médecins déjà formé.e.s sur le sujet et averti.e.s sur les stéréotypes de genre en santé. Dans ce cas-là, il aurait été préférable de réaliser une méthode DELPHI afin d'extraire directement des recommandations de bonne pratique auprès d'expert.e.s sur le sujet.

Nous avons souhaité être inclusif lors de la réalisation de notre thèse puisque nous intégrons la notion de genre chez les médecins répondant.e.s et nous la considérons comme un sujet à prendre en compte en consultation de contraception et prévention en santé sexuelle. Pour cela, nous avons choisi de rédiger notre thèse en écriture inclusive.

5.1.2 *Faiblesses de l'étude*

Notre thèse comporte plusieurs biais méthodologiques.

En effet, les différences d'intitulé entre consultation relative à la santé sexuelle chez les hommes et consultation de contraception et prévention en santé sexuelle chez les hommes, ainsi que la distinction homme/femme réalisée à plusieurs reprises au cours du questionnaire ont créé de la confusion chez les participant.e.s, pouvant induire un biais d'information. D'une part, les éléments constitutifs d'une CCP chez les hommes sont mal connus, et font d'ailleurs partie des sujets étudiés au cours de cette thèse, ce qui ne nous a pas permis de nous appuyer sur un référentiel précis. Un meilleur cadre définitionnel aurait apporté de la lisibilité à notre questionnaire et amélioré la compréhension de notre questionnaire par les médecins généralistes. D'autre part, la durée du questionnaire a été sous-estimée malgré la réalisation d'une phase de pré-test en amont. La phase de pré-test aurait pu être mieux réalisée en incluant des médecins non averti.e.s par le sujet. Deux médecins généralistes ont formulé la critique que notre questionnaire était long. Les médecins avaient probablement peu de temps pour répondre au questionnaire ce qui peut expliquer des erreurs de compréhension susceptibles de majorer le biais d'information. La tentative de préciser à l'aide d'un texte explicatif le déroulé du questionnaire a de toute évidence été infructueuse. Il aurait été préférable de mieux définir les concepts en amont.

Nous n'avons pas intégré dans le questionnaire la thématique « physiologie, anatomie et puberté » qui aurait pu être intéressante à traiter au cours d'une CCP chez les hommes sachant que 40% des médecins généralistes n'informaient pas les femmes de l'existence d'une CCP dans la thèse d'Amélie Fèvre¹⁵. De plus, dans notre étude, nous avons référencé 5 méthodes de contraception masculine. Le Collège de Médecine Générale (CMG) en référence trois moyens contraceptifs dont nous n'avons pas parlé dans notre thèse : l'abstinence périodique, l'injaculation (ou éjaculation sèche) et les pratiques non vagino pénétrantes¹⁷. Ces méthodes pourraient être incluses dans une prochaine étude.

Le questionnaire n'était pas conçu pour être poursuivi en cas de réponse « non » à la question 11 : « **Réalisez-vous des consultations relatives à la vie affective et sexuelle auprès**

des hommes de moins de 26 ans (exemple : infection sexuellement transmissible, rupture amoureuse etc.) ? » puisque notre volonté était de cibler les médecins recevant des hommes en consultation qui pouvaient donc réaliser des consultations de contraception et prévention en santé sexuelle. L'exclusion des réponses « non » a permis de s'affranchir d'un biais de mesure. Néanmoins, l'absence de signalétique interdisant de poursuivre le questionnaire, est également un biais d'information car certain.e.s participant.e.s ont répondu à des questions auxquelles iels n'auraient pas dû répondre.

5.2 Caractéristiques de la population

Notre population est globalement bien répartie. Elle semble représentative des médecins généralistes libéraux installé.e.s en Charente-Maritime.

5.2.1 **Genre**

En effet, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) estime à 51% en moyenne le taux de féminisation des médecins généralistes libéraux en France au 1^{er} janvier 2023. En Charente-Maritime, le taux est estimé à 45,5% contre **57,52% médecin généraliste femme dans notre étude**¹⁸. Cette légère surreprésentation féminine peut s'expliquer par le fait que les femmes ont tendance à plus pratiquer la gynécologie médicale que les hommes, et de ce fait, à s'intéresser plus largement aux questions qui en découlent, à en juger le taux de féminisation de la spécialité gynécologie médicale estimée à 76% en 2023¹⁹.

5.2.2 **Âge**

L'âge moyen des médecins généralistes en Charente-Maritime est de 48,4 ans¹⁸. **Les participant.e.s de notre étude sont âgé.e.s de 45 ans et moins dans 55% des cas avec une médiane estimée dans la tranche d'âge 36 à 45 ans.** La population de notre étude est légèrement plus jeune que dans la population générale, ce résultat est probablement dû au fait que les jeunes médecins généralistes répondent plus souvent aux thèses de médecine générale. De plus, la modernité de notre sujet de thèse peut expliquer un léger biais de sélection en faveur des médecins plus jeunes.

Dans notre étude, non retrouvons une tendance décroissante, en fonction de l'augmentation des tranches d'âge des participant.e.s, à considérer qu'informer les hommes sur la contraception féminine puisse être un moyen de responsabiliser les hommes à la contraception. En effet, 95% des médecins de 25 à 35 ans pensent que cela pourrait responsabiliser les hommes tandis que 71% des médecins de plus de 65 ans partagent cet avis. Ces résultats suggèrent que l'âge des participant.e.s exerce une influence sur les réponses à notre questionnaire.

5.2.3 Milieu d'exercice

Les médecins généralistes de notre étude exercent principalement en zone semi rurale (46% des cas) et en zone urbaine (38% des cas) ce qui coïncide avec la démographie du territoire de Charente-Maritime²⁰. De plus, la perception du milieu d'exercice des médecins généralistes analysée dans la thèse de Marie Emmanuelle Corfias se superpose à nos résultats²¹. Dans son étude, la pratique de la gynécologie était légèrement supérieure en milieu semi-rural (44%) et la pratique de la pédiatrie se répartissait de manière équivalente entre les trois milieux d'exercice (90%). Ce résultat peut s'expliquer par un flou définitionnel de la « zone semi-rurale » qui semble être « un espace intermédiaire et polyvalent avec une organisation permettant de prendre en charge tous types de patient.e.s et de pathologies »²¹.

5.2.4 Mode d'exercice

Le développement récent des maisons de santé pluridisciplinaire en France peut expliquer que les médecins généralistes de notre étude soient installés majoritairement en cabinet de groupe hors MSP (61,94% des cas). En effet, le département de Charente-Maritime en référence 30 en 2023 et projette d'en créer 10 nouvelles²².

Dans notre étude, les médecins généralistes exerçant en groupe au sein d'une MSP ont mis plus de dispositifs en place permettant d'informer les hommes de l'existence d'une CCP. Nos résultats concordent avec une enquête menée par la DRESS en 2021 sur l'opinion et la pratique des médecins généralistes en matière de prévention, qui a permis d'observer que les médecins exerçant en maison de santé plu-

ridisciplinaire (MSP) participaient plus aux actions de santé publique (55%) que ceux exerçant seul.e.s (20%) ou en groupe hors MSP (14%)²³. Une part de cette différence pourrait être liée aux caractéristiques organisationnelles et aux missions des MSP. La proportion de médecins généralistes ayant au moins une fois coté un acte CCP au cours des 6 derniers mois était plus élevée chez les médecins impliqué.e.s dans des actions de prévention collective que chez les médecins non impliqué.e.s dans des actions de prévention collectives. (5) Dans notre étude, les médecins travaillant en MSP ont tendance à mieux connaître la cotation « CCP » que les médecins travaillant hors MSP.

5.2.5 Maître.sse de stage universitaire (MSU)

La faculté de Poitiers recense au 1^{er} janvier 2024, 122 maître.sse.s de stage universitaire en Charente-Maritime ce qui correspond à une proportion de 18% des médecins généralistes de Charente-Maritime. **Notre étude retrouve 26,50% MSU.** Cette sur-représentation s'explique par leur probable engagement universitaire qui les responsabilise à participer aux thèses de médecine générale.

5.2.6 Formation spécifique en santé sexuelle

Les médecins généralistes n'avaient pas reçu de formation en santé sexuelle en plus de leur cursus dans 87 % des cas ce qui rejoint les résultats d'autres études, où 6 à 25% des médecins généralistes étaient titulaires d'un diplôme supplémentaire en santé sexuelle (DIU de gynécologie obstétrique, DIU orthogénie et contraception)²⁴.

5.2.7 État des lieux des connaissances de la CCP

Un.e médecin généraliste réalise en moyenne 22 consultations de médecine générale par jour (22,4 pour les hommes et 21,1 pour les femmes) soit environ 440 consultations par mois à raison de 5 jours par semaine d'exercice²⁵.

Dans notre étude, 85% des médecins généralistes réalisent 1 à 5 consultations par mois relatives à la santé sexuelle chez les hommes de moins de 26 ans.

Ce faible nombre de consultation peut s'expliquer par la méconnaissance des médecins généralistes de l'existence d'une CCP dédiée aux hommes. Ainsi, ils n'ont pas pu mettre en place de moyens pour promouvoir la CCP aux hommes (fig.15), ne permettant pas aux hommes de se présenter plus régulièrement en consultation pour le motif de la santé sexuelle. Généralement, les hommes consultent peu les médecins généralistes pour ce motif. À titre de comparaison, en 2023, dans le département de Charente-Maritime, 142 hommes se sont présentés pour un motif relatif à la santé sexuelle en Centre de Santé Sexuelle (CSS), contre 997 femmes. On peut donc imaginer le faible nombre d'hommes consultant pour ce genre de motif auprès des médecins généralistes. En effet, une étude montre que si les hommes sont 87 % à considérer le médecin généraliste comme un.e interlocuteur.rice privilégié.e, ils ne sont que 28 % à vouloir se tourner vers un.e médecin généraliste en cas de difficultés d'ordre sexuel²⁶.

Selon les résultats de notre étude, **parmi les participant.e.s, 47% n'étaient pas au courant de l'existence d'une CCP homme** ce qui est supérieur aux statistiques préalablement recueillies dans d'autres thèses de médecine générale^{13,14}. Cet écart dans les résultats peut s'expliquer par les différences de méthodologie et de situation géographique entre nos thèses. D'après ces données, nous ne pouvons pas supposer d'une meilleure connaissance de la CCP homme par les médecins généralistes depuis sa création en 2022.

5.3 Thèmes d'une CCP homme

Les IST, la vaccination et la contraception sont les principaux sujets abordés par les médecins généralistes de notre étude ce qui corrobore les résultats de la thèse de Justine Michel et Justine Le Guennic¹³. Elles retrouvent 4 sujets principaux : prévention des IST, vaccination HBV et HPV, présentation brève des méthodes de contraception et contraception d'urgence ainsi que la recherche de consommation de toxiques, conduite addictive et prise de risque. **Dans notre étude, la recherche de conduite à risque fait partie des autres sujets abordés par 25% des médecins généralistes durant cette consultation (addictions et consommations à risque, Chem sex, pornographie).** Cependant, bien que les IST et la vaccination soient également les deux premiers motifs de consultation des hommes, ce n'est pas le cas de **la contraception qui n'est rarement (50% des cas) voire jamais (32% des cas) un motif de consultation.**

5.3.1 Infections sexuellement transmissibles

Le premier sujet abordé par les médecins généralistes ainsi que le premier motif de consultation des hommes pour un sujet relatif à la santé sexuelle est celui des IST. La prévention et le dépistage des IST s'inscrivent comme un enjeu de santé publique majeur devant l'augmentation du nombre des IST. Ce phénomène est expliqué, en partie, par une augmentation du nombre des dépistages mais également, par un probable accroissement de l'incidence de ces maladies.

Dans notre étude, nous n'avons pas investigué les points que les médecins abordent au sujet des IST avec leur patient. Dans la thèse de Julia Tarragon qui établit un état des lieux de la CCP dans les Hauts de France en 2021, 58% des médecins proposaient rarement voire jamais un dépistage des IST aux femmes²⁷ pourtant préconisé de manière systématique chez les femmes de 15 à 25 ans ayant débuté leur activité sexuelle²⁸ (*annexe 9.4*). Les chiffres clés sur les IST (*annexe 9.3.1*) indiquent que le dépistage est encore moins réalisé chez les hommes en 2023^{29,30}. En effet, les préconisations en vigueur ne proposent pas de dépistage systématique aux hommes de moins de 26 ans sans facteur de risque²⁸ (*annexe 9.4*). Deux tiers des dépistages concernent les femmes

alors que les IST bactériennes sont au moins aussi fréquentes chez les hommes (chlamydia trachomatis) voire beaucoup plus fréquentes chez les hommes (syphilis et gonocoque). Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et Chlamydia Trachomatis (Ct) affectent aujourd'hui plus fréquemment les hommes hétérosexuels que les hommes homosexuels ce qui engage à redéfinir notre système de prévention des IST chez les hommes quel que soit leur orientation sexuelle³⁰.

Depuis le 1^{er} janvier 2023, le dépistage des IST est remboursé à 100% pour les femmes et les hommes de moins de 26 ans et sera bientôt effectif sans ordonnance, comme déjà instauré pour le VIH depuis 2022³¹. **De plus, les préservatifs de la marque Eden-Majorelle[®] sont accessibles à toute personne âgée de moins de 26 ans, dans les pharmacies, gratuitement et sans ordonnance⁴ bien que 21% des médecins généralistes de notre étude ne semblent pas en informer les jeunes hommes.**

D'après ces constatations, il apparaît nécessaire de mettre l'accent sur le dépistage des IST et en particulier chez les hommes, toutes orientations sexuelles confondues, ainsi que sur la diffusion de l'information portant sur les moyens de prévention simples et gratuits pour les patients.

5.3.2 Vaccination

Le deuxième sujet le plus abordé par les médecins généralistes dans notre étude est la vaccination contre le Papillomavirus (HPV) et l'Hépatite B (HBV). La couverture vaccinale contre ces deux maladies reste malgré tout insuffisante comme le suggèrent nos résultats avec seulement 31% des hommes qui se présentent souvent en consultation pour ce motif.

En 2023, les patients et leur famille sont peu informés de l'élargissement aux hommes de la vaccination HPV comme l'explique Guillaume Courbois dans sa thèse de médecine générale³². L'élargissement de la CCP aux hommes pourrait donc permettre aux médecins généralistes de diffuser plus largement cette vaccination afin de répondre aux objectifs de santé publique qui visent, d'ici 2030, une vaccination de 80% de

la population pour le papillomavirus et de 95% de la population pour l'hépatite B¹¹. **À l'inverse, notre étude montre que la vaccination pourrait être un moyen d'informer les hommes de l'existence d'une CCP dans 80 % des cas.**

À noter que nous n'avons pas cité le vaccin contre l'Hépatite A (VHA) dans notre questionnaire, les vaccins HPV et HBV étant les plus communément réalisés. Néanmoins, devant une progression de l'hépatite A chez les hommes homosexuels en 2017, les préconisations actuelles sont de proposer une vaccination VHA à toutes personnes ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes³³.

5.3.3 Contraception

Dans notre étude, il est rare voire inexistant de voir des hommes consulter pour des motifs de contraceptions. Ce phénomène peut s'expliquer par la perception selon laquelle la responsabilité contraceptive relève exclusivement des femmes³⁴. Actuellement, il existe peu de méthodes de contraception masculine disponibles. Pourtant, **la moitié des médecins disent souvent aborder le sujet de la contraception avec leurs patients. Que leur disent-ils ?**

D'après nos résultats, **les médecins généralistes connaissent majoritairement la vasectomie (96%) et le préservatif (96%) qui sont également les deux méthodes de contraception dont ils parlent le plus aux hommes.** Ce résultat suppose qu'une meilleure connaissance des méthodes de contraception facilite l'initiation par les médecins généralistes de ce sujet en consultation. Il est également intéressant de noter que l'augmentation du nombre de vasectomies en France pourrait être en lien avec la rédaction de nouvelles recommandations sur la vasectomie par la HAS et l'association française d'urologie (AFU)³⁵, ce qui a probablement amélioré la connaissance de cette méthode par les médecins généralistes.

La moitié des médecins interrogés dans notre étude connaissent la méthode du retrait. Cependant, ce chiffre pourrait être sous-estimé car certains.e.s médecins ne considèrent pas cette méthode comme un moyen de contraception, comme l'a souligné un des praticiens dans notre étude. Ce dernier ne considère également pas le préservatif comme un moyen contraceptif bien que l'OMS les classe tous deux parmi les

méthodes contraceptives, et ce, malgré leur efficacité pratique limitée³⁶. Il s'agit donc, pour les professionnel.le.s de santé, d'informer sur les risques de grossesse encourus par l'utilisation de ces méthodes, tout en reconnaissant leur utilisation courante, quand on sait que 47 % des femmes et 51 % des hommes ayant déjà eu un rapport sexuel déclarent avoir eu recours au retrait au cours de leur vie³⁷ et que le préservatif est le deuxième moyen contraceptif chez les femmes de 15 à 24 ans, après la pilule oestroprogestative³⁸.

Environ un tiers des médecins généralistes ne discutent pas de contraception féminine avec leurs patients et 17% ne considèrent pas l'information sur la contraception féminine comme un moyen de responsabiliser les hommes en matière de contraception.

Selon le Baromètre Santé de 2016, 72 % des femmes françaises utilisent une méthode de contraception médicalisée. Les méthodes contraceptives actuelles sont dominées en France par l'utilisation de la pilule hormonale et du dispositif intra utérin (DIU) bien que la crise des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ait participé à diminuer l'usage de la pilule contraceptive, en faveur de l'utilisation du DIU, de l'implant contraceptif et du préservatif³⁸. Une étude portant sur la connaissance des hommes en matière de contraception féminine met en évidence le manque de connaissance des patients à ce sujet. Une meilleure information des hommes sur la contraception féminine permettrait d'améliorer l'utilisation des contraceptifs autres que le préservatif³⁹.

Plus de la moitié des médecins généralistes de notre étude n'informent pas les hommes que la pilule d'urgence peut être délivrée dans une pharmacie de ville à toutes les femmes et tous les hommes de moins de 26 ans, gratuitement, sans ordonnance.

Malgré une couverture contraceptive féminine élevée, une grossesse sur trois est non prévue et les $\frac{3}{4}$ d'entre elles donnent lieu à une interruption volontaire de grossesse (IVG)⁴⁰. S'il existe un spectre de 11 méthodes contraceptives différentes pour les femmes, seules 3 sont principalement connues chez les hommes. Une enquête coor-

donnée dans 7 pays constate qu'il faudrait 5 contraceptifs masculins pour faire baisser considérablement le nombre de grossesse non désirée⁴¹. En France, les recherches dans ce domaine ont pourtant débuté dès les années 1980 avec les études menées par le Dr Soufir sur la contraception hormonale (injection hormonale de testostérone) et par le Dr Mieusset sur la contraception thermique (slip thermique ou « remonte couille » toulousain), à l'origine du développement de l'AndroSwitch⁴². Malgré cela, la connaissance et la promotion de ces méthodes par les médecins généralistes restent limitées. **Dans notre étude, 46% des médecins généralistes connaissent la méthode de contraception thermique mais seulement 20 % en parlent aux patients et la méthode de contraception hormonale est connue par 11% des médecins généralistes et seulement 1 médecin généraliste en parle.** Dans la thèse d'Elisa Pierron qui étudie les représentations et le comportement des médecins généralistes sur la contraception masculine, la méthode de contraception thermique est jugée contraignante tandis que la méthode d'injection hormonale présenterait trop d'effets indésirables⁴³. Pourtant, d'après une étude réalisée en 2021, 12% des hommes de 18 à 30 ans se disent prêts à utiliser le slip thermique⁴⁴. Les partenaires semblent satisfaites et faire confiance aux hommes dans l'utilisation de cette contraception⁴⁵. Les professionnel.le.s de santé doivent également informer les femmes de l'existence des contraceptions masculines afin qu'elles puissent réaliser librement leur choix contraceptif. Notre étude a montré que les médecins hommes présentent significativement moins les méthodes de contraceptions masculines aux femmes que les médecins femmes.

Pour réduire les préjugés que nous sommes susceptibles d'avoir, en tant que professionnel.le de santé, sur le sujet de la contraception des hommes (*annexe 9.5*), une solution pourrait être de fournir au patient une liste exhaustive des contraceptions disponibles, en expliquant leur bénéfice/risque, comme sont incité.e.s à le faire les médecins généralistes en Angleterre⁴⁶. Les patients pourraient ainsi réaliser leur choix contraceptif de manière libre et éclairée.

5.3.4 Relations amoureuses et/ou sexuelles

Nous aurions dû en amont mieux définir le thème des relations amoureuses et/ou sexuelles car certaines réponses libres évoquent des sujets que nous avons pen-

sé intégrer dans cette rubrique comme le sujet de l'adolescence, du consentement ou de la pornographie. Les répondant.e.s ont probablement interprété différemment le sujet des relations amoureuses et/ou sexuelles. Cette difficulté révèle l'importance de redéfinir ces notions auprès des jeunes hommes et des médecins afin d'établir un dialogue sur des bases communes. Redéfinir ces notions permettrait également de déconstruire d'éventuelles idées reçues à l'âge des premières découvertes amoureuses et/ou sexuelles quand on sait que l'âge moyen du premier rapport sexuel chez l'homme est de 17 ans et que 16,5% des hommes ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans⁴⁷. Il semble important de rappeler aux jeunes qu'un rapport sexuel n'implique pas forcément une pénétration, que ce qu'on appelle « les préliminaires » sont aussi un rapport en soi, et que tout rapport nécessite le consentement libre et éclairé des partenaires⁴⁸.

Ainsi, une relation amoureuse implique une relation entre deux personnes, basée sur des sentiments amoureux réciproques. Une relation sexuelle est avant tout une rencontre avec l'autre, par une rencontre des corps, dans une recherche de plaisir⁴⁸. La découverte du corps de l'autre permet également de mieux connaître son propre corps. C'est pourquoi, nous aurions aimé aborder le sujet « physiologie, anatomie et puberté » traité dans la thèse d'Amélie Fèvre dans cette rubrique¹⁵ ainsi que la notion de « bien-être ».

De plus, l'un des autres thèmes que les médecins généralistes abordent avec les patients au cours d'une consultation relative à la santé sexuelle sont les troubles psychiques (n=6). Ils pourraient être dépistés par les médecins généralistes à l'aide du questionnaire BITS afin de prévenir les risques suicidaires dans les suites d'une rupture amoureuse⁴⁹ de l'adolescent.

Notre étude montre que le sujet des relations amoureuses et/ou sexuelles n'est pas suffisamment évoqué par les médecins généralistes et suggèrent que les patients n'abordent pas spontanément ce sujet.

Les patients semblent préférer que la.le médecin généraliste soit à l'initiative d'une discussion sur le sujet des relations amoureuses et/ou sexuelles comme le suggère la thèse de Juliette Crisologo⁵⁰. Une étude suisse, réalisée auprès de patients masculins, montre que si 90% des hommes estiment souhaitable d'être interrogé par leur médecin généraliste à propos de leur vie sexuelle, seuls 40% d'entre eux ont pu aborder avec lui un sujet relatif à la sexualité en général, et moins de 20 % parler du nombre ou du genre de leurs partenaires sexuel⁵¹. En effet, les médecins généralistes éprouvent des difficultés à aborder le sujet de la sexualité bien qu'il s'agisse d'un indicateur s'intégrant dans une prise en charge globale du patient facilitant une relation de confiance et permettant de prévenir des risques éventuellement associés (conduites à risque, chem sex, IST, violence etc.). Une question type pourrait être posée à chaque consultation au cours de l'anamnèse : « Avez-vous un, une, ou des partenaires ? » mettant en jeu les compétences d'écoute et de communication du médecin généraliste⁵².

5.3.5 Violences sexuelles

Dans notre étude, le sujet des violences sexuelles est rarement abordé par les médecins généralistes (37% des cas) et ce motif de consultation est encore plus rare (54% des cas). Seul.e.s 16% des médecins généralistes parlent souvent aux jeunes hommes des violences.

Les mouvements féministes, suivis de celui de #metoo, ont fait prendre conscience de l'ampleur des violences sexuelles (viol, agression, violence psychologique etc.) et ont aidé les personnes agressées à en parler⁵³. Néanmoins, les personnes ayant subies des violences sexuelles se confient peu aux professionnel.le.s de santé⁵⁴ et les médecins généralistes ne sont pas à l'aise avec le fait de poser des questions sur les violences, comme le montre une étude sur les violences faites aux femmes⁵⁵. En effet, les recherches scientifiques sont aujourd'hui axées principalement sur les violences faites aux femmes puisque ce sont les premières victimes⁵⁶. Peu d'outils sont aujourd'hui disponibles pour dépister les violences faites aux hommes. Les médecins généralistes pourraient s'aider d'outils déjà existant à destination des femmes comme le WAST⁵⁷ ou le Violentomètre⁵⁸ ou bien délivrer le lien vers le site [Violences sexuelles| Arrêtons les violences \(arretonslesviolences.gouv.fr\)](https://www.violencessexuelles.gouv.fr) du gouvernement. Iels pourraient

également s'en servir afin de sensibiliser les hommes au risque de commettre des violences, puisqu'aujourd'hui, les violences sont principalement commises par des hommes⁵⁹.

La.le médecin généraliste pourrait également intégrer dans l'anamnèse de chaque nouveau patient une question systématique portant sur les violences : « avez-vous déjà été victime de violences au cours de votre vie ? », en introduisant son propos comme « je vous pose cette question comme je la pose à toute personne » et en expliquant : « Je questionne régulièrement mes patient.e.s à ce sujet car les violences ont un impact négatif sur la santé et sont interdites par la loi » ce qui permettrait d'aborder le sujet des violences de façon plus globale⁶⁰.

5.3.6 Identité de genre et/ou demande de transition

D'après notre étude, l'identité de genre et/ou demande de transition sont rarement voire jamais un motif de consultation et les médecins généralistes abordent rarement voire jamais ces sujets en consultation. En effet, le sujet concerne probablement une minorité de leur patientèle. En 2020, la HAS estime le nombre de personnes transgenres à 0,5 à 2 %, bien que ces chiffres soient probablement sous-estimés du fait d'une invisibilisation des personnes trans dans la société⁶¹. En effet, une étude réalisée en 2011 met en évidence le renoncement aux soins des personnes transgenres par peur des préjugés et de la transphobie des professionnel.le.s de santé⁶². Ces difficultés sont d'autant plus préjudiciables que les personnes trans sont surexposées aux maladies infectieuses, aux co-occurrences psychiatriques, et plus largement aux violences et à des pathologies liées à des conditions de vie précaires⁶¹.

Dans ce cadre, les professionnel.le.s de premier recours constituent des interlocuteur.rices.s essentiel.le.s dans le soin des personnes trans. Afin de mieux accueillir les personnes trans, l'association Chrysalide propose de veiller à utiliser les pronoms correspondant au genre de la personne. Deux questions « quelle est votre identité de genre ? » et « quel sexe vous a été assigné à la naissance » peuvent permettre d'obtenir des réponses à ce sujet. Ces questions peuvent être posée durant l'anamnèse à tous les patients⁶². Afin d'améliorer la prise en charge des personnes trans, le « Rapport rela-

tif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans » publié en 2022 insiste sur la nécessité de mieux former les professionnel.le.s de santé en établissant des recommandations de bonnes pratiques⁶¹.

5.3.7 Dysfonctionnements et troubles sexuels

Notre étude montre que les troubles sexuels sont de manière égale, parfois ou rarement un motif de consultation (39% des cas) et les médecins généralistes évoquent rarement le sujet.

En effet, le nombre de jeunes hommes atteints de trouble sexuels est souvent sous-estimé du fait d'un « tabou » encore existant sur le sujet. Une étude, menée en Australie, déclare que près de 50% des hommes de moins de 34 ans présentent au moins une dysfonction sexuelle. 32,9 % des hommes n'avaient fait aucune démarche dans le but de résoudre leurs difficultés⁶³. En effet, les résultats de notre étude montrent une insuffisance de prévention sur ce sujet auprès des jeunes hommes, souvent délaissés au profit des hommes plus âgés comme l'explique un participant de notre étude. Cela permettrait pourtant d'améliorer la qualité de vie des jeunes ainsi que de prévenir 4% des cas d'infertilité¹¹. Des questionnaires de dépistage peuvent être réalisés en consultation de médecine générale comme le MSHQ qui permet d'aborder les sujets de l'érection, l'éjaculation, l'orgasme, le désir et la satisfaction de l'homme vis-à-vis de sa sexualité⁶⁴.

5.3.8 Infertilité

Dans notre étude, les hommes consultent rarement (44% des cas) pour le motif de l'infertilité et les médecins généralistes abordent rarement (34,50% des cas) voire jamais (42,50% des cas) ce sujet.

Tout comme le thème des troubles sexuels, ces résultats suggèrent que les médecins abordent peu ce sujet dans un but préventif. Néanmoins, la fréquence de l'infertilité chez les hommes et les femmes ne cessant d'augmenter, le « rapport sur les causes d'infertilité » missionné par le Ministère de la Santé incite fortement les profes-

sionnel.le.s de santé à informer les jeunes hommes des risques d'infertilité (recul de l'âge de la maternité, perturbateurs endocriniens, maladie, obésité, anorexie, consommation de toxique : tabac, alcool, cannabis)⁶⁵ ce qui est peu réalisé en pratique. Dans le même temps, cela permettrait d'aborder le sujet des addictions et comportements à risque cités par 14 médecins généralistes de notre étude.

5.4 Modalités de la CCP

5.4.1 *Conditions de la consultation*

Dans notre thèse, les hommes se présentent souvent seuls en consultation relative à la santé sexuelle et affective (65,9% des cas). Il aurait été intéressant de préciser des classes d'âge des consultants en médecine générale afin de s'affranchir d'un probable biais de représentativité car si le sujet de la santé sexuelle est tabou parmi les hommes, il l'est encore plus parmi les adolescents accompagnés d'un tiers⁶⁶. Ainsi, cela peut expliquer que les jeunes hommes viennent rarement accompagnés de leur parent.e pour un motif relatif à la santé sexuelle ou que les consultations en santé sexuelle ont rarement lieu au cours d'une consultation pour l'un.e des parent.e.s. Une autre étude appuie cette hypothèse en montrant que les adolescent.e.s viennent accompagné.e.s d'un tiers dans 61% des cas (86 % entre 12 et 15 ans et 42 % entre 16 et 19 ans) et que le degré de confiance, notamment sur un sujet relatif à la santé sexuelle, varie en fonction de la présence ou non d'un.e accompagnateur.ice. En effet, la thèse de Pauline Chatelain trouve trois principaux freins à l'abord de la sexualité par les jeunes hommes en consultation : le caractère tabou du sujet, la peur de l'absence de confidentialité et la présence parentale⁶⁷.

Dans le cas où le jeune homme est accompagné d'un.e parent.e, notre étude montre que la.le parent.e est plus souvent la mère ou une autre femme de la famille que le père ou un autre homme de la famille. Ces résultats sont corroborés par une étude qui montre que les adolescent.e.s sont principalement accompagné.e.s de leur mère dans 80% des cas et de leur père dans 10% des cas⁶⁸. Même si la mère est l'interlocutrice parentale privilégiée par les adolescent.e.s pour parler de l'école, de la santé et de la famille, ces dernier.e.s parlent peu de leur sexualité⁶⁹. Afin de s'affranchir de cette difficulté, le médecin peut décider de voir l'adolescent seul en demandant au tiers de patienter dans la salle d'attente. Le médecin généraliste doit éviter de chercher l'accord de l'adolescent car ce dernier risquerait d'être mal à l'aise vis-à-vis du tiers suggérant qu'il aurait des choses à cacher. La.le professionnel.le de santé doit prendre cette initiative puis expliquer à l'adolescent la confidentialité de cette consultation afin

de favoriser le dialogue. En présence ou non d'un tiers, le tabou de la santé sexuelle pourrait être diminué en initiant la consultation par un questionnement neutre pour finalement aborder des questions pouvant être plus embarrassantes, méthodologie appliquée dans le questionnaire HEADDS, un outil permettant de recueillir des informations sur la santé des adolescent.e.s⁶⁶.

Notre étude montre également que les hommes viennent parfois en consultation avec leur partenaire (35% des cas) et certaines consultations de santé sexuelle des hommes ont même parfois lieu au cours d'une consultation pour un.e partenaire (40% des cas). Ainsi, une consultation de couple permettrait de délivrer une information double sur la santé sexuelle, et de favoriser la communication au sein de la relation. La charge contraceptive serait ainsi mieux répartie comme le suggèrent plusieurs médecins généralistes dans leur réponse libre. En effet, dans notre étude, 89% des médecins généralistes pensent qu'informer les femmes des méthodes de contraception masculine pourraient être un moyen d'informer les hommes mais seul.e.s 74% des médecins généralistes, majoritairement des médecins femmes, présentent ces méthodes de contraception aux femmes. Un des médecins généralistes de notre étude ne souhaite pas incomber aux femmes la charge supplémentaire de responsabiliser les hommes. Cependant, les femmes sont responsabilisées à la contraception dès leur plus jeune âge car ce sont elles qui prennent le risque d'une grossesse non désirée. Elles ont évidemment plus de savoir que les hommes en matière de contraception. Leur expérience pourrait être un moyen d'informer les hommes à ce sujet, comme le font les médecins femmes de notre étude. En supposant qu'avec le temps, les hommes acquièrent leur propre expérience.

Nos résultats révèlent que les consultations en santé sexuelle ont le plus souvent lieu à la demande du patient bien que dans 45% des cas, la demande ne soit pas souvent spontanée. Ce résultat souligne l'importance par les médecins généralistes de proposer cette consultation aux jeunes hommes qui profitent généralement d'un autre motif de consultation pour aborder le sujet de la santé sexuelle. Le thèse de Murielle Thazard montre qu'un motif relatif à la santé sexuelle n'est pas le motif princi-

pal de consultation dans 86% des cas tandis que ce chiffre s'élève à 50 % dans notre étude¹⁴.

Les médecins généralistes de notre étude proposent aux hommes une consultation relative à la santé sexuelle au cours d'une consultation pour un certificat de non contre-indication à la pratique sportive dans 41% des cas. En général, les jeunes consultent pour des problèmes somatiques dans 75 % des cas et les motifs administratifs/préventifs ne représentent que 20% des consultations⁷⁰. Cela montre l'importance d'engager également le dialogue au cours de consultations relatives à des problèmes somatiques. **Les médecins généralistes de notre étude diffusent peu l'existence d'une CCP pour les hommes au cours des motifs de consultation « pathologies aiguës » (28%) et « pathologies chroniques » (33%).**

5.4.2 Durée

Une consultation de médecine générale dure en moyenne 18 min⁷¹. Dans notre étude, seul.e.s 20 % des médecins généralistes réalisent des CCP de 30 min alors qu'ils sont 35,40% à penser qu'il faudrait accorder 30 min à cette consultation.

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les médecins généralistes disent manquer de temps dans leur pratique²⁷. Or, si le médecin n'a pas de temps, il a la durée car un patient peut être revu⁶⁶. Afin de pallier au manque de temps souligné par les médecins généralistes de notre étude, ils pourraient réaliser plusieurs CCP d'une durée inférieure à 30 minutes ce qui leur accorderait du temps pour développer le sujet de la santé sexuelle auprès des hommes. Un médecin généraliste propose également que les CCP soient réalisées par une IDE ASALEE ce qui pourrait être une aide pour les médecins généralistes sachant que le rôle des IDE ASALEE a déjà été repensé pour pallier le manque de personnels dans les CEGIDD et les centres de santé sexuelle⁷².

5.4.3 Fréquence

Dans notre étude, les médecins généralistes estiment qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place plusieurs CCP dans 51 % des cas.

Si chez l'homme comme chez la femme, la CCP ne concerne que la première consultation « contraception et prévention », des consultations de suivi remboursées à 100% ont été instaurées chez la femme ce qui n'est pas le cas chez l'homme. En effet, une consultation de suivi dans l'année de la CCP, puis une par an jusqu'à 25 ans révolu sont proposées aux femmes⁷³. Instaurer ces consultations chez l'homme dans le cadre de CCP revalorisées financièrement ou dans le cadre d'un suivi CCP exonéré à 100% pourrait permettre d'optimiser le suivi des hommes. Les médecins généralistes pourraient répéter l'information dans le temps et répondre aux nouvelles questions soulevées par les hommes, comme le soulignent des médecins généralistes de notre étude dans leur réponse libre.

D'autres médecins questionnent l'intérêt de réaliser plusieurs consultations de santé sexuelle chez l'homme sachant que les hommes sont peu demandeurs. La thèse de Guillaume Courbois révèle le contraire puisqu'elle montre que les parent.e.s et les hommes sont peu informés de cette consultation et sont demandeurs d'une CCP³² d'où l'importance de diffuser l'existence de cette consultation.

5.4.4 Vers une CCP obligatoire

Les participant.e.s sont favorables à la réalisation systématique d'une CCP homme de moins de 26 ans dans 82 % des cas. La question 37 « Etes-vous favorable à la réalisation systématique d'une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle auprès des hommes de moins de 26 ans ? » aurait pu être mieux formulée car nous aurions aimé savoir si les médecins généralistes de notre étude sont favorables à la réalisation d'une CCP sans introduire la notion « systématique » qui pouvait s'entendre comme « obligatoire ». Deux questions distinctes auraient été préférables car un des médecins généraliste de notre étude se dit favorable à la CCP sans pour autant être en faveur de la mise en place systématique de cette consultation.

Plusieurs thèses^{32,74} ont déjà soulevé la question de rendre obligatoire cette consultation et/ou de l'inscrire dans le carnet de santé ce qui pourrait être établi sur le modèle des 20 consultations obligatoires et remboursées à 100% chez l'enfant⁷⁵. Les con-

sultations obligatoires déjà existantes entre l'âge de 11 et 13 ans et entre l'âge de 15 et 16 ans pourraient également être un moyen d'informer de l'existence d'une CCP.

5.5 Moyens de diffuser la CCP auprès des hommes

5.5.1 *Dispositifs*

Dans notre étude, les médecins généralistes n'ont pas mis en place de dispositifs permettant d'informer les hommes de l'existence d'une CCP dans 82 % des cas. Parmi les 13 % ayant mis en place un dispositif, l'information orale est la méthode la plus utilisée (10 %), suivi des affiches murales (6%) puis des dépliants (5%).

Nous entendons par « information orale », un message destiné aux hommes mais également aux parent.e.s ou autres membres de la famille, et aux femmes. Notre résultat est probablement sous-estimé du fait d'un problème de compréhension lors de la réalisation du questionnaire car les médecins disent pourtant informer les parent.e.s dans 63% des cas et les femmes dans 53 % des cas, de l'existence d'une CCP homme.

Les consultations de vaccination et de réalisation d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive ainsi que la CCP des femmes semblent être des consultations permettant de proposer aux hommes une CCP. La thèse de Justine Achard et Martin Jousset qui s'intéressait à l'abord de sujets relatifs à la santé sexuelle auprès d'adolescents, proposait également d'aborder ces sujets au cours de consultations de vaccination et de réalisation de certificat de non contre-indication à la pratique sportive⁷⁶.

À ce jour, aucun dépliant n'est disponible afin d'informer les hommes de l'existence d'une CCP bien qu'il existe des brochures et affiches ainsi que d'autres supports de communication (spot TV, radio, réseaux sociaux etc.) sur la santé sexuelle à destination des professionnels de santé et du grand public disponibles sur le site web:

(<https://selfservice.santepubliquefrance.fr/>). Il pourrait être intéressant de travailler sur un dispositif papier d'information de la CCP homme.

5.5.2 Lieux ressources

Dans plus de la moitié des cas, les jeunes hommes ne se présentent jamais pour recevoir des informations sur les lieux ressources et les médecins généralistes abordent rarement le sujet dans 1/3 des cas.

Les jeunes hommes sont peu informés de l'existence de ressources leur permettant de s'informer sur le sujet de la santé sexuelle⁷⁷. Un panel d'offres est pourtant aujourd'hui disponible grâce à Santé Publique France comme le site internet et le fascicule « onSEXprime » à destination des adolescent.e.s, « sexoSAFE » à destination des hommes homosexuels ou « question SEXUALITE » à destination des adultes⁴⁰. Les sites internet d'associations destinés à promouvoir la contraception masculine peuvent également être utiles : Reivoc, Ardecom, Garçon Link etc. Des lignes téléphoniques sont également disponibles comme le dispositif « Ligne Azur » (0810 20 30 40) destiné à lutter contre la LGBT-PHOBIES et prévenir le suicide, «SOS homophobie » (01 48 06 42 41), « fil santé jeunes » (0 800 235 236) qui répondent aux questions sur la santé générale des jeunes et « STOP » (0 806 23 10 63) qui permet de prévenir les actes de violence sexuelle. Il n'existe pas de numéro pour les hommes victimes de violences sexuelles mais l'association « SOS hommes battus France » dispose d'un site internet où sont référencés tous les numéros d'urgence dont les hommes peuvent avoir besoin⁷⁸.

Alors que les femmes bénéficient depuis longtemps d'un suivi sur le plan gynécologique grâce aux gynécologues, sage-femmes et médecins généralistes, les hommes ne savent pas vers qui se tourner. Sur le site « mon parcours handicap.gouv.fr », une rubrique sur le suivi médical des hommes indiquent que les hommes peuvent également être accueillis et accompagnés par un.e gynécologue ou un.e sage-femme dans le domaine de la sexualité⁷⁹. Pourtant, à ce jour, les sage-femmes ne peuvent pas utiliser la cotation « CCP » pour les hommes¹².

Les structures d'accueil existantes dans le département sont :

- les **CSS** (centre de santé de sexuelle) anciennement CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale) ;
- Le **planning familial**. Une antenne du planning familial a été mise en place en 2023 à l'île d'Oléron ;
- les **CEGIDD** (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic du VIH, des hépatites virales et autres IST) qui permettent d'avoir accès à un dépistage gratuit des IST .

5.6 Les enjeux de la CCP homme

5.6.1 **Motivations**

Les médecins sont majoritairement favorables à la mise en place systématique d'une CCP pour les hommes de moins de 26 ans bien que, comme expliqué précédemment, nos résultats puissent être sous-estimés du fait que certains médecins soient favorables à la CCP mais de manière non systématique.

Les principales motivations des médecins généralistes de notre étude sont :

- **Favoriser la responsabilité partagée de la charge contraceptive entre les hommes et les femmes ;**
- **Prévenir du risque de transmission des IST ;**
- **Prévenir du risque de grossesse non désirée ;**
- **Prévenir les violences.**

Ces résultats concordent avec la fréquence élevée à laquelle les médecins généralistes abordent ces sujets auprès des hommes, hormis pour la prévention des violences qui est majoritairement identifiée comme un enjeu de cette consultation alors que les médecins abordent rarement ce sujet. Cette différence suggère que les méde-

cins généralistes identifient le rôle qu'ils ont à jouer dans la prévention des violences mais restent mal à l'aise avec ce sujet.

La déconstruction des stéréotypes de genre, la prévention des troubles de la fonction sexuelle et la prévention de l'infertilité ne semblent pas identifiés comme faisant majoritairement partie des enjeux de cette consultation.

Afin de diffuser plus largement les enjeux de cette consultation, le ministère des solidarités et de la santé a missionné plusieurs rapports. Le premier fait un point sur les stéréotypes de genre en santé et invoque les professionnel.le.s de santé à déconstruire ces stéréotypes afin d'améliorer la santé globale : « L'amélioration de la santé globale passe par la prise de conscience que la santé des femmes ne se limite pas aux questions reproductives ; que la surmortalité des hommes jusqu'à 65 ans ne doit pas être considérée comme une fatalité ; que la santé des personnes intersexes ne se limite pas aux opérations d'assignation de sexe et que la santé des personnes trans ne se limite pas aux questions de changement de sexe »¹⁶.

Un autre rapport a été établi sur l'infertilité. Il définit des pistes de progression en matière de prévention de l'infertilité, notamment en introduisant dans la CCP un volet d'information et d'éducation à la prévention de l'infertilité pour tous les jeunes de 13 à 18 ans ou en mettant en place une consultation longue « santé reproductive et fertilité »⁸⁰. Pour finir, la prévention des troubles sexuels est également l'une des missions définie par la stratégie nationale en santé sexuelle d'ici 2030¹¹.

De plus, la cotation CCP a facilité ou facilitera la mise en place de la consultation pour 65% des médecins généralistes. La cotation CCP établit un cadre à la réalisation d'une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle auprès des hommes. Elle permet également une meilleure valorisation financière des médecins généralistes comme le souligne une participante de notre étude. Plusieurs thèses de médecine générale ont révélé que la.le médecin pouvait réaliser une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle sans coter la consultation du fait d'un manque de temps ou de l'oubli de cette cotation^{27,77} ce qui peut expliquer que 36 % des médecins de notre étude ne considèrent pas la cotation CCP comme étant « facili-

tante ». A noter que rien n'est mis en place pour assurer la traçabilité de cette cotation entre professionnel.le.s de santé. Si un.e médecin a déjà utilisé la cotation au préalable, le remboursement sera refusé par la sécurité sociale et la.le médecin devra convoquer le patient afin de lui faire régler la consultation. Plus largement, ces résultats posent la question de l'impact de ces cotations sur la santé. A l'heure actuelle, les données de la littérature ne semblent pas posséder de preuves suffisantes pour conclure à une réelle réussite de l'utilisation des incitations financières pour améliorer la qualité des soins primaires⁷⁶.

5.6.2 Freins

Parmi les médecins n'étant pas favorables à la réalisation systématique d'une CCP, nous obtenons 29 réponses libres concernant les freins à la mise en place d'une CCP homme.

Les principaux freins trouvés concordent avec ceux soulevés par Julia Tarragon dans sa thèse de médecine générale :

- **le manque de temps ;**
- **le manque de connaissance ;**
- **le caractère tabou de la santé sexuelle chez les hommes.**

Dans notre étude, aucun médecin ne se déclare mal à l'aise avec la réalisation d'une CCP ni ne semble marquer de désintérêt vis-à-vis de cette consultation. Ces résultats sont probablement soumis à un biais de sélection car tous les médecins généralistes de notre étude pratiquaient déjà des consultations relatives à la santé sexuelle auprès des hommes.

Le manque de connaissance des médecins généralistes au sujet de la CCP des hommes pourrait être amélioré par la mise en place d'une formation médicale à ce sujet puisque **76 % des médecins généralistes de notre étude seraient favorables à une formation**. En effet, la stratégie nationale de santé sexuelle veut renforcer la formation des professionnel.le.s de santé sur le sujet¹¹. Les médecins généralistes de notre étude seraient principalement favorables à une formation intégrée au sein d'une

formation médicale continue (72% des cas), d'une formation médicale initiale (47% des cas) et à des Webinaires, lecture d'article et fiches de recommandation et bonnes pratiques (40% des cas).

Dans l'attente de nouvelles actions de santé publiques, des réseaux de professionnel.le.s de santé se mettent en place et échangent par mail afin de diffuser des informations relatives au sujet de la santé sexuelle des hommes, notamment à propos de la contraception masculine. Dans notre étude, un.e médecin généraliste propose de créer un site internet sur le modèle d'« Antibioclic » sur la santé sexuelle des hommes ce qui nous paraît intéressant à développer.

6 Conclusion

Pour prévenir les risques en santé sexuelle et dans un souci d'égalité entre les hommes et les femmes, la CCP a été élargie aux hommes de moins de 26 ans en 2022¹². La création d'une CCP pour les hommes participe à redéfinir les pratiques des médecins généralistes relatives à la santé sexuelle et à la vie affective des hommes.

Afin d'éclaircir ce que pouvait être une CCP homme et optimiser la mise en place de cette consultation par les médecins généralistes, nous avons tenté de dégager ce que pouvait intégrer cette consultation en étudiant ce que les médecins généralistes réalisent aujourd'hui.

En 2024, les hommes consultent peu le médecin généraliste pour des motifs relatifs à vie sexuelle et affective et semblent attendre que les médecins généralistes abordent le sujet. Or, deux ans après la création d'une cotation « CCP » pour les hommes, la moitié des médecins généralistes de Charente-Maritime ne sont pas au courant de l'existence de cette cotation. Bien qu'ils soient favorables à la mise en place systématique d'une CCP auprès des hommes, ils n'ont majoritairement pas œuvré à modifier leur pratique et à diffuser cette information aux hommes.

Les médecins généralistes de Charente-Maritime contribuent à remplir les objectifs du plan national de santé sexuelle¹¹. Ils abordent principalement les sujets des IST et de la Vaccination en consultation mais d'autres sujets relatifs à la santé sexuelle et affective des hommes restent insuffisamment évoqués.

En effet, les sujets en rapport avec la procréation comme la contraception et l'infertilité sont peu abordés par les médecins généralistes. La charge procréative reste aujourd'hui principalement féminine bien qu'elle devrait être partagée avec les hommes. En 2024, 2 méthodes de contraceptions masculines sont principalement promues par les médecins généralistes: le préservatif et la vasectomie alors que d'autres méthodes telles que la contraception thermique et la contraception hormonale sont peu diffusées. En attendant l'introduction de nouvelles méthodes de contra-

ception masculines sur le marché, les médecins généralistes ont un rôle essentiel à jouer dans la promotion de la contraception auprès des hommes et des femmes. Ils doivent continuer à aborder le sujet de la contraception féminine avec les hommes et informer plus largement sur l'accessibilité de la pilule d'urgence, afin d'optimiser l'usage de ces contraceptions et le partage de la responsabilité contraceptive.

Les troubles sexuels et le sujet des violences sont encore tabous et peu d'études se sont intéressées à ce sujet chez les jeunes hommes. L'accompagnement en santé sexuelle des hommes ne peut se faire qu'à condition de repenser la construction traditionnelle du genre « masculin » qui prête à l'homme des qualités de maîtrise, de puissance et de domination, susceptibles de contribuer aux inégalités de santé. Les médecins généralistes doivent rester vigilants à ne pas stigmatiser les jeunes hommes et ceux qui pourraient s'identifier à travers d'autres masculinités ou d'autres genres.

Dans le but de déconstruire des stéréotypes de genre, d'améliorer les connaissances des médecins généralistes et d'uniformiser les pratiques sur la santé sexuelle des hommes, il serait intéressant de poursuivre notre travail en réalisant une méthode Delphi pour créer une fiche de recommandation et de bonnes pratiques sur la CCP des hommes de moins de 26 ans. Dresser une liste exhaustive des thèmes pouvant être abordés au cours de cette consultation permettrait aux médecins généralistes d'avoir des repères afin de réaliser plus largement la CCP auprès des hommes. Dans le même temps, les médecins généralistes œuvreraient à modifier la place des hommes dans le domaine de la santé sexuelle, et plus largement, dans la société.

- ception et de Prévention " : enquête de pratique auprès de 1138 médecins généralistes libéraux installés en France (cnrs.fr)
16. HAS. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020 [Internet]. 2020 [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020
 17. CMG. La contraception masculine [Internet]. 2024. Disponible sur : [contraception-masculine-en-France-CMG-2024.pdf](#)
 18. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2023 [Internet]. 2023. Disponible sur : [atlas finale 2023 copie3.indd \(conseil-national.medecin.fr\)](#)
 19. DREES. Démographie des professionnels de santé [Internet]. 2023 [cité 15 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
 20. Comersis. Densité des médecins par intercommunalités. [Internet]. [s.d.] [mise à jour le 05 janv 2023 ; [cité le 15 févr 2024]. Disponible sur: <https://comersis.com/Densite-des-medecins-par-intercommunalites-actualite-25.html>
 21. Corfias ME. Milieu rural, semi-rural ou urbain: confirmation d'indicateurs quantitatifs permettant de définir le milieu d'exercice des médecins généralistes [thèse en ligne]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2020. Disponible sur : [microsoft Word - thèse dépôt université.docx \(cnrs.fr\)](#)
 22. Département de Charente Maritime. Plan santé 2024 [Internet] . [s.d.] [cité 15 févr 2024]. Disponible sur: <https://ebook.charente-maritime.fr/eBook/Plan-sante/4/#zoom=true>
 23. DREES. Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. Etude et résultats. Numéro 1197. 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/er1197.pdf>
 24. ONDPS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. État de santé sexuelle et reproductive des femmes en France » [Internet]. 2023 [cité 15 févr 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>
 25. Le Quotidien du Médecin. Les généralistes réalisent en moyenne 22 consultations par jour [Internet]. 2019 [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/les-generalistes-realisent-en-moyenne-22-consultations-par-jour>
 26. David F. Comment aborder la sexualité des patients en médecine générale ? Étude comparative de deux techniques d'approche [thèse en ligne]. La Réunion : Université de la Réunion ; 2020. Disponible sur : [Comment aborder la sexualité des patients en médecine générale? Étude comparative de deux techniques d'approche \(cnrs.fr\)](#)
 27. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale: étude qualitative réalisée dans les Hauts de France [thèse en ligne]. Lille : Université de Lille ; 2018. Disponible sur : [microsoft Word - thèse Impression.docx \(univ-lille.fr\)](#)
 28. HAS. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes. [Internet]. [s.d.] [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
 29. Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. Bulletin de santé publique. [Internet]. 2022. Disponible sur : [Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2022. \(santepubliquefrance.fr\)](#)
 30. Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. Bulletin de santé publique [Internet]. 2023. Disponible sur : [Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023. \(santepubliquefrance.fr\)](#)
 31. Raphaëlle.B. Cap sur le dépistage et la prévention combinée pour la Journée mondiale de lutte contre le sida. Ministère du travail, de la santé et des solidarités[Internet]. 2024 [cité 22 mars

- 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/cap-sur-le-depistage-et-la-prevention-combinee-pour-la-journee-mondiale-de>
32. Courbois G. La consultation contraception et prévention comme méthode d’information et d’incitation à la vaccination contre les infections à papillomavirus chez le sujet de sexe masculin [thèse en ligne]. Nice : Université de Nice Côte d’Azur ; 2023. Disponible sur : [La consultation contraception et prévention comme méthode d’information et d’incitation à la vaccination contre les infections à papillomavirus chez le sujet de sexe masculin - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance \(cnrs.fr\)](#)
 33. Santé Publique France. Hépatite A : hausse du nombre de cas chez les hommes gays et bisexuels. [Internet]. 2023 [cité 15 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/hepatite-a-hausse-du-nombre-de-cas-chez-les-hommes-gays-et-bisexuels>
 34. Le Guen M, Ventola C, Bohet A et al. Men’s contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning. *Contraception*. 2015; 92(1):46-54.
 35. Roland N, Jourdain H, Weill A et Al. Etat des lieux de la pratique de la vasectomie en France entre 2010 et 2022. A partir des données du système national des données de santé (SNDS) [Internet]. 2024 [cité 14 mars 2024]. Disponible sur : https://drive.google.com/file/d/1duAv5HhsknfMcp0mNJyU6IxQgKdoUd/view?usp=drive_link&usp=embed_facebook
 36. OMS. Planification familiale/méthodes de contraception [Internet]. 2023 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
 37. Thomé C. « On fait juste attention. » La mesure du retrait comme méthode contraceptive dans les enquêtes en France depuis les années 1970. 2023;78(1):29-50
 38. Rahib D, Le guen M, Lydie N. Santé publique France. Baromètre santé 2016 contraception [Internet]. 2017. Disponible sur : [baromètre santé 2016 Contraception \(santepubliquefrance.fr\)](#)
 39. L alas J, Garbers S, Gold MA et Al. Young Men’s Communication With Partners and Contraception Use: A Systematic Review. *J Adolesc Health*. 2020;67(3):342-53
 40. Santé Publique France. Être bien informé pour préserver sa santé sexuelle, un enjeu de santé publique. [Internet]. 2023 [cité 18 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/etre-bien-informe-pour-preserver-sa-sante-sexuelle-un-enjeu-de-sante-publique>
 41. Herzberg N. La contraception masculine entre dans une nouvelle ère. *Le Monde* [Internet]. 2024 [cité 22 janv 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sciences/article/2024/01/08/la-contraception-masculine-entre-dans-une-nouvelle-ere_6209693_1650684.html
 42. Soufir, J.C., Mieusset, R. Guide pratique d’une contraception masculine hormonale ou thermique. *Basic Clin. Androl*. 22, 211–215 (2012). Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s12610-012-0192-1>
 43. Pierron E. La contraception masculine en médecine générale : représentations et comportements des médecins généralistes de l’Aude et l’Hérault [Thèse en ligne]. Montpellier : Université de Montpellier. 2022. Disponible sur : [la contraception masculine en médecine générale: représentations et comportements des médecins généralistes de l'Aude et l'Hérault \(cnrs.fr\)](#)
 44. Statista Research Departments. Part des hommes prêts à utiliser des méthodes contraceptives masculines France. [Internet]. 2024 [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/508871/disposition-hommes-pilule-masculine-selon-age-france>
 45. Laurent C, Mieusset R, Soufir JC, Perrin J. Real-life users of hormonal or thermal male contraception: An analysis of female partners’ motivation, experience, and satisfaction. *Andrology*. 29 févr 2024.

46. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. Cahiers du Genre. 2016;60(1):101-22
47. Bajos N, Rahib D, Lydié N. . Santé publique France. Baromètre santé 2016 Genre et sexualité [Internet]. 2018. Disponible sur : [Baromètre santé 2016. Genre et sexualité \(santepubliquefrance.fr\)](http://santepubliquefrance.fr)
48. Fil santé jeunes. C'est quoi une relation sexuelle ? [Internet]. 2013 [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/cest-quoi-une-relation-sexuelle-7055>
49. Binder P, Heintz A, Haller DM et Al. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. Early Intervention Psych. févr 2020;14(1):80-6
50. Crisologo J. Aborder la santé sexuelle en médecine générale : étude qualitative sur le vécu et les attentes des patientes [Thèse en ligne]. Clermont-Ferrand :Université Clermont Auvergne ; 2023. Disponible sur : [aborder la santé sexuelle en médecine générale : étude qualitative sur le vécu et les attentes des patientes - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance \(cnrs.fr\)](http://aborder-la-sante-sexuelle-en-medecine-generale-etude-qualitative-sur-le-vecu-et-les-attentes-des-patientes-dumas-depot-universitaire-de-memoires-apres-soutenance-cnrs.fr)
51. Potherat G , Tassel J, Épaulard O. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la médecine générale : mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soin. Étude HOMOGEN [Internet]. 2018. Disponible sur : [Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire \(santepubliquefrance.fr\)](http://Article-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-santepubliquefrance.fr)
52. Tarragon J, Messaadi N, Martin MJ et Al. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale ? 2020;31(159):4-10
53. Marsicano E, Bajos N, Pousson JE. Violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence : des agressions familiales dont on parle peu [Internet]. 2023 [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/33769/612.franceva.fr.pdf
54. Bajos N, Bozon M, l'Équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population & Sociétés. 2008;N° 445(5):1-4
55. Ministère de la Transformation et de la Fonction Publiques . Rapport : permettre aux médecins de mieux repérer les femmes victimes de violences conjugales. [Internet]. 2022 [cité 24 janv 2024]. Disponible sur: https://www.modernisation.gouv.fr/files/2022-11/Rapport%20Permettre%20aux%20m%C3%A9decins%20de%20mieux%20rep%C3%A9rer%20les%20femmes%20victimes%20de%20violences%20conjugales_0.pdf
56. Debauche A, Lebugle A, Brown E. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. INED [Internet]. 2017 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf
57. Guiguet-Auclair C. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse, Screening Tool). Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2021. Disponible sur : [validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST \(Woman Abuse Screening Tool\) \(santepubliquefrance.fr\)](http://validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool-santepubliquefrance.fr)
58. Préfet du territoire de Belfort. Le Violentomètre : un outil pour évaluer les violences au sein du couple. [Internet]. [s.d.] [mise à jour le 4 déc. 2023, cité le 22 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.territoire-de-belfort.gouv.fr/Actualites/Actualites/Le-Violentometre-un-outil-pour-evaluer-les-violences-au-sein-du-couple>
59. SOS homophobie. Rapport sur les LGBTIPHOBIES.[Internet]. 2023. Disponible sur : [Rapport sur les LGBTIphobies 2023 \(sos-homophobie.org\)](http://Rapport-sur-les-LGBTIphobies-2023-sos-homophobie.org)
60. HAS. Violences conjugales : quel rôle pour les professionnels de santé ? [Internet]. 2019 [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante

61. Picard DH, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans 2022 [Internet]. Disponible sur : [rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans - Ministère du travail, de la santé et des solidarités \(sante.gouv.fr\)](#)
62. Chrysalide. Enquête Chrysalide « Santé Trans 2011 » [Internet]. 2011 [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: <https://chrysalide-asso.fr/nos-documents/enquete-chrysalide-sante-trans-2011/>
63. Schlichthorst M, Sanci LA, Hocking JS. Health and lifestyle factors associated with sexual difficulties in men – results from a study of Australian men aged 18 to 55 years. BMC Public Health. 31 oct 2016;16(3):1043
64. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. Progrès en Urologie. Juill2013;23(9):811-21
65. Hamamah S. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité. Elsevier [Internet]. 2023 [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294781346000498>
66. Inpes. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? [Internet]. 2009 [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: [entre nous - Guide d'intervention pour les professionnels de santé \(medecin-ado.org\)](#)
67. Chatelain P. Les attentes et les besoins des adolescents sur l'abord de leur éducation affective et sexuelle par leur médecin traitant généraliste [thèse en ligne]. La Réunion : Université de la Réunion; 2021. Disponible sur : [les attentes et les besoins des adolescents sur l'abord de leur éducation affective et sexuelle par leur médecin traitant généraliste \(cnrs.fr\)](#)
68. Binder P, Caron C, Jouhet V et Al. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party : comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. Fam Pract. 1 oct 2010;27(5):556-62
69. Médecin-Ado. Comment vont les adolescents ? Les ados qui vont bien. [Internet]. [s.d.][cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.medecin-ado.org/comment-vont-les-adolescents/les-ados-qui-vont-bien>
70. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du praticien. 2005 ; 55: 1073-7 Disponible sur https://www.medecinado.org/addeo_content/documents_annexes/221-4-revuepraticien.pdf.pdf
71. DRESS. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine[Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
72. Bohic N, Josselin A, Sandeau-Gruber AC et Al. Trajectoire pour de nouveaux partages de compétences entre professionnel de santé [Internet]. 2021. Disponible sur : [2021-051r-tome_1_rapport.pdf \(igas.gouv.fr\)](#)
73. MG France. Beaucoup de changement pour la cotation CCP ! MG France [Internet]. 2022 [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/3119-beaucoup-de-changement-pour-la-cotation-ccp>
74. Lespes C. La première consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle chez les jeunes, jusqu'à 25 ans révolus, réalisée par les médecins généralistes : freins et leviers [thèse en ligne]. Montpellier : Université de Montpellier. 2022. Disponible sur : [la première consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle chez les jeunes, jusqu'à 25 ans révolus, réalisée par les médecins généralistes: freins et leviers \(cnrs.fr\)](#)
75. OMNIPrat. Examens médicaux obligatoires de l'enfant jusqu'à 16 ans. [Internet]. [s.d.][mise à jour le 7 nov. 2023, cité le 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://omniprat.org/fiches-pratiques/pediatrie/examens-medicaux-obligatoires-de-lenfant-jusqua-16-ans>

76. Achard J, Jousset M. De quelle manière sont abordées les questions relatives à la sexualité, aux IST et à la contraception chez les adolescents de sexe masculin en consultation de médecine générale ? [thèse en ligne]. Grenoble : Université de Grenoble Alpes ; 2022. Disponible sur : [de quelle manière sont abordées les questions relatives à la sexualité, aux IST et à la contraception chez les adolescents de sexe masculin en consultation de médecine générale ? - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance \(cnrs.fr\)](#)
77. Breuzard L. Quel serait l'accueil d'une consultation dédiée à la contraception et à la prévention sans avance de frais pour les adolescents garçons ? Point de vue des adolescents [thèse]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2019.
78. SOS Hommes Battus France – Association loi 1901 et reconnue d'Intérêt Général dans l'aide et l'assistance aux hommes victimes de violences domestiques- disponible sur : <https://soshommesbattus.org>
79. Santé sexuelle : quels suivis médicaux pour les personnes en situation de handicap ? Mon Parcours Handicap [Internet]. 2023 [mis à jour le 12 fév. 2024, cité le 12 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/sante-sexuelle-quels-suivis-medicaux>
80. Hamamah S. Berlioux S. Rapport sur les causes d'infertilité. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité [Internet]. 2022. Disponible sur : [rapport sur les causes d infertilite.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)

8 Table des illustrations

8.1 Table des tableaux

1. Caractéristiques de la population
2. Connaissance de la CCP homme en fonction du mode d'exercice
3. Les motifs de consultation des hommes
4. Les sujets abordés par les médecins généralistes
5. Contraceptions masculines connues par les médecins généralistes
6. Contraceptions masculines présentées aux hommes
7. Responsabiliser les hommes à la contraception en fonction de l'âge des participant.e.s
8. Présentations des hommes en consultation de santé sexuelle
9. Conditions de la consultation en santé sexuelle
10. Autres motifs de consultation permettant d'aborder le sujet de la santé sexuelle
11. Dispositifs de diffusion de la CCP
12. Diffusion de la CCP auprès des hommes en fonction du mode d'exercice
13. Motivations des médecins généralistes favorables à une CCP homme
14. Freins des médecins généralistes défavorables à une CCP homme

8.2 Table des figures

1. Diagramme des participant.e.s
2. Réalisation de CCP par les médecins généralistes
3. Nombre de CCP par mois réalisées par les médecins généralistes
4. Nombre de consultations par mois pour un motif relatif à la santé sexuelle chez les hommes
5. Connaissance de la cotation « CCP » homme par les médecins généralistes
6. Aborder d'autres sujets relatifs à la vie affective et sexuelle au cours d'une consultation pour un motif relatif à la santé sexuelle des hommes
7. Autres thèmes abordés par les médecins généralistes
8. Présentation des contraceptions masculines aux femmes en fonction du genre des médecins généralistes
9. Responsabilisation des hommes à la contraception
10. Information sur l'accessibilité à la pilule d'urgence
11. Information sur l'accessibilité des préservatifs
12. Durée réelle d'une CCP
13. Durée idéale d'une CCP
14. Fréquence d'une CCP
15. Diffusion de la CCP auprès des hommes
16. Information des parents de l'existence de la CCP
17. Les femmes comme vecteur d'information des hommes de la contraception masculine
18. Information des femmes de l'existence d'une CCP pour les hommes
19. Inclusion du partenaire au cours d'une consultation de santé sexuelle pour les femmes
20. Vers la réalisation systématique d'une CCP homme
21. Influence de la cotation « CCP » sur la réalisation d'une CCP homme

9 Annexe

9.1 Questionnaire

Enquête de pratique auprès des médecins généralistes libéraux de Charente- Maritime: la consultation de contraception et prévention en santé sexuelle auprès des hommes de moins de 26 ans

Durée: 5 minutes

Service rendu: une docteure en médecine générale !

Protection des données personnelles

Information destinée aux participant.e.s

L'Université de Poitiers met en œuvre un traitement de vos données personnelles dans le cadre de la réalisation d'une étude en santé.

L'Université de Poitiers est attachée à la protection de la vie privée de la communauté universitaire dans le respect du règlement européen (UE) 2016/679 du parlement Européen et du Conseil du 27 Avril 2016 et de la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée.

Ces textes imposent au responsable de traitement une mise à disposition d'une information claire, compréhensible et facilement accessible par les personnes concernées par le traitement.

Responsable de traitement

L'Université de Poitiers, représentée par Mme la Présidente, est responsable de traitement.

Bases juridiques du traitement

Mission d'intérêt public (Article 6.1.e RGPD) : En vertu de l'article L123-2 de code de l'éducation.

Finalités du traitement

-Analyser les pratiques de soin des professionnels de santé afin de mieux définir la consultation de contraception et prévention en santé sexuelle auprès des hommes de moins de 26 ans et optimiser sa mise en place ;

-Production de publications anonymes.

Destinataires des données

-Le directeur de thèse/mémoire ;

-L'étudiant menant l'étude.

Transfert de données

-Aucun transfert de données n'est effectué en dehors de l'Union Européenne.

Durée de conservation

-2 ans après les dernières publications ;

-Les données LimeSurvey sont effacées après la soutenance de thèse.

Exercice de vos droits

Vous disposez du droit d'accès, de rectification, de limitation du traitement et d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès de l'UFR Médecine/Pharmacie de l'Université de Poitiers ou auprès du délégué à la protection des données à l'adresse dpo@univ-poitiers.fr (<mailto:dpo@univ-poitiers.fr>).

Si la réponse apportée demeurerait insatisfaisante, il est possible d'adresser une réclamation à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) :

3 place de Fontenoy TSA 80715
74334 Paris Cedex 07 www.cnil.fr

Il y a 48 questions dans ce questionnaire.

Informations personnelles

1 Vous êtes :

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme
- Femme
- Non binaire

2 Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 25 à 35 ans
- 36 à 45 ans
- 46 à 55 ans
- 56 à 65 ans
- > 65 ans

3 Vous exercez en milieu :

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Urbain
- Rural
- Semi-rural

4 Quel est votre mode d'exercice ?

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Individuel
- En groupe hors maison de santé pluridisciplinaire
- En groupe au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire

5 Etes-vous ou avez-vous été maître de stage ?

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

6 Avez-vous suivi une formation spécifique en santé sexuelle ?

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

7 Si oui, laquelle ?

Veillez écrire votre réponse ici :

8 Réalisez-vous des consultations de contraception et prévention en santé sexuelle auprès de personnes de moins de 26 ans ?

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

9 Si oui, Par mois, combien de consultations de contraception et prévention en santé sexuelle réalisez-vous ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0
- 1 à 5
- 6 à 10
- 11 à 15
- > 15

10 Savez-vous qu'il existe une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle (cotation CCP) pour les hommes de moins de 26 ans ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

11 Réalisez-vous des consultations relatives à la santé sexuelle et à la vie affective auprès des hommes de moins de 26 ans ?

Exemple: infection sexuellement transmissible (IST), rupture amoureuse etc.

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

12 Si oui

Par mois, combien d'hommes recevez-vous en consultation pour ce type de motif ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

! Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0
- 1 à 5
- 6 à 10
- 11 à 15
- > 15

Depuis le 1er avril 2022, l'assurance maladie a élargi le champ de prévention en santé sexuelle aux jeunes hommes de moins de 26 ans en permettant une cotation spécifique "CCP". Cette cotation permet à l'assuré de bénéficier du tiers-payant ainsi que de l'anonymat pour les personnes mineures.

Le sujet de ma thèse porte sur les modalités de mise en place d'une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle auprès des hommes de moins de 26 ans

13 Pour quels motifs relatifs à la santé sexuelle et à la vie affective les hommes se présentent-ils en consultation ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Contraception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infections sexuellement transmissibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaccinations (HPV, hépatite B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble sexuel (dysfonction érectile, éjaculation précoce etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infertilité (diagnostic, facteur de risque, prise en charge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relations amoureuses et/ou sexuelles (orientation sexuelle, consentement, rapport sexuel, rupture amoureuse, jalousie etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identité de genre et/ou demande de transition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences (conjugales, sexuelles, inceste, lutte contre les discriminations et préjugés envers les LGBTQI+, harcèlement scolaire, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demande d'information sur les lieux ressources (Ce-GIDD, CSS, planning familial etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14 Profitez-vous d'un motif de consultation en santé sexuelle pour aborder d'autres sujets relatifs à la vie affective et sexuelle ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- oui
- non

15 Si oui, Abordez-vous les sujets suivants ?

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Contraception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infections sexuellement transmissibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaccinations (HPV, hépatite B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble sexuel (dysfonction érectile, éjaculation précoce etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infertilité (diagnostic, facteur de risque, prise en charge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relations amoureuses et/ou sexuelles (orientation sexuelle, consentement, rapport sexuel, rupture amoureuse, jalousie etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identité de genre et/ou demande de transition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violences (conjugales, sexuelles, inceste, lutte contre les discriminations et préjugés envers les LGBTQI+, harcèlement scolaire, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demande d'information sur les lieux ressources (CeGIDD, CSS, planning familial etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16 Abordez-vous d'autres thèmes au cours de cette consultation ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

17 Si oui, lesquels ?

18 Si vous réalisez des consultations de contraception et prévention en santé sexuelle, combien de temps accordez-vous à cette consultation ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 15 min
- 15 min
- 20 min
- 30 min
- > 30 min

Pour tendre vers plus d'égalité homme femme, le ministère de la solidarité et de la santé a rédigé une feuille de route sur les stratégies nationales de santé sexuelle entre 2021 et 2024 qui vise à promouvoir l'accès à la contraception masculine. Cela permettrait de répartir le poids de la contraception qui pèse aujourd'hui majoritairement sur les femmes.

19 Quelles contraceptions masculines connaissez- vous ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Retrait
- Préservatif
- Vasectomie
- Contraception masculine hormonale (injection de testostérone)
- Contraception masculine thermique (slip, jockstrap, anneau)

Autre:

20 Lorsqu'un homme se présente en consultation pour un motif "contraception", quelles sont les méthodes de contraception que vous présentez ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Retrait
- Préservatif
- Vasectomie
- Contraception masculine hormonale (injection de testostérone)
- Contraception masculine thermique (slip, jockstrap, anneau)
- Contraception féminine (pilule, DIU, implant, anneau, patch, salpingectomie, méthode naturelle etc.)

Autre:

21 Pensez-vous qu'informer les hommes des contraceptions féminines puissent responsabiliser l'homme dans la contraception ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

22 Informez-vous les hommes que la pilule d'urgence peut être délivrée dans une pharmacie de ville, gratuitement, sans prescription médicale et sans avance de frais, à toute personne (quel que soit son genre) mineure ou majeure de moins de 26 ans ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

23 Informez-vous les hommes de moins de 26 ans de la gratuité sans ordonnance en pharmacie des préservatifs masculins des marques « Eden » et « Sortez couverts ! » ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

24 Lorsqu'une femme se présente en consultation pour un motif "contraception", présentez-vous des méthodes de contraception masculine ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

25
Si oui, Lequelles?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Retrait
 Préservatif
 Vasectomie
 Contraception masculine hormonale (injection de testostérone)
 Contraception masculine thermique (slip, jockstrap, anneau)

Autre:

26 Pensez-vous qu'informer les femmes des méthodes de contraception masculine puissent-être un moyen d'informer les hommes sur ces contraceptions ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

27 Si oui, pourquoi ?

Veillez écrire votre réponse ici :

28 Si non, pourquoi ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Après avoir défini ensemble ce que pouvait intégrer une consultation de contraception et de prévention en santé sexuelle auprès des hommes, réfléchissons à la mise en place de cette consultation.

29 Le plus fréquemment, comment l'homme se présente-t-il en consultation relative à la vie sexuelle et affective ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Seul	<input type="radio"/>				
Avec sa ou son partenaire	<input type="radio"/>				
Avec sa mère ou une autre femme de sa famille	<input type="radio"/>				
Avec son père ou un autre homme de sa famille	<input type="radio"/>				
Avec un ou des ami.e.s	<input type="radio"/>				

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

30 Généralement les consultations en santé sexuelle des hommes ont lieu :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
A la demande du patient	<input type="radio"/>				
Au cours d'une consultation pour un motif ne touchant pas à la santé sexuelle	<input type="radio"/>				
Au cours d'une consultation pour un motif relatif à la santé sexuelle (urétrite, phimosis etc.)	<input type="radio"/>				
Au cours d'une consultation pour l'un des parents	<input type="radio"/>				
Au cours d'une consultation pour un.e partenaire	<input type="radio"/>				

31 Proposez-vous aux hommes une consultation relative à la santé sexuelle au cours des motifs de consultation suivant ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Certificat de non contre-indication à la pratique sportive
- Vaccination
- Pathologie aigue
- Suivi d'une pathologie chronique

Autre:

32 Informez-vous les parents de l'existence d'une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle pour les hommes ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

33 Informez-vous les femmes au cours d'une consultation de contraception et prévention de l'existence d'une CCP homme?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

34 Lorsqu'une femme est accompagnée de son partenaire durant une consultation de santé sexuelle, pensez-vous inclure le partenaire à la conversation ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

35 Avez-vous mis en place un dispositif permettant d'informer les hommes de l'existence d'une consultation de contraception et prévention ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

36 Si oui, lesquels ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Information orale au décours d'une consultation

Sur votre plateforme de rendez-vous en ligne

Dépliant

Affiche murale

Lettre ou mail envoyé directement aux jeunes de moins de 26 ans

Autre:

L'organisation mondiale de la santé définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, et non pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La stratégie nationale de santé sexuelle vise la mise en place une consultation de santé sexuelle globale auprès de tou.t.e.s.

37 Êtes-vous favorable à la réalisation systématique d'une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle auprès des hommes de moins de 26 ans?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

38 Si oui, pourquoi ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Prévention du risque de grossesse non désirée
- Responsabilité partagée de la charge contraceptive
- Prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)
- Prévention des troubles de la fonction sexuelle
- Prévention de l'infertilité
- Prévention des violences (conjugales, sexuelles, harcèlement, homophobie, transphobie, inceste, pédophilie...)
- Déconstruction des stéréotypes de genre
- Autre:

39 Si non, pourquoi ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Je manque de temps
- Je manque de connaissance à ce sujet
- Je suis mal à l'aise avec le sujet
- La santé sexuelle reste tabou pour les hommes
- La contraception est une responsabilité féminine
- Le sujet ne m'intéresse pas

Autre:

40 Selon vous, combien de temps devrait durer cette consultation ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 15 min
- 15 min
- 20 min
- 30 min
- > 30 min

41 Pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place plusieurs consultations de contraception et prévention en santé sexuelle auprès des hommes de moins de 26 ans ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

42 Si oui, pourquoi ?

Veillez écrire votre réponse ici :

43 Si non, pourquoi ?

Veillez écrire votre réponse ici :

44 Est-ce que la création d'une cotation spécifique a facilité ou facilitera la mise en place d'une consultation de contraception et prévention en santé sexuelle auprès de vos patient.e.s ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

45 Pensez-vous qu'une formation à ce type de consultation soit nécessaire ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

46 Si oui, comment ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Formation médicale initiale
- Formation médicale continue
- Webinaire, lecture d'article, fiche de recommandation et bonne pratique
- Association de patient.e.s
- Diplôme universitaire
- Autre:

47 Si non, pourquoi ?

Veillez écrire votre réponse ici :

48

Pour finir, merci de bien vouloir saisir un code de pseudonymisation (première lettre de votre prénom et votre nom suivi d'un numéro à 3 chiffres) vous permettant d'accéder au résultat de votre questionnaire conformément à l'exercice de vos droits.

Exemple : claire perrot (CP126)

Veillez écrire votre réponse ici :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire, qui contribuera, j'espère, à remplir les objectifs nationaux de santé sexuelle fixés à 2030. Vous êtes libre d'écrire des remarques concernant la consultation de contraception et prévention en santé sexuelle des hommes de moins de 26 ans ou bien de me poser des questions auxquelles je répondrais volontiers à l'adresse mail suivante: claire.perrot-audet@hotmail.fr

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

9.2 Définitions

- Adolescent.e: période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans
- Chem Sex : prise de drogue lors des rapports sexuels
- Indice de Pearl : nombre de grossesses observées pour 100 couples utilisant une contraception donnée durant un an
- Identité de genre : sentiment personnel d'appartenance à un genre et la volonté d'être perçu comme appartenant à ce genre
- Personne cisgenre (ou cis) : personne qui se sent du même genre que celui que l'on s'est vu attribuer à la naissance
- Personne transgenre (ou trans): personne qui se sent d'un genre différent du sexe assigné à la naissance. Cela englobe toute personne ayant fait ou souhaitant faire le choix d'une transition, qu'elle choisisse ou non d'avoir recours à des traitements médicaux et/ou des chirurgies dans cet objectif
- Personne intersexe : personnes nées avec des caractères sexuels (génitaux, hormonaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins
- Dysfonction sexuelle : difficulté rencontrée par un individu lors de l'activité sexuelle, l'exposant à des souffrances parfois importantes (dysfonction érectile, désir sexuel hypoactif, éjaculation prématurée, éjaculation retardée)
- Violence sexuelle : tout acte sexuel commis avec violence, contrainte, menace ou surprise
- Viol : acte de pénétration sexuelle ou acte bucco-génital commis sur une personne, avec violence, contrainte, menace ou surprise, c'est-à-dire sans son consentement libre et éclairé
- Agression sexuelle : atteinte sexuelle commise sur une personne avec violence, contrainte, menace ou surprise, c'est-à-dire sans son consentement libre et éclairé

9.3 Chiffres clés

9.3.1 **IST**

9.3.1.1 *VIH*

Le nombre de découverte de séropositivité VIH en 2022 a été estimé à 5 738, nombre significativement diminué par rapport à 2019. Cette diminution est concomitante d'une augmentation de recours à la PrEP dont l'information par les professionnel.le.s de santé devrait être encore élargie. Les hommes cis représentent 67% des découvertes de séropositivité VIH, les femmes cis 31% et les personnes trans 2%. La proportion de diagnostics tardifs est toujours plus élevée chez les personnes hétérosexuelles (51%) que chez les personnes homosexuelles (33%). Environ 40% des personnes ont découvert leur séropositivité alors qu'elles étaient déjà à un stade tardif de l'infection à VIH . Les principaux modes de contamination des personnes étaient les rapports hétérosexuels (54%) et les rapports sexuels entre hommes (41%) chez des personnes cis.^{1,2}

9.3.1.2 *Ct*

En 2022, le nombre de personnes de 15 ans et plus diagnostiquées pour une infection à Ct au moins une fois dans l'année en secteur privé a été estimé à environ 53 000, soit une augmentation de 5% par rapport à 2021 et de 16% par rapport à 2019. Plus des deux tiers des personnes dépistées en 2022 sont des femmes ce qui peut partiellement s'expliquer par le dépistage préconisé par la HAS en 2018 des femmes de 15 à 25 ans (y compris enceintes). En 2023, une augmentation des dépistages a été constaté chez les hommes (+134% et 102% chez les femmes) et en particulier chez les hommes de 15 à 25 ans. Les femmes représentent 50% des cas déclarés dont 98% sont hétérosexuelles et 2% sont homosexuelles. Parmi les hommes, 63% sont hétérosexuels et 37% sont homosexuels².

9.3.1.3 *Gonocoque*

Le nombre de cas en médecine générale a augmenté de 34% en 2022(29 300 cas en 2022 vs 21 750 cas en 2021). Les trois-quarts des personnes dépistées en 2022 sont des femmes. Le nombre de personnes diagnostiquées augmente par rapport à 2021 (29

300 cas). Les hommes représentent 75% des cas déclarés. Les hommes homosexuels représentent 64% des cas, les hommes hétérosexuels 18%, les femmes hétérosexuelles 13% et les femmes homosexuelles 4,5%^{1,2}.

9.3.1.4 Syphilis

Les deux tiers des personnes dépistées en 2022 sont des femmes. Cette proportion élevée s'explique en partie, par le dépistage obligatoire de la syphilis pendant la grossesse. En 2022, on constate une augmentation d'incidence de la maladie de 27% par rapport à 2019. Les hommes représentent 84% des cas déclarés, dont 82% sont homosexuels².

9.3.1.5 VHB

En France, entre 2003 et 2022, 1 969 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés. La majorité des personnes concernées étaient des hommes (sexe ratio H/F= 2,6)³.

9.3.1.6 VHC

En 2021, les taux de positivité des tests de dépistage de l'hépatite C (Ac anti VHC, Ag HBs) sont en diminution par rapport à ceux estimés en 2016 ce qui est probablement corrélé à une amélioration des traitements permettant une diminution de la propagation du virus³.

9.3.1.7 HPV

En 2018, la proportion de cas de cancer HPV induit est estimé à 2,9 % chez la femme et 0,9 % chez l'homme⁴. Les verrues anogénitales (ou condylomes anogénitaux) sont très fréquentes chez la femme comme chez l'homme (entre 94 920 et 117 888 nouveaux cas par an en France)⁵. Il n'existe pas de dépistage de masse de l'HPV pour les hommes. On recommande un dépistage du cancer anal auprès d'un.e proctologue à tous les hommes de plus de 30 ans ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes atteint du VIH⁶.

9.3.2 Violences

9.3.2.1 Discriminations liées à l'orientation sexuelle

En 2022, SOS homophobie a reçu 1 195 témoignage de LGBTIphobies soit une augmentation de 5 % par rapport à 2021. 30% des victimes sont âgées de moins de 24 ans. La majorité des agresseurs sont des hommes. Parmi les agressions, on retrouve 52% d'actes de gayphobie, 32% de lesbophobie, 6% de biphobie et panphobie. Le nombre de cas de transphobies est en forte augmentation (26 % de cas en plus en 2022 par rapport à 2021)⁷.

9.3.2.2 Violence conjugale

En 2022, 27 % des femmes ont été victimes de violences psychologiques par leur partenaire, 15,9 % de violences physiques ou sexuelles.

Les jeunes femmes sont surreprésentées parmi les victimes Au cours de la même année, 118 femmes et 27 hommes ont été tué par leur partenaire. ⁸

9.3.2.3 Inceste

Des violences incestueuses sont rapportées par 4,6 % des femmes et 1,2 % des hommes de moins de 18 ans et prédominent avant l'âge de 11 ans.

Les violences sont commises par des hommes dans 96,5% chez les filles et 89,7 % chez les garçons. Plus de la moitié des femmes et 39 % des hommes concernés déclarent en avoir déjà parlé. Un professionnel de santé a été informé dans un peu moins d'un cas sur sept (13,8 % des femmes et 11,7 % des hommes)⁹.

9.3.3 Sources bibliographiques

1. Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. Bulletin de santé publique [Internet]. 2022. Disponible sur : [Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2022.](#) (santepubliquefrance.fr)
2. Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. Bulletin de santé publique [Internet]. 2023. Disponible sur : [Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023.](#) (santepubliquefrance.fr)
3. Hépatites B, C et Delta : une activité de dépistage élevée et en augmentation [Internet]. 2023 [cité 18 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/hepatites-b-c-et-delta-une-activite-de-depistage-elevee-et-en-augmentation>
4. Shield, K.D., Marant Micallef, C., de Martel, C. et Al. New cancer cases in France in 2015 attributable to infectious agents: a systematic review and meta-analysis. Eur J Epidemiol 33, 263–274 ;2018. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0334-z>
5. HAS. Elargissement de la vaccination contre le papillomavirus aux garçons. Recommandation vaccinale [Internet]. 2019. Disponible sur : [Haute Autorité de santé \(has-sante.fr\)](#)
6. SNFCP. Dépistage des lésions précancéreuses de l’anus d’origine virale. 2019 [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.snfcpc.org/informations-maladies/infections-sexuellement-transmises/depistage-des-lesions-precancereuses-de-lanus-dorigine-virale/>
7. SOS homophobie. Rapport sur les LGBTIPHOBIES [Internet]. 2023. Disponible sur : [Rapport sur les LGBTIphobies 2023 \(sos-homophobie.org\)](#)
8. Ministère chargé de l’égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Vers l’égalité réelle entre les femmes et les hommes. Chiffres-clés [Internet]. 2022. Disponible sur : [Chiffres-clés, Édition 2022, Vers l’égalité réelle entre les femmes et les hommes \(egalite-femmes-hommes.gouv.fr\)](#)
10. Marsicano E, Bajos N, Pousson JE. Violences sexuelles durant l’enfance et l’adolescence : des agressions familiales dont on parle peu [Internet]. 2023 [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/33769/612.franceva.fr.pdf

9.4 Dépistage des IST

Infections sexuellement transmissibles

IST	Population générale	Personnes migrantes	Travailleurs/ses du sexe	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et personnes transgenres à risque élevé	Usagers de drogues injectables	Personnes vivant avec le VIH
VIH	au moins 1 fois dans la vie ET - si changement récent de partenaire - si multipartenariat - si recours aux soins, en l'absence de dépistage antérieur		1 fois / an ou plus fréquemment	tous les 3 mois	1 fois / an	
VHB	1 fois en l'absence d'antécédent de vaccination		1 fois / an ou plus fréquemment	1 fois + vaccination si négatif (+ VHA)	1 fois + vaccination si négatif	
VHC	1 fois - si transfusion avant 1992 - si antécédent d'incarcération - si né ou ayant vécu en pays d'endémie	idem population générale, renouveler au moins 1 fois / an si prises de risques	idem population générale	tous les 3 mois	1 fois / an	
Syphilis	non		1 fois / an ou plus fréquemment	au moins 1 fois / an	idem population générale	En fonction des comportements et pratiques à risques
Chlamydia et Gonocoque	1 fois chez : - les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans - les femmes et hommes > 25 ans à facteurs de risques : multipartenariat, changement récent de partenaire, antécédent ou diagnostic d'une autre IST... 1 fois / an si : rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire		idem population générale	tous les 3 mois sur 3 sites (urinaire, anal, pharyngé)	idem population générale	

Recommandations de dépistage des principales IST
décembre 2019
source : Haute Autorité de Santé (HAS)

Quel dépistage ?

VIH
Sérologie VIH : test ELISA combiné de 4^{ème} génération, à confirmer sur un 2^{ème} prélèvement si positif.
Délai de séroconversion : 6 semaines
à contrôler 6 semaines après une prise de risque)

VHB (Hépatite B)
Sérologie VHB : (Ag HBs, Ac anti HBs, Ac anti HBc)
Interprétation :

Ag HBs -	Ac anti HBs -	Ac anti HBc -	Pas eu d'hépatite, pas eu de vaccin
Ag HBs -	Ac anti HBs +	Ac anti HBc -	Vaccination
Ag HBs +	Ac anti HBs -	Ac anti HBc +	Hépatite B chronique
Ag HBs -	Ac anti HBs +	Ac anti HBc +	Hépatite B guérie

Prescrire une recherche d'infection par le virus delta en cas d'Ag HBs positif

VHC (Hépatite C)
Sérologie VHC :
- Si sérologie positive : à compléter par un ARN VHC (permet de distinguer les porteurs chroniques de l'hépatite C, des patients immunisés et/ou guéris après traitement).
- Si antécédent d'hépatite C : ARN VHC (les anticorps ne sont pas protecteurs, une nouvelle contamination est possible après avoir guéri d'une première hépatite C).
Délai de séroconversion : 3 mois

Syphilis
Sérologie Syphilis :

Réactions	Interprétation
Test tréponémique - Test non tréponémique -	Absence de tréponématose Syphilis en incubation Syphilis primaire dans les 5 à 10 premiers jours du chancre
Test tréponémique - Test non tréponémique+	Faux positifs
Test tréponémique + Test non tréponémique - (ou titre faible Ac)	Syphilis guérie Séquelle sérologique d'une tréponématose vénérienne ou non vénérienne Exceptionnellement, syphilis tardive
Test tréponémique + Test non tréponémique+	Syphilis [précoce ou tardive] Ou tréponématose non vénérienne (zone d'endémie)

Délai de séroconversion 3 à 5 semaines

Chlamydia et Gonocoque
PCR sur urines du 1^{er} jet chez l'homme, écouvillon vaginal/prélèvement cervical chez la femme +/- prélèvement rectal, pharyngé.

- Pas de sérologie pour le dépistage des infections génitales basses.
- Peut être complété par une culture en cas de prélèvement Gonocoque positif pour réaliser un antibiogramme.




Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins – 2019

A noter qu'en fonction de l'exposition et des pratiques sexuelles, il peut être nécessaire de réaliser des prélèvements multisites, urétraux, anaux et pharyngés, pour rechercher un portage asymptomatique de Chlamydia et Gonocoque. Cela ne semble plus seulement s'appliquer qu'aux hommes homosexuels.

9.5 Contraception masculine

8 méthodes de contraception masculine disponibles ou utilisées en France en 2024

Parmi les huit méthodes suivantes, les 4 premières détaillées ici sont connues, validées et d'efficacité très variable.



La vasectomie



Efficacité : **haute**



0,5% des hommes en France contre 2,1% en Allemagne et 3,7% en Belgique¹¹

Le nombre de vasectomies réalisées par an en France a été multiplié par 10 lors de la dernière décennie (chiffres de la caisse nationale d'assurance maladie).

La méthode est efficace au bout de 3 mois, à vérifier avec un spermogramme.

Les études ont évalué le risque de grossesse à 0,15% au bout de la première année^{12,13}, soit **3 fois plus efficace que la ligature des trompes**.

La vasectomie est un acte de chirurgie mineure qui cause **20 fois moins de complications chirurgicales que la ligature des trompes**¹⁴.

Plusieurs techniques existent. L'OMS recommande la technique MIV (Mini Invasive Vasectomy, anciennement appelée "no scalpel vasectomy") sous anesthésie locale¹⁵.

Il faut la présenter comme une méthode définitive, mais **possiblement réversible** par vasovasostomie, technique qui nécessite une expertise qui n'est pas encore acquise par tous les urologues en France. Le taux de succès dépend de l'ancienneté et de la technique de vasectomie.

Érection et éjaculation restent inchangées. La sexualité des couples est identique voire meilleure après la vasectomie^{16,17,18,19}.

Cadre légal : être majeur, avoir respecté un **délai de 4 mois de réflexion** et s'être vu proposer une **cryopréservation de sperme** (frais de conservation restants à charge de la personne : 40,50€/an).

^{11,12,13,14,15,16,17,18,19} - Ces sources sont disponibles en scannant le code QR en dernière de couverture ou en vous rendant à l'adresse suivante : cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france



Le préservatif externe (dit « masculin »)

- Efficacité : **faible** (peu de médecins le savent)
- 10% des couples en France²⁰

Les études ont évalué le risque de grossesse à 18% par an^{21,22}.

Le préservatif reste **indispensable pour se protéger contre les IST**. Les moins de 26 ans peuvent se procurer en pharmacie des préservatifs des deux marques « Eden[®] » et « Sortez couverts[®] », **sans ordonnance et sans avance de frais**. Ils sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie²³. Ils sont en latex.

Pour les 26 ans et plus, ces mêmes préservatifs sont **remboursés à 60% par l'Assurance Maladie** sur ordonnance²⁴. À ce jour, **aucune marque de préservatif sans latex n'est remboursée**.



Le retrait

- Efficacité : **faible**
- 1% des couples en France²⁵

Les études ont évalué le risque de grossesse à 22% par an^{26,27}.

Respecter le choix des hommes/couples qui utilisent cette méthode. Il faut accepter le fait que la meilleure contraception est toujours celle qui a été choisie par la personne ou le couple²⁸.



L'abstinence périodique

- Efficacité : **faible**
- 1% des couples en Europe de l'Ouest²⁹

Les études ont évalué le risque de grossesse à 24% par an^{30,31}.

20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31 - Ces sources sont disponibles en scannant le code QR en dernière de couverture ou en vous rendant à l'adresse suivante : cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france

On compte également 2 méthodes non évaluées, d'efficacité totalement inconnue³² :

- **L'injaculation (ou éjaculation sèche)** qui consiste à provoquer une éjaculation rétrograde au moment de l'orgasme. Pour cela l'homme exerce une pression sur l'urètre à un point équidistant entre l'anus et le scrotum.
- **Les pratiques non-vagino-pénétrantes** permettent aussi d'éviter les grossesses non-désirées. Il est important d'expliquer aux personnes et aux couples qu'il existe des alternatives à la sexualité avec pénétration vaginale. En effet, une approche sexologique différente de la sexualité du couple peut permettre d'avoir accès à une sexualité épanouissante sans risque de grossesse.

Enfin, il existe 2 méthodes bloquant la spermatogenèse de manière réversible en cours de développement, **non encore validées scientifiquement**. L'ANSM a interdit d'en faire la promotion. Elles sont néanmoins utilisées par certains hommes (cf. ci-dessous).



La contraception masculine hormonale (CMH)

- Efficacité : **haute**³³
- Très peu d'hommes (quelques dizaines en France)

Les études ont évalué le risque de grossesse à 0,8% par an (niveau de preuve moyen: 2++ selon les critères SIGN 2008).

Atteinte du seuil contraceptif (< 1 million de spermatozoïdes/mL)³⁴ **au bout de 3 à 6 mois**, à vérifier avec des **spermogrammes trimestriels**.

Le protocole suivant a été **validé par 2 études menées par l'OMS** dans les années 1990^{35,36} : injection IM hebdomadaire de 200 mg d'énanthate de testostérone (Androtardyl[®]) pendant **18 mois maximum**.

Primoprescription hors AMM par spécialiste d'organe (urologue, andrologue, gynécologue, endocrinologue) puis renouvellement par le médecin traitant.

La testostérone, via un rétrocontrôle négatif sur l'axe gonadotrope, est responsable d'un **blocage de la fonction exocrine** (spermatogenèse) des testicules, sans altérer leur fonction endocrine (production des hormones).

Pour en savoir plus, consultez le "**Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique**" de Jean Claude Soufir et Roger Mieusset³⁷.

32,33,34,35,36,37 - Ces sources sont disponibles en scannant le code QR en dernière de couverture ou en vous rendant à l'adresse suivante : cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france

Les effets secondaires décrits³⁸ de la CMH : acné, agressivité, modification de la libido, trouble de l'humeur, asthénie, prise de poids, modification des lipides ou de l'hématocrite. L'utilisation à long terme de testostérone à des doses supraphysiologiques pourrait avoir des effets secondaires cardiovasculaire ou prostatiques³⁹. L'évaluation de ces risques est à réaliser.

L'avenir de la CMH pourrait être un gel combinant testostérone et un progestatif en applications cutanées bi-quotidiennes.



La contraception thermique par remontée testiculaire (CTRT)



Efficacité : moyenne⁴⁰



Plusieurs milliers d'hommes en France

Les études ont évalué le risque de grossesse à 2,3% par an.

Atteinte du seuil contraceptif (<1 million de spermatozoïdes/mL)⁴¹ au bout de 3 à 6 mois, à vérifier avec des **spermogrammes trimestriels**.

Cette méthode est 4 fois plus efficace que la contraception orale féminine (9% de grossesses/an)⁴².

Le protocole a été **validé par plusieurs études réalisées par l'équipe d'andrologie du CHU de Toulouse** depuis les années 1980 : port d'un dispositif de remontée testiculaire pendant 15 heures par jour, tous les jours.

L'exposition des testicules à une élévation modérée de leur température (de l'ordre de la température corporelle) **bloque la spermatogenèse de manière réversible, sans altérer la fonction endocrine des testicules.**

Plusieurs dispositifs, **non certifiés**, sont actuellement utilisés pour pratiquer la remontée testiculaire : l'anneau en silicone, le slip "toulousain" et le jockstrap (sous-vêtement de fabrication artisanale).

Interdiction de l'ANSM en 2021⁴³ : ne pas en faire la promotion, mais savoir accompagner les hommes dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques (cf pages suivantes).

L'anneau en silicone est dans le parcours pour obtenir sa certification⁴⁴. Une arrivée sur le marché est envisageable d'ici 5 à 10 ans.

La CTRT est à différencier de la contraception thermique par utilisation d'une source exogène de chaleur (slip avec une résistance électrique), dont l'efficacité et l'innocuité cliniques n'ont pas encore été étudiées.

^{38,39,40,41,42,43,44} - Ces sources sont disponibles en scannant le code QR en dernière de couverture ou en vous rendant à l'adresse suivante : cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france

Accompagner à la réduction des risques un homme qui souhaite pratiquer la contraception thermique par remontée testiculaire (CTRT)

Selon l'étude Testis 2021, étude rétrospective réalisée entre décembre 2021 et mars 2022 auprès de 970 utilisateurs de CTRT⁴⁵, moins de 5% des utilisateurs respectent strictement le protocole établi⁴⁶, d'où l'importance d'accompagner ces hommes dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques.

Face à un homme en demande d'accompagnement à la CTRT, il faut :

- Livrer une information loyale sur l'état actuel des connaissances.
- S'assurer de sa bonne compréhension de la balance entre les bénéfices et les risques.
- Mettre en place une stratégie de suivi et de réduction des risques si l'homme confirme sa volonté de recourir à la CTRT.

État actuel des connaissances sur la CTRT à présenter au patient :

- Décision d'interdiction sanitaire de l'ANSM en 2021 pour les motifs suivants⁴⁷:
 - Absence de certification des dispositifs médicaux utilisés.
 - Insuffisance des données scientifiques, notamment sur l'efficacité et sur les risques suivants : cancer du testicule, réversibilité, tératogénicité, sténose de l'urètre.
- Concernant le risque de cancer du testicule lié à l'exposition à la chaleur, aucune étude n'a jamais retrouvé d'élévation de ce risque pour les testicules post-pubères exposés à des chaleurs de l'ordre de la température corporelle⁴⁸. Ce risque est à considérer comme faible et devra faire l'objet d'une surveillance après mise sur le marché des dispositifs de CTRT.
- Concernant la réversibilité, les études réalisées au CHU de Toulouse ont suivi des hommes (faibles effectifs) jusqu'à 4 ans d'utilisation de CTRT sans constater de trouble de réversibilité⁴⁹. Par ailleurs les connaissances en sciences fondamentales sont rassurantes quant à la préservation du stock de cellules souches germinales lors de l'exposition des testicules à des températures de l'ordre de la température corporelle⁵⁰. Ces éléments, bien que rassurants, ne suffisent pas à affirmer aux hommes une totale réversibilité de la CTRT. Des études doivent encore être menées pour confirmer ce point. Dans l'attente, pour les hommes qui souhaitent la pratiquer, on peut également proposer une auto-conservation de sperme avant de débiter la CTRT.

45,46,47,48,49,50 - Ces sources sont disponibles en scannant le code QR en dernière de couverture ou en vous rendant à l'adresse suivante : omg.fr/point-sur-le-contraception-masculine-en-france

- Concernant la tératogénicité, les données actuelles^{51,52} font état de l'apparition d'anomalies du matériel génétique des gamètes à partir de la douzième semaine de pratique de la CTRT et jusqu'à 6 mois après l'arrêt. Il est conseillé de mettre en place un relais contraceptif dans les 6 mois suivant l'arrêt de la CTRT, et jusqu'à l'obtention d'un spermogramme normal. A ce jour il n'existe aucune recommandation sur la prise en charge d'éventuelles grossesses survenant pendant la période d'utilisation de la CTRT ou dans les 6 mois suivant son arrêt. Dans pareil cas de figure, le CRAT (Centre de Référence des Agents Tératogènes) peut être sollicité pour définir la conduite à tenir.
- Concernant la sténose de l'urètre, ce risque est évoqué principalement avec l'anneau en silicone. Nous ne disposons d'aucune donnée factuelle concernant ce risque.
- Concernant l'efficacité, aucune étude n'a été construite pour mesurer spécifiquement l'indice de Pearl de la CTRT. Les données actuelles sont rassurantes et font état d'une efficacité de niveau moyen et 4 fois meilleure que la contraception orale féminine^{53,54}. A noter que dans les études réalisées (faibles effectifs), aucune grossesse n'est survenue chez les partenaires des hommes dont le spermogramme est sous le seuil contraceptif⁵⁵. Il n'existe pas de données probantes concernant la gestion des oublis.
- Stratégie d'accompagnement d'un homme désireux de pratiquer la CTRT
 - Suivre les recommandations du "Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique" de Jean Claude Soufir et Roger Mieuisset^{56,57}.
 - En complément, et d'après les résultats de l'étude Testis 2021⁵⁸, on peut recommander aux hommes de retirer leur dispositif pendant les mictions.
- Points de vigilance :
 - L'accès au spermogramme représente, dans certains territoires, un véritable frein au suivi des hommes pratiquant la CTRT. Il est important d'identifier dans son réseau professionnel un laboratoire qui serait prêt à faire ces analyses. Le spermogramme est pris en charge par l'Assurance maladie (coût d'environ 37 €) sur prescription d'un.e médecin.
 - A noter que dans le commerce, on peut trouver uniquement des autotests avec des seuils à 0,25 million/mL (SpermCheck Vasectomy[®]), qui ne permettent pas de réaliser le suivi des hommes pratiquant la CTRT.
 - La CTRT est à différencier de la contraception thermique par utilisation d'une source exogène de chaleur (slip avec une résistance électrique - Spermopause[®]) pour laquelle il n'existe aucune étude clinique et dont la balance bénéfice/risque est totalement inconnue.

51,52,53,54,55,56,57,58 - Ces sources sont disponibles en scannant le code QR en dernière de couverture ou en vous rendant à l'adresse suivante : omg.fr/point-sur-le-contraception-masculine-en-france

Se former à la contraception masculine

L'offre de formation sur la contraception masculine s'est étoffée ces dernières années.

Elle fait désormais partie des orientations nationales prioritaires de DPC 2023-2025 (fiche n°18) de l'ANDPC⁵⁹. Il existe également une offre de formation FAF-PM dans le domaine. La Société d'Andrologie de Langue Française (SALF) organise de nombreuses formations sur le sujet.

Pour bénéficier d'un accompagnement entre professionnels par un des médecins du groupe de travail "Contraception Masculine" du CMG, écrivez à contraceptionmasculine@cmg.fr (sans données identifiantes du patient car adresse non sécurisée).

Pour en savoir plus sur le groupe de travail du CMG : cmg.fr/contraception-masculine

⁵⁹ - Cette source est disponible en scannant le code QR en dernière de couverture ou en vous rendant à l'adresse suivante : cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france

Source : CMG (collège de médecine générale) disponible à l'adresse suivante : cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Abstract

Title: Contraception Consultation and Sexual Health Prevention (CCP) among men under 26 years old: practice Survey among General Practitioners

Introduction: In 2022, to meet national sexual health objectives and in the interest of gender equality, contraception consultation and sexual health prevention services were extended to men under 26 years old.

Objectives: The primary objective was to assess the practice of CCP among men under 26 years old by liberal general practitioners in Charente-Maritime. Our secondary objective was to consider topics that general practitioners could address during a male CCP.

Method: We conducted a descriptive quantitative epidemiological study based on an anonymized questionnaire designed on LimeSurvey, sent via email to 457 general practitioners between 12/18/2023 and 01/29/2024.

Results: 113 questionnaires were analyzed. 47% of general practitioners were unaware of the cost scale of "CCP" for men under 26 years old. They were in favor of systematically conducting a male CCP in 82% of cases. General practitioners did not implement any medium to inform about the existence of a male CCP in 82% of cases. The main topics addressed during consultations regarding men's sexual health were STIs (91%) and vaccination (81%). Half of them often discussed contraception. Topics such as sexual disorders, romantic and/or sexual relationships, sexual violence, infertility, gender identity and/or transition requests, and resources centers were rarely or never addressed.

Conclusion: General practitioners are insufficiently informed about the existence of male CCP despite being in favor of its systematic implementation. A recommendation and best practice sheet on male CCP could be useful.

Keywords: "sexual health", "preventive medicine", "male contraception", "general medicine"

Résumé

Titre : Consultation de contraception et prévention en santé sexuelle (CCP) chez les hommes de moins de 26 ans: Enquête de pratique auprès des médecins généralistes.

Introduction: En 2022, pour répondre aux objectifs nationaux de santé sexuelle, et dans un souci d'égalité homme femme, la consultation de contraception et prévention en santé sexuelle a été élargie aux hommes de moins de 26 ans.

Objectifs: L'objectif principal était de faire un état des lieux de la pratique de la CCP chez les hommes de moins de 26 ans par les médecins généralistes libéraux de Charente-Maritime. Notre objectif secondaire était de réfléchir aux thèmes pouvant être abordés par les médecins généralistes au cours d'une CCP homme.

Méthode: Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive quantitative basée sur un questionnaire pseudonymisé conçu sur LimeSurvey, envoyé par e-mail à 457 médecins généralistes entre le 18/12/2023 et le 29/01/2024.

Résultats: 113 questionnaires ont été analysés. La cotation « CCP » pour les hommes de moins de 26 ans était méconnue par 47% des médecins généralistes. Ils sont favorables à la réalisation systématique d'une CCP homme dans 82% des cas. Les médecins généralistes n'ont pas mis en place de dispositifs permettant d'informer de l'existence d'une CCP homme dans 82% des cas. Les principaux sujets abordés au cours d'une consultation relative à la santé sexuelle des hommes sont les IST (91%) et la vaccination (81%). La moitié parlent souvent de contraception. Les sujets : troubles sexuels, relations amoureuses et/ou sexuelles, violences sexuelles, infertilité et identité de genre et/ou demande de transition, lieux ressources sont rarement voire jamais abordés.

Conclusion: Les médecins généralistes sont insuffisamment informés de l'existence d'une CCP homme bien qu'ils soient favorables à sa mise en place de manière systématique. Une fiche de recommandation et de bonne pratique sur la CCP homme pourrait être utile.

Mots clés: « santé sexuelle », « médecine préventive », « contraception masculine » , « médecine générale »

