

<p>QUESTIONNAIRE CONTRACEPTION MASCULINE THERMIQUE PAR REMONTEE TESTICULAIRE</p>
--

NOTICE D'INFORMATION

Cf notice.

Êtes-vous majeur (selon la réglementation de votre pays) ?

Oui / Non

Êtes-vous d'accord pour participer à cette étude ?

Oui / Non

CRITERES D'INCLUSION

- 1) Avez-vous utilisé une contraception par remontée testiculaire pendant au moins 6 mois ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 2) Utilisez-vous le caleçon Spermapause (caleçon avec un système chauffant intégré) ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 3) Suivez-vous un traitement par chimiothérapie, ou un traitement hormonal pouvant réduire votre fertilité ?
 - a. Oui
 - b. Non
 - c. Vous ne savez pas
 - d. Vous ne prenez aucun traitement

Message en cas de non-inclusion :

Merci pour votre réponse,

Votre accord est nécessaire pour participer à cette étude.

De plus, ce questionnaire concerne les personnes MAJEURES ayant utilisé une contraception par remontée testiculaire pendant un minimum de SIX MOIS, parlant français ou anglais.

Afin d'éviter des biais, les personnes utilisant également le dispositif Spermapause, ou suivant des traitements pouvant réduire la fertilité, ne sont pas incluses dans l'étude.

Vous pouvez cliquer sur enregistrer,

En vous remerciant.

QUEL EST VOTRE MOYEN DE CONTRACEPTION PAR REMONTEE TESTICULAIRE ?

- 1) Cochez TOUS les moyens de contraception testiculaire que vous avez déjà utilisé :
 - a. Le sous-vêtement contraceptif du Dr Mieusset (slip toulousain)
 - b. L'anneau en silicone Andro-switch
 - c. Le Jockstrap contraceptif
 - d. Un slip/caleçon DIY (que vous avez fabriqué vous-même)
 - e. Autres (vous pourrez préciser à la question suivante)

Vous avez coché "autre", pouvez-vous décrire ?

- 2) Utilisez-vous encore actuellement une contraception par remontée testiculaire ?
 - a. Oui
 - b. Non (Vous avez arrêté)
- 3) Si oui, cochez TOUS les moyens que vous utilisez ACTUELLEMENT ?
 - i. Le caleçon du Dr Mieusset (slip toulousain)
 - ii. L'anneau en silicone Andro-switch
 - iii. Le Jockstrap
 - iv. Un slip/caleçon DIY (que vous avez fabriqué vous-même)
 - v. Autres (vous pourrez préciser à la question suivante)

Vous avez coché "autre", pouvez-vous décrire ?

3b Si non, cochez les moyens de contraception que vous avez utilisé pendant AU MOINS 6 MOIS.

- i. Le caleçon du Dr Mieusset (slip toulousain)
- ii. L'anneau en silicone Andro-switch
- iii. Le Jockstrap
- iv. Un slip/caleçon DIY (que vous avez fabriqué vous-même)
- v. Autres (vous pourrez préciser à la question suivante)

Vous avez coché "autre", pouvez-vous décrire ?

DETERMINANTS SOCIO-ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES

- 4) Dans quelle ville habitez-vous ? (Code postal si France)
- 5) Quel âge avez-vous ?
- 6) Quel est le plus haut diplôme que vous ayez obtenu ?
 - a. Aucun diplôme
 - b. Certificat d'études primaire (CEP)
 - c. Brevet des collèges, BEPC (Brevet d'études du premier cycle)
 - d. CAP (Certificat d'aptitude professionnelle), BEP (Brevet d'enseignement professionnel), Brevet de compagnon
 - e. Baccalauréat général, technologique ou professionnel, Brevet supérieur, professionnel ou de technicien
 - f. Bac + 2 ou équivalent : BTS, DUT, DEUG
 - g. Bac + 3 (Licence) ou Bac + 4 ou équivalent : Licence, Licence professionnelle, Maîtrise
 - h. Bac + 5 ou plus : Master, DEA, DESS, doctorat
 - i. Autre diplôme.
 - j. Ne souhaite pas répondre

- 7) Quelle est votre profession ? (Pour avoir les détails de cette nomenclature internationale : <https://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/docs/resol08.pdf>)
- Directeur, cadre de direction et gérant
 - Profession intellectuelle et scientifique
 - Profession intermédiaire
 - Employé de type administratif
 - Personnel des services directs aux particuliers, commerçant et vendeur
 - Agriculteur et ouvrier qualifié de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche
 - Métier qualifié de l'industrie et de l'artisanat
 - Conducteur d'installation et de machine, et ouvrier de l'assemblage
 - Profession élémentaire
 - Profession militaire
 - Etudiant
 - En recherche d'emploi
 - Personne au foyer
 - Sans emploi
 - Autre.
 - Ne souhaite pas répondre
- 8) Quel est votre genre ?
- Masculin
 - Féminin
 - Non binaire
 - Genderfluid
 - Autre.
 - Vous ne savez pas
 - Ne souhaite pas répondre
- 9) Quelle était votre situation conjugale la première fois que vous avez commencé la contraception par remontée testiculaire ?
- Célibataire
 - En relation de couple exclusive (sexuellement)
 - En relation de couple libre (sexuellement)
 - En relation multipartenaires (plus de deux personnes)
 - Autre.
 - Vous ne savez pas
 - Ne souhaite pas répondre
- 10) Votre situation conjugale a-t-elle changé depuis le début de l'utilisation de la contraception testiculaire ?
- Oui
 - Non
 - Ne souhaite pas répondre
- 11) Actuellement, quelle est votre situation conjugale ?
- Célibataire
 - En relation de couple exclusive (sexuellement)
 - En relation de couple libre (sexuellement)
 - En relation multipartenaires (plus de deux personnes)
 - Autre.
 - Vous ne savez pas
 - Ne souhaite pas répondre

- 12) Combien avez-vous d'enfants ?
- 13) Souhaitez-vous avoir des (d'autres) enfants ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Vous ne savez pas
 - d. Ne souhaite pas répondre

LA CONTRACEPTION AVANT :

Dans l'année AVANT la contraception par remontée testiculaire

- 14) Dans l'année avant de commencer la contraception par remontée testiculaire, utilisiez-vous une autre contraception (ou votre/vos partenaires) ?
- a. Toujours
 - b. La plupart du temps
 - c. Parfois
 - d. Rarement
 - e. Jamais
 - f. Vous ne savez pas
 - g. Ne souhaite pas répondre
- 15) Quelle(s) contraception(s) utilisiez-vous (ou votre partenaire) ? *Cochez TOUS les moyens.*
- a. Aucune méthode de contraception
 - b. Préservatif masculin (externe)
 - c. Préservatif féminin (interne)
 - d. Méthode du retrait
 - e. Pilule féminine hormonale
 - f. Stérilet au cuivre
 - g. Stérilet hormonal
 - h. Implant sous-cutané (au niveau du bras)
 - i. Symptothermie (surveillance de température, observation de la glaire, du col)
 - j. Contraception masculine hormonale
 - k. Crèmes spermicides
 - l. Cape cervicale (ou diaphragme)
 - m. Anneau vaginal hormonal
 - n. Injection hormonale trimestrielle
 - o. Autres.
 - p. Vous ne savez pas
 - q. Ne souhaite pas répondre
- 16) Quelle était votre satisfaction par rapport à cette contraception ?
- a. Extrêmement satisfait
 - b. Très satisfait
 - c. Assez satisfait
 - d. Assez insatisfait
 - e. Très insatisfait
 - f. Jamais satisfait
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 17) Quelle était la satisfaction de votre (vos) partenaire par rapport à cette contraception ?

- a. Extrêmement satisfait
 - b. Très satisfait
 - c. Assez satisfait
 - d. Assez insatisfait
 - e. Très insatisfait
 - f. Jamais satisfait
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 18) L'une de vos partenaires a-t-elle déjà (cochez les réponses exactes):
- a. Eu des effets secondaires importants liés à la contraception
 - b. Eu une grossesse non planifiée
 - c. Fait une IVG (un avortement)
 - d. Aucune de ses propositions
 - e. Vous ne savez pas
 - f. Ne souhaite pas répondre
- 19) Avez-vous déjà envisagé de faire une vasectomie ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Vous ne savez pas
 - d. Ne souhaite pas répondre

QUALITE DE LA VIE SEXUELLE AVANT LA CONTRACEPTION PAR REMONTEE TESTICULAIRE

Les questions suivantes portent sur différentes composantes de votre sexualité. Elles concernent les activités sexuelles que vous avez eu avec votre (ou vos) partenaire(s), ou en vous masturbant.

Basé sur le questionnaire standardisés ASEX.

Pour chaque question, cochez la réponse correspondant à votre état général AVANT la contraception testiculaire.

- 20) Comment était vos pulsions sexuelles ? (Envie ou désir d'activité sexuelle)
- a. Extrêmement fort
 - b. Très fort
 - c. Assez fort
 - d. Assez faible
 - e. Très faible
 - f. Absent
- 21) Avec quelle facilité étiez-vous excité sexuellement ?
- a. Extrêmement facilement
 - b. Très facilement
 - c. Assez facilement
 - d. Assez difficilement
 - e. Très difficilement
 - f. Jamais
- 22) Pouviez-vous facilement avoir et garder une érection ?
- a. Extrêmement facilement
 - b. Très facilement
 - c. Assez facilement

- d. Assez difficilement
 - e. Très difficilement
 - f. Jamais
- 23) Avec quelle facilité aviez-vous un orgasme ?
- a. Extrêmement facilement
 - b. Très facilement
 - c. Assez facilement
 - d. Assez difficilement
 - e. Très difficilement
 - f. Jamais
- 24) Est-ce que vos orgasmes étaient satisfaisants ?
- a. Extrêmement satisfaisant
 - b. Très satisfaisant
 - c. Assez satisfaisant
 - d. Assez insatisfaisant
 - e. Très insatisfaisant
 - f. Jamais
- 25) Etiez-vous satisfait du plaisir ressenti dans vos activités sexuelles ?
- a. Extrêmement satisfait
 - b. Très satisfait
 - c. Assez satisfait
 - d. Assez insatisfait
 - e. Très insatisfait
 - f. Jamais
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 26) Les questions suivantes concernent les activités sexuelles avec votre (ou vos) partenaire(s), AVANT la contraception testiculaire.
- 27) De manière générale, étiez-vous satisfait de la qualité de vos relations sexuelles ?
- a. Extrêmement satisfait
 - b. Très satisfait
 - c. Assez satisfait
 - d. Assez insatisfait
 - e. Très insatisfait
 - f. Jamais
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 28) Etiez-vous satisfait de la fréquence de vos relations sexuelles ?
- a. Extrêmement satisfait
 - b. Très satisfait
 - c. Assez satisfait
 - d. Assez insatisfait
 - e. Très insatisfait
 - f. Jamais
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 29) Etiez-vous satisfait des signes de tendresse que vous et votre (ou vos) partenaire(s) exprimez lors des rapports sexuels ?

- a. Extrêmement satisfait
 - b. Très satisfait
 - c. Assez satisfait
 - d. Assez insatisfait
 - e. Très insatisfait
 - f. Jamais
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 30) Etiez-vous satisfait de la façon dont vous et votre (ou vos) partenaire(s) parliez de sexualité ?
- a. Extrêmement satisfait
 - b. Très satisfait
 - c. Assez satisfait
 - d. Assez insatisfait
 - e. Très insatisfait
 - f. Jamais
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre

VOS ANTECEDENTS MEDICAUX

Avez-vous déjà eu l'une des maladies suivantes AVANT cette contraception par remontée testiculaire (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES) :

- 31) Au niveau de la VERGE (du pénis) :
- a. Non, aucune de ces maladies.
 - b. Une courbure importante de la verge
 - c. Un abouchement du canal de l'urine anormal (en dessous ou au-dessus de la verge)
 - d. Un rétrécissement ou une sténose du canal de l'urine (urètre)
 - e. Une ou plusieurs mycoses génitales
 - f. Une « maladie de peau » au niveau de la verge (eczéma, psoriasis, allergie, ou autre)
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 32) Au niveau URINAIRE, avez-vous déjà eu :
- a. Non, aucune de ces maladies.
 - b. Des fuites urinaires
 - c. Une infection urinaire, du rein, ou de la prostate
 - d. Des difficultés à uriner (sensation de blocage, sensation de vidange incomplète)
 - e. Vous ne savez pas
 - f. Ne souhaite pas répondre
- 33) Au niveau de la PROSTATE, avez-vous déjà eu :
- a. Non, aucune de ces maladies.
 - b. Une augmentation de la taille de la prostate
 - c. Une opération de la prostate
 - d. Un traitement par radiothérapie au niveau de la prostate
 - e. Vous ne savez pas
 - f. Ne souhaite pas répondre
- 34) Au niveau des TESTICULES, avez-vous déjà eu :
- a. Non, aucune de ces maladies.
 - b. Une opération d'un ou de deux testicules
 - c. Un ou deux testicules qui n'étaient pas descendus à la naissance

- d. Une malformation au niveau des testicules
 - e. Un gonflement anormal des testicules ou des veines des testicules
 - f. Une tumeur des testicules
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 35) Avez-vous déjà eu une hernie inguinale ? (C'est une boule au niveau de l'aîne, qui apparaît lorsque l'on tousse ou qu'on porte une charge lourde, et qui peut être gênante ou douloureuse)
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Vous ne savez pas
 - d. Ne souhaite pas répondre
- 36) Avez-vous ACTUELLEMENT une ou plusieurs des maladies suivantes :
- a. Aucune de ces maladies
 - b. Obésité
 - c. Hypertension
 - d. Diabète
 - e. Trop de cholestérol ou de triglycérides
 - f. Vous ne savez pas
 - g. Ne souhaite pas répondre
- 37) Est-ce que vous consommez ACTUELLEMENT :
- a. Aucune de ces consommations
 - b. Du tabac
 - c. Des substances calmantes (cannabis, médicaments calmante, etc)
 - d. Des substances excitantes (cocaïne, drogues stimulantes, médicaments stimulants, etc)
 - e. De l'alcool tous les jours (ou presque)
 - f. Vous ne savez pas
 - g. Ne souhaite pas répondre
- 38) Si vous suivez un traitement REGULIER, veuillez le préciser (médicaments REGULIERS, ou radiothérapie, chimiothérapie, prises d'hormones, etc).
- 39) Dans votre activité professionnelle, êtes-vous exposé à une forte chaleur, à des radiations ou à des pesticides SANS PROTECTION ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Vous ne savez pas
 - d. Ne souhaite pas répondre

VOTRE CHOIX DE VOTRE CONTRACEPTION PAR REMONTEE TESTICULAIRE

- 40) Pouvez-vous expliquer les deux ou trois principales raisons qui vous ont amené à utiliser la contraception testiculaire ? (en quelques mots)

VOTRE SUIVI MEDICAL

- 41) Avez-vous consulté un professionnel de santé avant de commencer cette contraception ? (médecin généraliste, urologue, andrologue, gynécologue, sage-femme) ?
- Oui
 - Non
 - Ne souhaite pas répondre
- a) Si non, Pouvez-vous préciser pourquoi vous n'avez pas consulté ? (en quelques mots)
- 42) Ce professionnel vous a-t-il accompagné dans votre démarche ?
- Parfaitement accompagné
 - Plutôt accompagné
 - Plutôt non accompagné
 - Pas du tout accompagné
 - Vous ne savez pas
 - Ne souhaite pas répondre
- 43) Si réponse c/d/e, Avez-vous trouvé un autre professionnel de santé pour vous accompagner dans votre démarche ?
- 44) Lors de cette consultation (ou ces consultations), avez-vous eu :
- Un bilan d'infection sexuellement transmissibles
 - Un examen génital
 - Une palpation des testicules
 - Une prise de tension
 - Aucun de ces examens
 - Vous ne savez pas
 - Ne souhaite pas répondre
- 45) Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'un suivi médical régulier pour cette contraception (consultation, examen clinique, prescription de spermogramme, etc.) ?
- Oui
 - Non
 - Ne souhaite pas répondre

MODALITE D'UTILISATION ET OBSERVANCE

Début d'utilisation

- 46) A quelle date avez-vous commencé cette contraception pour la première fois ? (*Environ*)
- 47) Avez-vous facilement trouvé les informations nécessaires à l'utilisation de cette contraception ?
- Oui très facilement
 - Oui plutôt facilement
 - Non plutôt difficilement
 - Non très difficilement
 - Vous ne savez pas
 - Ne souhaite pas répondre
- 48) Comment avez-vous commencé à utiliser (pour vous habituez au rythme) ?
- D'emblée tous les jours et 15 heures par jour
 - 15 heures par jours, mais pas tous les jours
 - Tous les jours, mais seulement quelques heures par jour

- d. Quelques heures par jour, pas tous les jours
 - e. Vous ne savez pas
 - f. Ne souhaite pas répondre
- 49) Combien de temps vous a-t-il fallu pour arriver à l'utiliser environ quinze heures par jour, tous les jours ?

- a. Entre 1 jour et 5 jours
- b. Entre 5 et 10 jours
- c. Entre 10 et 15 jours
- d. Entre 2 et 3 semaines
- e. Entre 3 semaines et 1 mois
- f. Entre 1 et 2 mois
- g. Entre 2 et 3 mois
- h. Entre 3 et 6 mois
- i. Plus de 6 mois
- j. Vous n'y êtes jamais arrivé
- k. Vous ne savez pas
- l. Ne souhaite pas répondre

Vous indiquez avoir mis plus d'un mois à utiliser cette contraception environ 15h par jour et tous les jours. Pouvez-vous expliquer les difficultés que vous avez rencontré ?

Les trois premiers mois d'utilisation REGULIERE

- 50) Avez-vous utilisé une méthode de contraception supplémentaire les trois premiers mois (ou le temps d'atteindre le seuil contraceptif) ?
- a. Toujours
 - b. La plupart du temps
 - c. Parfois
 - d. Rarement
 - e. Jamais
 - f. Vous n'avez pas eu besoin (pas de rapports sexuels ayant nécessité une contraception)
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 51) Pouvez-vous préciser pourquoi n'avez-vous pas utilisé une méthode de contraception supplémentaire (ou pas tout le temps) ? ? (Les deux raisons principales).

ATUELLEMENT (ou après 6 mois d'utilisation si vous avez arrêté)

- 52) Combien d'heures par jour utilisez-vous votre contraception (ENVIRON) ?

Si vous avez arrêté, combien d'heure en moyenne l'utilisiez-vous ?

- a. Moins de 9 heures par jour
- b. Entre 9 et 11 heures par jour
- c. Entre 11 et 13 heures par jour
- d. Entre 13 et 15 heures par jour
- e. Entre 15 et 17 heures par jour
- f. Entre 17 et 19 heures par jour
- g. Plus de 19 heures par jour
- h. 24h/24h (presque tout le temps)
- i. Vous ne savez pas

- j. Ne souhaite pas répondre
- 53) Est-ce que le nombre d'heure d'utilisation varie beaucoup d'un jour à l'autre ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Vous ne savez pas
 - d. Ne souhaite pas répondre
- 54) Si vous l'utilisez moins de quinze heures par jour, est-ce parce que :
- a. Vous atteignez quand même le seuil contraceptif de moins d'un million de spermatozoïdes par mL avec cette durée d'utilisation
 - b. Vous ne pouvez pas le porter plus longtemps à cause d'effets indésirables
 - c. L'organisation de votre vie quotidienne ne vous permet pas de le porter plus longtemps
 - d. Vous ne pensez pas que ce soit nécessaire
 - e. Vous ne saviez pas qu'il fallait le porter minimum quinze heures par jour et tous les jours
 - f. Autres (vous pourrez préciser à la question suivante)
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre

Si autre : pourquoi l'utilisez-vous moins de quinze heure par jour ?

- 55) Si vous l'utilisez plus de dix-sept heures par jour, est-ce parce que :
- a. Vous n'atteignez pas le seuil contraceptif de moins d'un million si vous le portez moins longtemps
 - b. Vous craignez que la méthode ne soit pas assez efficace sinon
 - c. Vous pensez qu'il vaut mieux le porter plus longtemps car vous avez du mal respecter rigoureusement les horaires
 - d. Vous oubliez souvent de l'enlever
 - e. Autres (vous pourrez préciser à la question suivante)
 - f. Vous ne savez pas
 - g. Ne souhaite pas répondre

Si autre : pourquoi l'utilisez-vous plus de dix-sept heure par jour ?

- 56) Sur quelle période de la journée utilisez-vous votre contraception ?
- a. Uniquement le jour
 - b. Majoritairement le jour
 - c. Majoritairement la nuit
 - d. Uniquement la nuit
 - e. Autant le jour que la nuit
 - f. La période jour/nuit varie beaucoup
 - g. La période d'utilisation jour/nuit est plutôt constante
 - h. Ne souhaite pas répondre

- 57) De manière générale, pensez-vous qu'il est DIFFICILE de respecter le port de minimum 15 heures par jour ?
- a. Très difficile
 - b. Plutôt difficile
 - c. Plutôt facile

- d. Très facile
- e. Vous ne savez pas
- f. Ne souhaite pas répondre

Oublis

58) A quelle fréquence vous arrive-t-il d'oublier d'utiliser votre contraception, ou de ne pas pouvoir l'utiliser, pendant au moins une journée ?

- a. Jamais
- b. Une fois par semaine
- c. Plusieurs fois par semaine
- d. Une fois par mois
- e. Plusieurs fois par mois
- f. Une fois par an
- g. Plusieurs fois par an
- h. Vous ne savez pas
- i. Ne souhaite pas répondre

59) Après un oubli, avez-vous utilisé une contraception supplémentaire pendant au minimum un mois ?

- a. Toujours
- b. La plupart du temps
- c. Parfois
- d. Rarement
- e. Jamais
- f. Vous ne savez pas
- g. Ne souhaite pas répondre

60) Après un oubli, en informez-vous votre (vos) partenaire(s) ?

- a. Toujours
- b. La plupart du temps
- c. Parfois
- d. Rarement
- e. Jamais
- f. Vous n'avez jamais été dans cette situation
- g. Vous ne savez pas
- h. Ne souhaite pas répondre

61) En dehors des oublis, est-ce que vous utilisez votre contraception tous les jours ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Vous ne savez pas
- d. Ne souhaite pas répondre

62) Si vous ne l'utilisez pas tous les jours, est-ce parce que :

- a. Vous atteignez quand même le seuil contraceptif de moins d'un million de spermatozoïdes par mL
- b. Vous ne pouvez pas le porter tous les jours à cause d'effets indésirables
- c. L'organisation de votre vie quotidienne ne vous permet pas de le porter plus souvent

- d. Vous ne pensez pas que ce soit nécessaire
- e. Vous ne saviez pas qu'il fallait le porter tous les jours
- f. Autres (vous pourrez préciser à la question suivante)
- g. Vous ne savez pas
- h. Ne souhaite pas répondre

Si autre : pourquoi ne l'utilisez-vous pas tous les jours ?

Le protocole d'utilisation actuel recommande de porter cette contraception testiculaire tous les jours, 15 heures et en journée.

63) Au vu de votre expérience, auriez-vous des modifications à proposer ?

QUALITE DE VOTRE VIE SEXUELLE AU COURS DU MOIS DERNIER

Quelle a été la qualité de votre vie sexuelle au cours du mois dernier (même si vous avez arrêté la contraception testiculaire !) :

Les questions suivantes portent sur différentes composantes de votre sexualité. Elles concernent les activités sexuelles que vous avez eu avec votre (ou vos) partenaire(s), ou en vous masturbant.

Basé sur le questionnaire standardisés ASEX.

Pour chaque question, cochez la réponse correspondant à votre état général au cours du MOIS DERNIER.

64) Comment sont vos pulsions sexuelles ? (Envie ou désir d'activité sexuelle)

- a. Extrêmement fort
- b. Très fort
- c. Assez fort
- d. Assez faible
- e. Très faible
- f. Absent

65) Avec quelle facilité êtes-vous excité sexuellement ?

- a. Extrêmement facilement
- b. Très facilement
- c. Assez facilement
- d. Assez difficilement
- e. Très difficilement
- f. Jamais

66) Pouvez-vous facilement avoir et garder une érection ?

- a. Extrêmement facilement
- b. Très facilement
- c. Assez facilement
- d. Assez difficilement
- e. Très difficilement
- f. Jamais

67) Avec quelle facilité avez-vous un orgasme ?

- a. Extrêmement facilement
- b. Très facilement
- c. Assez facilement

- d. Assez difficilement
- e. Très difficilement
- f. Jamais

68) Est-ce que vos orgasmes sont satisfaisants ?

- a. Extrêmement satisfaisant
- b. Très satisfaisant
- c. Assez satisfaisant
- d. Assez insatisfaisant
- e. Très insatisfaisant
- f. Jamais

69) Etes-vous satisfait du plaisir ressenti dans vos activités sexuelles ?

- a. Extrêmement satisfait
- b. Très satisfait
- c. Assez satisfait
- d. Assez insatisfait
- e. Très insatisfait
- f. Jamais
- g. Vous ne savez pas
- h. Ne souhaite pas répondre

Les questions suivantes concernent les activités sexuelles avec votre (ou vos) partenaire(s), au cours du MOIS DERNIER.

70) De manière générale, êtes-vous satisfait de la qualité de vos relations sexuelles ?

- a. Extrêmement satisfait
- b. Très satisfait
- c. Assez satisfait
- d. Assez insatisfait
- e. Très insatisfait
- f. Jamais
- g. Vous ne savez pas
- h. Ne souhaite pas répondre

71) Etes-vous satisfait de la fréquence de vos relations sexuelles ?

- a. Extrêmement satisfait
- b. Très satisfait
- c. Assez satisfait
- d. Assez insatisfait
- e. Très insatisfait
- f. Jamais
- g. Vous ne savez pas
- h. Ne souhaite pas répondre

72) Etes-vous satisfait des signes de tendresse que vous et votre (ou vos) partenaire(s) exprimez lors des rapports sexuels ?

- a. Extrêmement satisfait
- b. Très satisfait
- c. Assez satisfait
- d. Assez insatisfait
- e. Très insatisfait
- f. Jamais
- g. Vous ne savez pas

- h. Ne souhaite pas répondre
- 73) Etes-vous satisfait de la façon dont vous et votre (ou vos) partenaire(s) parlez de sexualité ?
- a. Extrêmement satisfait
 - b. Très satisfait
 - c. Assez satisfait
 - d. Assez insatisfait
 - e. Très insatisfait
 - f. Jamais
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 74) Depuis un an, en moyenne, quelle a été la fréquence de vos rapports sexuels ?
- a. Moins d'un par mois
 - b. Un par mois
 - c. Entre 2 et 3 par mois
 - d. Un par semaine
 - e. Plus d'un par semaine
 - f. Vous ne savez pas
 - g. Ne souhaite pas répondre

EFFETS INDESIRABLES

Les premières fois :

- 75) Les premières fois que vous avez utilisé cette contraception, avez-vous : (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)
- a. Ressenti une sensation de malaise
 - b. Perdu connaissance
 - c. Ressenti une gêne au niveau d'une ou des deux testicules
 - d. Ressenti une gêne au niveau du bas ventre
 - e. Ressenti des douleurs au niveau d'une ou des deux testicules
 - f. Ressenti des douleurs au niveau du bas ventre
 - g. Autre (vous pourrez détailler à la question suivante)
 - h. Vous n'avez ressenti aucun effet indésirable
 - i. Vous ne savez pas
 - j. Ne souhaite pas répondre

Si autre : quelles sensations ou effets indésirables avez-vous ressentis lors des premières utilisations :

- 76) Ces symptômes ont-ils continués par la suite ?

Tous les effets indésirables

Quels effets indésirables avez-vous rencontrés **DEPUIS** l'utilisation de la contraception par remontée testiculaire : (vous pourrez détailler après si vous le souhaitez)

- 77) Au niveau de la VERGE (du pénis) ?
- a. Aucun de ces effets
 - b. Irritation de la peau (sur les zones de frottement)

- c. Démangeaisons (sur les zones de frottement)
- d. Irritation à cause des poils pubiens
- e. Irritation ou infection de la peau du pénis, ayant nécessité un traitement MEDICAL
- f. Une mycose de la verge
- g. Un gonflement inhabituel de la verge (œdème)
- h. Une diminution de la sensibilité au niveau de la verge
- i. Vous ne savez pas
- j. Ne souhaite pas répondre

78) Au niveau de l'ERECTION ?

- a. Aucun de ces effets
- b. Des érections la NUIT douloureuses ou désagréables quand vous portez la contraception
- c. Des érections LE JOUR douloureuses ou désagréables quand vous portez la contraception
- d. Des érections douloureuses ou désagréables même après avoir enlevé la contraception
- e. Une déviation ou une courbure INHABITUELLE de la verge en érection
- f. Une modification de la durée de vos érections
- g. Une modification de la dureté de vos érections
- h. Une modification de la rapidité avec laquelle vous pouvez avoir une érection
- i. Une ou plusieurs érections qui ont duré plus de 4 heures (priapisme)
- j. Vous ne savez pas
- k. Ne souhaite pas répondre

79) Au niveau des BOURSES (la peau autour des testicules, ou scrotum) ?

- a. Aucun de ces effets
- b. Irritation de la peau (sur les zones de frottement)
- c. Démangeaisons (sur les zones de frottement)
- d. Irritation ou infection de la peau des bourses, ayant nécessité un traitement MEDICAL
- e. Une mycose au niveau des bourses
- f. Un gonflement inhabituel des bourses
- g. Des douleurs inhabituelles des bourses
- h. Vous ne savez pas
- i. Ne souhaite pas répondre

80) Au niveau des TESTICULES ?

- a. Aucun de ces effets
- b. Gêne au niveau des testicules quand vous utilisez la contraception
- c. Douleur des testicules quand vous utilisez la contraception
- d. Gêne persistante au niveau des testicules même après avoir enlevé la contraception
- e. Douleur persistante des testicules même après avoir enlevé la contraception
- f. Un gonflement au niveau des testicules ou des veines des testicules
- g. Une masse dure au niveau des testicule
- h. Une torsion testiculaire (ayant nécessité une opération en urgence)
- i. Vous ne savez pas
- j. Ne souhaite pas répondre

81) Avez-vous remarqué des changements au niveau URINAIRE ?

- a. Aucun de ces effets
- b. Un allongement du temps pour commencer à uriner
- c. Une sensation de blocage pour uriner (devoir pousser)
- d. Une sensation de ne pas avoir uriné complètement
- e. Des difficultés à uriner en position debout
- f. Des difficultés à uriner en position assise
- g. Des gouttes retardataires inhabituelles (quelques gouttes d'urine s'écoulent à distance après être allé aux toilettes)
- h. Des fuites urinaires
- i. Des brûlures urinaires
- j. Une infection urinaire, du rein ou de la prostate
- k. Du sang dans les urines
- l. Vous ne savez pas
- m. Ne souhaite pas répondre

82) Si vous avez eu d'AUTRES effets indésirables ou inattendus, pouvez-vous détailler ?

83) Avez-vous remarqué des changements physiques :

- a. Aucun changement
- b. Diminution de la taille de vos testicules
- c. Modification de la couleur de la peau au niveau de la base de la verge
- d. Modification de la texture de la peau au niveau de la base de la verge
- e. Modification de la couleur de la peau au niveau des bourses
- f. Modification de la texture de la peau au niveau des bourses
- g. Prise de poids
- h. Perte de poids
- i. Autre (vous pourrez préciser à la question suivante)
- j. Vous ne savez pas
- k. Ne souhaite pas répondre

Quel autre changement physique est apparu ?

84) Au vu de votre expérience, auriez-vous des conseils concernant les irritations cutanées générées par cette contraception ?

LE SPERMOGRAMME

Si vous avez arrêté la contraception testiculaire, décrivez vos habitudes de spermogramme AVANT d'arrêter.

85) Avez-vous déjà réalisé un ou plusieurs spermogrammes ?

- a. Oui, un seul
- b. Oui, plusieurs
- c. Non, aucun
- d. Ne souhaite pas répondre

Si non, pourquoi n'avez-vous pas réalisé de spermogramme ? (*Trois raisons principales*)

- 86) Avez-vous réalisé un spermogramme en laboratoire AVANT de commencer la contraception par remontée testiculaire ?
- Oui
 - Non
 - Ne souhaite pas répondre
- 87) Les résultats de ce spermogramme étaient-ils considérés comme normaux ? (spz > 15 million/mL , mobilité progressive > 32 % , morphologie normale > 4%)
- Oui
 - Non
 - Vous ne savez pas
 - Ne souhaite pas répondre
- 88) Comment réalisez-vous vos spermogrammes ?
- En laboratoire d'hôpital ou de ville
 - Autre (vous pourrez préciser à la question suivante)
 - Ne souhaite pas répondre
- Si autre, pouvez-vous détailler comment vous réalisez vos spermogrammes ?
- 89) Trouvez-vous que les conclusions de spermogramme sont simples à comprendre ?
- Très simple
 - Plutôt simple
 - Plutôt difficile
 - Très difficile
 - Vous ne savez pas
 - Ne souhaite pas répondre
- 90) En combien de temps obtenez-vous un rendez-vous pour un spermogramme en laboratoire (environ) ?
- Moins d'une semaine
 - Entre 1 semaine et 1 mois
 - Entre 1 et 2 mois
 - Entre 2 et 3 mois
 - Plus de 3 mois
 - Plus de 6 mois
 - Vous ne savez pas
 - Ne souhaite pas répondre
- 91) Avez-vous atteint le seuil contraceptif ? (Votre concentration est-elle descendue à moins d'un million de spermatozoïde/mL ?)
- Vous n'avez pas fait de spermogramme pour vérifier
 - Oui
 - Non
 - Ne souhaite pas répondre
- 92) En combien de MOIS avez-vous atteint le seuil contraceptif ? Si vous ne savez pas ou plus, veuillez écrire le nombre 99.
- 93) A votre avis, pourquoi n'avez-vous pas atteint le seuil contraceptif ? (En quelques mots)
- 94) Actuellement, à quelle fréquence réalisez-vous un spermogramme (environ) ? Si vous avez arrêté la contraception, à quelle fréquence en réalisez-vous ?
- Plusieurs fois par mois
 - Tous les mois
 - Tous les deux mois
 - Tous les trois mois

- e. Tous les quatre à six mois
 - f. Une à deux fois par an
 - g. Uniquement quand vous avez oublié d'utiliser votre contraception
 - h. Jamais
 - i. Vous ne savez pas
 - j. Ne souhaite pas répondre
- 95) Aimerez-vous pouvoir effectuer un spermogramme plus souvent ? (Ou auriez-vous aimé pouvoir effectuer un spermogramme plus souvent ?)
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Vous ne savez pas
 - d. Ne souhaite pas répondre
- 96) Après avoir atteint le seuil contraceptif, avez-vous déjà eu des concentrations en spermatozoïdes qui sont remontées au-dessus d'1 million/mL ?
- a. Oui, une fois
 - b. Oui, plusieurs fois
 - c. Non
 - d. Vous ne savez pas
 - e. Ne souhaite pas répondre
- 97) Vous est-il arrivé de de renoncer à effectuer un spermogramme car vous n'arriviez pas à avoir d'ordonnance par un professionnel de santé ?
- a. Oui, une fois
 - b. Oui, plusieurs fois
 - c. Non, jamais
 - d. Ne souhaite pas répondre
- 98) Concernant le recueil de sperme en laboratoire, cet acte est-il facile pour vous ?
- a. Très facile
 - b. Plutôt facile
 - c. Plutôt difficile
 - d. Très difficile
 - e. Vous ne savez pas
 - f. Ne souhaite pas répondre

SATISFACTION

- 99) De manière générale, comment vous sentez-vous par rapport à cette contraception ?
- a. Extrêmement satisfait
 - b. Très satisfait
 - c. Assez satisfait
 - d. Assez insatisfait
 - e. Très insatisfait
 - f. Jamais satisfait
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- Si d/e/f : Pourquoi vous sentez-vous insatisfait ?

- 100) Depuis l'utilisation de cette contraception, y a-t-il eu une grossesse non planifiée ?

- a. Oui, AVANT d'avoir atteint le seuil (ou après 3 mois d'utilisation)
- b. Oui, APRES avoir atteint le seuil (ou après 3 mois d'utilisation)
- c. Non, pas de grossesse non planifiée
- d. Vous ne savez pas
- e. Ne souhaite pas répondre

101) Depuis l'utilisation de cette contraception, combien de fois une de vos partenaires a-t-elle pris la pilule du lendemain ?

- a. Jamais
- b. 1 fois
- c. Entre 2 et 5 fois
- d. Entre 5 et 10 fois
- e. Plus de 10 fois
- f. Vous ne savez pas
- g. Ne souhaite pas répondre

Trouvez-vous cette contraception contraignante :

(Pas du tout contraignant/ Peu contraignant/Assez contraignant/Très contraignant/Nsp/Ne souhaite pas répondre)

102) Concernant vos activités quotidiennes (position assise, position debout, marcher, uriner, la transpiration, ...)

103) Concernant vos activités sportives (jogging, natation, randonnée, sport nautique, vélo, équitation...)

104) Concernant vos activités au travail

105) Concernant la « charge mentale » occasionnée (devoir y penser tous les jours, gérer les oublis...)

Vous avez indiqué utiliser l'anneau en silicone Androswitch ET un sous-vêtement EN TISSU (ou le jockstrap).

106) Est-ce que l'un est plus confortable (ou pratique) le JOUR ?

- a. Oui l'anneau Androswitch
- b. Oui le sous-vêtement en tissu (ou le jockstrap)
- c. Non les deux sont pareils
- d. Vous ne savez pas
- e. Ne souhaite pas répondre

107) Est-ce que l'un est plus confortable (ou pratique) la NUIT ?

- a. Oui l'anneau Androswitch
- b. Oui le sous-vêtement en tissu (ou le jockstrap)
- c. Non les deux sont pareils
- d. Vous ne savez pas
- e. Ne souhaite pas répondre

108) Est-ce que l'un provoque moins d'irritation cutanée ?

- a. Oui l'anneau Androswitch
- b. Oui le sous-vêtement en tissu (ou le jockstrap)
- c. Non les deux sont pareils
- d. Vous ne savez pas
- e. Ne souhaite pas répondre

109) Est-ce que l'un maintient mieux les testicules en places ?

- a. Oui l'anneau Androswitch

- b. Oui le sous-vêtement en tissu (ou le jockstrap)
 - c. Non les deux sont pareils
 - d. Vous ne savez pas
 - e. Ne souhaite pas répondre
- 110) Est-ce que l'un est plus facile (ou pratique) d'utilisation ?
- a. Oui l'anneau Androswitch
 - b. Oui le sous-vêtement en tissu (ou le jockstrap)
 - c. Non les deux sont pareils
 - d. Vous ne savez pas
 - e. Ne souhaite pas répondre
- 111) De manière générale, avez-vous confiance dans votre capacité à utiliser correctement cette contraception ?
- a. Toujours
 - b. La plupart du temps
 - c. Parfois
 - d. Rarement
 - e. Jamais
 - f. Vous ne savez pas
 - g. Ne souhaite pas répondre
- 112) Parmi les raisons suivantes, lesquelles vous empêchent d'utiliser au mieux votre contraception ?
- a. Aucune
 - b. Les oublis réguliers
 - c. De ne pas pouvoir l'utiliser la nuit (selon les recommandations)
 - d. De devoir vérifier régulièrement le bon positionnement des testicules
 - e. Devoir l'utiliser minimum quinze heures par jour
 - f. De devoir se réveiller le matin pour porter sa contraception (empêche les nuits trop longues)
 - g. La nécessité d'avoir un rythme de vie régulier
 - h. Les effets indésirables trop importants (douleurs, gêne, prurit...)
 - i. Autre (veuillez préciser à la question suivante)
 - j. Vous ne savez pas
 - k. Ne souhaite pas répondre

Quelles autres raisons empêchent une utilisation optimale pour vous ?

- 113) Avez-vous l'intention de continuer à utiliser cette contraception ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Vous ne savez pas
 - d. Ne souhaite pas répondre
- 114) Pensez-vous que cette contraception vous a permis d'en apprendre davantage sur votre anatomie, votre corps et le fonctionnement de votre fertilité ?
- a. Totalemment d'accord
 - b. Plutôt d'accord
 - c. Plutôt pas d'accord
 - d. Pas du tout d'accord

- e. Vous ne savez pas
 - f. Ne souhaite pas répondre
- 115) Selon vous, cette contraception a-t-elle changé la qualité de votre vie sexuelle ?
- a. Oui, de manière très positive
 - b. Oui, de manière plutôt positive
 - c. Oui, de manière plutôt négative
 - d. Oui, de manière très négative
 - e. Vous ne ressentez aucun changement
 - f. Vous ne savez pas
 - g. Ne souhaite pas répondre
- 116) Selon vous, cette contraception a-t-elle changé la qualité de vie sexuelle de votre ou vos partenaires ?
- a. Oui, de manière très positive
 - b. Oui, de manière plutôt positive
 - c. Oui, de manière plutôt négative
 - d. Oui, de manière très négative
 - e. Vous ne ressentez aucun changement
 - f. Vous ne savez pas
 - g. Ne souhaite pas répondre

PARTENAIRE(S)

- 117) Au début, comment cette contraception a-t-elle été abordée avec votre ou vos partenaires ?
- a. Votre (ou vos) partenaire a abordé le sujet, et vous étiez d'emblée partant
 - b. Votre (vos) partenaire(s) a abordé le sujet, et il vous a fallu un peu de temps pour être d'accord
 - c. Vous avez abordé le sujet, et votre (vos) partenaire(s) était d'emblée partante
 - d. Vous avez abordé le sujet, et il lui a fallu un peu de temps à votre partenaire pour être d'accord
 - e. Vous avez abordé en même temps ce sujet, et vous étiez tous partants
 - f. Vous avez abordé en même temps ce sujet, et vous avez tous eu besoin de temps pour être d'accord
 - g. Vous ne savez pas
 - h. Ne souhaite pas répondre
- 118) Quelles ont été les difficultés rencontrées avec vos partenaires au sujet de cette contraception ? (partenaires de vie ou partenaires sexuelles)
- a. Aucune difficulté
 - b. Votre (vos) partenaire(s) n'avait pas confiance dans votre capacité à utiliser correctement cette contraception
 - c. Votre (vos) partenaire(s) n'avait pas confiance dans l'efficacité de cette méthode (peur d'une grossesse non planifiée)
 - d. Votre (vos) partenaire(s) désirait garder la responsabilité de la contraception
 - e. Votre (vos) partenaire(s) n'acceptait pas ce moyen contraceptif pour des raisons esthétiques

- f. Votre (vos) partenaire(s) avait l'impression que cette contraception portait atteinte à votre « virilité »
- g. Ce moyen contraceptif entraînait une diminution de désir chez votre (ou de vos) partenaire(s)
- h. Autre (vous pourrez préciser à la question suivante)
- i. Vous ne savez pas
- j. Ne souhaite pas répondre

Quelles autres difficultés avez-vous rencontré avec votre ou vos partenaires ?

- 119) Après que vous avez atteint le seuil contraceptif, est-ce que votre partenaire (ou vos partenaires) a continué d'utiliser une contraception supplémentaire en parallèle ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Vous ne savez pas
 - d. Ne souhaite pas répondre

ARRET

- 120) Vous avez arrêté cette contraception : A quelle date avez-vous arrêté ? (environ)
- 121) Avez-vous utilisé une autre contraception le temps que votre spermogramme redevienne fertile, ou pendant au moins 6 mois ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Vous n'en avez pas eu besoin (pas de relations sexuelles nécessitant une contraception)
 - d. Vous ne savez pas
 - e. Ne souhaite pas répondre
- 122) Vous avez arrêté, ou vous pensez arrêter cette contraception : Pouvez-vous expliquer pourquoi ?
- 123) Si vous souhaitez partager des remarques ou des témoignages, sur votre expérience, c'est avec plaisir :

DEUXIEME PARTIE (OPTIONNELLE)

Cette étude comporte une deuxième partie par entretien téléphonique pour les participant.es qui le souhaitent.

Le but est d'échanger sur :

- la relation de confiance avec les partenaires sexuels des utilisateurs dans le cadre de cette contraception
- l'impact de cette contraception sur la connaissance du corps

Si vous acceptez de participer :

Envoyez-moi un mail à l'adresse suivante : manon.guidarelli@ch-cayenne.fr

TROIS QUESTIONS SPECIFIQUES

Comme convenu pour pouvoir demander la suppression ultérieure de vos données si vous le souhaitez, veuillez répondre aux trois questions suivantes.

Ces questions sont essentielles et vous seront redemandées si vous souhaitez supprimer vos données, pour permettre de retrouver vos réponses à ce questionnaire. Ces questions ne permettent pas de vous identifier.

Quel est le prénom de votre meilleur.e ami.e d'enfance ?

Quelle est votre couleur préférée ?

Quel est le nom de votre musique préférée ?