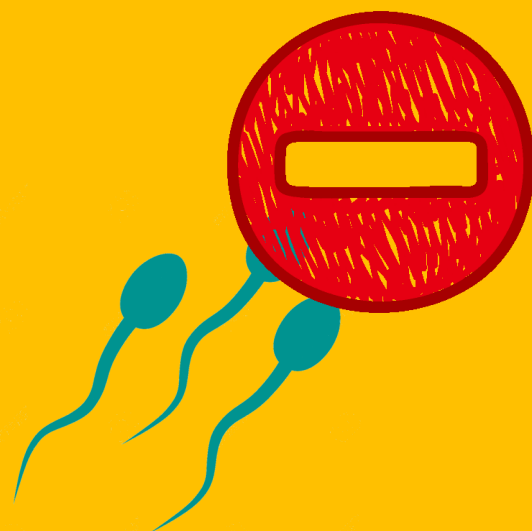


FORMATION
A LA PRESCRIPTION
ET/OU A L'ACCOMPAGNEMENT DE LA
CONTRACEPTION MASCULINE

VERSION ALLEGEE

DOSSIER
DOCUMENTAIRE



SOMMAIRE

- 🌀 Introduction de J.-C. « **Contraception hormonale masculine par les androgène seuls : acquis et perspectives (extraits) »**
- 🌀 Brochure « **Contraception : où (en) sont les hommes ? »** (ARDECOM et Planning Familial)
- 🌀 Brochure « **Contraception testiculaire »** (Planning Familial 38)
- ~~🌀 **Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique** (J. C. Soufir ; R. Mieusset, Revue Andrologie, 2012)~~
- ~~🌀 **Protocole contraception hormonale masculine**~~
- 🌀 **Le remonte-couilles toulousain** (Xavier Bonnefond ; Paulin Dardel, Bout d'ficelle, octobre 2016)
- 🌀 **Rapport(s) n°1 janvier 2016** : pour la responsabilisation des hommes dans la prise en charge des risques et conséquences de leurs sexualités (Collectif Thomas Bouloù)
- ~~🌀 **Hormonal, chemical and thermal inhibition of spermatogenesis** : contribution of French teams to international data with the aim of developing male contraception in France (Jean-Claude Soufir, Basic and Clinical Andrology, 2017)~~
- 🌀 **ARDECOM & PLANNING**, réunion du mardi 30 mai 2017
- 🌀 **Bulletin d'adhésion à ARDECOM**
- 🌀 **Bulletin d'adhésion au Planning Familial**

**Contraception hormonale masculine par les androgènes seuls.
Acquis et perspectives.
(extraits)**

Par J.-C. Soufir

*« Je dis que les masles et femelles sont jetté en mesme moule ;
sauf l'institution et l'usage, la différence n'y est pas grande. »
Montaigne (Essais III, 5)*

Affirmer qu'hommes et femmes devraient avoir la liberté de choisir un mode de contraception qui leur convienne paraît aller de soi. Cette liberté implique l'accès à des méthodes analogues pour les deux sexes.

Le développement d'une contraception hormonale masculine (CHM) est souhaité pour une alternance dans le couple ou par les échecs et les effets indésirables de la contraception féminine.

Il est en principe possible de répondre à la demande de CHM en utilisant des agents pharmacologiques - analogues de la GnRH (Gonadotrophin Releasing Hormone), progestatifs, androgènes – commercialisés pour d'autres indications.

Une alternance de contraception est possible entre hommes et femmes dès aujourd'hui !

Toutes les enquêtes depuis plus de trente ans indiquent une demande croissante de la part des hommes d'une contraception masculine. Les motivations ne manquent pas : volonté de partager la responsabilité contraceptive dans le couple, préservation de la santé de la femme (effets indésirables ou contre-indications médicales de contraception féminine), choix de l'homme de maîtriser sa fertilité. Pourtant, et particulièrement en France, ce sont les femmes qui assument seules l'essentiel de la contraception alors que des alternatives existent : contraception hormonale masculine, contraception masculine thermique et vasectomie.

*La contraception masculine existe !
Comme la contraception féminine,
elle a ses avantages et ses
inconvenients.*

*En tout état de cause, elle permet
une alternance de contraception
entre femmes et hommes.*



Liberté

Egalité

Sexualités

Contacts :

ARDECOM (Association pour la Recherche et le
DEveloppement de la Contraception Masculine)
10 rue de la Folie Méricourt 75011 Paris

Courriel : Ardecom@bbox.fr

Site internet : Contraceptionmasculine.fr

Ardecom local : Pierre Colin 0607433394

*Mouvement Français pour
le planning familial*

 le planning familial

Contraception : où (en) sont les hommes ?



Les méthodes de la contraception masculine :

- La méthode hormonale
- La méthode thermique
- La vasectomie
- Le préservatif

La contraception hormonale masculine :

Alors que des dizaines de millions de femmes utilisent une contraception hormonale, Il n'existerait pas de traitement comparable pour les hommes. Pourtant après des tests sur plus de 600 hommes, cela fait plusieurs années qu'un protocole a été validé par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

Principe de la Contraception Hormonale Masculine (CHM) :

On empêche la production de spermatozoïdes de façon réversible sans diminuer la virilité. On atteint cet objectif en inhibant les sécrétions de certaines hormones (FSH et LH) et en maintenant le niveau de testostérone sanguin.

Le traitement le plus largement utilisé est l'énanthate de testostérone (ET) 200 mg en injection intramusculaire 1 fois par semaine. La durée du traitement conseillée est de 18 mois, suivant en cela les protocoles validés par l'OMS. Son coût, d'environ 10€ par injection peut être remboursé.

On considère que l'homme est contracepté à partir du moment où la concentration de spermatozoïdes est inférieure à 1 million par millilitre de sperme. Celle-ci doit être obtenue entre 1 et 3 mois de traitement.

Le niveau de protection et les effets indésirables sont comparables à ceux des pilules féminines. Il existe des non répondeurs(20%).

La CHM est parfaitement réversible. La fécondité peut se rétablir dès le premier mois suivant l'arrêt du traitement.

La prescription peut en être faite par un médecin généraliste à partir du protocole OMS disponible sur le site « contraceptionmasculine.fr » et un conseil est possible auprès du Dr Soufir (Service de biologie de la reproduction humaine de l'hôpital Cochin).

jean-claude.soufir@aphp.fr

La contraception masculine thermique :

Principe de la Contraception Masculine Thermique (CHM) :

Cette méthode consiste à élever la température des testicules d'environ 2°C pendant 15 heures par jour, tous les jours. L'élévation de température est obtenue lorsque les testicules sont positionnés à la racine de la verge. Cette position et son maintien sont obtenus par un sous-vêtement spécifique.

L'élévation de température induit une inhibition du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes dans les 2 à 3 mois. Cette inhibition est réversible dans les 3 mois après l'arrêt de l'élévation de température.

On considère que l'homme est contracepté à partir du moment où la concentration de spermatozoïdes est inférieure à 1 million de spermatozoïdes mobiles par millilitre de sperme. Celle-ci doit être obtenue entre 2 et 3 mois de traitement. Une fois ce seuil atteint, l'efficacité contraceptive a été satisfaisante chez les 51 couples évalués sur 537 cycles, avec la survenue d'une seule grossesse en raison du mauvais usage de la technique proposée.

La CMT est parfaitement réversible. La fécondité peut se rétablir dès le premier mois suivant l'arrêt de l'élévation de température.

Conseils et conception du sous-vêtement spécifique auprès du Dr Mieusset (Andrologie, Hôpital Paule de Viguier, Toulouse).

mieusset.r@chu-toulouse.fr

La vasectomie :

Stérilisation ou contraception permanente?

Il est habituel d'identifier stérilisations féminine (occlusion tubaire) et masculine (vasectomie). Il est difficile d'admettre cette confusion.

La vasectomie, contrairement aux stérilisations tubaires, n'est pas forcément définitive à un double titre : avant l'intervention, les spermatozoïdes peuvent être conservés pour une éventuelle procréation médicalement assistée; la réparation chirurgicale est effective dans 70 à 90% des cas et suivie de grossesse dans plus de 50% des cas.

Pour la vasectomie, le terme de contraception permanente paraît donc plus adapté que celui de stérilisation masculine.

Aspects juridiques et financiers

Légale en France depuis 2001 (loi n°2001-5 du 4 juillet 2001)

Son coût, d'une soixantaine d'euros, remboursé à 80% par l'assurance maladie est bien inférieur à celui de la ligature des trompes chez la femme.

Le retard français

50 millions d'hommes dans le monde utilisent la vasectomie comme contraception ; 14 % en Chine, 13% aux Etats-Unis, 21% en Grande Bretagne. Mais ils ne sont que quelques milliers en France avec 200 conservations de sperme par an avant vasectomie (Fédération française des Centres d'Etude et de Conservation du Sperme CECOS).

Le préservatif :

Il empêche le passage des spermatozoïdes. D'emploi ponctuel il est non réutilisable.

Il est le seul à protéger de la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/ Sida.

Cette méthode expérimentée depuis les années 80, et validée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) est encore assez mal connue de nos jours. La prise de testostérone en injection hebdomadaire bloque la production de spermatozoïdes. L'effet contraceptif est obtenu après 3 mois de traitement, lorsque la concentration de spermatozoïdes mobiles est inférieure à 1 million/millilitre*. La durée du traitement ne doit pas excéder 18 mois. Un examen de sperme doit être effectué tous les trois mois.

Rapprochez-vous du Planning Familial, des associations et collectifs engagés pour obtenir le contact des médecins prescripteurs.

**Ce nombre peut paraître élevé mais il est insuffisant pour permettre le démarrage d'une grossesse.*



» LA MÉTHODE HORMONALE

**Les personnes réticentes à utiliser le préservatif externe dit masculin, peuvent utiliser le préservatif interne dit féminin. Il faudra alors retirer l'anneau ou fond du préservatif et placer la capote sur le pénis avant la pénétration.*

Le préservatif doit être changé entre chaque rapport. Il protège les partenaires contre le risque de grossesse et de contamination par les infections sexuellement transmissibles (IST).



Il s'agit d'une gaine, le plus souvent en latex, qui se déroule sur le pénis en érection au moment du rapport. Il existe aussi sans latex, en particulier pour les personnes allergiques. Le préservatif se déroule sur le pénis dès qu'il est en érection car le liquide pré-séminal qui sort du pénis avant l'éjaculation contient déjà des spermatozoïdes.

» LE PRÉSERVATIF EXTERNE DIT MASCULIN

Cette intervention peut être réalisée sous anesthésie locale, en chirurgie ambulatoire mais pour des raisons de confort notamment, de nombreux chirurgiens préfèrent proposer l'anesthésie générale. Cette intervention ne nécessite alors qu'une courte hospitalisation. Cette technique est souvent présentée comme définitive. Le chirurgien a l'obligation d'informer sur la possibilité de congélation de spermatozoïdes avant vasectomie, la décision de congeler ou pas son sperme appartenant au final aux patients.e.s. Cette méthode ne modifie en rien les capacités érectiles et éjaculatoires.

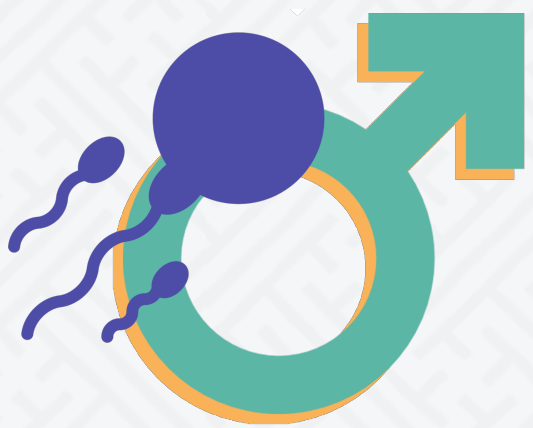
Rapprochez-vous du Planning Familial de votre département afin d'obtenir les coordonnées des médecins réalisant des vasectomies.



La vasectomie est légale en France depuis la loi du 4 juillet 2001. Depuis, toute personne majeure peut demander à se faire vasectomiser. Le médecin va alors inciser légèrement la peau du scrotum ou la perforer afin d'accéder aux canaux déférents. Il va ensuite les sectionner ou les boucher, empêchant ainsi la sortie des spermatozoïdes.

» LA VASECTOMIE

CONTRACEPTION MASCULINE/TESTICULAIRE



Toutes nos coordonnées en France sur www.planning-familial.org



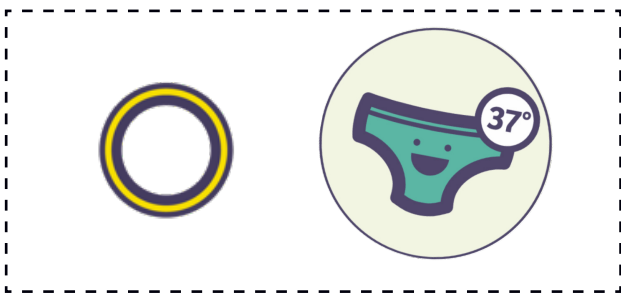
» LA CONTRACEPTION THERMIQUE

Cette méthode consiste à porter, soit un sous-vêtement (slip, jockstrap) soit un anneau (dispositif Andro-switch® breveté) **qui maintient les testicules remontés à l'intérieur des canaux inguinaux**, au niveau de la racine de la verge. Les testicules sont ainsi maintenus à une température suffisamment élevée (les 37°C de l'intérieur du corps humain) pour **bloquer la fabrication des spermatozoïdes**. Ce sous vêtement ou cet anneau doivent être portés au moins 15 heures par jour.

Deux analyses de sperme en laboratoire (examens remboursés), seront réalisées : avant la mise en place de la contraception et après la mise en place de la contraception pour vérifier que le nombre de spermatozoïdes mobiles est devenu inférieur à 1 million/millilitre*. L'efficacité contraceptive est effective au bout de 3 mois environ.

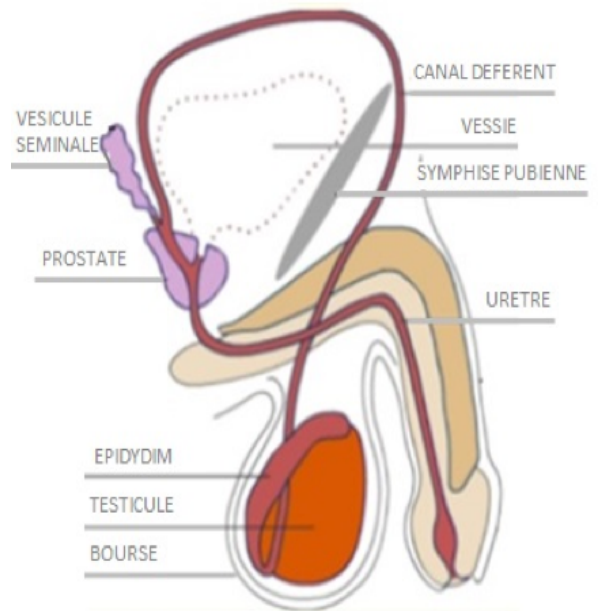
La durée d'utilisation maximale conseillée est de 4 ans.

Ces méthodes sont **réversibles** et confortables. Une personne désirant se contracepter thermiquement peut utiliser le slip, l'anneau ou les deux, en alternance.



*Ce nombre peut paraître élevé, le milieu médical considère toutefois que la probabilité d'une grossesse est alors nulle.

Ces méthodes (vasectomie, préservatif, contraception hormonale ou thermique) **ne modifient en rien le désir sexuel, la fréquence ou la durée des érections. Elles permettent de plus, un partage du contrôle de la fertilité de la part de chacun.e des partenaires !**



©Maxime Labrit

POUR ALLER PLUS LOIN...

LES SITES WEB

Centre de ressources documentaires
du Planning Familial Isère

doc.leplanningfamilial38.org, rubrique 'contra thermique'

ARDECOM

www.contraceptionmasculine.fr

Blog Forum de la vasectomie en France

www.vasectomieenfrance.unblog.fr

Collectif Thomas Boulou

<http://boulocho.free.fr>

Méthode ©Andro-Switch de Maxime Labrit

<https://thoreme.com>

Le slip chauffant par le Dr Miesusset

www.slip-chauffant.fr/slip-chauffant/

Vade retro spermato :
l'histoire des groupes de paroles
et de contraception masculine
en France

www.vaderetrospermato.wordpress.com



Les BROCHURES ET OUVRAGES



Livret d'information 'stérilisation à visée
contraceptive'

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_sterilisation_2017_bd.pdf

Réflexions sur la Contraception Masculine

contribution à la critique du patriarcat (par Camille Zeno)

www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2013/11/Brochure-Contraception-Masculine.pdf

Dépliant Planning Familial -ARDECOM

www.contraceptionmasculine.fr/visuels/

Livre de Jean-Claude Soufir et Roger Miesusset
«la contraception masculine»

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-2-8178-0346-3>

LE REMONTE-COUILLES TOULOUSAIN

SLIPS CHAUFFANTS ET CONTRACEPTION MASCULINE

Par Xavier Bonnefond et Paulin Dardel

Pour beaucoup, le projet de loi du 28 juin 1974 a réglé définitivement le problème de la contraception. Encore aujourd'hui, la pilule pour femmes apparaît souvent comme une solution incontournable, sinon unique. Pourtant, la maîtrise de la fertilité recouvre des pratiques très variées : médicalisées ou autonomes, individuelles ou collectives, etc. Et si les femmes sont les premières concernées par la contraception, elles n'ont pas à en rester les seules actrices.

Cet article est issu du numéro 2 de *Jef Klak*, « Bout d'ficelle », qui aborde des questions liées au textile, à la mode et aux identités (de genres, sexuelles, etc.), et encore disponible en librairie.

En 1979, le journal *Libération* fait paraître l'acte fondateur de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (Ardecom), appelant à « discuter entre hommes », avec la « volonté de voir ce qui peut être changé du côté de la virilité obligatoire ». Cette association fédère plusieurs groupes de parole d'hommes, pour la plupart issus d'organisations d'extrême gauche et proches des féministes. Comme l'explique l'un des protagonistes de *Vade retro spermato*, film documentaire sur le sujet réalisé par Philippe Lignières en 2011, « les femmes posaient des questions qui nous obligeaient à nous éclaircir. On [voulait] s'envisager en tant qu'hommes autrement qu'au travers du modèle patriarcal et phallogratique ». Sur la base de réunions régulières, ces groupes « permettaient d'échanger, avec des engueulades, des tensions, de l'intimité », sur leurs sexualités, leurs rapports aux autres, leurs vécus ou leurs émotions... Encouragés par les mouvements de femmes à considérer la contraception comme un enjeu central – parmi d'autres – des rapports de pouvoir dans un monde patriarcal, certains hommes cherchent alors à développer une contraception masculine : ils y voient un moyen d'action concret contre leur position de dominants, ainsi qu'une manière de s'assumer pleinement en maîtrisant leur fertilité. L'enjeu n'est pas seulement de parvenir à un meilleur partage des responsabilités, des dangers et des contraintes de la contraception, mais de l'inclure dans une réflexion plus large. Ainsi comme le résume l'historien

Cyril Desjeux : « La contraception masculine deviendra un enjeu moral et social, et non plus seulement sanitaire. L'objectif sera d'arriver à sensibiliser les hommes face à leurs responsabilités parentales et sexuelles¹. »

Drôles d'hormones

L'intention de l'Ardecom est d'inventer une méthode pour rendre les hommes infertiles, de façon réversible. Mais pour ce faire, les membres de l'association doivent faire face à une absence de ressources « matérielles », d'une part, puisqu'il n'existe aucune méthode contraceptive médicalisée développée en direction des hommes, et « symbolique » d'autre part, la contraception étant difficilement perçue comme une demande émanant des hommes². Pour pallier les difficultés, ils lancent des appels à participants et à volontaires pour des essais cliniques, par le biais des réseaux affinitaires ou par petites annonces, et publient une revue, *Contraception masculine-paternité*, dont deux numéros paraissent en 1980. Des antennes locales de l'Ardecom se forment dans une quinzaine de villes. Au-delà de la formation d'une base militante, l'Ardecom essaie de « trouver des acteurs institutionnels susceptibles de croire en ce projet et de le porter³ ». L'association prend contact avec des hôpitaux, des Cecos (Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme), ou avec le Plan-

ning familial, et elle dépose des demandes de financement auprès du ministère de la Santé, sans que rien n'aboutisse. C'est finalement la présence de médecins dans les groupes de discussions qui débloque bientôt la situation : ces derniers accompagnent les expérimentations contraceptives et établissent des protocoles visant à vérifier leur efficacité. Les expérimentateurs et les tâtonnements des débuts ont souvent fait l'objet de railleries, jusque dans les milieux attentifs aux questions du sexisme. La première méthode contraceptive, dite hormonale, testée principalement par les groupes de Paris et Lyon, se fondait sur l'ingestion de deux pilules (des progestatifs inhibant la production d'hormones sexuelles), qui devaient être accompagnées d'un gel contenant de la testostérone à s'appliquer sur l'abdomen. La technique fonctionne. Seul petit « hic » : ce gel transmet les hormones par contact cutané... Autrement dit, si l'on s'approche ou que l'on se frotte un peu trop contre un torse gélifié, bonjour la pilosité non désirée ! Loin d'être anodin, cet effet secondaire a entraîné l'arrêt, pour le groupe parisien, de l'utilisation de cette technique en 1984, jugeant les contraintes trop importantes. De son côté, le groupe lyonnais a poursuivi cette expérience jusqu'en 1986, cherchant des moyens d'atténuer les effets incommodes.

Le remonte-couilles toulousain

La recherche d'une méthode thermique n'échappe pas non plus aux moqueries – hier comme aujourd'hui, les histoires qui circulent ne manquent pas de renvoyer de ces groupes une image de plaisantins, peu crédibles. C'est plus particulièrement au sein du groupe local de Toulouse, le Garcom (Groupe d'action et de recherche pour une contraception masculine), que se concentrent les efforts pour élaborer cette technique. Conscients des propriétés contraceptives de la chaleur, les Toulousains se sont lancés dans la recherche d'un moyen permettant de maintenir les testicules au chaud. Dans le film *Vade retro spermato*, l'un des membres du Garcom revient sur ces tentatives, pas toujours heureuses : « *L'idée [était venue] de se glisser une résistance électrique dans le slip, avec toutes les questions sur la longueur de la rallonge pour pouvoir vivre normalement la journée... Ou bien de se balader avec des capteurs solaires sur la tête... On a développé tout un tas d'idée rigolotes, mais qui ne nous faisaient pas avancer d'un iota.* » Finalement, la solution est partiellement apportée par un copain paysan, lequel constate que ses testicules remontent dans les canaux inguinaux, dans la cavité abdominale, après quelques heures passées sur son tracteur. Or maintenir les testicules à l'intérieur du corps permet d'augmenter leur température de quelques degrés nécessaires pour stopper la spermatogenèse. Les réunions s'articulent alors autour d'ateliers très pratiques : comment maintenir ses testicules dans les canaux inguinaux pendant environ douze heures par jour ? L'ingéniosité collective donne naissance à une invention baptisée RCT, pour « Remonte-couilles toulousain »⁴. Il s'agit d'un slip troué afin de laisser passer la verge et la peau du scrotum, et qui permet de faire remonter et de maintenir les testicules dans les canaux inguinaux. Chacun crée son propre sous-vêtement contraceptif, avec parfois quelques difficultés à surmonter : « *Des fois,*

on doit remonter les testicules qui descendent quand le slip n'est pas bien ajusté, il faut passer la main, et ça peut amener à se toucher devant les gens », explique Claude dans une émission radiophonique consacrée à la contraception masculine⁵. Mis à part ces petits déboires techniques, les spermogrammes sont formels : le RCT porté correctement rend stérile au bout de deux à cinq mois ; s'il n'est plus porté, l'homme redevient fertile. Ça marche ! Malgré ces départs prometteurs, les groupes cessent leurs activités à partir de 1986⁶. La propagation de l'épidémie de Sida est l'une des raisons le plus souvent invoquées pour expliquer l'arrêt des expérimentations – avec le préservatif comme seule technique de protection valable. Les trajectoires individuelles des membres expliquent aussi la dissolution de ces espaces de parole : certains ont voulu devenir pères, d'autres ont fini par faire « comme les autres mecs » en prétextant que la plupart de leurs partenaires étaient déjà contraceptées, et que la contraception masculine n'était de toute façon pas prise en compte dans les rapports occasionnels. La sortie du film *Vade retro spermato* en 2011 a néanmoins participé à raviver le débat collectif autour de la contraception masculine, en rappelant par exemple que la recherche médicale ne s'est pas arrêtée en 1986 et que les médecins peuvent à présent prescrire des méthodes fiables, hormonales ou thermiques, à un public de plus en plus réceptif.

La possibilité de (se) poser des questions

Différentes enquêtes⁷, qui mériteraient d'être élargies, révèlent qu'une majorité d'hommes (autour de 55%) seraient prêts à utiliser une méthode de contraception. Les variations restent néanmoins fortes d'un pays à l'autre – en France, seul 0,1% des femmes interrogées (entre 20 et 49 ans, en couple) ont déclaré que leur compagnon était vasectomisé, contre 9,2% aux États-Unis. Pourtant, 80% des femmes se disent favorables à une contraception masculine, et la plupart d'entre elles auraient tendance à faire confiance à leur partenaire pour prendre en charge la contraception du couple⁸. Pourquoi, dès lors, une telle timidité ? On peut d'emblée regretter que les structures d'information ou d'accompagnement des hommes dans leur démarche de contraception soient quasi inexistantes : ce n'est pas la mission première des Planning familiaux, qui s'occupent avant tout des problèmes rencontrés par les femmes, et les services d'andrologie des hôpitaux s'intéressent plutôt aux problèmes de stérilité ou d'impuissance. De leur côté, une majorité des médias, quand ils ne relaient pas des annonces sensationnelles – aussi mal documentées que rapidement oubliées – sur la prochaine pilule masculine miracle, s'évertuent à faire circuler les pires poncifs, sans analyse ni nuance, sur le manque de confiance des femmes et ces « messieurs qui ne sont pas encore prêts », même dans le cadre d'un couple. N'en déplaise aux défenseurs du *statu quo*, les rares tentatives de publicité de méthodes contraceptives masculines arrivent souvent à toucher une « demande » sans doute moins arquée sur ses stéréotypes qu'on ne le pense. Le film *Vade Retro Spermato*, par exemple, a permis « *la rencontre entre une demande qui ne s'exprimait pas, qui n'ose pas s'exprimer, et l'histoire qui montre que ça a déjà existé, que ça existe encore. Quand on donne la possibilité de poser des questions et qu'on apporte des solutions possibles*

aux questions posées, on ne peut qu'avoir des demandes. C'est ce qui se passe⁹. » Parmi les solutions existantes, le préservatif reste prédominant au début de la vie sexuelle et dans les premiers temps d'une relation, où il est souvent associé au retrait. « Quand tu as 15-16 ans, peut-être que, pour tes premiers rapports, tu utilises un préservatif, et c'est déjà énorme. C'est déjà tellement angoissant, tout ça, que tu vas pas commencer à te contracepter de manière durable. Ce sera peut-être plus tard, dans ta vie sexuelle un peu plus établie, réfléchi », témoigne Quentin, récent porteur du RCT. Si la capote reste incontournable, c'est avant tout comme méthode de réduction des risques liés aux Infections sexuellement transmissibles (IST). La vasectomie, méthode confidentielle en France, semble être préférée par les hommes au-delà de la quarantaine, déjà pères, ou par ceux prêts à mettre en pratique leur discours critique sur la procréation : « Je connais quelques personnes déterminées, vasectomisées, qui sont venues présenter leurs démarches aux soirées qu'on a organisées. Ils ne regrettent pas, leurs arguments sont ceux qu'on a l'habitude d'entendre : pas d'enfants dans ce monde-là, je ne me fais pas confiance pour être responsable de ça pendant 20-30 ans, etc. » Pour ceux qui envisagent d'être père un jour, la démarche de prise d'information se fait la plupart du temps lorsqu'ils sont en couple, dans une relation de confiance avec leur partenaire. Roger Mieusset, médecin des hôpitaux à l'hôpital Paule-de-Viguière de Toulouse est un des rares prescripteurs de contraception masculine en France. Il reçoit avant tout « des demandes de contraception dans des situations accidentelles, après la survenue d'une grossesse non désirée, des demandes de couples stables, où la femme en a marre de prendre sa contraception, et où l'homme en a assez de mettre un préservatif. Il vient alors voir s'il n'existe pas autre chose ». Sigrid est salariée depuis trois ans au Planning familial de Toulouse et rencontre des hommes, rares, en couple, dont la compagne ne peut plus se contracepter, pour raison de santé ou autre : « Quand une nana te dit "La pilule, je ne peux plus", elle ne peut plus avaler un seul comprimé. Peu importe que ce soit physique ou psychologique : le soir en l'avalant, elles ont envie de gerber. » Malgré tout, peu d'hommes repartent avec la réelle intention de franchir le pas : « On ne peut pas toujours les aider, parce que certains ont entendu parler de la fameuse pilule pour homme, que tout le monde attend mais qui n'existe pas. On aborde alors la question des injections, mais là, il y a une notion de contrainte très forte, et c'est assez vite éliminé. Je tâte un peu le terrain avec le thermique, mais j'ai parfois l'impression de sortir une énormité. Je n'ai jamais vu repartir quelqu'un super emballé à l'idée d'essayer ça. » Globalement, le manque de connaissances sur le fonctionnement du corps humain est flagrant, chez les hommes comme chez les femmes, et le travail d'information est primordial pour permettre aux gens de choisir sereinement leur contraception. Bien sûr, beaucoup se souviennent vaguement de leurs cours de SVT, mais « c'est séparé de la sexualité. Tu parles de la reproduction, mais comme un truc conceptuel. Il y a des meufs – et chez les mecs, c'est encore pire parce qu'ils n'en subiront pas les conséquences – qui sont très étonnées de pouvoir être enceinte au premier rapport sexuel ! », rappelle Sigrid.

Le slip chauffant aujourd'hui

La plupart des hommes qui choisissent tout de même de se contracepter optent pour la méthode hormonale. Une injection intramusculaire hebdomadaire paraît, pour beaucoup, plus facilement réalisable que le port du sous-vêtement. Ils le font en étant informés que les méthodes hormonales ont un effet sur l'ensemble du corps, pas seulement sur l'organe visé, et qu'elles s'accompagnent de quelques effets secondaires connus¹⁰. Sur ce plan, la France, qui n'en finit pas de battre des records en termes de prise de médicaments, reste fidèle à sa réputation. Porter un slip ? Trop simple, trop mécanique. Il est souvent difficile de se détacher, même dans l'imaginaire, des méthodes classiques : « C'est marrant, raconte Sigrid, parce que quand tu fais le tour des méthodes avec les gens, il n'y a pas d'idéal, tout est contraignant, alors quand tu demandes "Ce serait quoi pour vous la contraception idéale ?", » Aujourd'hui, des lieux d'information et d'expérimentation se sont reformés. Quentin anime avec d'autres le Planning familial du Mas d'Azil, en Ariège, et participe à un groupe de réflexion non mixte de mecs. C'est grâce au bouche à oreille qu'il s'est mis à porter le RCT. « J'ai découvert ça par des gens qui connaissaient des expérimentateurs des années 1980. J'ai envoyé un mail directement au docteur Mieusset, et il m'a répondu tout de suite qu'il n'y avait pas de problème pour avoir un rendez-vous. » On est loin du parcours du combattant, même si Quentin a un peu tergiversé, « mais ce qui m'a motivé, c'est d'être responsable de ma contraception, qui ne soit pas le préservatif. J'avais des relations à peu près régulières avec une fille contraceptée, mais j'avais envie de prendre sur moi le fait de ne pas avoir d'enfant et de ne pas le faire reposer sur quelqu'un d'autre ». Pour lui, l'acte s'inscrit dans une réflexion personnelle, mais permet également d'enrichir le rapport à sa ou ses partenaires : « J'ai d'abord fait ça pour moi, pour maîtriser le danger que je portais dans un rapport. Parce que c'est un vrai danger : ce n'est pas moi qui porterai l'enfant, ce n'est pas moi qui irai faire une IVG si besoin. La copine avec qui j'étais à l'époque était plutôt contente que je le fasse. Il y a un enjeu fort dans la relation, parce que quand tu essaies de porter ce truc-là, il y a une réflexion commune sur la contraception, et sur ce qu'on fabrique ensemble : comment et pourquoi. » Côté pratique, le médecin Roger Mieusset travaille avec une couturière qui confectionne six sous-vêtements adaptés à la morphologie de chacun : un slip percé pour laisser passer la verge et la peau du scrotum, auquel on ajoute des élastiques maintenant les testicules dans les canaux inguinaux. Pour être efficace, le slip doit être porté au minimum 15 heures par jour, ce qui apparaît comme trop contraignant à certains. Un faux problème selon Quentin : « Pour moi, c'est une contrainte, en tout cas, je le vis comme ça. Mais toute contraception est une contrainte, il n'y en a pas de neutre. Je m'y suis quand même assez bien fait – au bout d'un mois, je ne le sentais plus du tout. Dans des cas de grosse cuite, dans des soirées, des fois, ça brasse un peu tout, ça décale tout. Alors tu te retrouves à faire ce que beaucoup de meufs font avec leur pilule, à compter les heures, ce à quoi on n'est pas du tout habitués en tant que mec. » Ce qui est certain, c'est que ça fonctionne : au bout de 2 à 5 mois, le nombre de spermatozoïdes par millilitre de sperme passe en dessous de la barre du million, à partir de laquelle l'homme

est considéré infertile¹¹. Dans les différentes études portant sur l'utilisation du RCT¹², aucune grossesse n'a été constatée dans les couples où le slip a été porté régulièrement. Du coup, Quentin, avec le Planning familial de l'Ariège, en parle régulièrement, intervient dans les écoles, et a invité hommes et femmes à une discussion publique en avril 2014. Autant d'expériences riches où l'on peut s'informer, partager son vécu et avancer ensemble sur la question. « *Au début, je n'en parlais pas du tout, j'avais un peu peur qu'on me fasse chier avec ça. Et puis je me suis dit que quitte à le faire, autant dire tout haut que ça existe. Moi, je peux te dire que ça marche* », continue-t-il.

Hommes-femmes, mode d'emploi

Tandis que les premières femmes ayant adopté la pilule se sont retrouvées à ingérer des doses monstrueuses d'hormones, et qu'encore aujourd'hui beaucoup vivent très mal la prise de leur contraception, du côté des hommes, on a l'impression de faire face à une recherche du zéro effet secondaire, zéro contrainte. S'il est en effet important de ne pas reproduire les erreurs commises pour la contraception féminine, certaines réticences restent spécifiques aux hommes. « *Je ne pourrais pas prendre de pilule masculine. Ce n'est pas comme le préservatif qui quelque part met en avant le sexe de l'homme... Là, j'aurais l'impression d'être comme ces hommes qui utilisent des crèmes, qui se maquillent, qui font attention à leur apparence extérieure et intérieure. Je ne sais pas, ce n'est pas très viril, quand même. Enfin, je ne veux pas dire que les hommes doivent être machos, mais ils ne doivent pas pour autant se féminiser*¹³. » On touche là un point sensible, ou plutôt non, on n'y touche pas, surtout pas¹⁴. Sigrid se confronte à la question lorsqu'elle fait des interventions avec des enfants : « *On parle de toute la contraception féminine, de la pose du stérilet et tout. Quand on aborde la vasectomie, dans l'imaginaire, c'est la castration, se faire enlever les testicules, et ils sont tous en train de se tremousser sur leur chaise "Ah ! Mais c'est trop horrible !". Alors qu'avec le stérilet, c'est silence radio*. » Même pour des hommes plus âgés et plutôt sensibles aux questions de genre, les réticences persistent : « *Je me suis pris pas mal de blagues de merde, raconte Quentin. Ce qui bloque les mecs, c'est un rapport à leur identité masculine, à la virilité, à la puissance. L'homme doit être fertile... Et là, on touche à quelque chose qui tourmente cette image. Quand j'ai reçu mon résultat de fertilité me confirmant que je ne l'étais plus, je ne me suis pas regardé hyper différemment - faut pas exagérer -, mais ça a tout de même modifié quelque chose dans mon rapport à mon corps*. » Dès leur puberté, parfois même plus tôt, les femmes sont alertées à propos de leur fécondité ; leur corps devient le sujet de toutes les attentions du corps médical, gynécologues en tête. Il est soumis à un ensemble de manipulations et d'injonctions auxquelles il est difficile de se soustraire. Les hommes, eux, jouissent d'une paix royale à ce sujet. Ce qui fait dire à Sigrid qu'ils « *partent de plus loin* ». Il leur faut prendre conscience de leur fertilité, notion souvent considérée comme superflue du moment qu'on s'en remet à la contraception féminine. Ensuite, il faut accepter un autre rapport à ses organes génitaux, et un aspect souvent inédit de sa relation à la médecine. « *Tous les jours, tu te*

mets à manipuler quelque chose de ton corps que tu ne manipulais pas, raconte Quentin, c'est-à-dire que tu remontes tes testicules. Tu deviens attentif à quelque chose auquel on n'est pas du tout habitué en tant que mec. Moi, c'était la première fois, quand je suis allé voir Miousset, qu'un médecin me touchait le sexe, qu'il regarde vraiment, qu'il se met à hauteur de mon sexe et qu'il regarde. » Cette différence genrée de rapport entre le corps et la médecine peut être une des pistes pour comprendre les représentations mentales liées à la contraception. Pour Nelly Hoodshourn¹⁵, universitaire états-unienne spécialisée sur la question de la contraception masculine, tout est lié au rapport aux normes qui construisent nos conceptions de la féminité et de la masculinité. L'attribution de la contraception aux femmes plutôt qu'aux hommes a largement influencé le développement des techniques contraceptives et les avancées de la recherche en médecine. Au début du xxe siècle, la naissance de la gynécologie voit pour la première fois une discipline médicale définir son objet par le seul sexe : les femmes deviennent un groupe de patientes à part entière. Cette tendance, avec celle de l'endocrinologie naissante des années 1920-30, à ne s'intéresser qu'aux hormones féminines va d'une part permettre l'élaboration de la pilule contraceptive hormonale, et d'autre part associer le corps des femmes et l'idée de féminité à la contraception. « *Le développement des techniques de contraception au féminin a créé un parallèle entre la contraception et la féminité, et non pas avec les hommes et la masculinité*¹⁶. » L'absence de développement de techniques et d'une science médicale dédiées aux hommes associe, en creux, la masculinité à une délégation de la contraception aux femmes. Ce mouvement est d'autant plus regrettable qu'historiquement l'homme a souvent été impliqué corporellement dans la contraception, à travers le retrait ou le préservatif par exemple. Ce n'est que dans les années 1970 que l'andrologie balbutie dans le monde médical, au moment où les femmes appellent les hommes à se saisir de cette responsabilité.

Libération des genres

Toutefois, réimpliquer le corps masculin dans la contraception ne doit pas revenir à calquer le rapport au corps médical imposé aux femmes, loin de là. Pour celles-ci en effet, le droit à l'avortement et à la contraception ne s'est pas toujours accompagné de l'autonomie nécessaire face aux experts en tous genres. L'accès à une IVG, par exemple, reste dans certains cas un chemin de croix : difficulté à trouver un médecin « *écoutant* »¹⁷, période de réflexion, obligation d'être accompagnée par une personne majeure pour les mineures, passage par l'échographie¹⁸. Il est également difficile d'arriver à obtenir une ligature des trompes : on est tantôt trop jeune et on n'a pas assez d'enfants (« *Et si un de vos enfants venait à mourir ? Vous y avez pensé ?* »), tantôt trop vieille (« *Elle tient un double discours, au fond, elle a encore des désirs de maternité.* »), on n'est pas assez consciente des conséquences, pourtant relativement simples à saisir, etc. L'injonction normalisante à faire des bébés n'est jamais loin. Pour la contraception masculine, il convient donc aussi d'interroger cette dépendance à l'égard de l'institution médicale. Même le port du RCT est majoritairement mis en œuvre dans un

rapport étroit avec un Cecos, dont la mission est avant tout de s'occuper des problèmes d'infertilité¹⁹. Les premiers protocoles mis en place pour le Garcom dans les années 1980 sont toujours d'actualité : le contrôle du niveau de fertilité dans le port du slip reste de mise, et nécessite l'établissement régulier de spermogrammes, contrôlant le nombre et la mobilité des spermatozoïdes. Or l'utilisation de ces analyses échappe aux hommes testant une méthode contraceptive, qui peuvent dans certains cas se retrouver à alimenter une recherche scientifique à propos de laquelle ils ont de sérieuses réserves : « *Tu te retrouves au centre du contrôle de la reproduction mécanique moderne, témoigne Quentin. De la même manière que tout le monde ne peut pas adopter, tout le monde ne peut pas bénéficier d'une FIV²⁰, et les Cecos sont un des lieux de ce contrôle. C'est horrible comme endroit, glaçant. On ne sait pas vraiment ce qu'ils font des résultats... Les spermogrammes alimentent sans doute le fonds de la recherche sur la fertilité des hommes. Tu vas dans un endroit pour te masturber, c'est pas super glamour. C'est en général une infirmière (femme) qui te signale qu'il y a des revues dans le placard, des films sur la télé où passe du porno hardcore, assez horrible, avec des scènes de domination, je déteste ça. Tu sais pourquoi tu le fais, alors tu le fais quand même, mais ça fait bien chier.* » Le RCT demeure une des méthodes permettant une prise en charge autonome de sa contraception (avec le retrait et le préservatif). Néanmoins, les possibilités d'échanger autour de cette pratique restent rares. « *C'est dommage qu'il n'y ait pas des groupes de gens qui se regroupent pour dire "moi, j'ai eu mal comme ça, je galère avec ça", etc. Personnellement, j'ai adapté des trucs, j'ai changé de sous-vêtements pour que ce soit plus pratique. Quand je dormais avec, je le portais un peu différemment. C'est des techniques simples grâce auxquelles tu gagnes du temps si tu les connais* », continue Quentin. Pour autant, la question de la contraception masculine doit être reliée à une problématique plus générale, celle de la domination masculine. La critique passe notamment par la reconnaissance de privilèges. « *Ce n'est pas l'expression d'une domination qu'on exerce directement, affirme Quentin, c'est plutôt le bénéfice d'un privilège. On dispose entre autres de celui de ne pas se soucier de la contraception, et c'est bien l'expression d'un rapport de domination. C'est souvent grâce à ce type de ressorts qu'on peut analyser ces rapports, toujours bien dissimulés dans notre quotidien au milieu de tant d'"évidences" qu'on a du mal à les nom-*

mer. » Mais tout le monde ne partage pas cette analyse, et les idées masculinistes progressent de façon fulgurante, affirmant à qui veut bien l'entendre, du haut d'une grue ou depuis les tribunaux, que les femmes sont aujourd'hui de fait à égalité avec les hommes – alors que même en droit, elles ne le sont pas. Pire, certains masculinistes voient dans le féminisme l'avant-poste menaçant de l'avènement d'une société matriarcale. D'autres, plus ambigus et moins évidents à démasquer, postulent une crise de la masculinité, et cherchent à refondre le modèle dominant du « macho » viriliste en une version plus tendre, écoutant, bref « féminisé », perpétuant par là-même tous les stéréotypes de genre, socle nécessaire d'une domination masculine absolue²¹. Ceux-là se regroupent pour discuter de leur condition et cherchent à retrouver une masculinité perdue, à recréer des liens de solidarité et de confiance face à des « carcans de genre » qui les empêcheraient d'être heureux. Les groupes d'hommes revendiquant des bases féministes dans leur analyse ne sont pas exempts de cette critique, posée clairement dans la réflexion sur l'androcentrisme, défini comme « *égocentrisme affectif, psychologique et politique masculin*²² ». Les hommes occupent une position de domination dans les rapports sociaux de sexe, et ils ne peuvent percevoir et comprendre le vécu des femmes du fait de leur position. Ramener l'attention sur son vécu, ses sentiments, revient à leur conférer une place « *démesurée* », où le « *féminisme devient un outil pour améliorer son propre sort*²³ ». La contraception masculine reste avant tout un moyen de contrôler sa propre fertilité ou de partager une responsabilité qui, dans un couple, devrait être commune. Par là, elle est aussi un outil possible pour remettre en cause certains aspects de la domination masculine, à travers le refus de privilèges. « *C'est toujours difficile de se réinterroger sur sa propre place de dominant, des trucs t'échappent, conclut Sigrid. Il faut que ça s'accompagne d'une réflexion féministe, et pas juste se retrouver entre mecs. C'est un cheminement, on ne peut pas tout remettre en cause d'un coup. Quand ça dérive en truc masculiniste, c'est dès le départ que la démarche ne partait pas dans le bon sens. Les discussions et les liens dans ces groupes ne peuvent pas être détachés de bases communes sur d'autres aspects politiques. Le simple fait d'être homme, comme celui d'être femme, ne suffit pas. Dans les groupes où je me suis retrouvée, il y avait toujours une base commune sur le rapport au carcéral ou au capitalisme...* »

GLOSSAIRE

Spermatozoïdes : Hors problèmes mécaniques, un homme est considéré fertile lorsque son sperme contient un nombre suffisant de spermatozoïdes fonctionnels. Ceux-ci doivent être capables de se déplacer (motilité), de pénétrer l'ovule et de le féconder. On en trouve en moyenne quelque 50 millions par millilitre d'éjaculat. Ils sont produits dans les testicules et passent par les canaux déférents pour rejoindre le liquide séminal avant l'éjaculation.

Spermatogénèse : Il s'agit de la production de spermatozoïdes, accomplie par vagues, chacune durant environ 74 jours. Elle dépend, entre autres, des deux facteurs suivants :

- Une température des testicules légèrement inférieure à celle du corps (au moins deux degrés) ;

– La présence de testostérone et d'hormones FSH dans les testicules. La FSH, tout comme la LH essentielle à un taux de testostérone intratesticulaire élevé, est produite dans le lobe antérieur de l'hypophyse.

Testostérone : Hormone jouant un rôle important, entre autres, dans le développement et le maintien de différents caractères habituellement attribués aux hommes : pilosité, masse musculaire, etc. Elle est produite en majeure partie dans les testicules, et sa libération dépend de la LH. En retour, sa présence en quantité suffisante dans le système sanguin périphérique inhibe la production de LH et de FSH.

Azoospermie : Absence de spermatozoïdes dans le sperme.

Oligospermie : Concentration anormalement faible de spermatozoïdes dans le sperme (moins de 20 millions par millilitre).

Cryptospermie : Concentration inférieure à 1 million de spermatozoïdes par millilitre de sperme, à partir de laquelle l'homme est considéré infertile, selon l'OMS.

Vasectomie : Acte chirurgical visant à ligaturer les canaux déférents, afin que les spermatozoïdes ne puissent plus venir se mélanger au liquide séminal. Il s'agit d'une opération légère, irréversible dans la moitié des cas, qui n'a pas d'influence sur le reste du fonctionnement sexuel. Elle a été particulièrement étudiée et développée au XIX^e siècle, où ses effets anti-vieillesse supposés l'on rendue populaire. Elle a pu être employée à des fins d'eugénisme au début du XX^e siècle, mais malgré le discrédit résultant, elle a été utilisée dans un but contraceptif par des centaines de millions d'hommes depuis 1945. En France, elle n'est devenue légale qu'en 1999.

Le principe de la contraception hormonale masculine a été découvert en 1950, lors d'une expérience cherchant à stimuler la spermatogénèse par injection quotidienne de testostérone. Or les volontaires ont atteint l'azoospermie au bout de trois mois, et pour cause : le fort taux de testostérone dans leur corps inhibait l'émission de LH et de FSH, stoppant ainsi la spermatogénèse. C'est le même traitement qui est prescrit aujourd'hui, en associant parfois la testostérone à d'autres inhibiteurs, et avec des doses réduites. Selon le type de testostérone utilisé, le traitement requiert une injection par semaine (en France) ou par mois (en Chine par exemple). La présence de testostérone dans le corps (grâce aux injections) permet le maintien des caractères qui lui sont dus (fonctionnement sexuel, pilosité, etc.). Le traitement est efficace au bout de trois mois pour la plupart des hommes, et réversible. Aucun essai clinique à long terme (plus de 18 mois) n'a été réalisé à ce jour, mais quelques effets secondaires sont déjà connus : acné, prise de poids, changements d'humeur...

Les effets délétères de la chaleur sur la fécondité sont connus depuis l'antiquité. Dès les années 1930, Marthe Voegeli teste en Inde l'efficacité de bains d'eau chaude quotidiens, avec succès. Jusque dans les années 1970, différents travaux scientifiques confirment ses résultats, et attestent l'efficacité d'une élévation de faible intensité (2 à 4 degrés) prolongée. Dans les années 1980, un groupe de Toulousains a l'idée de maintenir les testicules dans les canaux inguinaux, et donc à l'intérieur du corps, afin de les réchauffer. Cette suspension est aujourd'hui obtenue grâce à un slip muni de bandelettes élastiques : le RCT (« Remonte-couilles toulousain »). Le port du RCT pendant 15 heures par jour entraîne une concentration de spermatozoïdes mobiles inférieure à 1 millions par millilitre au bout de trois mois, avec retour à la normale 6 à 9 mois après l'arrêt du port du slip.

NOTES

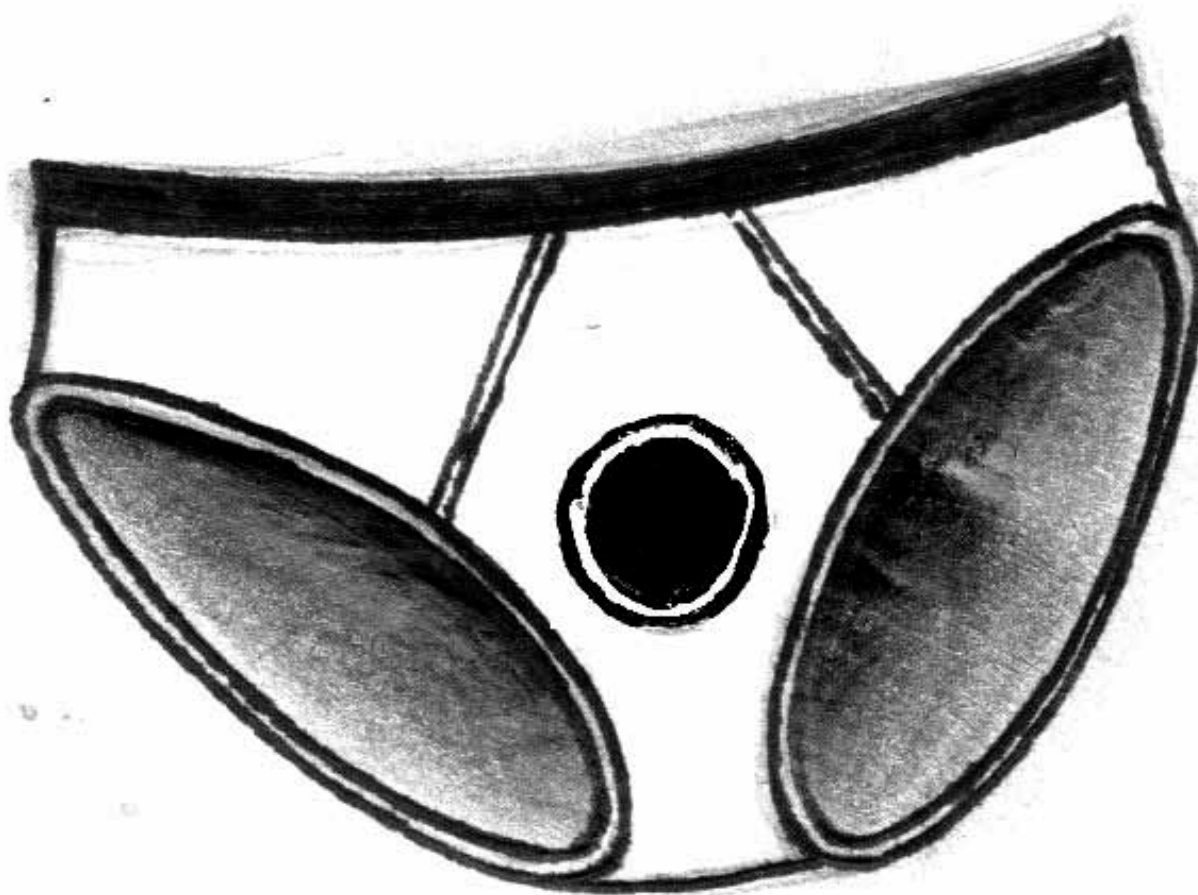
1. Cyril Desjeux, « Histoire de la contraception masculine. L'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979-1986) », *Politiques sociales et familiales*, n° 100, juin 2010, pp. 110-114.

2. Ibid.

3. Ibid.
4. Le nom même de « remonte-couilles toulousain » a pu être critiqué, parce qu'invitant aux moqueries en tous genres.
5. « La contraception masculine », *Comme à la radio*, émission du 16 novembre 2011 sur Canal Sud.
6. L'Ardecom finira par se dissoudre en 1988.
7. Voir par exemple Anderson & Baird, « Male contraception », *Endocrine Reviews*, n° 23, 2002, pp. 735-62, Heinemann, Saad, Wiesemes *et al.*, « Attitude toward male fertility control : results of a multinational survey on four continents », *Human Reproduction*, n° 20, 2005, pp. 549-56, et Glasier, Anakwe, Ewaerington *et al.*, « Would women trust their partners to use a male pill ? », *Human Reproduction*, n° 15, 2000, pp. 646-49.
8. Selon une enquête menée auprès de 1894 femmes d'Écosse, de Chine et d'Afrique du Sud, seulement 2% d'entre elles ne se fieraient pas à leur compagnon dans cette situation.
9. « La contraception masculine », *Comme à la radio*, *op. cit.*
10. En particulier une légère prise de poids, de l'acné et des modifications possibles de la libido. Rien de comparable, néanmoins, avec les effets secondaires recensés pour la pilule pour femmes.
11. Cela peut paraître beaucoup, mais en moyenne le sperme contient plus de 60 millions de spermatozoïdes par millilitre, et les spermogrammes des hommes contraceptés montrent une proportion importante de spermatozoïdes anormalement mobiles, et par là incapable de féconder un ovule.
12. Voir par exemple « Les essais de contraception masculine par la chaleur », R. Mieusset, in *La contraception masculine*, sous la direction de J.-C. Soufir et R. Mieusset, Springer, 2013.
13. Cité par Cyril Desjeux, « Histoire de la contraception masculine », *op. cit.*
14. À propos de « toucher », voir la brochure « Si on se touchait ».
15. Nelly Houdshoorn, *The Male Pill : A Biography of a Technology in the Making*, Durham et Londres, Duke University Press, 2003.
16. Ibid.
17. Les médecins peuvent faire appel à l'objection de conscience et refuser de faire une IVG. En Italie, entre 70 et 85% des médecins y ont recours. En France, une liste des soignant.e.s écoutant.e.s et féministes a été établie pour aiguiller dans le choix de son médecin : gynandco.wordpress.com.
18. Elle peut être vécue comme une épreuve par certaines femmes, surtout quand certains échographistes font du zèle : « Vous entendez ce bruit ? Ce sont les battements de cœur de votre bébé ! »
19. Voir à ce propos les charmantes photos du site cecos.org, et les devises « Don de soi. Bonheur de fonder une famille. Donner la vie !!! », etc.
20. Fécondation *in vitro*.
21. Sur les masculinistes, on lira avec attention le petit précis de défense intellectuelle très renseigné du groupe Stop masculinisme, *Contre le masculinisme*, Bambule, 2014.
22. Léo Thiers-Vidal, *Rupture anarchiste et trahison pro-féministe*, Bambule, 2013, p. 109.
23. Ibid., p. 110.

rappor(t)s

N° 1 janvier 2016



Thomas Boulou

pour la responsabilisation des hommes dans la prise en charge des risques et conséquences de leurs sexualités

Nous avons écrit cette brochure en janvier 2016, et l'avons transmise autour de nous en espérant des retours critiques. Six mois plus tard, nous nous décidons à en faire une version plus largement diffusée. Nous avons entre-temps reçu plusieurs critiques, sur le fond et la forme.

Plusieurs personnes ont été gênées par l'expression « contraception masculine », qui ne distingue pas genre masculin et sexe mâle. Nous aimerions trouver d'autres mots pour désigner ces contraceptions : « contraceptions testiculaires » par exemple ? Nous avons fait le choix de modifier le texte là où cette expression nous semblait décidément trop malheureuse, et de ne rien toucher lorsque nous citons un document déjà public, ou que nous ne trouvons pas de formulation plus satisfaisante.

D'autres personnes ont pointé l'ambiguïté de notre positionnement par rapport aux luttes féministes, dans cette publication : d'un côté, nous affirmons que nous souhaitons contribuer à ces luttes, et nous espérons que cette brochure y participe ; de l'autre, dès qu'il s'agit de nous placer au sein de ces luttes, nous y mettons de telles précautions que notre propos en devient peu lisible.

Quelques autres retours nous ont été fait, qui mériteraient eux aussi un développement plus long que celui que nous souhaitons à ce préambule. Nous avons fait le choix de ne modifier qu'à la marge le contenu initial, mais nous leur aménagerons une place dans le prochain numéro. Nous serions toujours contents de recevoir vos remarques à l'adresse thomasboulouetcie@riseup.net, et tâcherons d'en faire quelque chose.

Table des matières

D'OU VIENNENT CES TEXTES ?.....	4
FRAGMENT D'UNE DISCUSSION.....	5
ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE	10
QUATRE DISPOSITIFS DE CONTRACEPTION	14
QUELQUES EXPERIMENTATIONS DE REMONTE-COUILLES.....	21
« AH... EUH... JE VOUS LAISSE ENTRE FILLES ! ».....	22
GUIDE PRATIQUE DES DR SOUFIR ET MIEUSSET	23
ENTRETIEN-TEMOIGNAGE D'UN HOMME SUR SON CHOIX DE LA VASECTOMIE	28
LETTRE OUVERTE DE MARTIN VINCKLER.....	36
RAPPORT D'ACTIVITES.....	37
COURRIER DES LECTEURICES	43

D'où viennent ces textes ?

Nous sommes un petit groupe de personnes à nous retrouver une fois par mois dans le sud du Finistère, pour discuter, élaborer des techniques, et intervenir dans différents espaces, autour des contraceptions dites « masculines ». Quelques uns d'entre nous se sont trouvés au printemps dernier autour d'un festival féministe sur le plaisir et la sexualité¹. Les autres les ont rejoints depuis. Nous partageons l'envie d'approcher plus largement, par le biais d'une pratique qui nous concerne directement, des questions de sexualité, d'IST, de genre ou de domination masculine.

Nous utilisons parfois le nom d'Ardécom, association nationale pour la recherche et le développement de la contraception masculine (www.contraceptionmasculine.fr) qui a joué un rôle pionnier sur ces thématiques au début des années 1980 et reste encore aujourd'hui un exemple unique, auquel nous aimerions nous associer et dont nous voudrions relayer le travail. Parfois cependant, nous n'avons pas envie de ce nom, car notre dynamique reste locale et autonome.

Pour l'instant, notre groupe n'est composé que d'hommes, mais nous n'avons pas vocation à rester un groupe non-mixte. L'idée de créer un groupe clos de dominants nous inquiète, tout autant que celle de nous poser en donneurs de leçons sur des questions de domination depuis le petit coin privilégié où nous sommes situés. Nous nous reconnaissons chacun plus ou moins dans le genre masculin, mais certains d'entre nous cherchent à faire bouger cette assignation. Par nos activités, nous aimerions aussi contribuer à l'émancipation de sexualités non hétéro, de corps et identités non *cis*², de pratiques sexuelles non liées à de la contraception..., bref, à défaire des normes vis-à-vis desquelles par ailleurs on se bat (un petit peu) et se débat (un peu plus). Nous ne voudrions surtout pas renforcer par nos activités la domination d'un genre sur d'autres. Le potentiel féministe de la contraception masculine reste pour nous une question ouverte.

Nous avons commencé, et nous avons envie de continuer, à parler entre nous de ce qui nous touche autour de ces sujets, à faire des interventions publiques pour parler de tout ça, mais aussi à diffuser du contenu, à discuter de ces thèmes autour de nous. Certains d'entre nous se lancent dans des dispositifs contraceptifs DIY³. Ensemble, nous essayons de mettre en place des moyens d'entraide, d'information, de facilitation d'accès..., dans un rapport critique au système de soin.

Nous souhaitons partager avec d'autres ce que nous faisons autour de toutes ces questions. Nous souhaitons recevoir des retours critiques sur ce que nous racontons. Voilà deux des motifs qui nous ont portés à écrire et publier ce qui suit, traces non achevées d'un travail en balbutiement, tout empreint de questionnements autour de notre démarche, de ses erreurs et travers potentiels.

Nous serions bien heureux d'entendre du répondant si on se voit, ou d'en lire à :

thomasboulouetcie@riseup.net

1 « Clito'rik » à Trégunc les 3, 4 et 5 avril 2015, organisé par le collectif *Gast!* et d'autres.

2 Une personne « cis », c'est une personne chez qui assignation de genre sociale, assignation de genre biologique et genre perçu par la personne elle-même concordent ; une personne *trans* n'est pas *cis*.

3 « Do It Yourself », « fais-le toi-même ».

Fragment d'une discussion entre garçons sur la contraception (dans le Finistère-Sud, le 15 novembre 2015)

Nous sommes en journée de réunion. L'un de nous est là pour la première fois. Alors que l'enregistreur est en route, il demande :

Aiguille : Ça fait plusieurs fois qu'on parle « des garçons qui s'approprient la contraception ». Est-ce que vous avez déjà parlé avec des amies, des camarades féministes, du fait qu'à travers cette démarche, d'une certaine manière on peut déposséder les femmes de leur contrôle sur la contraception ?

Latex : Je n'ai pas bien compris ta question.

Aiguille : Est-ce que vous avez déjà parlé avec des nanas du fait qu'en s'appropriant, en tant que mecs, les techniques de contraception, on peut aussi déposséder les femmes d'un certain pouvoir ?

Latex : Alors j'avais bien compris la question, mais je ne la comprends pas.

Couic : Tu n'es pas d'accord, tu veux dire ?

Latex : Je ne sais pas si je suis d'accord ou pas. Y a quelque chose qui me...

Aiguille : C'est une camarade féministe avec qui je parlais de contraception masculine qui m'a soulevé cette question. En gros, elle disait : « Vous êtes bien gentils, mais la reproduction c'est notre corps, et quand on prend la pilule, au moins on a le contrôle dessus ».

Vessie : Une pote m'a déjà dit aussi : « Là, le mec avec qui je suis, je lui fais confiance, et s'il s'y mettait à la contraception masculine, je lui ferais confiance. Mais c'est trop important pour faire confiance à un mec que je croiserais, et qui me dirait qu'il porte un remonte-couilles par exemple. Parce que je ne sais pas s'il le porte vraiment, combien de temps il le porte, est-ce qu'il est sérieux avec ça, est-ce qu'il fait bien les choses... »

Double-Slip : Il y a des filles qui m'ont dit qu'il n'était pas question pour elles de lâcher leur contraception, quoi qu'il arrive, et même qui se moquent de la contraception masculine, et d'autres qui disent que c'est une contraception qui peut bien convenir à un couple stable. Parce que le risque est d'abord pris par la femme. Mais dans un couple stable et affirmé, ça peut très bien être une contraception acceptée tranquillement par les femmes.

Couic : Sur le marché à Concarneau, on avait entamé ce débat avec une femme qui disait qu'elle trouverait dangereux qu'on parle de la contraception masculine comme d'une alternative. Parce que le discours que je tenais au début, c'était : « C'est toujours les femmes qui doivent prendre des hormones. Si les hommes s'y mettaient à leur tour, les femmes pourraient arrêter de faire subir ça à leur corps ». Mais là, elle m'avait dit : « Non. Je ne te suis pas. » Parce qu'à ce moment-là, les femmes devraient se reposer sur la responsabilisation des hommes. Par contre, si c'est en plus, ou si ça fait rentrer les mecs dans une démarche de se poser des questions, d'agir, d'interagir avec leur compagne ou d'être plus responsables dans leurs comportements avec plusieurs partenaires, etc., là ça devient plus intéressant pour les femmes.

Latex : Pour moi, il y a deux échelles. À l'échelle personnelle, je gère ma contraception, ça ne concerne que moi-même. Après, il y a l'échelle communautaire, où je rencontre des gens, et là il y a des questions de confiance, effectivement. C'est des négociations, des échanges, on va tomber d'accord, etc. Il y a aussi la durabilité des relations qui rentre en compte. Mais ça, c'est une autre sphère, c'est deux choses complètement distinctes. Et puis je suis désolé, mais il n'y a pas que la contraception, il y a aussi les IST. J'ai rejoint notre groupe sur ce thème-là, justement, parce que je ne vais pas en parler avec n'importe qui. Et si j'ai besoin qu'on se réunisse avec des personnes en qui j'ai confiance, avec qui je peux m'ouvrir un peu, et qui m'accompagnent dans mes désirs de contraception..., ça me regarde, moi.

Double-Slip : Je suis arrivé aujourd'hui à faire cette démarche-là de porter un remonte-couilles parce qu'à un moment, dans notre contraception de couple, on avait cherché à ce que ce soit moi qui me contracepte. Mais c'était il y a longtemps, vers 1980 ou 1985, et j'ai loupé la contraception masculine à l'époque. Ça existait mais les médecins ne me l'ont pas dit ! Et ça a eu des conséquences pour nous. Si on avait pu avoir cette solution à ce moment-là, mon épouse aurait été plus que d'accord, c'était sa volonté. Une deuxième chose que je voudrais dire, c'est que j'ai discuté de cette question avec un homme pro-féministe, qui met en garde contre les groupes de garçons, et tout ce qu'ils peuvent reconstruire comme domination au travers de leurs relations entre eux. Même la contraception masculine peut comporter un danger. Les hommes, par rapport au féminisme, sont là pour donner un coup de main, pour aider, se mettre au service de. S'occuper de la contraception masculine, c'est s'occuper de notre petit plaisir à nous, le plaisir masculin. C'est s'éloigner du féminisme, et même agir contre. Voilà, c'est une position qu'il défendait.

Boxer : J'ai eu des discussions là-dessus aussi avec des copines féministes. Et j'en suis arrivé à cette idée qu'il ne s'agit pas de faire de la contraception quelque chose de masculin, mais de faire en sorte qu'il puisse exister autre chose, qui ne repose pas uniquement sur un certain type de contraception féminine. La difficulté, c'est que même si c'est le mec qui se

contracepte, c'est quand même la fille qui va devoir porter les conséquences d'une mauvaise contraception. Donc, quand on parle de contraception masculine, c'est bien de le penser dans une discussion, sur des choix à deux, qui doivent être éclairés par les conséquences que ça peut avoir pour l'un et pour l'autre...

Aiguille : Que ce ne soit pas individuel.

Latex : Je suis mal à l'aise d'avoir dit ça. Parce que c'est en tant que mec que je dis : « Ça ne regarde que moi. » J'entends ce que vous dites, et ça me fait bizarre. Je ne veux rien enlever aux femmes. Pour moi, c'est quelque chose d'intime. Mais l'intime est politique... C'est vrai qu'il faut être vigilants, dans nos groupes de mecs, à quelle piste on prend et qu'on ne remet plus en question. Dire : « C'est génial la contraception masculine ! » et mettre de côté qu'un jour un copain nous a fait cette remarque et nous a demandé : « Cette question-là, est-ce qu'on se la pose, ou pas ? »

Couic : Les premières discussions que j'ai eues avec des copines, au moment où on montait ce petit groupe, m'ont apporté plusieurs questions comme celle-là. Il y a plusieurs choses dont nous avons déjà discuté mais qu'il faut toujours garder en tête. D'abord, ce danger des groupes non-mixtes mecs, qui mériterait d'être plus creusé. Parce qu'il y a des féministes qui incitent les hommes à faire ces démarches-là, et d'autres qui pensent au contraire que c'est très mauvais. Et il y a des bons arguments dans les deux visions. Il y a des bonnes choses qui nous portent à nous réunir en tant qu'hommes, et de mauvaises choses qui nous portent aussi sans qu'on s'en rende compte. Le danger du masculinisme. Et sur la contraception : est-ce que c'est « pro-sexe » de faire de la propagande là-dessus, d'aller en parler dans l'espace public ? Est-ce que ça ne sous-entend pas qu'une vie équilibrée c'est forcément une vie avec une sexualité ? Et puis, la contraception, ça ne concerne que la sexualité hétéro... Il y a plein de choses qui font que nous pouvons facilement glisser. Et en même temps, on se l'est dit dès notre première réunion, et on s'est dit aussi qu'au moins nous allons essayer de faire quelque chose, quitte à se tromper, et que si nous prenions des critiques dans la gueule ça nous ferait avancer ! Alors que si on ne fait rien, c'est sûr qu'on ne tombera dans aucun de ces travers-là, mais...

Aiguille : D'où l'intérêt d'être à l'écoute des ressentis des copines qui réagissent sur notre démarche, et sur la manière d'exposer cette démarche.

Couic : Et ce serait bien, même si le groupe ne devient pas mixte, que les camarades féministes qu'on connaît soient d'accord de nous dire ce qu'elles en pensent. Pas pour flatter nos petits égos de mâles qui font des efforts ! Mais pour que nous restions toujours sur la brèche.

Boxer : D'où aussi pour moi l'intérêt d'écrire des trucs, parce que ça peut être une bonne base de discussion, pour voir les réactions, voir ce qu'on arrive à poser, les oublis, les maladresses...

Latex : Est-ce qu'on peut imaginer un outil de discussion avec l'extérieur ? On a déjà une liste de questions dont on aurait envie de discuter avec un groupe plus large. On pourrait faire une petite collecte de témoignages. Ça ne veut pas dire qu'on recherche la vérité, mais en tout cas prendre plusieurs sensibilités et les avoir à l'esprit quand on travaille ensemble, notamment sur les publications de brochures qu'on se propose de faire. Pour garder une forme d'humilité dans nos écrits, en disant : « Attention, notice à lire avant d'ouvrir ! » Et en précisant que nos publications sont évolutives, qu'on a le droit de changer d'avis, que c'est pour évoluer qu'on fait tout ça, qu'on se pose toutes ces questions-là...

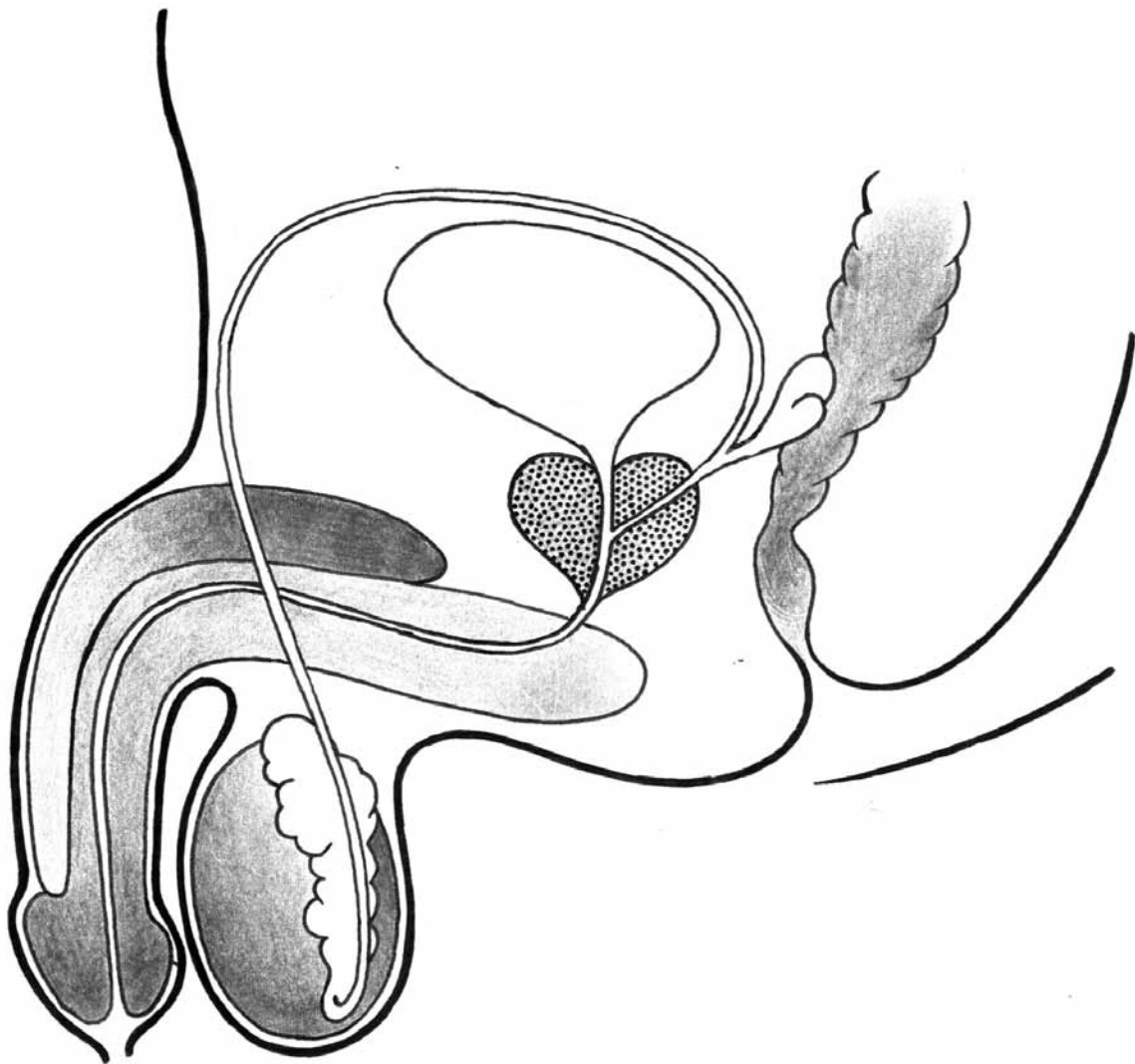
Couic : On pourrait organiser des temps de débats, avec une problématique posée, en invitant des groupes de femmes ou des féministes avec lesquelles on est en lien. Mettre ces questions sur la table et discuter.

Boxer : Ce serait une bonne idée de provoquer ces moments-là. Mais ce serait bien de partir d'un texte qu'on aurait écrit. Parce qu'à la fois, ça nous permet de prendre le temps, entre nous, de nous confronter à des trucs avant d'aller demander à d'autres, et aussi d'arriver avec un truc clair, pas simplement un thème qui risque de donner une discussion flottante.

Double-Slip : Qu'on constitue une revue. Une revue de témoignage, avec un peu de technique aussi mais surtout des témoignages. Avec le préambule de précaution d'emploi, de contextualisation. Et soumettre ça aux féministes autour de nous. Partir de quelque chose qu'on a produit.



Les contraceptions dites « masculines » en France : quelques éléments techniques

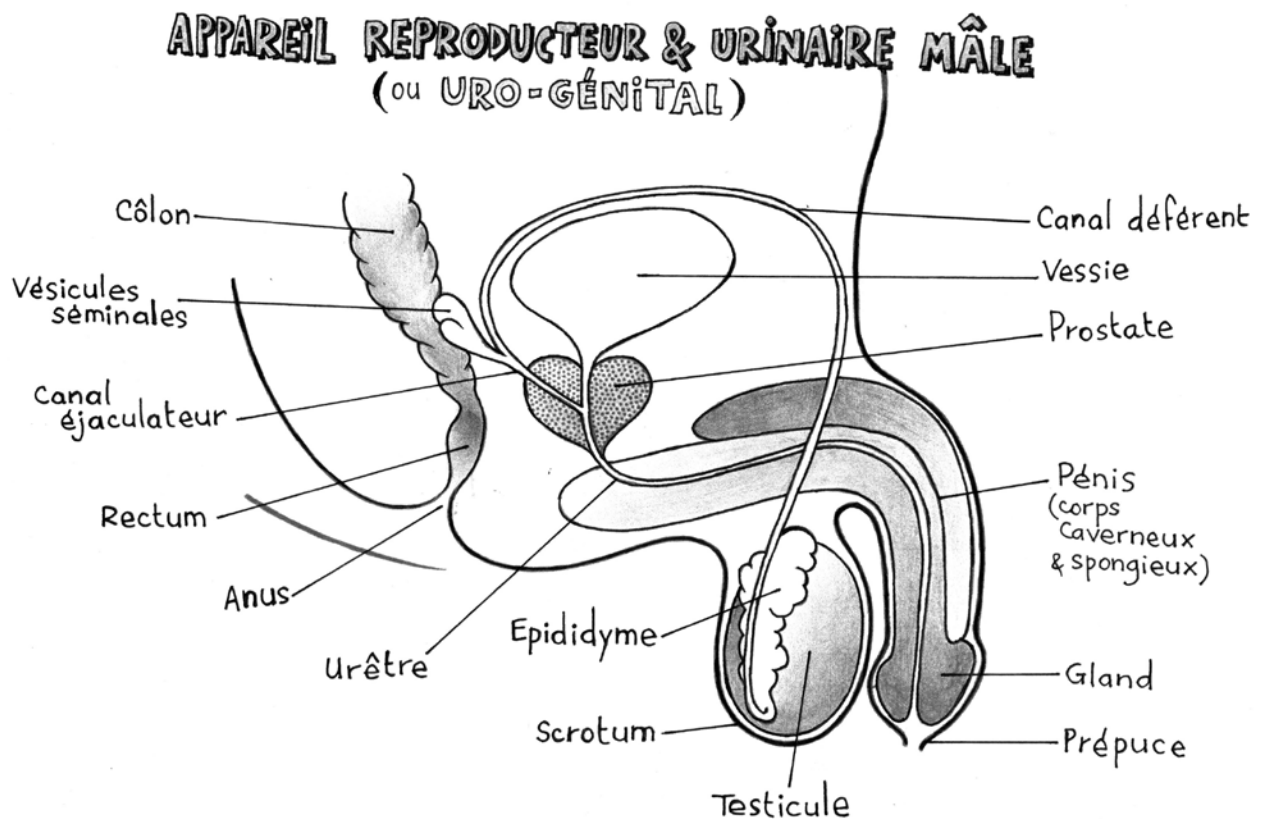


Note:

Nous ne considérons pas comme une évidence le fait qu'un individu doté d'un sexe mâle soit catégorisé socialement comme homme, ou se sente masculin. Dans le texte qui suit, nous avons donc privilégié les termes « mâle » et « femelle » lorsqu'il est question de qualifier les organes sexuels, et nous avons souhaité rendre manifeste par la féminisation des mots la possibilité qu'une personne de sexe mâle se considère être d'un genre autre que masculin.

Anatomie et physiologie

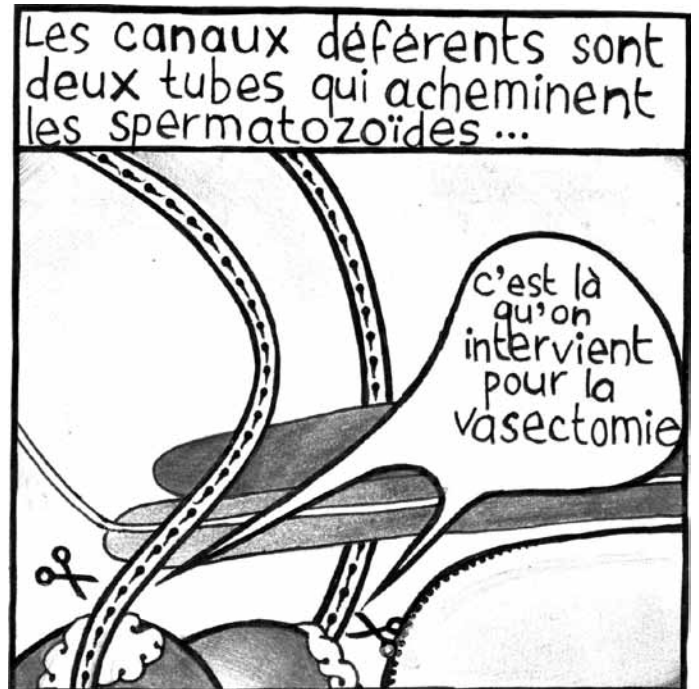
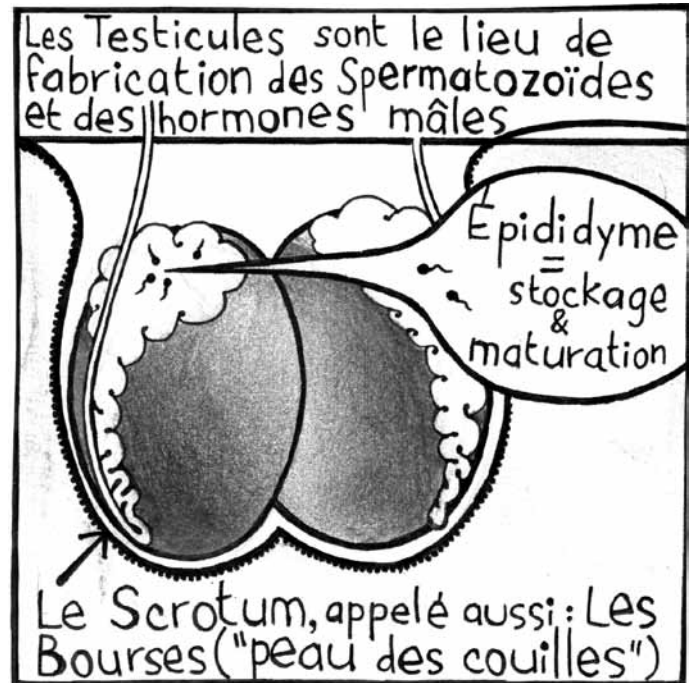
Ce qui suit a été écrit essentiellement d'après des livres d'anatomie et de physiologie accessibles en bibliothèque. Il y est question d'organes sexuels mâles désignés comme « normaux » par la médecine occidentale. On sait que d'autres morphologies, d'autres anatomies existent que celles qui sont décrites ici : corps intersexués, corps stériles, corps modifiés, corps mutilés..., tous corps qui ne correspondent pas à cette « norme ». Nous nous limitons cependant ici à la description de corps couramment décrits par la littérature médicale⁴.



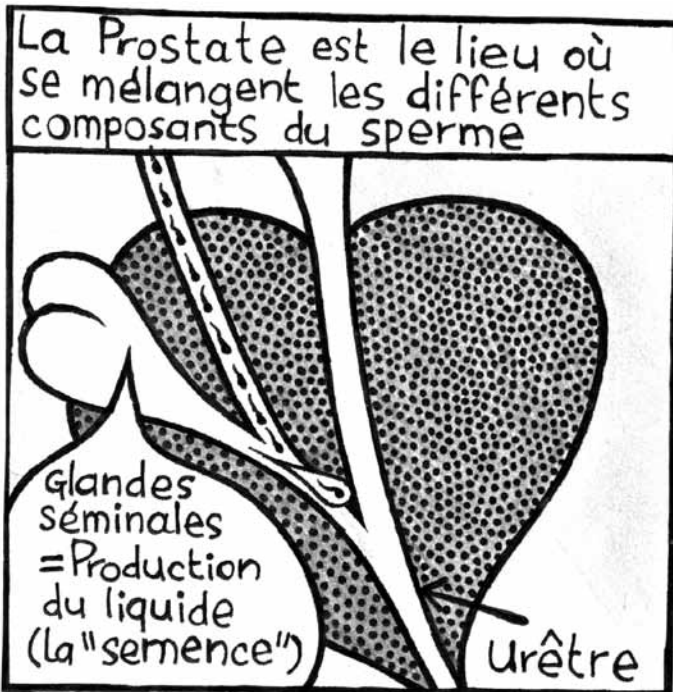
4 Nous n'aimons pas tellement cette limitation à la "norme", qui prolonge une « anormalisation » sensible presque partout ailleurs. Si nous publions ce texte malgré cela, c'est que nous estimons qu'il aide à comprendre les mécanismes physiologiques et les bases anatomiques liés à nos corps, en particulier sur ce qui touche à la contraception, même s'il se peut qu'aucun de nos corps ne corresponde exactement à ce qui est décrit. C'est aussi que nous ne nous sentons pas en mesure de fournir le travail nécessaire pour produire un texte qui réponde correctement à ce que nous reprochons à celui-ci, étant donné notre envie de publier rapidement, pour faire lire et avoir des retours à ce moment-ci de notre activité. Si certain.e.s de nos lectureuses ont des billes à ce propos, nous serions ravis d'échanger avec elleux, pour modifier ce texte dans des publications à venir.

Vie et mort des spermatozoïdes

La spermatogénèse, c'est la fabrication, la maturation et le transport des spermatozoïdes dans les organes sexuels mâles. C'est un phénomène continu qui apparaît à la puberté et dure couramment toute la vie de l'individu. Environ 300 millions de spermatozoïdes sont produits chaque jour, mais leur temps total de fabrication et de maturation est de 3 mois en moyenne. C'est dans les testicules, habituellement situés dans les bourses (« scrotum »), que se fait la fabrication des spermatozoïdes, qui dure 72 jours. Ceux-ci passent ensuite un temps de maturation (entre 1 et 22 jours) dans l'épididyme, qui est un tube pelotonné contre les testicules, facile à repérer en palpant avec la main. Cet épididyme est relié au canal déférent, qui emmagasine les spermatozoïdes et assure leur viabilité pendant plusieurs mois. Au moment de l'éjaculation, des contractions musculaires permettent le transfert des spermatozoïdes à l'urètre (le canal qui aboutit à la sortie du gland, relié aussi à la vessie). Ceux qui ne sont pas éjaculés seront finalement réabsorbés dans l'organisme. Pour l'éjaculation, les spermatozoïdes (avec un peu de liquide des tubes producteurs de spermatozoïdes) se mélangent aux sécrétions des vésicules séminales, de la prostate et d'autres glandes traversées par le canal déférent, qui représentent plus de 90 % du volume du sperme. La durée de vie du spermatozoïde est d'environ 24 heures dans le liquide séminal, mais pourrait être de 6 jours à l'intérieur de l'utérus.



La vasectomie consiste à bloquer le passage des spermatozoïdes dans le canal déférent en coupant ou bouchant celui-ci. Dans ce cas, il y a toujours éjaculation de sperme, mais sans spermatozoïdes.



Sperme et fertilité

En temps « normal », le volume de sperme éjaculé varie entre 2 ml et 6 ml (en moyenne : 2,75 ml), et contient entre 50 et 150 millions de spermatozoïdes par ml. Il y a ainsi, en moyenne, entre 180 et 400 millions de spermatozoïdes dans le sperme d'une éjaculation. On peut analyser son sperme pour en connaître le nombre de spermatozoïdes, leur activité et leur forme, dans un examen appelé spermogramme, remboursé par la sécurité sociale en France. Selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne de sexe masculin dont la numération des spermatozoïdes est inférieure à 20 millions/ml est considéré infertile. De plus, un certain nombre des spermatozoïdes éjaculés ne sont pas mobiles (en général moins de 30%) et connaissent des malformations (communément jusqu'à 70%). En dessous de 1 million/ml de spermatozoïdes mobiles, la personne est considérée stérile. C'est ce seuil de stérilité qui est visé dans les contraceptions qui agissent sur la spermatogenèse. On peut s'interroger sur la valeur de ce seuil de stérilité : 1 million de spermatozoïdes mobiles par ml, c'est encore entre 2 et 6 millions de spermatozoïdes mobiles par éjaculation. Cependant, avec cette quantité de spermatozoïdes dans le sperme, le milieu médical considère que le risque de grossesse est statistiquement nul.



Température des testicules et fertilité

Grâce à la contraction de certains muscles, le scrotum régule la température des testicules. Comme il est à l'extérieur de la cavité pelvienne, il parvient à maintenir une température interne inférieure d'environ 2 ou 3°C à la température profonde du corps, ce qui est nécessaire à la production des spermatozoïdes. Lorsqu'il fait froid ou lors d'une érection, les muscles du scrotum se contractent. Les testicules se trouvent alors plus près de la cavité pelvienne, ce qui les réchauffe.

Il existe toutefois des cas pour lesquels les testicules ne se trouvent pas dans le scrotum. Dans le fœtus et dans les premiers jours d'existence par exemple, les testicules, formés près des reins, descendent couramment dans le scrotum par des canaux dits canaux inguinaux. Dans environ 80 % des cas, les testicules descendent spontanément durant la première année de vie. S'ils ne descendent pas (ce à quoi on donne le nom de cryptorchidie), une intervention est systématiquement effectuée, si possible avant l'âge de 18 mois. Non traitée, la cryptorchidie des deux testicules entraîne la stérilité : lors d'une étape de la spermatogenèse, les futurs spermatozoïdes sont détruits par la température élevée. C'est cette situation de cryptorchidie qui est reproduite dans la contraception thermique : on place alors les testicules à l'entrée des canaux inguinaux⁵.

Hormones et fertilité

Les hormones sexuelles mâles, appelées androgènes, comme la testostérone, sont en grande partie fabriquées dans les testicules. Elles sont déversées dans le sang et ont de nombreux rôles : modification physique pubertaire, contrôle du pouvoir fécondant des spermatozoïdes, contrôle des sécrétions des vésicules séminales et de la prostate, etc. Ces hormones sont produites de façon continue, déjà avant la naissance, par les testicules. Cette production est contrôlée à la base du cerveau par l'« hypothalamus » (centre de la vie végétative, échappant à la conscience directe mais par où passent et sont modulées toutes les informations sensorielles avant d'arriver au cortex), qui commande à l'« hypophyse » la sécrétion de deux hormones : la FSH et la LH. Ces hormones sont les mêmes chez les corps mâles et femelles. La FSH agit sur la spermatogenèse, tandis que la LH a une action plus spécifique sur la fabrication d'hormones mâles.

Hypothalamus et hypophyse modifient leurs sécrétions selon les informations qu'ils reçoivent. Par exemple, si l'organisme est en manque de testostérone, l'hypothalamus commande à l'hypophyse de sécréter plus de LH, ce qui permet à l'organisme de produire

⁵ Le risque de cancer du testicule est de 30 à 50 fois plus élevé dans le cas de testicules non descendus à la naissance, mais il est possible que cryptorchidie et cancer soient tous deux causés par un troisième facteur. En tous cas, aucune étude ni aucun avis médical ne nous a indiqué un risque de cancer lié à la contraception thermique. Toutefois, on ne dispose pas du recul médical permettant d'avoir une idée claire sur la question.

plus de testostérone. L'hypothalamus perçoit alors cette augmentation, et arrête sa stimulation de l'hypophyse.

Dans la contraception hormonale, on utilise ce contrôle de la quantité de testostérone dans le corps pour stopper la spermatogenèse : du fait des injections, le taux de testostérone perçu par l'organisme est très élevé, ce qui conduit l'hypothalamus à ne pas impulser de fabrication de FSH, et donc à ne pas commander de fabrication de spermatozoïdes.

Quatre dispositifs de contraception

Nous avons essayé de décrire ici les quatre dispositifs de contraception dite « masculine » disponibles en France. D'autres méthodes sont en développement ailleurs (plantes, gels) ou existent sans recourir à un quelconque dispositif (par exemple le retrait).

Quelques précautions d'ordre général

Nous voudrions apporter quelques précautions à cette présentation. Il peut être dans l'idée d'une contraception « masculine » d'offrir dans certaines situations une alternative à une contraception « féminine ». Nous imaginons, et nous entendons autour de nous, les difficultés que cela peut poser, du fait de la différence dans les positions occupées selon les rôles sociaux de genre.

Par exemple, dans tout moyen de contraception, il y a un risque d'échec, donc de grossesse. C'est le corps qui peut tomber enceinte qui en subira les conséquences les plus lourdes, et c'est sur le rôle social féminin que reposera souvent le plus gros de la responsabilité parentale. Avec les techniques que nous présentons ici, c'est donc la personne qui est la moins touchée par l'échec qui est susceptible d'erreurs de suivi (injection prise en retard, sous-vêtement porté moins longtemps qu'il ne le faudrait...), erreurs potentiellement non dites (oubli, petit mensonge de confort suite à une négligence de contraception, voire intention de provoquer une grossesse désirée par cette seule personne). Plusieurs personnes nous ont fait part de réticences et craintes à ces sujets, mais aussi de leur attachement à leur contraception féminine, perçue comme pouvoir sur leur corps et sur leur vie.

Dans tous les cas, il nous paraît essentiel, en tant qu'utilisateur actuel, futur ou potentiel d'une contraception masculine, de prendre le temps de s'informer autant que possible sur les risques pour la, le ou les partenaires (voir aussi « Guide pratique d'une contraception hormonale ou thermique »), et de discuter de ces risques avant qu'une contraception masculine soit utilisée comme contraception exclusive dans un rapport sexuel.

Par ailleurs, la contraception n'est utile que dans des rapports entre des sexes mâle et femelle en capacité de reproduction, avec éjaculation et autour du moment de l'ovulation (qui est assez imprévisible). Ce pourrait être une banalité, si l'oublier ne contribuait pas à occulter d'autres pratiques sexuelles, d'autres anatomies que celles que la contraception suppose.

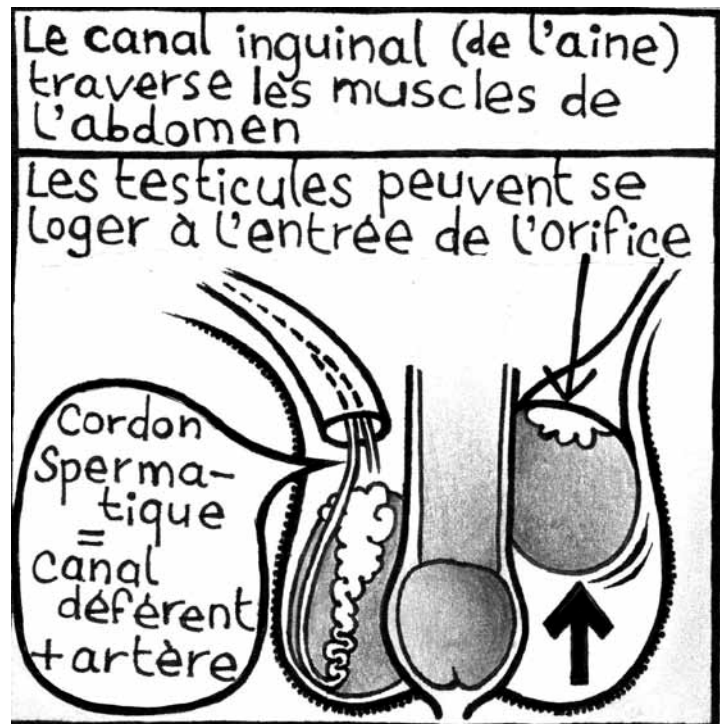
Contraception thermique

La méthode consiste à porter un sous-vêtement particulier au quotidien (et pas pendant les rapports sexuels !), en journée, sous-vêtement auquel a été donné le surnom de « remonte-couilles toulousain » (RCT). C'est par un groupe de parole d'hommes de Toulouse qu'a été créée cette méthode, au début des années 1980^{*}. Ce sous-vêtement place les testicules dans le corps, à l'entrée des canaux inguinaux au niveau de la racine de la verge, à un endroit qui leur est par ailleurs confortable : certaines personnes ont les testicules qui remontent d'eux-mêmes à cet endroit dans certaines situations (on vous incite à essayer de les placer à la main, ça devrait bien se passer). Placer les testicules

ainsi augmente de 2°C environ leur température, ce qui bloque une étape de la fabrication des spermatozoïdes et diminue ainsi significativement le nombre de spermatozoïdes mobiles dans le sperme. Le port du sous-vêtement n'est pas désagréable.

Lorsque la personne qui porte ce sous-vêtement a deux analyses de sperme séparées de trois semaines (examen remboursé) indiquant un nombre de spermatozoïdes mobiles inférieur à 1 million par ml, elle peut se considérer contraceptée – ceci arrive généralement au bout d'un mois et demi à deux mois de port quotidien, 15 heures par jour. Ce nombre de spermatozoïdes peut paraître élevé : le milieu médical considère toutefois que la probabilité d'une grossesse est alors nulle. Parfois, cette contraception conduit à l'absence totale de spermatozoïdes (« azoospermie »).

Il n'y a pas d'effet secondaire connu à cette méthode (y compris sur la libido), mais le recul que nous avons est encore très faible : le nombre d'études médicales sur la méthode est restreint, le nombre de personnes ayant participé aux études très réduit aussi, et la méthode a été très peu popularisée depuis son invention. Le port du sous-vêtement est conseillé sur une durée n'excédant pas 4 ans, du fait de l'absence de tests au-delà de cette durée. Les testicules perdent du volume pendant le port du sous-vêtement, qu'ils retrouvent ensuite. Il existe des contre-indications médicales (rares) à cette méthode, indiquées dans le « Guide pratique d'une contraception hormonale ou thermique ». Une fois le seuil de contraception

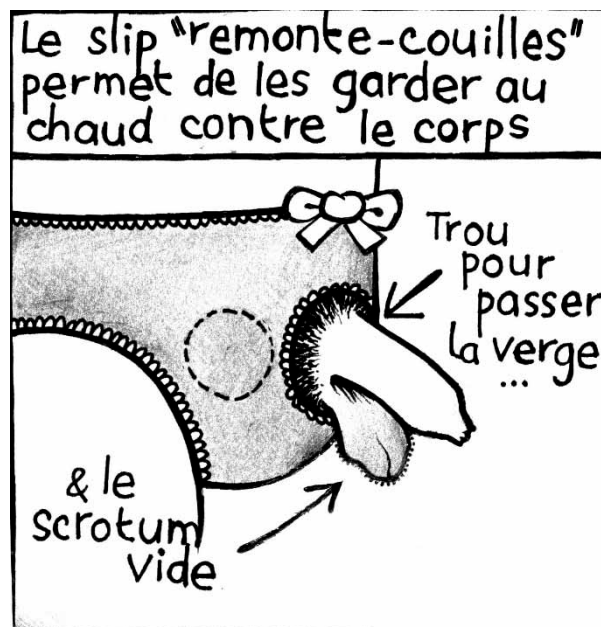


* Voir le film « Vade Retro Spermato », de Philippe Lignières (Les Films du Sud, 2010).

atteint, il est conseillé de faire un examen de sperme tous les 3 mois (toujours remboursé) pour vérifier l'état de la contraception.

Le retour à des caractéristiques de sperme similaires à ceux d'avant le port du sous-vêtement peut prendre assez longtemps : 6 à 9 mois. Toutefois, le retour à une production de spermatozoïdes supérieure au seuil de contraception peut être rapide : il est conseillé d'utiliser un autre moyen de contraception dès qu'on arrête de porter un remonte-couilles. Il est difficile de savoir quelles sont les marges de port du remonte-couilles : que se passe-t-il si on passe une journée sans, ou si on le porte moins que d'habitude au cours d'une journée ? Rien ne l'affirme clairement dans les études médicales publiées. Il est donc conseillé de ne pas avoir d'irrégularité dans le port. De même, il est déconseillé de porter le sous-vêtement 24h/24.

Un seul médecin prescrit cette contraception en France : Roger Mieusset, à Toulouse. Nous sommes quelques uns, loin de Toulouse, à nous être lancés dans une fabrication de ce sous-vêtement pour notre propre usage, en considérant que la juste position des testicules et les analyses de sperme nous permettent d'être absolument certains de notre contraception. Toutefois, les différents sous-vêtements testés n'ont pas la même efficacité contraceptive pour tous. La fabrication personnelle demande donc quelques réflexions, tests et études (lire « Quelques expérimentations remonte-couillesques »).



Pour des informations plus médicalement techniques : « Guide pratique d'une contraception hormonale ou thermique ».

Contraception hormonale

Il s'agit de l'équivalent pour les hommes de la pilule contraceptive féminine. Expérimentée dans les années 1970 et mise au point depuis les années 1980, elle reste cependant encore ignorée, et la quasi-totalité des médecins pensent qu'elle est encore du domaine de l'expérimentation et qu'elle ne peut être diffusée ou prescrite.

La méthode consiste à injecter une hormone qui bloque la production de spermatozoïdes : le protocole le plus utilisé actuellement, qui présente à la fois une très bonne efficacité contraceptive et de moindres effets secondaires, est l'injection d'énanthate de testostérone (ET) en intramusculaire une fois par semaine. L'ET induit l'hypothalamus à commander l'arrêt de production d'hormones sexuelles mâles à l'hypophyse, ce qui stoppe la commande de production de spermatozoïdes par les testicules.

L'effet contraceptif est généralement obtenu entre 1 et 3 mois, et est vérifié par une analyse de sperme (spermogramme), qui doit indiquer un nombre de spermatozoïdes mobiles inférieur à 1 million de spermatozoïdes mobiles par ml (et atteint parfois l'absence totale de spermatozoïdes). Ce nombre peut paraître élevé : le milieu médical considère toutefois que la probabilité d'une grossesse est alors nulle. Un examen de sperme tous les trois mois est ensuite effectué.

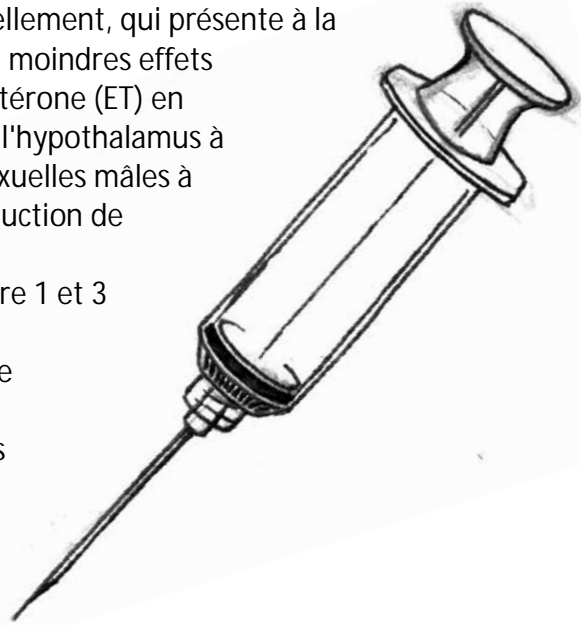
Les études montrent que la méthode est réversible, la production de sperme reprenant assez vite. Une contraception est donc nécessaire dès l'arrêt des injections. La réversibilité totale peut prendre quelques mois.

Il existe quelques effets secondaires « bénins ». Sur un test de 157 personnes, le traitement a ainsi été arrêté chez 25 personnes : acné (9 personnes), agressivité, libido excessive (3), prise de poids (2), modification des lipides (2) ou de l'hématocrite (2), hypertension (1), dépression (1), asthénie (1), aphtose (1), prostatite aiguë (1), pneumonie (1) et syndrome de Gilbert (1). Un bilan de santé est conseillé tous les 6 mois pendant la prise d'hormones. La durée du traitement est de 18 mois, en conformité avec un protocole de l'OMS.

Nous ne connaissons pas les effets d'oubli et d'erreurs dans la prise d'injections.

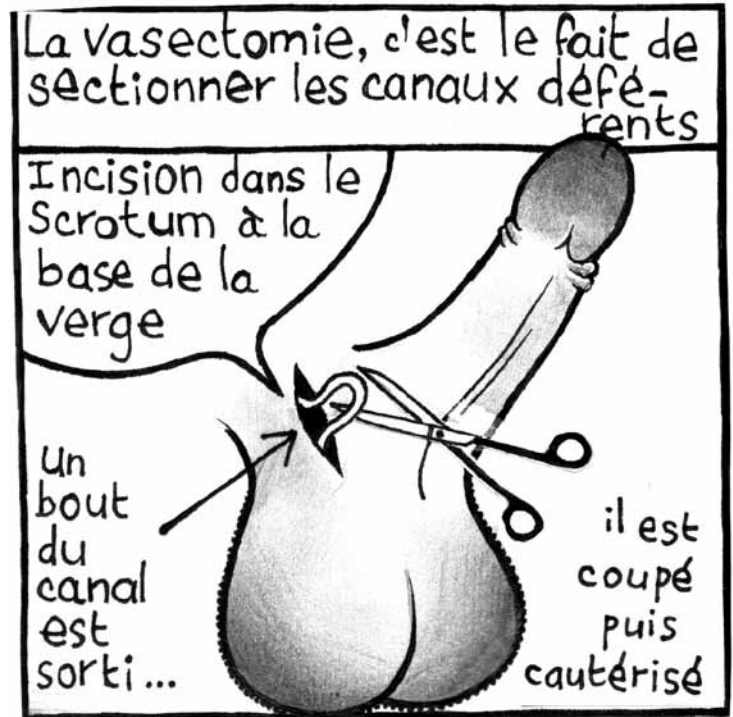
Deux médecins prescrivent la contraception hormonale en France : Jean-Claude Soufir, à Paris, et Roger Mieusset, à Toulouse.

Pour des informations plus médicalement techniques : « Guide pratique d'une contraception hormonale ou thermique ».



La vasectomie

Il s'agit d'une opération de « stérilisation à visée contraceptive ». Simple et rapide, elle consiste à empêcher le passage des spermatozoïdes par les canaux déférents. Il y a toujours sperme et éjaculation, mais le spermogramme effectué quelques semaines après l'opération indique désormais : « absence totale de spermatozoïdes » (c'est ce qui s'appelle l'azoospermie). La méthode la plus couramment employée consiste à inciser le scrotum, sous anesthésie locale, afin d'accéder au canal déférent qui est alors sectionné. Par sécurité, une longueur d'environ 1cm est retirée afin d'éviter tout risque de reperméabilisation du canal (formation de microcanaux entre les deux extrémités). Chaque extrémité est ensuite ligaturée ou cautérisée (électrocoagulation). L'opération doit être effectuée sur les deux testicules. Des techniques « sans bistouri » existent également, dans lesquelles le scrotum est seulement percé avec une pince qui permet de sortir le canal, ce qui évite d'avoir ensuite à suturer le scrotum. Le passage des spermatozoïdes par le canal déférent peut également être seulement obstrué : « clips » (agrafe) ou injection de silicone afin de le boucher. Ces méthodes, encore peu employées par les médecins en France, seraient moins douloureuses. Les complications de la vasectomie sont liées à l'intervention chirurgicale (hémorragies, hématomes, infections, inflammations du testicule ou de l'épididyme, granulomes, retards de cicatrisation) mais concernent moins de 10 % des opérations selon les études



diffusées par la Haute Autorité de Santé et ne s'accompagnent pas, sauf exception, de réintervention chirurgicale. Contrairement à certaines rumeurs, il n'existe pas de preuve d'association causale entre le cancer de la prostate et la vasectomie à ce jour. Aucune contre-indication permanente à la stérilisation masculine n'est retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Théoriquement réversible, la vasectomie, comme la ligature des trompes, est cependant considérée comme définitive, l'opération inverse (qui s'appelle la vaso-vasostomie) étant beaucoup plus délicate et complexe (avec une efficacité aléatoire et un taux de réussite assez faible). C'est pourquoi il peut être proposé de recourir à une congélation de sperme avant l'intervention.

Jusqu'en 2001 en France, la stérilisation des hommes et des femmes était considérée comme une mutilation. Le droit français rendait illégale toute atteinte aux fonctions reproductrices d'une personne, non justifiée par une nécessité thérapeutique. La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a autorisé ces interventions dans un but contraceptif, pour toute personne majeure qui exprime « une volonté libre, motivée et délibérée ».

L'accès à ce droit reste cependant un parcours compliqué, beaucoup de personnes se heurtant à l'absence d'information d'abord, et ensuite au refus moral des médecins, qui ne les accompagnent pas dans leurs choix et cherchent plutôt à les dissuader (surtout quand elles sont jeunes ou « nullipares » c'est-à-dire sans enfant). Les généralistes ne sont jamais formés à cette opération pourtant simple. Il vaut donc mieux s'adresser directement à un chirurgien urologue. En cas de refus, celui-ci doit orienter vers un autre praticien. S'il est d'accord pour procéder à la vasectomie, il doit d'abord fournir une information claire et complète sur l'opération et ses conséquences (un livret récapitulant les informations essentielles à communiquer sur la stérilisation a été élaboré par le ministère de la Santé et doit être remis aux personnes concernées). La signature d'un consentement éclairé est obligatoire lors de ce premier rendez-vous. Puis un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté avant de programmer l'opération.

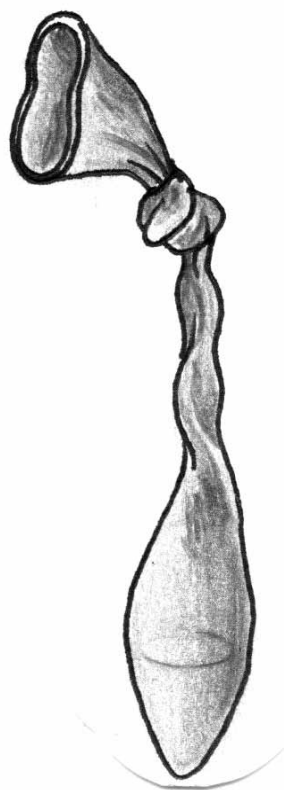




La capote

Le préservatif externe est la seule méthode de contraception « masculine » dont il soit question dans les guides pratiques distribués en France pour la prévention des risques liés à la sexualité. C'est aussi un moyen (avec le préservatif féminin et la digue dentaire) de se prémunir des maladies et infections sexuellement transmissibles, et le plus connu, ce qui le rend de nos jours incontournable dans les rapports sexuels impliquant (au moins) un sexe mâle. Pourtant, où trouver des conseils sur l'utilisation de la capote ? sur le meilleur choix adapté à chacun ? Où en trouver des gratuites de bonne qualité ? Et ne devraient-elles pas être remboursées par la Sécurité Sociale ? ...

Le travail de documentation de fond sur le préservatif fait partie de nos pistes d'activités pour les temps qui viennent.



Quelques expérimentations de remonte-couilles

Le principe du remonte-couilles est assez simple : mettre les testicules à l'entrée des canaux inguinaux, et empêcher leur redescente dans le scrotum grâce à un sous-vêtement. Sauf qu'il y a plein de sous-vêtements possibles, et que tous n'obtiennent pas les mêmes résultats.

Par exemple, Mieusset, le médecin de Toulouse qui prescrit des remonte-couilles, a testé un certain nombre de sous-vêtements, et a produit des résultats pour trois de ces essais : le premier avec simplement un trou dans une culotte féminine, le deuxième avec un anneau en caoutchouc qui vient renforcer ce trou, le troisième avec un système d'élastiques qui maintient les testicules en position. Le premier type de sous-vêtements, testé sur 14 personnes, n'a pas fonctionné sur toutes les personnes. Seul le dernier dispositif a fonctionné sur les personnes qui l'ont testé (nombre indéfini). Cela dit, si un sous-vêtement marche sur vous, peu importe pour vous qu'il marche sur tous. Nous préférons quand même, de notre côté, imaginer des dispositifs qui soient efficaces et facilement appropriables par tous.

L'un d'entre nous a commencé il y a un an avec un système est assez simple : il a fait un trou dans ses slips, au niveau de la verge, trou autour duquel il a cousu un élastique de chaussettes. En portant son sous-vêtement en journée selon ses rythmes, il est contracepté avec des résultats d'analyse bien inférieurs au million de spermatozoïdes mobiles par ml. Il compte essayer une amélioration en ajoutant un lacet autour de l'élastique, afin de rendre son modèle facilement adaptable à d'autres morphologies.

D'autres d'entre nous sont en train d'élaborer des dispositifs à partir d'élastiques : un trou au niveau de la verge est fait dans un sous-vêtement (slip ou boxer), et les testicules sont maintenus en place par des élastiques. Différents systèmes d'élastiques peuvent être imaginés, et ces systèmes n'ont pas encore été testés par spermogramme.

Aussi : dans la version initiale de Mieusset, il faut porter un autre sous-vêtement par-dessus le remonte-couilles (la verge et le scrotum restent en dehors de celui-ci). Nous avons dessiné des poches, qu'il est facile de coudre à la machine, qui peuvent être ajoutées (cousues à la main ou à la machine) au remonte-couilles afin de ne pas se surcharger en sous-vêtements (même si ce n'est pas tellement gênant d'avoir deux sous-vêtements).

Plein d'autres systèmes sont réalisables. Nous n'avons pas encore vu les modèles actuellement prescrits par Mieusset. Si vous en avez, nous aimerions bien voir comment ils sont faits. Si vous avez d'autres modèles, avec ou sans résultats, ou un des modèles qu'on a décrits et des résultats, nous serions très contents d'en avoir l'écho.

« Ah... euh... Je vous laisse entre filles ! »

L'enfer est pavé de bonnes intentions...

On l'a déjà dit, la gynécologie est considérée comme l'affaire des meufs. Quand on a des relations sexuelles avec des mecs, on se rend vite compte qu'on partage la partie de jambes en l'air mais pas les contraintes qui en découlent. C'est la meuf qui peut tomber enceinte et qui s'en soucie le plus si elle ne veut pas que ça arrive ; c'est aussi elle qui chope plus facilement des mycoses ou certaines infections sexuellement transmissibles ; c'est enfin elle qui doit gérer rendez-vous gynéco, frottis, autres examens ou traitements. On s'est posé la question de comment on voudrait que ça se passe. A la fois, il faudrait que les mecs soient plus informés, réactifs, responsables... A la fois, on ne veut pas que la possibilité de partager la prise en charge de la gynécologie leur donne encore plus de pouvoir...

Beaucoup de mecs semblent mal à l'aise face à cette question qui les dépasse vu qu'ils n'y sont pas confrontés directement. Tout comme les médecins, ils peuvent manquer de tact et refuser de reconnaître leur ignorance. Parfois, ils font preuve d'une soi-disant bienveillance pour fuir le sujet : « Ah ! Ça parle frottis et contraception, je vous laisse entre filles ! ». En général, ils se préoccupent peu des contraintes liées à la sexualité. C'est vrai qu'il doit y avoir un manque d'information, de sensibilisation, mais cette ignorance peut s'avérer bien pratique : « Je ne suis pas à l'aise, tu comprends, je suis construit comme ça... », d'accord, mais une fois ce constat établi, qu'est-ce qu'on fait ? Ne pas se renseigner, changer de sujet quand on parle de problèmes gynéco, ne pas savoir juste écouter sans ramener sa science (souvent bancale), c'est simplement entretenir ses privilèges.

Nous voulons politiser cette question, qu'elle ne soit pas juste abordée dans la sphère privée. On veut interpeller les mecs collectivement pour briser un tabou et que ça change. En gros, dépasser le « moi, avec ma copine... » qui déborde de justification personnelle mais ne remet pas en question l'organisation de notre vie sociale et sexuelle et le pouvoir sur lequel les mecs sont assis. La sexualité reste un terrain d'oppression pour la plupart des meufs et la prise en charge des problèmes gynéco en fait partie.

Extrait de la brochure « Papilloma Virus »
Collectif de réflexion critique sur la gynéco et la médecine
Lille, mars 2015

Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique

A practical guide to hormonal and heat-based male contraception techniques

J.-C. Soufir · R. Mieusset

© SALF et Springer-Verlag France 2012

Introduction

Les méthodes nouvelles de contraception pour les hommes sont actuellement constituées par la contraception hormonale masculine (CHM) et la contraception masculine thermique (CMT). Ces deux méthodes, CHM et CMT, ont été expérimentées en termes d'effet inhibiteur sur la spermatogenèse, d'effet contraceptif et de réversibilité. Considérant que les données actuelles sont suffisantes pour assurer une contraception dans la vie de tous les jours, il nous a paru nécessaire de proposer un guide pratique de ces deux méthodes, qui permette à tout médecin confronté à une demande de contraception masculine de répondre aux questions qui peuvent être posées, d'avoir les outils nécessaires à une mise en œuvre de ces méthodes et d'en assurer le suivi.

La CHM en neuf questions (J.-C. Soufir)

Quels sont les hommes pour lesquels une demande de CHM apparaît acceptable ?

Les hommes (de moins de 45 ans) vivant en couple stable, acceptant que leur compagne (de moins de 40 ans) soit informée de leur demande.

- Ces hommes devraient avoir une forte motivation déterminée par :

J.-C. Soufir (✉)

Service d'histologie-embryologie,
biologie de la reproduction/CECOS, pavillon Cassini,
hôpital Cochin, 123, boulevard de Port-Royal,
F-75014 Paris, France
e-mail : jean-claude.soufir@svp.aphp.fr

R. Mieusset (✉)

Centre de stérilité masculine, CHU-hôpital Paule-de-Viguier,
330, avenue Grande-Bretagne, TSA 70034,
F-31059 Toulouse cedex 09, France
e-mail : mieusset.r@chu-toulouse.fr

- la préservation de la santé de la femme (contre-indications médicales, effets indésirables des contraceptions féminines) ;
- la volonté d'équilibrer la responsabilité contraceptive dans le couple ;
- dans notre expérience, sur 30 couples ayant observé la CHM comme technique contraceptive :
 - dans un tiers des cas, la femme avait souffert d'infections génitales après la pose d'un stérilet ;
 - dans un tiers des cas, les « pilules » avaient provoqué des métrorragies, une hyperlipidémie ou des mastodynies ;
 - dans le dernier tiers, l'homme souhaitait partager la contraception.

Quel bilan (clinique et biologique) demander à un homme qui souhaite une CHM ?

Quelles sont les contre-indications à une CHM ?

Interrogatoire :

- l'âge : l'homme doit avoir moins de 45 ans. Au-delà de cet âge, il est proposé une vasectomie avec conservation de sperme ;
- les antécédents personnels. Le traitement est contre-indiqué dans les cas suivants :
 - antécédents de phlébite ou de troubles de la coagulation ;
 - pathologies cardiaques, hépatiques (ictère obstructif, stéatose), rénales (insuffisance rénale), neurologiques (comitialité...), respiratoires (apnées du sommeil), psychiatriques (psychoses, hyperagressivité), dermatologiques (acné...), prostatiques ;
- les antécédents familiaux : cancer de la prostate (un cas de parent au premier degré — père, frère — ou deux cas d'apparentés du deuxième degré) ;
- par ailleurs, l'homme ne doit pas :
 - présenter d'intoxication tabagique (plus de 5 cg/j) ou alcoolique ;

- être traité par des médicaments modifiant le transport des androgènes ou s'opposant à leur action périphérique.

À l'examen clinique, il ne doit en particulier présenter :

- ni obésité (IMC > 30) ;
- ni HTA (systolique > 150, diastolique > 9) ;
- ni acné.

Le bilan biologique suivant doit être normal : numération et formule sanguines, cholestérol HDL et LDL, triglycérides, tests de la fonction hépatique (bilirubine, phosphatases alcalines, ASAT, ALAT, gamma-GT).

Enfin, le sperme doit être considéré comme fécondant (concentration de spermatozoïdes supérieure à 15 millions/ml, mobilité (a + b) supérieure à 32 %, formes typiques supérieures à 14 %) selon les normes de l'OMS [1].

Quels sont les produits utilisés en CHM, sous quelle forme et quelle fréquence ?

Le traitement qui a été le plus largement utilisé est l'énanthate de testostérone (ET) en solution injectable huileuse à la dose de 200 mg injectés en i.m. profonde une fois par semaine.

La durée du traitement ne doit pas excéder 18 mois.

On peut rapporter à ce sujet l'expertise de l'OMS (extraits d'un protocole approuvé par le groupe de toxicologie et le comité du secrétariat pour les recherches portant sur l'être humain de l'OMS) :

« L'ET à la dose hebdomadaire de 200 mg i.m. a été administré par différents auteurs lors de nombreuses études antérieures portant sur l'homme normal. Toutes ces études ont fourni une masse importante de données quant aux analyses de sperme, aux taux et aux profils hormonaux sériques et aux effets secondaires. Les effets secondaires qui paraissent assez bien établis sont les suivants : tendance modérée à prendre du poids (2 kg en moyenne), légère augmentation de l'hématocrite (2 %) et survenue de temps à autre d'acné ou d'une gynécomastie décelable. Ces réactions ont rarement conduit les sujets à interrompre le protocole d'expérience. Rien n'indique que ce traitement entraîne une hyperplasie prostatique, et quoi qu'il en soit, les hommes inclus dans cette étude appartiennent tous à une tranche d'âge (25-45 ans) dans laquelle il n'y a guère de chance de rencontrer un dysfonctionnement prostatique. Aucun rapport ne fait état d'une toxicité grave et notamment de signes d'affection hépatique, lorsqu'on applique ce schéma reposant sur l'ET à des hommes normaux [2].

Il y a plus de 30 ans que l'ET est commercialisé dans le monde entier. Il a été employé dans un but thérapeutique, souvent pendant des dizaines d'années, chez des milliers d'hommes hypogonadiques, en général à la dose de

250/220 mg tous les 10 à 14 jours. Aucun auteur n'a signalé que cette substance était toxique dans ces schémas thérapeutiques. »

À partir de quand un homme qui prend une CHM a-t-il atteint un état contraceptif ?

À partir du moment où la concentration de spermatozoïdes est inférieure à 1 million/ml. Cette concentration doit être obtenue entre un et trois mois de traitement. Si, à trois mois, la concentration des spermatozoïdes est supérieure à 1 million/ml, on arrête le traitement en expliquant au candidat qu'il fait partie des mauvais répondeurs pour des raisons biologiques encore mal identifiées.

Faut-il continuer à faire des examens de sperme ?

Si l'homme suit correctement son traitement, on peut se contenter d'effectuer un examen de sperme par trimestre. Cet examen rassure le couple et permet de contrôler que le traitement est correctement suivi.

Pendant combien de temps un homme peut-il se contracepter avec une CHM ?

Pendant 18 mois, suivant en cela les protocoles organisés à une large échelle par l'OMS.

Cette méthode de CHM est-elle réversible en combien de temps ?

La CHM est parfaitement réversible. Le retour au nombre de spermatozoïdes précédant le traitement se fait avec des délais variables suivant les individus. Mais la fécondité peut se rétablir très vite, dès le premier mois suivant l'arrêt du traitement.

Dans notre expérience [3], à un mois après l'arrêt du traitement, 70 % des sujets avaient une concentration de spermatozoïdes supérieure à 1 million/ml dont 20 % avaient plus de 20 millions de spermatozoïdes/ml.

Cette récupération a été bien quantifiée dans une analyse portant sur 1 549 hommes. Les temps moyens pour récupérer une concentration de 20 millions/ml étaient évalués à 3,4 mois [4].

Quels sont les effets secondaires du CHM ?

Ils sont bien identifiés (voir également réponse à la question 3).

Dans les conditions définies ci-dessus, les effets sont bénins. Plus précisément, dans un groupe de 157 hommes traités [5], on a décidé d'arrêter le traitement chez 25 des hommes (16 %) pour les raisons suivantes : acné (n = 9),

agressivité, libido excessive ($n = 3$), prise de poids ($n = 2$), modification des lipides ($n = 2$) ou de l'hématocrite ($n = 2$), hypertension ($n = 1$), dépression ($n = 1$), asthénie ($n = 1$), aphtose ($n = 1$), prostatite aiguë ($n = 1$), pneumonie ($n = 1$) et syndrome de Gilbert ($n = 1$).

Faut-il faire un bilan annuel de contrôle au cours d'une CHM ?

Un examen clinique (destiné à évaluer l'efficacité et les effets indésirables du traitement) et biologique tous les six mois, en l'état actuel, paraissent souhaitables. Le bilan biologique est simple (NFS, ASAT, ALAT, gamma-GT, lipides sanguins).

La CMT en neuf questions (R. Mieusset)

Quels sont les hommes pour lesquels une demande de CTM apparaît acceptable ?

Tout homme vivant en couple et dont la conjointe est informée de vive voix de la méthode utilisée. Et cela, quelle qu'en soit la motivation : volonté d'équilibrer la responsabilité contraceptive dans le couple, préservation de la santé de la femme (effets indésirables ou contre-indications médicales de contraception féminine), choix de l'homme de maîtriser sa fertilité.

Dans nos expériences sur 17 couples ayant utilisé ou utilisant la CMT comme méthode de contraception du couple :

- dans 6 % des cas, la femme avait souffert d'infections génitales après la pose d'un stérilet ;
- dans 18 % des cas, la contraception hormonale féminine (pilule, implant) avait provoqué des métrorragies ou une hyperlipidémie ;
- dans 24 % des cas, la femme souhaitait arrêter une longue utilisation de la pilule et ne plus assurer seule la contraception du couple ;
- dans 18 % des cas, le couple utilisait le préservatif et/ou le retrait, ou l'anneau vaginal, et souhaitait passer à un mode de contraception masculine non hormonale ;
- dans 34 % des cas, l'homme souhaitait partager la contraception, mais ne pas utiliser une CHM.

Quel bilan (clinique et biologique) demander à un homme qui souhaite une CMT ? Quelles sont les contre-indications à une CMT ?

En l'absence de toute étude réalisée jusqu'alors, la CMT n'est pas recommandée chez les hommes qui ont :

- à l'interrogatoire, les antécédents suivants :

- anomalies de la descente des testicules (cryptorchidie, ectopie) traitées ou non ; hernie inguinale traitée ou non ;
- cancer du testicule ;
- à l'examen clinique : présence d'une varicocèle de grade 3 ; présence d'une grande obésité ;

Aucun bilan biologique sanguin n'est nécessaire.

Enfin, le spermogramme doit être considéré comme normal : concentration de spermatozoïdes supérieure à 15 millions/ml, mobilité progressive supérieure à 32 %, formes normales selon la technique utilisée [1].

Quelles sont les techniques utilisées en CMT, sous quelle forme et à quelle fréquence ?

La méthode qui a été la plus largement utilisée consiste à élever la température des testicules d'environ 2 °C. Cette élévation de température est obtenue en déplaçant les testicules du scrotum dans la poche inguinale superficielle. Les testicules sont ensuite maintenus dans cette position au moyen de deux techniques :

- la « suspension » chirurgicale des testicules [6] : ce procédé faisant appel à la chirurgie ne nous paraît pas acceptable et ne sera pas décrit ici ;
- la « remontée » des testicules que nous privilégions.

Principe. Chaque testicule est « remonté » manuellement du scrotum à la racine de la verge, près de l'orifice externe du canal inguinal. Les testicules doivent être maintenus dans cette position, chaque jour pendant les heures d'éveil (15 heures par jour).

Réalisation et résultats. La remontée des testicules¹ est possible sans aucun risque chez tout homme répondant aux critères d'inclusions définis (voir réponse à la question 2). Nous avons procédé à trois améliorations successives du mode de maintien, qui aboutissent à une technique pouvant être diffusée et évaluée sur une large échelle.

Première étape ($n = 14$ hommes) :

- les testicules sont maintenus au moyen d'un sous-vêtement ajusté (95 % coton, 5 % élastomère) dans lequel un orifice est créé au niveau de la racine de la verge. Par cet orifice, l'homme fait passer sa verge, puis la peau scrotale par traction manuelle douce, ce qui amène une ascension des testicules dans la position souhaitée ;
- après 6 à 12 mois, la concentration de spermatozoïdes mobiles est comprise entre 1 et 3 millions/ml [7].

Deuxième étape ($n = 6$ hommes) :

¹ L'auteur peut faire parvenir électroniquement un court diaporama sur la réalisation pratique de ce geste.

- un anneau en caoutchouc souple a été ajouté autour de l'orifice pour mieux maintenir les testicules dans la localisation souhaitée ;
- ce procédé a un effet inhibiteur nettement plus marqué : à trois mois, la concentration de spermatozoïdes *mobiles* est inférieure ou égale à 1 million/ml [8].

Troisième étape et procédé actuel ($n = 5$ hommes) :

- l'anneau de caoutchouc est remplacé par des bandelettes de tissu élastique ajoutées directement sur le sous-vêtement ;
- cette modification permet d'atteindre le seuil contraceptif (moins de 1 million de spermatozoïdes *mobiles/ml*) dans les trois premiers mois du port [9].

L'efficacité contraceptive de ces techniques a été établie par deux études :

- « suspension » des testicules : 28 couples, 252 cycles d'exposition à la grossesse : zéro grossesse [6] ;
- « remontée » des testicules : neuf couples, 159 cycles d'exposition à la grossesse : une grossesse, consécutive à une mauvaise utilisation de la méthode (arrêt du port du sous-vêtement pendant sept semaines). Si l'on exclut le cycle ayant donné lieu à la grossesse, tout en gardant ce couple qui a repris ensuite la technique de remontée des testicules comme unique contraception de couple, il n'y a eu aucune grossesse sur 158 cycles d'exposition [10]. *Le sous-vêtement doit être porté chaque jour pendant une durée minimale de 15 heures par jour. Le non-respect de cette durée quotidienne minimale ou le fait de rester un jour sans porter le sous-vêtement ne garantissent plus l'effet inhibiteur sur la spermatogenèse, et donc l'effet contraceptif.*

À partir de quand un homme qui prend une CMT a-t-il atteint un état contracepté ?

À partir du moment où la concentration de spermatozoïdes *mobiles* est inférieure à 1 million/ml sur deux examens de sperme successifs à trois semaines d'intervalle. Cette concentration est obtenue entre deux et quatre mois de traitement.

Faut-il ensuite continuer à faire des examens de sperme ?

Il est conseillé de faire un examen mensuel jusqu'au sixième mois, puis tous les deux mois par la suite si l'homme suit correctement son traitement. Cet examen permet de contrôler que le traitement est correctement suivi et que l'effet souhaité perdure.

Pendant combien de temps un homme peut-il se contracepter avec une CMT ?

La durée maximale est de quatre ans puisque la réversibilité, en termes de paramètres du sperme et de fertilité, a été constatée pour une telle durée.

Cette méthode de CMT est-elle réversible ? En combien de temps ?

Suspension des testicules. Après arrêt de la suspension, tous les hommes ont retrouvé des valeurs normales des paramètres spermatiques en six à neuf mois. Tous les couples ayant par la suite souhaité une grossesse l'ont obtenue, et aucune anomalie n'a été constatée. Aucune fausse couche spontanée n'est survenue [6].

Remontée des testicules. Après l'arrêt du port du sous-vêtement, la concentration de spermatozoïdes *mobiles* revient aux valeurs de départ dans les six à neuf mois. Tous les couples ayant par la suite souhaité une grossesse l'ont obtenue, et aucune anomalie n'a été constatée. Aucune fausse couche spontanée n'est survenue [10]. À noter une grossesse non désirée survenue trois mois après l'arrêt du port du sous-vêtement chez un couple qui n'utilisait plus aucune méthode de contraception ; cela indique que la capacité fécondante des spermatozoïdes peut survenir avant un retour complet à la normale des paramètres spermatiques. En conséquence, dès l'arrêt de la méthode de CMT, un autre mode de contraception est *immédiatement* nécessaire pour éviter la survenue d'une grossesse.

Quels sont les effets secondaires d'une CMT ?

Aucun effet secondaire n'est survenu au cours d'une CMT par les techniques de suspension (hors fixation chirurgicale) ou de remontée des testicules.

Faut-il faire un bilan de santé annuel de contrôle au cours d'une CMT ?

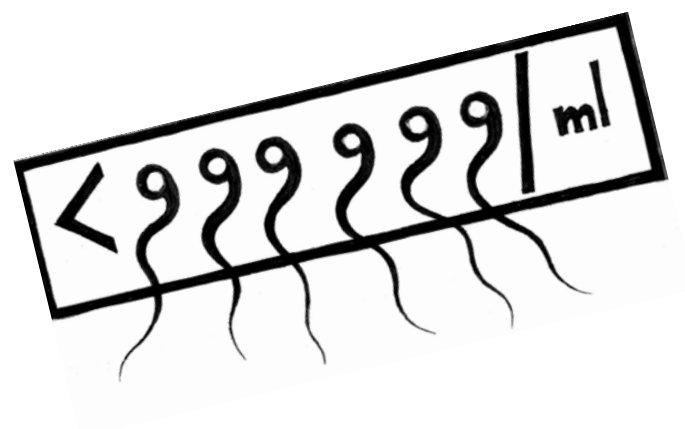
Aucun bilan annuel n'est nécessaire au cours d'une CMT.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. WHO (2010) Laboratory manual for the examination and processing of human semen, Fifth edition, WHO Press, World Health Organization, Switzerland
2. Patanelli DJ (1978) Hormonal control of male fertility. US Department of Health, Education and Welfare, Publication n° NIH, 78-1097

3. Soufir JC, Meduri G, Ziyat A (2011) Spermatogenetic inhibition in men taking a combination of oral medroxyprogesterone acetate and percutaneous testosterone as a male contraceptive method. *Human Reprod* 7:1708-14
4. Liu PY, Swerdloff RS, Christenson PD, et al (2006) Rate, extent, and modifiers of spermatogenetic recovery after hormonal male contraception: an integrated analysis. *Lancet* 367:1412-20
5. World Health Organization Task Force on Methods for the Regulation of Male Fertility (1990) Contraceptive efficacy of testosterone-induced azoospermia in normal men. *Lancet* 336:955-9
6. Shafik A (1991) Testicular suspension as a method of male contraception: technique and results. *Adv Contr Deliv Syst* VII:269-79
7. Micusset R, Grandjean H, Mansat A, Pontonnier F (1985) Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. *Fertil Steril* 43:589-94
8. Micusset R, Bujan L, Mansat A, et al (1987) Hyperthermia and human spermatogenesis: enhancement of the inhibitory effect obtained by "artificial cryptorchidism". *Int J Androl* 10:571-80
9. Ahmad G, Moinard N, Lamare C, et al (2012) Mild testicular and epididymal hyperthermia alters sperm chromatin integrity in men. *Fertil Steril* 97:546-53
10. Micusset R, Bujan L (1994) The potential of mild testicular heating as a safe, effective and reversible contraceptive method for men. *Int J Androl* 17:186-91



Entretien-témoignage d'un homme sur son choix de la vasectomie

Pourquoi j'ai participé cette année à la création d'un petit groupe de garçons autour des questions de contraception masculine et de responsabilisation des hommes dans la prise en charge des risques et conséquences de leurs sexualités ?



Au départ, ce qui m'a motivé, c'est le fait de témoigner de mon expérience personnelle. Parce que cette année, j'ai enfin réalisé un projet que j'avais de longue date, qui était de me faire faire une vasectomie. Ça faisait très longtemps que j'en avais envie, ça a traîné des années – je dirais au moins une dizaine. Et ça n'a abouti que cette année. Quand j'ai vraiment lancé les démarches, que c'est devenu concret, que l'opération a été programmée..., et après, une fois que c'était fait, j'en ai beaucoup parlé autour de moi. Je n'ai pas voulu garder ça pour moi, en faire un truc intime, presque tabou. Et je me suis rendu compte qu'à chaque fois que je racontais, ça suscitait un tas de questions et des discussions passionnantes, autant avec d'autres mecs qu'avec des femmes. Donc, je me suis dit que ça valait la peine d'aller plus loin, de faire quelque chose pour que cette démarche soit mieux connue, et que ce soit plus facile pour d'autres qui voudraient faire la même chose ou se posent des questions là-dessus.



Il faut dire que ça peut être galère d'y arriver. À l'époque où j'ai pensé à la vasectomie pour la première fois, j'avais 25 ans. C'était en 2001, quand la loi est passée qui légalisait la stérilisation volontaire en France. Auparavant, il n'y avait pas le droit de faire de vasectomie, c'était considéré comme une mutilation. Ou bien c'est peut-être un an ou deux plus tard que j'en ai entendu parler ? Je ne sais plus très bien. En tout cas, ça m'a tout de suite intéressé parce que ça correspondait à mes convictions personnelles. Mais quand je suis allé voir un médecin pour en parler, je me suis fait envoyé chier direct : « Mais ça ne va pas, monsieur ! ? Vous êtes beaucoup trop jeune pour penser à ça ! Vous risquez fortement de changer d'avis plus tard... »



J'étais alors étudiant et militant, très investi dans les réseaux associatifs et politiques de ma ville. Si, à ce moment-là, j'avais réussi à obtenir le droit d'être stérilisé, et à trouver des personnes qui s'intéressaient à ces questions, je pense que j'en aurais fait quelque chose d'important dans mes engagements, dans mon action politique. Finalement, je n'ai pas pu le faire à cet âge-là, et j'ai passé plus de dix ans comme ça, sans la vasectomie, tout en sachant qu'un jour je le ferais, mais petit à petit la flamme militante s'est endormie. Je voyais un sens politique très important à ça, j'aurais revendiqué le droit à la stérilisation volontaire, le refus

de faire et d'élever des enfants, etc., et puis au fil du temps c'est devenu simplement un truc personnel, jusqu'au jour où j'ai entamé les démarches et où je me suis rendu compte que je le faisais presque en souvenir de ma jeunesse, enfin par cohérence personnelle, mais je n'avais plus la foi, le désir de faire de la propagande pour ça, etc.



Je voulais une vasectomie parce que j'avais décidé que je n'aurais pas d'enfant, pour des raisons personnelles, existentielles et politiques, et parce que je savais que je ne changerais jamais d'avis. Peut-être aussi pour me couper tout moyen de changer d'avis, de me renier en vieillissant ? Je n'aurais pas accepté de prendre la responsabilité de mettre au monde un petit être. Devoir me poser des questions sur son éducation, comment faire pour que ça devienne quelqu'un d'équilibré, de sympa, de gauche, révolutionnaire, etc. Avoir des comptes à rendre à la société, à ma famille, parce que lorsqu'on fait un enfant on se met en contrat avec un ensemble assez important, des sphères que je critique et dont je cherche à rester le plus indépendant possible. Ça serait un boulet, ou une chaîne qui m'attacherait à ce monde que j'avais envie de pouvoir critiquer et désertier.



Mais il y a eu le refus de ce médecin, et je n'ai pas trouvé tellement de soutien autour de moi à cette époque-là, peu de complices avec qui faire un objet politique de ce refus de la paternité. D'ailleurs beaucoup de gens avec qui je militais à l'époque ont eu des enfants depuis... Il y en avait aussi plein à qui ça parlait, qui partageaient plein de choses sur cette critique du bonheur conforme, de l'idée selon laquelle le bonheur passe obligatoirement par la formation d'un couple amoureux, la fondation d'une famille, l'enfantement, etc. Mais la plupart se laissaient malgré tout la possibilité de changer d'avis avec le temps. Et beaucoup me renvoyaient les mêmes discours que ce médecin : « Tu dis ça aujourd'hui, mais tu verras plus tard... ».



On ne me disait pas : « Peut être vas-tu changer d'avis », mais : « Tu changeras d'avis ». Il y a une sorte d'évidence partagée, qu'à un moment ou un autre, dans la vie, on doit passer par la parentalité. Quand on est jeune, on se pose très peu de questions là-dessus. Rien n'est fait dans notre éducation, dans les images véhiculées par les médias, les films, les séries, les bouquins, la culture en général..., pour qu'on se rende compte qu'il peut s'agir vraiment d'un choix. Que l'on n'est pas obligé de dire comme quand on est gosse : « Plus tard, *quand* j'aurais des enfants », comme si c'était une évidence. Rien ne nous incite, quand on est jeune, à se dire : « Plus tard, *si* je fais le choix d'avoir des enfants ». Et c'est ça que je trouve très critiquable et que j'ai essayé de poser à l'époque, sûrement maladroitement parce que je suis un extrémiste romantique exalté, et que j'affirmais avec ma grande gueule : « Je ne

ferais jamais d'enfants dans ce monde de merde, pour qu'il en fasse des soldats ou des flics ! ».



J'avoue que je ne me suis pas accroché à fond à mon idée de vasectomie. Je suis quand même allé voir le Planning Familial, mais là aussi j'ai reçu une réponse du genre : « Houlà! Tu es sûr que 25 ans ce n'est pas un peu trop jeune pour se poser ces questions-là ? » Même si l'argument principal, que j'ai parfaitement compris, c'était plutôt : « Nous militons pour les droits des femmes. Trouves plutôt des mecs qui veulent bien lutter avec toi, et tenez-nous au courant. Nous n'allons pas bosser à votre place ». Je n'ai pas remué ciel et terre. J'ai lâché l'affaire. « Après tout, il y a la capote, et la plupart des femmes prennent déjà la pilule... » Pourquoi serais-je allé m'exciter là-dessus ? Il y avait des choses bien plus importantes à faire. Au fond, je n'avais pas très envie de me mettre en jeu personnellement. J'étais plutôt sur des luttes directement identifiées comme « politiques » : soutenir les personnes sans papiers, monter des organisations révolutionnaires, faire du syndicalisme, de l'éduc' pop'... J'étais dans plein de choses différentes, mais pas trop dans les démarches de déconstruction, « le personnel est politique », toutes ces choses là.



Depuis, j'ai continué à y penser et ma décision n'a fait que se renforcer. Ces dix dernières années, ma vie amoureuse a toujours été poly-amoureuse : j'ai des relations privilégiées avec certaines personnes que je considère comme des amies, des camarades ; j'ai des relations suivies, pendant plusieurs années, des histoires parallèles, mais je n'ai jamais formé de couple stable et fidèle, je ne me suis jamais pensé comme étant lié à quelqu'un par une quelconque promesse... Et, dans ces relations-là – hétérosexuelles – j'ai souvent mal vécu le fait d'être fertile, d'avoir ce pouvoir fécondant qui fait peser un danger sur mes amantes alors qu'il aurait été si simple de régler le problème une fois pour toutes ! J'ai eu plusieurs accidents de capote, j'ai dû accompagner des partenaires à plusieurs occasions prendre la pilule du lendemain... À chaque fois, c'est sur les filles que retombent les conséquences, c'est elles qui doivent aller à la pharmacie, qui vomissent, qui chamboulent leur cycle, qui vont se faire avorter... J'ai aussi connu des nanas qui sont tombées enceintes alors qu'elles prenaient la pilule ou avaient un stérilet. Bref, plusieurs fois je me suis senti mal, et je me suis dis : « Merde ! Si j'avais fait cette vasectomie, je ne me sentirais pas aussi dangereux ! » Sachant qu'il reste toujours le problème des IST, bien sûr, qui n'est pas résolu par la vasectomie.



Au bout de dix ans, ce n'est pas que c'est devenu insoutenable, au contraire je m'étais fait une raison, mais c'est qu'on m'avait dit : « Aucun médecin n'acceptera de vous opérer tant que vous n'aurez pas au moins trente-cinq ans ». C'est l'âge limite arbitraire qu'avait fixé

celui avec qui j'avais parlé ce coup-là, et je l'ai gardé en tête. Je me suis toujours dit : « J'attendrai d'avoir trente-cinq ans, et j'y retournerai ». Personne ne m'a dit que ça pourrait se faire plus tôt. D'ailleurs, j'ai très peu entendu parler de vasectomie pendant tout ce temps – il n'y a que depuis que je l'ai fait que je rencontre des gens qui l'ont fait aussi, avant je n'avais jamais rencontré un seul gars qui avait choisi une vasectomie !



J'avais à un moment donné collecté la brochure officielle que les médecins donnent à lire aux gens qui s'intéressent à la vasectomie. C'est une brochure éditée par le ministère de la Santé, qui explique comment ça marche et qui détaille la procédure, avec les quatre mois de délais de réflexion, etc. Donc j'avais lu ça, et je savais comment c'était sensé se passer. J'avais regardé le schéma, je savais en quoi consistait l'opération concrètement. Ça suffisait, pour moi, pour savoir ce qu'était la vasectomie. Je ne me suis pas renseigné plus que ça, en fait. C'est plutôt depuis que j'ai décidé d'en parler et de faire partie de ce groupe que je me suis vraiment renseigné sur comment ça marche ! Par contre, je savais les arguments que j'aurais en face, puisque j'en avais souvent discuté avec des gens, notamment avec les personnes avec qui j'avais des relations sexuelles, j'avais pu clarifier mes idées là-dessus, peaufiner mon argumentaire, je savais quelles étaient les réactions que ça suscitait et comment je pouvais y répondre...



Ce que j'ai fait alors, c'est que je suis allé voir mon médecin de famille, pas celui que j'avais vu à l'époque, mais celui de quand j'étais gamin et qui était encore déclaré comme mon médecin traitant. Je savais qu'il partait à la retraite. Je devais aller le voir pour autre chose, et j'en ai profité pour lui demander : « Je veux une vasectomie, est-ce que vous êtes d'accord de me signer un papier pour me recommander auprès d'un urologue ? » Je voulais respecter le parcours de soin, que ce soit mon généraliste qui m'oriente vers un spécialiste. Je ne sais pas si c'est une démarche importante, sans doute que j'aurais pu aller voir directement un chirurgien urologue. Il m'a répondu quelque chose comme : « Bon, ça pourrait se discuter, mais c'est vrai que c'est la dernière fois qu'on se voit, allez je ne vais pas vous embêter ». Muni de son courrier, j'ai pris rendez-vous au service urologie du C.H.U. en précisant pourquoi je voulais rencontrer un chirurgien. Et là, c'est pour ce rendez-vous que je m'étais préparé un argumentaire. Je m'étais dit : « S'ils me disent ceci, ou cela, je leur répondrai ça, ça, ça... »



Je savais déjà tout ce qu'ils allaient me dire, j'avais préparé les réponses :
_« Vous êtes trop jeune. »

_« Vous m'avez déjà dit ça il y a dix ans. Aujourd'hui j'ai plus de trente-cinq ans, si j'avais voulu des enfants j'en aurais fait depuis longtemps. Si je devais changer d'avis, je le saurais maintenant. »

_« Vous êtes conscient que c'est définitif ? »

_« Faire des enfants aussi, c'est définitif. C'est irréversible. »

Ils sont sensés pouvoir nous faire rencontrer un psy, pour savoir si notre décision est bien consciente. Si on me demandait cela, j'aurais répondu que c'est plutôt lorsqu'on décide de faire des enfants qu'il faudrait aller consulter un psy ! Enfin bon, je ne suis pas pour l'intervention de l'autorité dans la vie des gens, c'était pour défendre mon point de vue... Je ne vois pas pourquoi les personnes qui veulent se faire stériliser devraient justifier, plus que celles qui veulent enfanter, qu'elles sont en bon état mental. Je savais également qu'ils diraient : « Vous risquez de le regretter. » Ce que je répondais souvent aux gens, c'est que le plus important n'est pas de reproduire ses gènes, que si je veux avoir un gamin dans ma vie, il y a d'autres moyens. En vieillissant, ça m'arrive de plus en plus de rencontrer des femmes qui ont des enfants, je peux côtoyer des enfants, être présent dans leur vie, même si ce n'est pas moi qui ai fourni mes gènes pour les créer ! Si j'ai vraiment un désir de paternité, je crois qu'il y a suffisamment d'enfants déjà nés qui ont un désir de père. Voilà ce que je m'étais préparé à répondre. J'ai parlé d'adoption, de familles recomposées, etc.



Donc j'avais préparé cet argumentaire, et effectivement le chirurgien a attaqué direct avec le sien, celui que j'attendais. Du coup, j'ai répondu du tac au tac, sûr de moi, avec humour et en même temps un peu d'énervement. Et il m'a rapidement dit : « OK. Je vois que votre décision est mûrement réfléchie, que vous êtes tout à fait sain d'esprit, équilibré. J'accepte de vous opérer. » J'ai eu le sentiment qu'il était arrivé à ce rendez-vous en se disant : « Ce gars-là ne sait pas de quoi il parle, je vais le réorienter. » Je lui ai montré que je savais très bien en quoi consistait la vasectomie, que j'avais déjà lu la brochure, que je savais pourquoi je voulais ça. Je lui ai surtout parlé de ma volonté forte de me mettre en cohérence avec mes idées, d'assumer mes choix, de ne pas faire reposer sur les femmes les risques d'un accident de contraception. Je crois qu'en tant que médecin spécialisé dans les problèmes de l'appareil urinaire et génital masculin, il a été sensible au fait que je veuille me prendre en charge, que je regrette que les hommes n'aient pas de suivi andrologique comme les femmes ont un suivi gynécologique...



Depuis, ce que je conseille aux gars que je rencontre et qui voudraient se faire stériliser, c'est d'adopter cette attitude-là. Il faut montrer au chirurgien qu'on sait très bien ce qu'est la vasectomie, qu'on est documenté, qu'on sait ce qu'on veut... et qu'on ne se laissera pas dicter notre conduite ! Sans doute faut-il aller plus loin encore, collectivement, et affirmer aux médecins qu'ils sont tenus de le faire si nous le demandons : la loi les y oblige. C'est un

acte qui est reconnu par l'OMS, la France, l'Europe, tout le bordel ! C'est un acte médical, mais c'est la « stérilisation à visée contraceptive », c'est un choix volontaire, ce n'est pas quelque chose d'exceptionnel pour soigner une maladie, il n'y a rien à prouver pour le demander. S'ils ne veulent pas le faire, ils doivent se justifier. Sachant que ce serait forcément avec des arguments moraux, limite religieux. Ils sont obligés de faire jouer une sorte de droit de retrait, comme ils peuvent sans doute se refuser à faire un avortement, à ôter la vie à un embryon ou des choses comme ça. Dans ce cas, ils refusent de mutiler un individu qui veut se faire volontairement couper les canaux déférents. On devrait pouvoir leur demander de se justifier par écrit. D'ailleurs, en cas de refus, ils sont tenus de t'orienter vers un autre médecin. Ça veut dire d'assumer aussi devant un autre confrère, pas de nous envoyer balader simplement comme ça. Parce qu'en fait, c'est un jugement moral, c'est clair, c'est un truc très personnel, très subjectif, très politique. C'est trop facile pour eux de se débarrasser de nous comme ça !

Voilà, c'est un peu ça, le sens de mon témoignage. Je me suis rendu compte, quand je racontais tout ça aux gens, que j'avais eu une stratégie pour obtenir ma vasectomie. Et que cette stratégie-là, je ne l'ai lue nulle part, je ne l'ai pas prise sur un forum Internet ou dans une brochure. C'est pour ça que je veux la raconter, la transmettre. Surtout que lorsque je parle de vasectomie, il y a de l'écho, il y a des mecs qui s'intéressent à ça, qui cherchent de l'information, qui se sont fait envoyer chier par leur médecin... D'où (pour revenir à la question du début) ma participation à ce petit groupe. Aussi parce que ce n'est pas évident pour tous les gars de défendre leur décision face à un médecin, de bien parler, d'argumenter, etc. Nous ne sommes pas tous égaux à ce niveau-là non plus. Donc, ça vaut le coup de préparer ça à plusieurs, de s'accompagner dans nos démarches, d'écrire ensemble..., pour que ça ne reste pas seulement un bricolage individuel, un « parcours du combattant » qui élimine les plus faibles.



Et puis il y a tout mon parcours amoureux aussi, qui est politique et dont j'ai envie de parler : ce truc-là que j'ai toujours refusé de former un couple, refusé de me reposer affectivement sur une seule personne, ou d'être le seul pilier affectif d'une autre personne, de lier nos destins comme on se marie, de se marier, de faire des enfants, etc. J'ai une vision libertaire de l'amour. C'est peut être des grands mots... Mais je pense qu'on doit se faire du bien et se libérer, et non pas s'enchaîner et s'attacher les uns aux autres. Et dans ce parcours-là, j'ai aussi beaucoup développé une volonté de soutien au féminisme. Ce que j'ai voulu faire avec cette vasectomie, c'est prendre part en tant que mec à la gestion des questions de sexualités. C'est tout le temps les nanas qui gèrent – ou pas – et qui subissent les conséquences. C'est elles qui ont un suivi gynéco, qui prennent la pilule, qui avortent, etc. Sans parler du jugement moral qu'elles se prennent dans la tronche à propos de leurs sexualités de la part des médecins quand elles sont obligées de faire appel à eux !



Le féminisme, c'est la lutte des femmes. Je suis d'accord quand je lis des slogans féministes comme : « Ne me libère pas, je m'en charge ! » C'est clair, on n'a pas à se la raconter en tant que mec, on est du côté des dominants, on profite du patriarcat et des situations de privilèges... Même quand on essaie de soutenir les femmes dans leur combat, je sais que ça revient au galop, les constructions masculines reviennent au galop – on dit « le naturel », mais ce n'est pas le naturel, ce sont les constructions sociales qui reviennent au galop. Quand on défend des choses, on défend des intérêts, et parfois on ne se rend pas compte qu'on défend nos intérêts de dominants... Et souvent, ça fait du bien d'avoir des féministes qui te foutent ça dans la gueule et qui te disent : « Tu défends quoi, là? » Bref, il ne faut pas se la raconter, mais on a quand même une part de travail à faire pour changer les choses.



Du coup, mon action, c'est aussi d'amener les mecs à se poser des questions, rien qu'en disant : « Moi, j'ai fait tel choix. » Pas besoin de poser des questions théorico-politiques. Le simple témoignage oblige les autres à se poser des questions. Comment ça se fait que la contraception, c'est une histoire de femmes ? Alors que la reproduction, c'est une histoire de gamètes. Comment ça se fait que les infections sexuellement transmissibles, c'est une histoire de femmes ? Alors que les mecs sont également vecteurs de ces infections. J'espère que de poser ces questions, c'est un peu ouvrir des brèches, faire des petites fissures dans la masculinité..., qui font que le travail que veulent faire les féministes en direction des hommes – enfin celles qui veulent faire des choses en direction des hommes – a peut-être plus de chance de marcher, parce qu'il arrive sur un terrain où il y a un minimum de questionnement. Voilà, tout ça n'est pas automatique, bien sûr, ce n'est pas parce qu'un mec commencera à porter un *slip toulousain*© qu'il sera plus ouvert aux questions féministes... Mais peut-être tout de même un petit peu ? J'ai un petit espoir de ça.



Les femmes sont toujours, dans notre société, dominées par les hommes. Elles sont toujours dans des sphères mixtes comme le travail, le militantisme, etc., où elles doivent faire avec les hommes, et composer avec eux. Par contre, au niveau des rapports affectifs et sexuels, rien ne les oblige à relationner avec nous. Ce n'est pas pour rien que certaines féministes que je connais ont choisi d'être lesbiennes. C'est peut-être plus facile de gérer entre meufs – en tout cas c'est sans doute différent. Ce que je veux dire, c'est que la question de la sexualité est très importante dans la domination masculine. Ça va bien au-delà de la contraception. J'aimerais qu'on parle aussi du consentement : qu'est-ce qu'on recherche dans les relations amoureuses ? comment est-ce qu'on s'assure que la personne a vraiment envie de ce qui se passe entre nous ? quand est-ce qu'on se demande si ça va lui apporter quelque chose de bien dans sa vie, etc. ? Je voudrais aussi questionner les fantasmes qu'on a dans la tronche, qui font qu'on aime tel ou tel type de sexualité, et comment dans ces fantasmes-là on fait la

part des choses... Des visions stéréotypées du sexe, avec les préliminaires et ensuite La Pénétration : pourquoi est-ce qu'il y a forcément pénétration dans une relation hétérosexuelle ? Cette focalisation sur le coït est à interroger... Pour aller plus loin, il faut sans doute déconstruire l'hétérosexualité : je ne crois pas qu'on soit hétérosexuel ou homosexuel, je crois qu'on est sexuel. Pourquoi est-ce que, quand c'est un homme qui me caresse, ça ne me fait pas le même effet que quand c'est une femme ? On peut aussi bien être a-sexuel, d'ailleurs. Le sexe ce n'est qu'une part de notre vie, ce n'est pas un truc qui nous constitue principalement...



Alors, si les hommes géraient leurs sexualités, se responsabilisaient, apprenaient à comprendre vraiment d'où leur viennent leurs désirs, leurs fantasmes, à faire la part des choses entre ceux qu'ils assument et ceux qu'ils veulent travailler... Il faut arrêter de prendre nos pulsions sexuelles comme des choses qui nous dominent ! S'ils élargissaient leurs visions de la sexualité à des choses qui vont bien au-delà du coït mais à plein de trucs, de caresses, des machins et des bidules..., est-ce qu'ils se rendraient compte qu'en fait tout ça, ça peut se partager avec des femmes mais aussi avec des hommes ? Au moins ça libérerait une pression que les hommes exercent sur les femmes par le désir sexuel, la drague, le besoin de se trouver une compagne... Pffff ! C'est un vaste programme, non ? Je crois qu'on n'en est vraiment pas là !

couic novembre 2015



Pour un annuaire national des praticien.ne.s français.es pratiquant des stérilisations conformément à la loi

par Marc Zaffran/Martin Winckler
9 février 2015

En France, a-t-on le droit, conformément à la loi, de choisir de n'avoir pas d'enfant ? Un trop grand nombre de médecins pensent (et disent) que non. Ils ont tort et ils pourrissent la vie de milliers de citoyen.ne.s.

La première version de ce texte a été postée en 2008. Sept ans plus tard – et donc, quatorze ans après le vote de la loi qui les autorisent, une fois majeurs, à se faire opérer pour ne pas (ou ne plus) avoir d'enfants, en France, beaucoup (trop) de patients voient les médecins leur imposer leurs préjugés au lieu de les accompagner dans leurs décisions. Or, les droits des patients ne sont pas des gadgets. Ce sont des droits aussi inaliénables que ceux du citoyen.

Le simple bon sens devrait rappeler à tous que si une personne est réputée apte à exercer son métier, à choisir son compagnon, sa compagne ou son lieu de résidence et à *participer activement à la vie du pays en payant des impôts et en choisissant ses bulletins de vote*, cette personne n'est pas moins apte à choisir *quand* et *si* elle aura un jour ou non des enfants !!!

Mais pour beaucoup de médecins, les patients cessent d'être des adultes quand ils entrent dans leur cabinet. Même lorsqu'il n'est pas malade, le désir de choisir d'un patient est, aux yeux de trop de professionnels de la médecine, absolument immature à partir du moment où ce désir n'est pas conforme à l'opinion personnelle du praticien...

Adhérer (de près ou de loin) à cette vision des choses, c'est oublier d'abord que les médecins ne sont pas, a priori, des personnalités plus matures que les autres ; ensuite qu'historiquement l'idéologie du corps médical français à l'égard de la sexualité (entre autres) a toujours été profondément réactionnaire ; et enfin que la fonction d'un médecin ne consiste pas à juger des aptitudes des patients, mais à les accompagner dans leurs décisions face à une maladie ou à un choix de vie. Ce n'est pas moi qui le dit, mais le Code de la Santé Publique – qui, destiné à protéger les patients, s'applique d'abord et avant tout aux professionnels de santé.

Il en va de même pour la stérilisation volontaire, autorisée par la loi depuis 2001 pour toute personne majeure.

Jusqu'en 2008, je consultais deux fois par semaine dans un centre hospitalier de province. A chaque matinée de consultation je recevais des femmes ou des couples qui avaient, récemment ou par le passé, demandé à bénéficier d'une stérilisation car ils ne voulaient plus d'enfant. Tous s'étaient vu opposer par des praticiens sans éthique une fin de non-recevoir, même depuis 2001. Et beaucoup n'avaient même pas eu la possibilité de recourir à une contraception satisfaisante, par ces mêmes praticiens dénués d'éthique et – ce n'est pas moins grave – d'attitude scientifique.

"Nul n'est censé ignorer la loi." Manifestement, les praticiens qui l'ignorent sont nombreux.

Source : http://www.martinwinckler.com/article.php3?id_article=830

Rapport d'activités du groupe Ardécom 29

4 avril 2015 : festival « Clito'rik » à Tregunc.

Drôle de Genre Heureux (groupe féministe mixte de Concarneau) a invité l'Ardécom à venir se présenter. Trois gars racontent leur participation dans les années 1970 à des groupes de parole d'hommes, et le lancement d'un mouvement pour la contraception masculine par ceux qui souhaitent assumer leur volonté de ne pas avoir d'enfant. Naissance de l'andrologie et après une phase expérimentale ce sont 2 méthodes (hormonale et technique) qui sont mises au point. Mais les années 1980 et l'irruption du Sida rendront la capote obligatoire pour tous. Ardécom s'arrête alors, usée d'avoir prêché pendant 10 ans dans le désert.

En 2013, suite à la diffusion du film « Vade Retro Spermato » qui retraçait cette histoire, et devant le constat qu'en 30 ans rien n'a changé (on parle toujours de la contraception masculine comme de quelque chose qu'on attend, qui est encore à l'essai, voire qui serait sur le point d'être mis sur le marché...) Daniel, Philippe et Pierre décident de relancer l'association. Ils reprennent à zéro le travail d'information, tant auprès du public que des médecins – et rencontrent une résistance particulièrement forte du corps médical : est-ce parce qu'il s'agit d'un milieu macho ? ou parce que les lobbys pharmaceutiques qui font la loi gagnent plus d'argent avec la pilule féminine ? ...

La contraception thermique, mise au point par Roger Mieusset (Toulouse) est une technique simple qui consiste à porter un sous-vêtement (surnommé le « remonte-couilles toulousain » !) pendant 15 heures par jour, ce qui met les testicules à une température supérieure à 35°C (la température du corps est de 37,2°C) et stoppe la spermatogenèse. La contraception hormonale, validée par l'OMS et expérimentée sur 1500 hommes par Jean-Claude Soufir (Paris) n'est encore prescrite que par 2 médecins en France ! Quant à la vasectomie, légalisée en France en 2001, elle reste méconnue : seulement 0,2 % des hommes en âge de procréer sont vasectomisés en France, contre 20 % au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas. Alors qu'une vasectomie coûte 87€ à la sécurité sociale (petite chirurgie sans hospitalisation) contre 1200€ pour une ligature des trompes !

Pour l'Ardécom, la contraception masculine n'est ni meilleure ni moins bonne que la contraception féminine. Mais elle permet de partager entre hommes et femmes la responsabilité, les contraintes et les risques de la contraception. Pourquoi ne pas les utiliser en alternance ?

Suite à cette présentation, une discussion informelle se tient à la buvette. C'est là que se décide la création d'un groupe local pour relayer dans le Finistère le travail d'Ardécom. Par la même occasion, ce serait une manière de donner un objet concret au groupe de garçons qui a organisé l'après-midi même un atelier de discussions & jeux « Avec ou sans coït ? » *pour ceux qui sont dits hommes*, et donc de continuer à le faire exister.

20 juin 2015 : première réunion à Elliant (KBI).

Nous nous retrouvons à quatre gars pour discuter de la création de ce groupe et se mettre d'accord sur nos bases de départ. L'un d'entre nous a subi une vasectomie cette année ; un autre expérimente depuis plusieurs mois le « remonte-couilles » et a pu vérifier par spermogramme que ça fonctionne très bien ; un autre est porteur du HIV et donc condamné à l'usage des capotes pour tous rapports sexuels à risques. Deux d'entre nous font partie du collectif féministe mixte « Drôle de Genre Heureux » et participent au projet de Planning Familial à Concarneau.

Nous partageons l'envie de témoigner, d'informer, de diffuser des brochures, d'organiser des soirées projection & débat..., afin de faire connaître les contraceptions accessibles aux hommes. De former un groupe d'hommes qui prennent en charge leur contraception et se soutiennent dans cette pratique. De déconstruire la masculinité au sein d'un groupe de « pas rôle d'hommes », un groupe de garçons qui apprennent à se parler, à se livrer..., dans une perspective de soutien au féminisme. Nous sommes prêts à prendre des risques pour cela – notamment celui de nous exposer à la critique de nos camarades féministes.

Mais nous ne voulons pas former un groupe de mecs *pour* les mecs. Plus largement que la contraception, nous souhaitons agir pour la responsabilisation des hommes dans la gestion des contraintes et risques liés à leur sexualité. Cela inclue à la fois le souci du contrôle de sa fertilité et la prévention des risques en général, que ce soit le HIV, les autres maladies et infections sexuellement transmissibles, les virus comme le HPV, etc. Cela ne concerne donc pas seulement les hommes hétérosexuels, et peut même intéresser les femmes qui ont également intérêt à faire avancer ces questions. Ce qui compte pour nous, c'est que ce soit des hommes qui proposent (tout en faisant attention à ne pas s'imposer dans des espaces organisés par les femmes et pour les femmes comme le MFPPF ou d'autres...), mais notre groupe est ouvert à toutes & tous – rien ne nous empêchera, à l'envie ou au besoin, d'aménager des moments de non-mixité masculine ou féminine.

Le premier constat que nous pouvons faire, c'est qu'en voulant prendre en charge notre contraception, on se rend compte qu'on ne sait même pas comment fonctionne notre corps, et notre appareil génital en particulier. Une première urgence sera donc pour nous de travailler à cette éducation (entre nous et à destination du public) – tout en sachant que ça fait des années que c'est urgent... donc nous avons tout notre temps !

L'utilisation du nom d'Ardécom peut être une bonne carte de visite pour nous adresser à certaines institutions ou nous rendre crédibles vis-à-vis du milieu médical. C'est aussi important de rester en lien à l'échelle nationale avec ces personnes qui font un travail intéressant et admirable, qui sont en lien direct avec les deux seuls médecins en France qui prescrivent les contraceptions masculines, et qui peuvent nous relayer des infos ou nous transmettre des contacts : par exemple, c'est arrivé ces jours-ci qu'un homme du Finistère contacte l'Ardécom pour avoir un interlocuteur à propos de la vasectomie, et reçoive en retour le conseil de nous contacter directement.

22 août 2015 : rendez-vous à Douarnenez (à la terrasse du Bar de la Rade).

Cette fois-ci, nous sommes cinq, rejoints par un nouvel expérimentateur du RCT.

- Proposition de participation au Village des alternatives locales, lors du passage du tour à vélos « Alternatiba » à Douarnenez et à Concarneau : ça répond à notre envie d'intervenir dans l'espace public. Tenir un stand « Ardécom » avec de la documentation, une machine à coudre et des prototypes de remonte-couilles. Surtout discuter avec les gens, informer de l'existence de la contraception masculine, témoigner de notre expérience...

Quel rapport avec l'écologie et le réchauffement climatique ? > Idée en clin d'œil d'une affiche « Chauffe les couilles, pas le climat » = détournement de l'horrible affiche de l'ACIPA de Notre-Dame-des-Landes (« Chauffe la lutte, pas le climat » avec son thermomètre phallique)...

- Comment engageons-nous notre responsabilité lorsque nous faisons de la propagande pour des techniques de contraception, dont nous ne sommes pas des spécialistes et ne savons pas encore très bien les effets secondaires éventuels ou autres ? > Notre rôle n'est que de souligner la difficulté de trouver là-dessus des informations et un cadre « safe » avec un suivi, pour se prendre en charge...

- Diffuser le « Guide pratique » des docteurs Mieusset et Soufir.

- Contacts à prendre avec Act-Up pour de la documentation sur le HIV et pour trouver une filière de capotes gratuites à distribuer, diverses et de bonne qualité.

> 25 août 2015 : « Alternatiba » à Douarnenez.

> 26 août 2015 : « Alternatiba » à Concarneau.



20 septembre 2015 : réunion à Concarneau (Menez-Braz).

Cinq participants à cette réunion.

- Débriefing de notre participation à « Alternatiba » :

Notre stand n'était pas assez fourni en documentation. Nous avons collecté une centaine d'adresses mail pour leur envoyer par la suite une liste de liens Internet et de références bibliographiques. Une majorité de femmes sont venues nous demander ce que nous faisons là et ce qu'est la contraception masculine ; les hommes restaient plus en retrait ou fuyaient...

Élargir la réflexion au-delà du gadget rigolo qu'est le slip RCT = notre « produit d'appel » ! Partir de cette pratique concrète, de ce truc qui nous concerne directement, pour interroger la prise en charge de leur sexualité par les hommes, et les interpeller plus directement : est-ce qu'on laisse les femmes se débrouiller avec tout ça ?

- Élaboration d'un flyer à distribuer à tous les gens qui passent nous demander des infos.

- Une synthèse documentaire est en cours sur les différentes méthodes de contraception masculine, et sur le fonctionnement de l'appareil génital masculin. Ouverture d'une drop-box sur Internet pour partager ces documents et les améliorer.

- Recherche de modèle/patron pour le RCT : Mieusset fait la sourde oreille. Sans doute ne souhaite-t-il pas voir une appropriation DIY de sa technique, car si les gens ne suivent pas le protocole, ne sont pas sérieux, et ont des accidents de contraception, ça risque de nuire à sa réputation et à son travail. Ça peut se comprendre, mais il pourrait quand même répondre quand on le sollicite ! Avec ou sans lui, nous continuerons à améliorer le système, et serons bientôt prêts à animer des ateliers de couture de « remonte-couilles » DIY.

- Idée de fabriquer un mannequin pour faire des démonstrations du RCT.

- L'un d'entre nous a fait récemment plusieurs réunions informelles avec des petits groupes de gars pour les informer sur la vasectomie, le parcours pour y arriver, comment se préparer au rendez-vous avec le chirurgien, etc. C'est un « coaching » qui semble intéresser pas mal de monde autour de nous. Cela pourrait donner lieu à un véritable « Vasecto-Tour » !

- Adhésion à l'Ardécom : plutôt une démarche individuelle. Quant à nous, nous décidons de nous créer une adresse électronique collective en choisissant un autre nom, plus local : « tomaboulou », qui correspond en breton à « chauffe les couilles ».

- Envie de prendre le temps de se raconter entre nous, nos parcours par rapport à la sexualité, la contraception, le féminisme, etc. Et pourquoi pas enregistrer nos témoignages pour les retravailler ensuite et en faire quelque chose (publication ou autre) ?

15 novembre 2015 : réunion à Elliant (KBI).

7 personnes sont présentes, dont deux nouveaux-venus dans le groupe qui veulent se lancer dans la pratique du remonte-couilles, et un ami de passage venu se renseigner sur la vasectomie (pour laquelle il a déjà subi deux refus de médecins !)

- Présentation du groupe, de nos dernières actions et de nos envies, avec en arrière-plan les relations entre garçons, qui sont sans doute une des clés du féminisme car c'est là que se construit et/ou se renforce la domination.

- Idée de faire nos réunions dans les bars ? (forme d'intervention)

- Point sur les dernières versions expérimentées du « remonte-couilles ».

- + Quel autre nom plus sympa trouver pour le « remonte-couilles » ?

- Partage de connaissances/pratiques sur la contraception thermique et la vasectomie.

- + Projet de lettre à destination des chirurgiens urologues de la région pour la vasectomie.

- La relation aux médecins est incontournable. C'est eux qui nous disent que « la contraception est un problème de santé publique, aujourd'hui résolu en France grâce à la pilule ». Donc : inutile que les hommes viennent leur compliquer la tâche en s'y mettant à leur tour ! C'est un peu la même chose avec la prévention des IST ou de l'HPV : vu que les femmes ont un suivi gynéco dès l'adolescence, ce n'est pas la peine que leurs partenaires masculins s'embêtent avec ça, ils sont indirectement soignés par leur intermédiaire, ce qui évite d'avoir à les responsabiliser !

- Question du lien avec d'autres groupes de garçons qui existent peut-être ailleurs autour des thématiques qui nous intéressent ?

- Projets de publications : une revue qui présente l'état brut de nos activités avec un préambule d'explication (droit à l'erreur) et un appel à retours, critique, droit de réponse, débat de fond, etc. ; des brochures plus travaillées, pour lesquelles des regards extérieurs seront demandés avant publication.

- + Rediffusion des 2 numéros « historiques » d'Ardécom ?

- Enregistrement de 2 témoignages pour la revue et/ou autre. Intentions : histoire personnelle & perspectives dans le groupe, partir de l'individuel, ouvrir des pistes de réflexion...

- Discussions de fond : comment aller au-delà d'un petit groupe mixte dans les intentions mais non-mixte dans les faits ; dangers et difficultés des groupes non-mixtes de dominants ; « de la contraception masculine et de la dépossession féminine » ; rapport à l'hétérosexualité, à certaines pratiques sexuelles (pénétration, éjaculation) ; le Papillomavirus et les tests de dépistages (comment ça marche?) ; autour de la dite « parentalité communautaire », des envies, non-envies et normes liées aux enfants (garde, relations d'éducation, etc.) ; ...

13 décembre 2015 : réunion à Douarnenez.

6 personnes sont présentes, plus une personne de passage pour s'informer sur la contraception thermique.

La réunion est essentiellement consacrée à la lecture/correction des premiers textes écrits pour le numéro 1 de notre publication, à la détermination du sommaire, au choix de textes piochés ailleurs... La lecture d'un extrait de la brochure « PapillomaVirus » et l'écriture collective de la présentation de notre groupe soulèvent plusieurs thèmes de discussion de fond :

- Notre rapport au genre masculin. Est-ce qu'on se reconnaît personnellement dans la masculinité ? On peut porter des jupes ou des ongles vernis, mais où se situe la frontière entre l'intime et le niveau politique (notion de « pride », d'assumer dans la rue, de se mettre en danger...) ?

- Autour de l'éducation sexuelle. À l'école, dans nos familles, personne ne nous a vraiment appris comment fonctionnait notre corps, le plaisir partagé, la fertilité, etc. Pas étonnant que nos premières expériences sexuelles et nos premières relations amoureuses aient été aussi maladroites ! (pour ne pas dire ratées, honteuses...)

- Formation médicale, sexualité et violence...

9 janvier 2016 : réunion à Rosnoën (Kerlano).

6 personnes présentes.

- Nous instaurons le « point météo » en début de journée pour exprimer notre état d'esprit, nos attentes, nos envies, nos questionnements... Nous commençons à nous poser la question des outils de discussion que nous voudrions utiliser afin de faciliter la circulation de la parole, que chaque personne puisse s'exprimer, trouver sa place dans le groupe, etc. La question se pose de comment faire pour qu'on se sente toujours aussi à l'aise qu'aujourd'hui entre nous quand il y aura plus de monde dans nos réunions ?

- « Sexsomnia » ou somnambulisme sexuel : témoignage perso et discussion.

- Point sur nos bidouillages de RCT.

- Points techniques : mails, réponses à sollicitations, événements à venir...

- Enregistrement de deux nouveaux témoignages.

- Travail sur des textes pour la publication & répartition du travail restant.

- Choix de l'anonymat pour l'ensemble de la « revue » : ce n'est pas évident d'assumer individuellement tout ce qui est raconté dans nos textes et témoignages, de devoir faire notre « coming out » homo ou viral dans un environnement parfois hostile...

- Discussions : de l'inégalité de la répartition des tâches dans le soutien affectif entre femmes et hommes ; quelles formes à nos relations amoureuses.

- Proposition de discussions : Comment faisons-nous l'amour ? Comment faisons-nous l'affectif et le couple ? Quel rapport entretenons-nous avec la capote ?

Courrier des lectrices

HEY MEC ! VAS CHEZ LE GYNECO !!

Ah non, ça existe pas pour toi... alors découvre le mot : ANDROLOGUE.

Ah, dans la vraie vie ça existe pas tellement non plus...
alors trouve un UROLOGUE ou un MÉDECIN GÉNÉRALISTE !
C'est vrai que c'est pas des spécialistes du dépistage masculin
et de la contraception pour les gars,
mais y paraît qu'y en a des biens...

J'EN AI MARRE DE ME SENTIR COMME UNE EPROUVETTE
OU TU TREMPES TA BITE
POUR QUE J'AILLE VOIR SI TU AS DES MALADIES !

J'EN AI MARRE DE ME TRAITER ET PAS TOI,
ET DE RECHOPER LES MEMES MERDES !

J'EN AI MARRE DE BOUFFER DES PILULES DU LENDEMAIN
OU DE FLIPPER TOUTE SEULE QUAND J'AI ZAPPE DE COMPTER LES JOURS
DE MON CYCLE MENSTRUEL !

COGESTION DES CONSÉQUENCES DES RELATIONS SEXUELLES HÉTÉRO !

or die !

On est quelques uns, dans ce bout de Bretagne, à bricoler autour des questions de sexualité, de genre, de

contraception masculine

et autres zones de responsabilité induites et afférentes...

ARDECOM & PLANNING
- réunion du mardi 30 mai 2017 -

Présents au nom d'ARDECOM : Daniel Aptekier-Gielibter, Philippe Lapôte et Pierre Colin, ainsi que Aurélien Le Gal et Christian Balaud du groupe « Thomas Bouloù » ou « ARDECOM 29 » (Finistère). Présente au nom du Planning 75 : Camille Malleval, co-animatrice de la permanence mensuelle « contraception masculine » avec ARDECOM.

Par téléphone : Véronique Séhier, co-présidente du Planning Familial MFPPF

Objet de la réunion : *poursuivre et renforcer notre travail commun, à partir des propositions concrètes d'une rencontre nationale (interne au Planning) sur le thème de la contraception masculine et d'un colloque (public) organisé en partenariat.*

Véronique rappelle la nouvelle organisation adoptée par le dernier congrès du Planning Familial : les commissions (trop cloisonnées) ont été remplacées par 2 pôles (plus transversaux) :

« **Genre, Droit, Santé Sexuelle : G.S.S.** » (qui s'occupe notamment de tout ce qui concerne la contraception, l'avortement, l'éducation sexuelle...) avec comme responsable Carine Favier.

« **Vie associative & réseau** » qui concerne plus l'évolution de la structure avec comme responsable Sabrina.

Ce sont 2 équipes constituées de militantes élues, qui coordonnent les activités, événements, programmes de formation..., décidées par le C.A (le prochain est du 17 au 18 Juin 17).

Cette année 2017, deux grandes rencontres nationales sont encore à venir, organisées par ces 2 pôles : une première à Sète en septembre sur le programme G.S.S. et une seconde en octobre sur la vie associative et le réseau.

À partir des propositions issues de la réunion entre Camille Malleval et Véronique Lamy du Planning 75 et Philippe Lapôte et Pierre Colin d'ARDECOM le 6 mai, Véronique Séhier indique que la démarche la plus pertinente est d'organiser une journée de formation « Contraception masculine » puis une rencontre publique dans une salle du Ministère de la Santé.

Il faut respecter une procédure et faire valider par le prochain CA.

La journée de formation doit s'intégrer au programme de formation budgété dont Martine Leroy a la charge . Véronique va lui en parler.

D'autre part, il est nécessaire, pour que ce projet aboutisse et serve véritablement à ancrer la contraception masculine dans les pratiques du MFPPF à l'échelle nationale, qu'il soit porté par le mouvement dans son ensemble. Cela peut prendre du temps.

Pour commencer, il faut constituer un groupe de travail ARDECOM/MFPPF, avec les militant(e)s des différentes A.D. intéressées par ce chantier, et piloté par le pôle GSS.

Ce groupe serait composé d'une dizaine de personnes du Planning au maximum (notamment pour des questions de budget mais surtout par des militant(e)s ayant déjà mené des actions sur ce thème).

Avec pour mission :

- définir le contenu du programme de formation « contraception masculine », en commençant par identifier les BESOINS des équipes et les FREINS à la mobilisation (notamment des médecins) sur cette question, et par lister les personnes ressources
- élaborer le colloque à organiser au Ministère de la Santé

Une demande sera faite au C.A. du 17 juin 2017.

Une page de présentation du projet est à rédiger (pour le 9 juin au plus tard)

Y faire figurer les différentes pratiques déjà développées au sein du mouvement :

- soirées publiques organisées (à Faux-la-Montagne, Grenoble, Marseille, Narbonne, Rennes...);
- mise en place d'une permanence mensuelle spécifique (à Paris) ;

- outils – plaquette, vidéo – créés par les militantes de Paris, Grenoble et Rennes ;
- réunions de travail qui ont déjà eu lieu (avec ARDECOM ou le groupe finistérien « Thomas Bouloù »),
- mémoires C.C.F. menés sur cette thématique (à Pau par exemple), etc.

Une dizaine d'A.D. au total sont concernées à notre connaissance.

Ce texte sera intégré au pack remis aux membres du CA.

Seront joints : le « guide pratique » des Dr Mieusset & Soufir, le protocole médical simplifié rédigé par Véronique Lamy, la plaquette élaborée par l'A.D. 38, la maquette du flyer commun ARDECOM/Planning (peut-être aussi le communiqué de presse commun du 14 octobre 2013 ?)...

Si la proposition est adoptée, ce pack accompagné d'un courrier d'invitation à rejoindre le nouveau groupe de travail sera adressé par Véronique Séhier (qui soutient politiquement le projet) à toutes les A.D. du Planning.

A priori, la date retenue pour la 1ère réunion du groupe de travail (GT CM : Groupe de Travail Contraception Masculine) ARDECOM/MFPF est vendredi 29 & samedi 30 septembre 2017.

Ne serait-il pas bon également d'évaluer nos forces avant même le 16 juin, en sondant les A.D. & militantes du Planning déjà en lien avec ARDECOM sur leur volonté de (ou capacité à) s'engager dans ce chantier ?

Ne serait-ce pas aussi l'occasion de mobiliser particulièrement les garçons investis dans le Planning Familial ?

Quant au colloque envisagé par ARDECOM pour 2018 (en relançant la Direction Générale de la Santé, qui avait proposé l'an dernier de mettre à disposition un amphithéâtre pour cela), c'est une bonne idée, mais il est peut-être tôt pour l'envisager : le Planning n'a aucune visibilité pour l'instant sur la manière dont il va pouvoir travailler avec le nouveau gouvernement !

Cependant, si cela se concrétise, et si c'est possible, il serait bon de coupler la rencontre & le colloque, afin de faciliter la participation d'un maximum de militantes et de médecins du Planning.

Passage en revue des pistes de travail proposées par ARDECOM :

1 - **Les protocoles** : Actualisation des protocoles en H,T,V (hormonal, thermique, vasectomie) : quels suivis, quels résultats, quels vécus, quelles demandes d'évolution...

> Cela a fait l'objet d'une réunion entre ARDECOM et les Dr Soufir & Mieusset le 30/5 après midi.

2 - **Les pratiques** : le nombre de demandes, de pratiquants suivis ou non, les lieux de prescription, de "contrôle", les médecins prescripteurs et suiveurs, les rébarbatifs notamment en V (âge) et H (AMM).

> But : établir une sorte de cartographie des personnes ressources vers qui orienter les demandes & lever les freins qui existent encore fortement chez les médecins du réseau Planning Familial ; il y a un gros travail à faire pour les faire passer de l'intérêt à la prescription – d'où l'importance que cela soit porté collectivement par l'ensemble des équipes militantes.

3 - **Les développements** des autres méthodes : mixte H+T, vasalgel, plantes, etc... Qu'en penser, comment accélérer ?, comment financer ?, quel rapports aux labos ?!!

> ARDECOM a l'intention de contacter les laboratoires pharmaceutiques, pour comprendre quelles résistances les empêchent de développer la contraception masculine, quelle analyse du marché ils font, etc.

Attention toutefois à ne pas leur donner trop de place !

La charte éthique du MFPPF interdit tout financement venant des laboratoires (contrairement à l'A.F.C.).

Pour autant, ils restent des interlocuteurs sur certaines questions : actuellement sur les pilules progestatives sans ordonnance (combat mené avec le collectif de pharmaciens qui a lutté contre l'inscription d'une « clause de conscience » dans la loi sur la contraception).

4 - **Les autres pays** (US, UK, D, I, Chine...)

> Isabelle Louis, présidente de l'A.D. 75, sera la représentante du Planning Familial au prochain congrès de l'I.P.P.F.

Si elle est d'accord, peut-être pourrait-elle en profiter pour identifier d'éventuels partenaires avec qui échanger sur la contraception masculine (notamment dans les pays qui sont moteurs sur ces questions).

Sachant que cette organisation internationale est actuellement accaparée par d'autres urgences : coupes budgétaires dramatiques opérées par le gouvernement Trump pour toutes les O.N.G. qui travaillent sur la contraception et l'avortement en Amérique et dans les pays en développement, recul des droits des femmes partout dans le monde y compris en Europe (en Pologne par exemple)..., qui feront l'objet de la prochaine grosse mobilisation du 28 septembre 2017 (journée mondiale de la contraception).

5 - **Les études de genre ou socio** : thèse de Cécile Ventola de l'inserm (équipe travaillant sur le genre), soutenue le 15 mai dernier ; autres ???

6 - **Les moyens de diffusion** de l'info : sites ARDECOM, 50/50, Martin Winkler, etc., flyers...

> Prévoir un rendez-vous avec Patricia, qui travaille sur la communication du Planning Familial : refonte prévue de toute la gamme des dépliant ; celui d'ARDECOM en fera partie.

7 - **Médias** : quelle info passe, informe, déforme, devient néfaste ou entraîne une réflexion ou une évolution notamment par rapport à l'égalité...

> Pour l'instant, les articles qui sortent dans la presse ne sont pas terribles.

Il y a un déficit de formation des journalistes sur les enjeux de la diffusion d'informations, sur les discours qu'ils véhiculent ou relaient sans les analyser...

Ils ont tendance à broder sur de l'anecdotique, ou sur ce qui leur semble sensationnel... D'où l'importance de définir, avant de leur parler, quels sont les 2 ou 3 messages essentiels que nous voulons faire passer, afin d'insister dessus, d'y revenir, de les forcer à en prendre note !

8 - **Institutions** : attitudes du ministère de la santé, de l'égalité, des conseils départementaux, des hôpitaux, des organisations (gynécologues, urologues, andrologues, sage-femmes...), de l'éducation nationale...

> Accent à mettre sur la formation (initiale & continue) des professionnels de santé.

9 - **AD et ARDECOM : Analyse des pratiques**, freins, indifférences et souhaits

10 - **AD et ARDECOM : Programme pour l'année à venir**, programme de réflexions et d'actions communes



<http://www.contraceptionmasculine.fr/adhesion/>



ADHÉREZ AU PLANNING FAMILIAL

MFPF ISÈRE

Nous avons plus que jamais besoin de votre soutien pour remplir son rôle d'information, de prévention et d'éducation populaire. Dans le contexte actuel de régression sociale, les droits des femmes sont toujours menacés en France, en Europe et dans le Monde.



<https://don.planning-familial.org/adhesion-38>