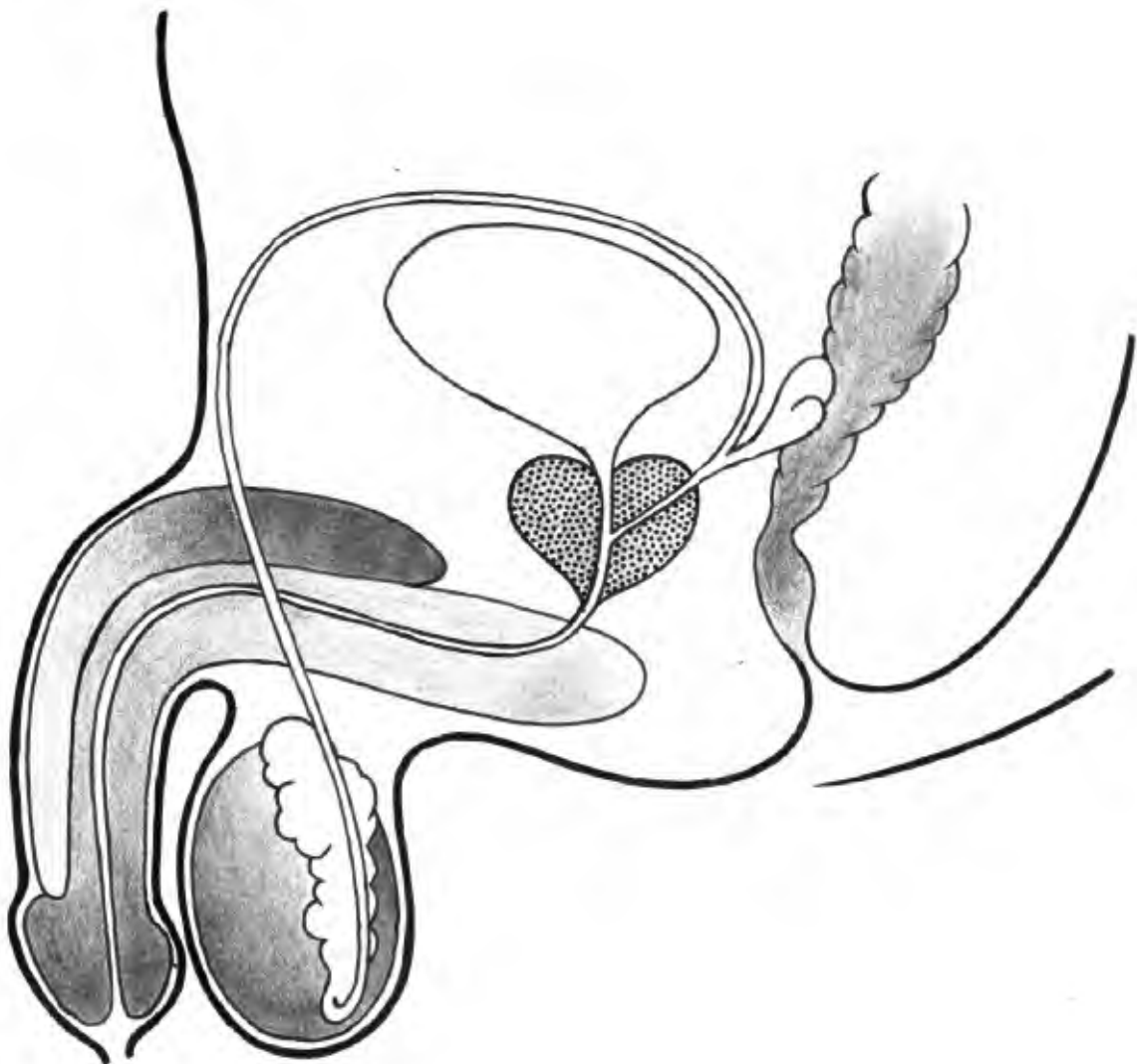


# Les contraceptions dites « masculines » en France : quelques éléments techniques

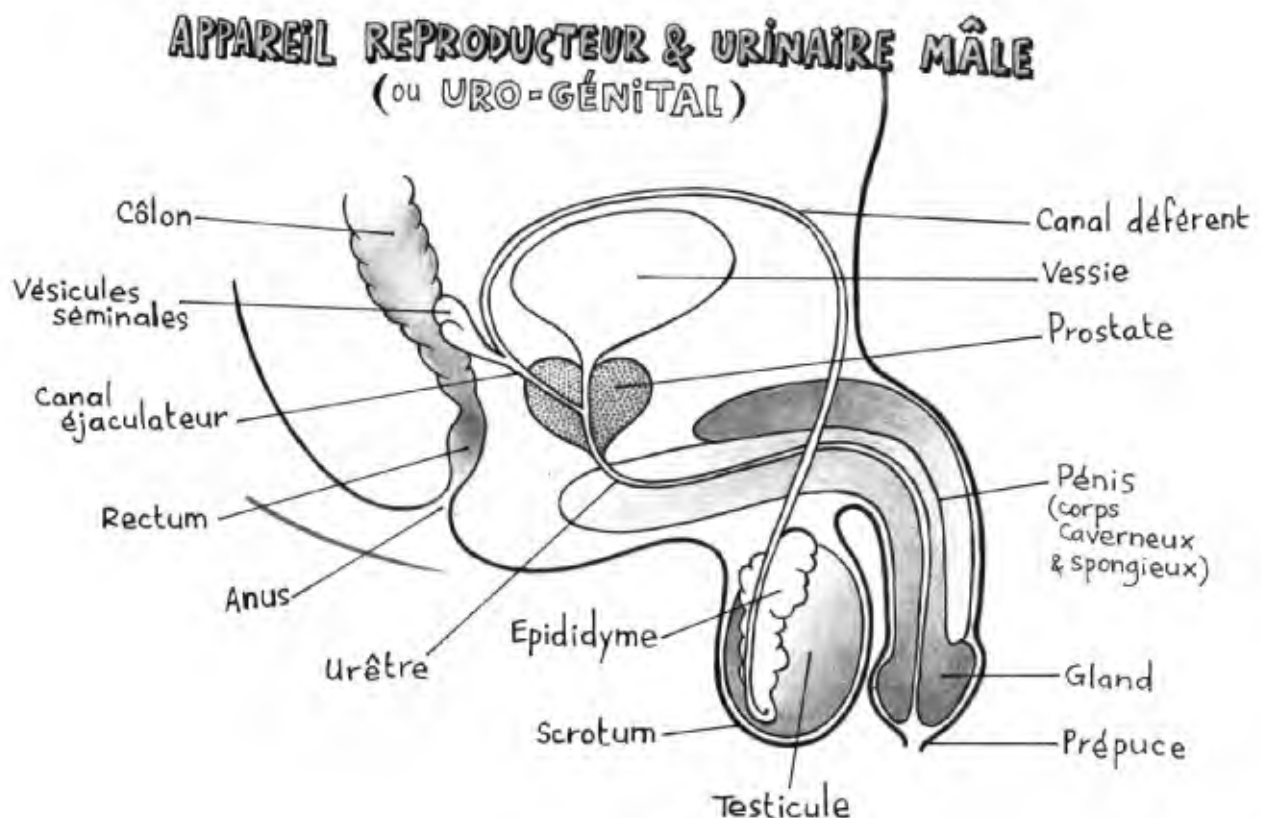


**Note:**

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 médicale<sup>4</sup>.



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 spermatogenèse, 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 épидидyme 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 inguinaux<sup>5</sup>.

## 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.

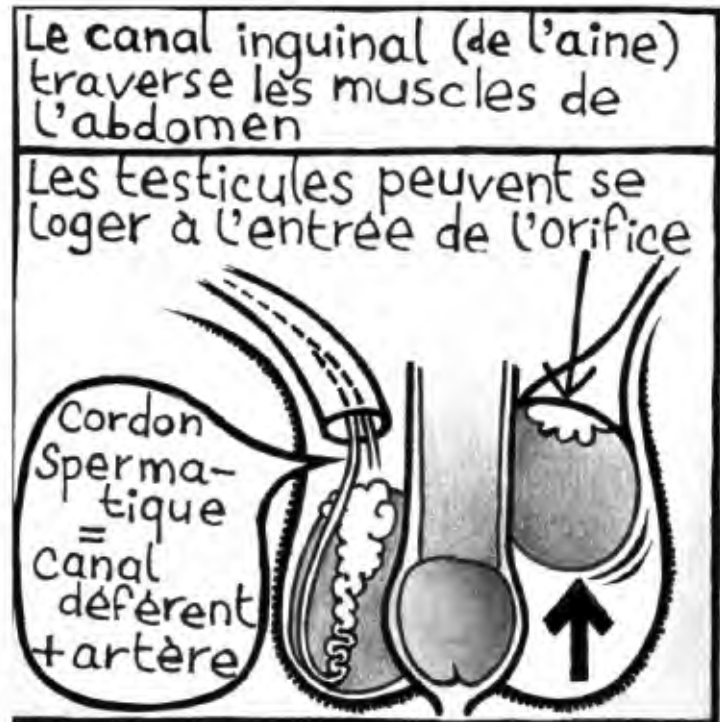
## Contraception thermique

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

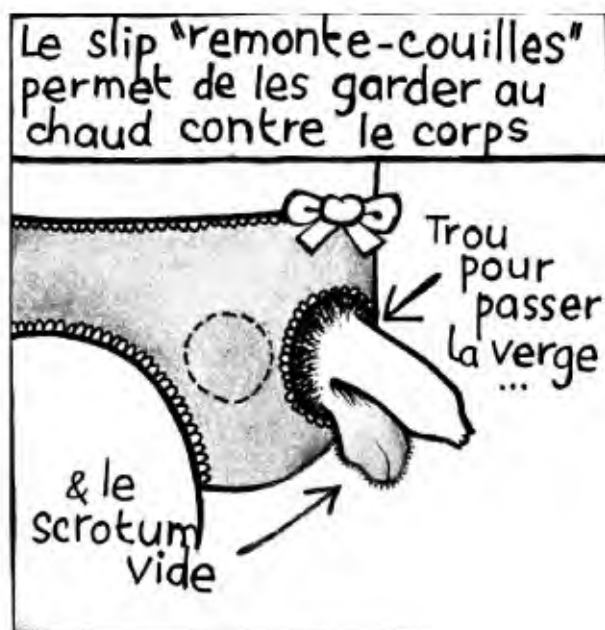


\* Voir le film « Vade Retro Spermato », de Philippe Lignières (Les Films du Sud, 2010).

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.

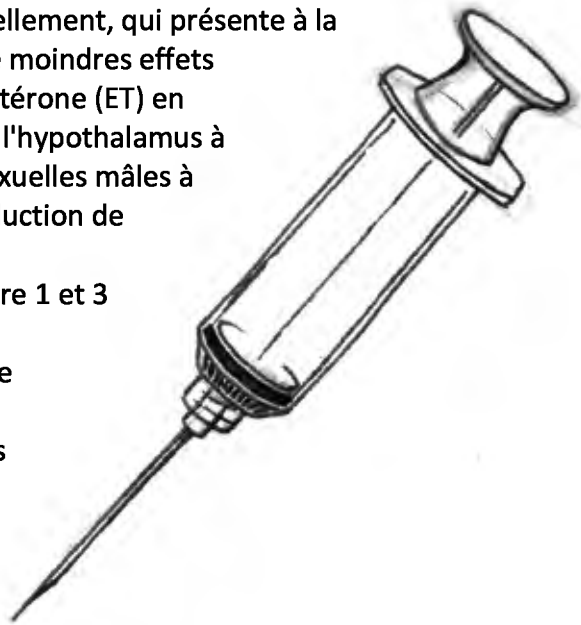
Les études montrent que la méthode est réversible, la production de sperme reprenant assez vite. Une contraception est donc nécessaire dès l'arrêt des injections. La réversibilité totale peut prendre quelques mois.

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'oublis 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

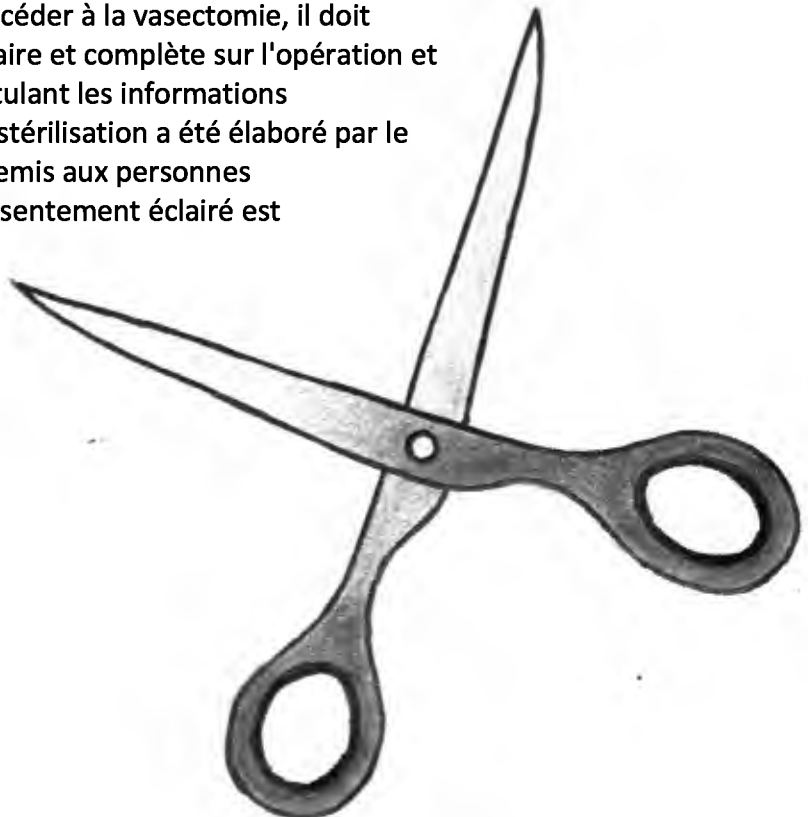


diffusées par la Haute Autorité de Santé et ne s'accompagnent pas, sauf exception, de réintervention chirurgicale. Contrairement à certaines rumeurs, il n'existe pas de preuve d'association causale entre le cancer de la prostate et la vasectomie à ce jour. Aucune contre-indication permanente à la stérilisation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

