

Collectif
Thomas Bouloù

Sommaire :

Introduction

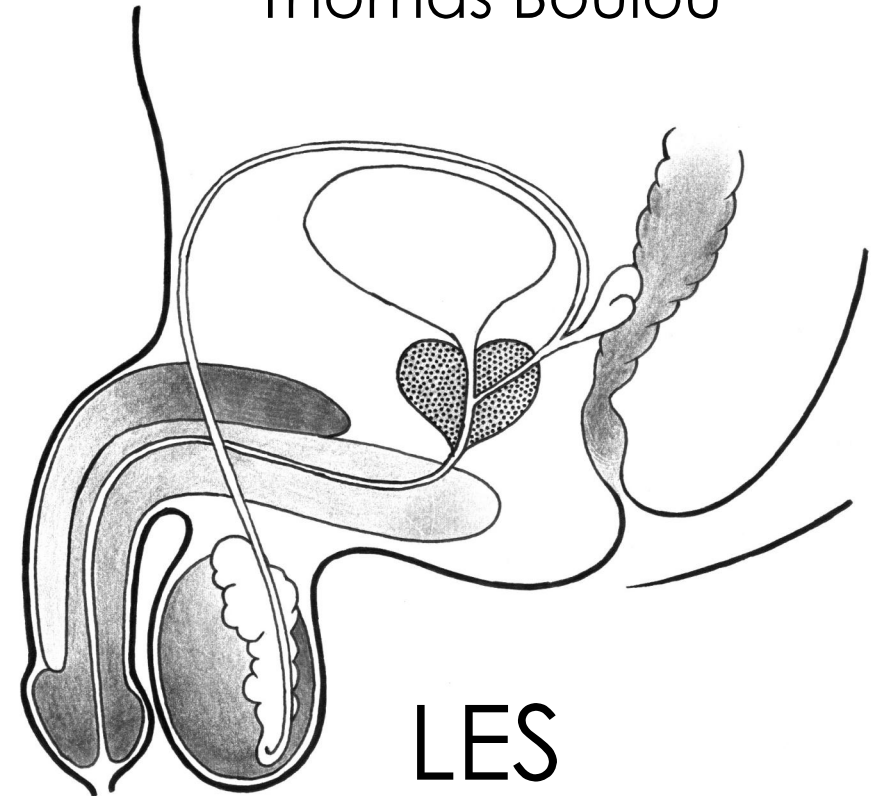
- > Les contraceptions "testiculaires" ?
- > La maîtrise de la contraception par les femmes : revendication féministe et privilège masculin ?

Anatomie & Physiologie

- > Vie et mort des spermatozoïdes
 - > Sperme et fertilité
 - > Chaleur et fertilité
 - > Hormones et fertilité

Présentation des méthodes

- > La méthode thermique
- > La méthode hormonale
 - > La vasectomie
 - > Les préservatifs



LES
CONTRACEPTIONS
TESTICULAIRES



Le contenu de cette brochure est repris de notre publication : « Rapport(s) n°1 » (janvier 2016). Il a été revu, corrigé et augmenté – dernière mise à jour = juillet 2018. Pour toute question, remarque, critique, etc. :

thomasboulouetcie@riseup.net !

Introduction

« Thomas Bouloù » est un groupe qui se réunit depuis le printemps 2015, chaque mois, dans le sud du département du Finistère, autour des **contraceptions testiculaires**. Il est composé actuellement de 5 garçons cis-genre hétéro – une non-mixité de fait, que nous n'avons pas forcément souhaitée mais qui nous a permis de commencer à nous organiser pour prendre nos responsabilités en tant que mecs dans la gestion des risques & conséquences de nos vies affectives et sexuelles. L'existence de Thomas Bouloù doit beaucoup au contexte dans lequel nous nous sommes rencontrés : celui d'un tissu collectif, alternatif et politique traversé par une forte présence féministe.

Nos réunions ont pour but de nous accompagner mutuellement dans nos démarches individuelles de contraception, et au-delà : dans la gestion des maladies & infections sexuellement transmissibles, des relations affectives, de la parole entre garçons, des rapports entre hommes et femmes, du soutien au féminisme... Notre groupe a aussi pour objectif de porter toutes ces questions dans l'espace public, en nous appuyant sur la pratique concrète et le vécu de chacun.e. Sans oublier de chercher des complicités dans le secteur médical, afin de faciliter l'accès aux contraceptions testiculaires.

Nous ne prétendons pas à une expertise technique ou théorique sur ces sujets. Nous partons de nos pratiques et tissons, petit à petit, des liens avec des situations et des discours qui les côtoient. De même, nous ne nous plaçons pas dans une perspective de promotion des contraceptions testiculaires ; simplement, il nous semble qu'informer et discuter de ce sujet nous ouvre à une meilleure considération des rapports sociaux de sexe dans lesquels nous vivons : c'est à cela que nous souhaitons contribuer.

Les contraceptions "testiculaires" ?

L'expression « contraception masculine » est plus couramment employée pour aborder ces méthodes. Mais sexe & genre ne sont pas synonymes – on peut avoir des testicules et se sentir femme, ou se sentir homme sans en avoir, et d'autres identités de genre que l'alternative binaire homme/femme peuvent être vécues... Le terme masculin renvoie à une norme sociale *genrée*, qui enferme les individus dans des catégories en fonction de leurs caractères biologiques. Nous avons cherché un autre terme pour qualifier les méthodes destinées techniquement aux personnes ayant un appareil génital "mâle". Faute de mieux, nous préférons actuellement parler de « contraceptions testiculaires ».

Les contraceptions *testiculaires*, ce sont les contraceptions que peuvent prendre en charge des personnes qui ont des testicules : vasectomie, contraception thermique, contraception hormonale. Certaines techniques de contraception "partagée" (qui peuvent être appropriées par tous les sexes ou demandent une coopération dans la pratique) peuvent être également regroupées sous ce nom : préservatif et retrait, par exemple.

Il n'empêche que beaucoup des problématiques ou questions que pose l'existence des contraceptions testiculaires sont liées au fait que ça puisse être un homme qui prenne en charge la contraception, dans une société patriarcale : on parlera à la fois de contraception "testiculaire" et de responsabilité (ou de domination) "masculine".

La maîtrise de la contraception par les femmes : revendication féministe et privilège masculin ?

La contraception est actuellement, en France, très majoritairement prise en charge par les femmes. La maîtrise de la contraception par les personnes dont le corps portera l'embryon est bien évidemment souhaitable : ce sont les premières concernées par les conséquences physiques, psychologiques et sociales d'une grossesse. Mais aussi, la contraception comme la sexualité sont prises dans des rapports de pouvoir et des luttes pour s'en extraire. Les féministes revendiquent pour les femmes l'accès à la contraception et à l'avortement dans les conditions les plus favorables, parce que la sexualité, la conception et la maternité sont des espaces où s'exerce une domination des hommes sur leur corps et sur leur vie. Le premier des combats à mener ou à soutenir à propos de contraception est sans aucun doute celui-là, dont les avancées sont régulièrement mises en péril et sur lequel il reste encore beaucoup à faire.

Cependant, tout moyen de contraception a des conséquences sur l'état physique, la charge mentale et/ou l'état de santé des personnes contraceptées : la contraception est régulièrement vécue par les femmes comme une contrainte dans un parcours gynécologique souvent compliqué, si ce n'est violent. La prise en main de la contraception par les femmes s'est d'ailleurs accompagnée, du côté des hommes, d'une délégation massive des préoccupations anticonceptionnelles.

Si nous présentons les contraceptions testiculaires ici, c'est parce qu'elles permettent de partager certaines des contraintes et des responsabilités liées à une sexualité hétérosexuelle. C'est avec cette approche qu'elles sont apparues dans le débat public en France, dans les années 1980, avec les groupes d'hommes pro-féministes.

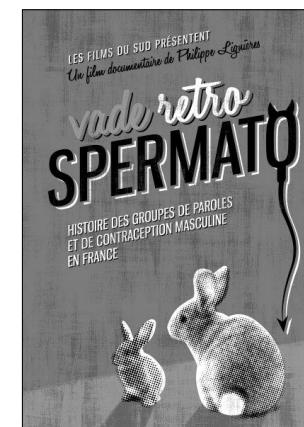
Au-delà du partage des responsabilités, prendre en charge la contraception lorsqu'on est un homme peut aider à reconsidérer ce qu'implique sa vie sexuelle, non seulement sur les questions de contraception, de consentement, de plaisir ou d'IST, mais aussi sur les plans affectifs, relationnels, sociaux, etc. Ça peut être l'occasion de rendre plus courantes des discussions sur ces sujets. Et, pourquoi pas, de questionner autrement sa masculinité, au-delà des questions de sexualité...

Il est clair que ces techniques ne portent pas en elles-mêmes des principes égalitaires et pourraient par exemple accentuer des rapports de pouvoir au sein d'un couple. Elles pourraient être aussi une revendication de mouvements masculinistes, dont les analyses et actions contribuent à renforcer la domination masculine. Et, même dans une démarche de coresponsabilisation, ce n'est pas parce qu'un homme est contracepté qu'il est "moins dominant" que les autres... et assurément pas moins privilégié !

Il nous semble que la contraception dite "masculine" ne s'oppose pas à la maîtrise par les femmes de leur propre fertilité et contraception. Les techniques utilisées par les hommes et celles utilisées par les femmes peuvent l'être en complémentarité, ou en alternance : elles permettent d'élargir le choix dans nos relations, ou d'augmenter l'efficacité.

Pour aller plus loin :

- Brochure "Réflexions sur la Contraception Masculine. Contribution à la critique du patriarcat", Camille Zeno, Grenoble 2013.
- Film "Vade Retro Spermato" de Philippe Lignières, Les Films du Sud 2011.
- Site Internet de l'Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine : www.contraceptionmasculine.fr

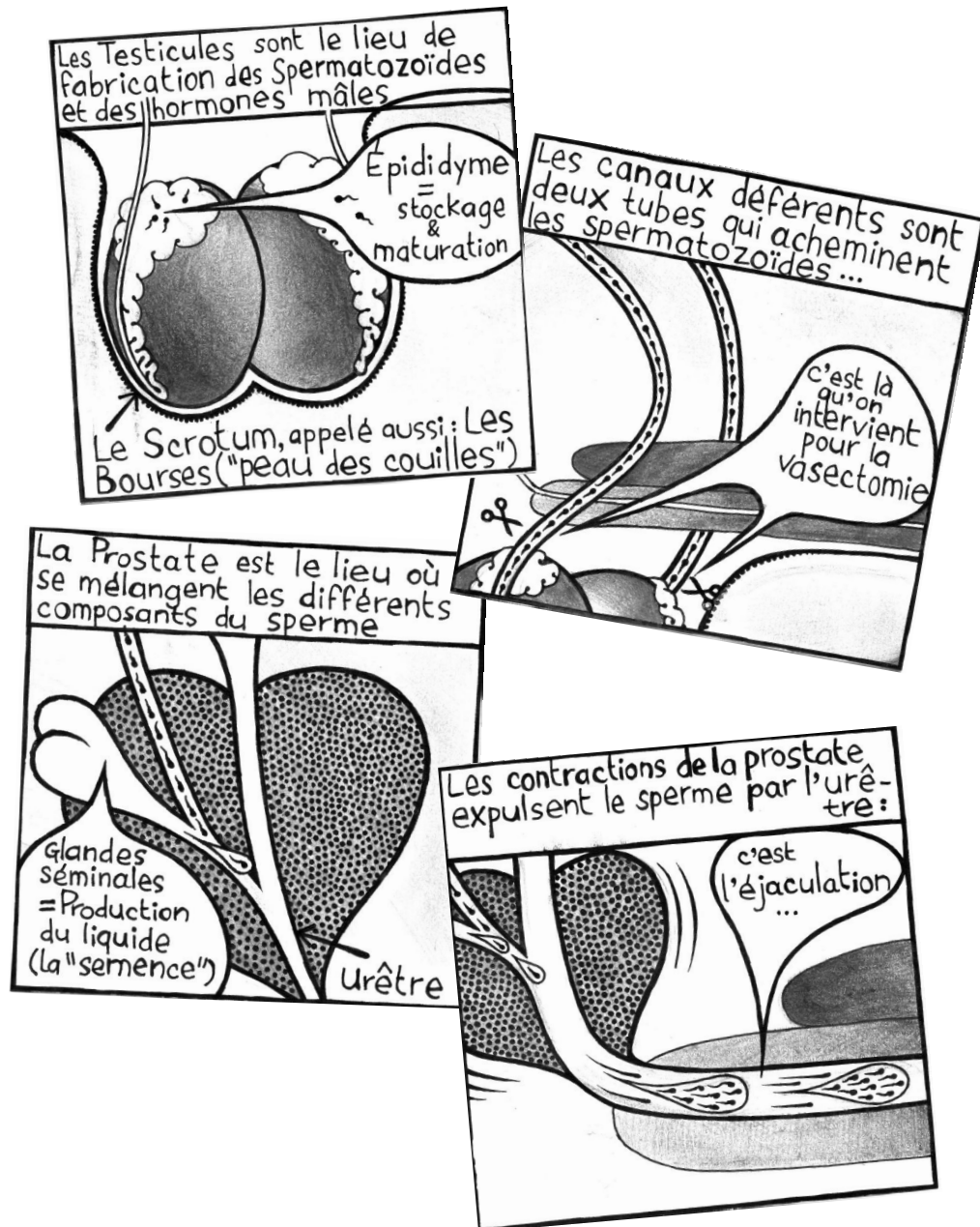


Anatomie et physiologie

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. D'autres morphologies existent que celles qui sont décrites ici : corps intersexués, corps stériles, corps modifiés, corps mutilés..., tous corps qui ne correspondent pas à la "norme" et dont le fonctionnement n'est pas celui couramment décrit par la littérature médicale. Bien que nous ne soyons pas à l'aise avec cette limitation à la norme, nous ne nous sentons pas en mesure de fournir le travail nécessaire à une description plus complète et satisfaisante de ce point de vue. Nous espérons que ce texte permettra cependant de comprendre les *mécanismes physiologiques* généraux et les *bases anatomiques* les plus communes, en particulier pour ce qui touche à la contraception.

Vie et mort des spermatozoïdes

La **spermatogenèse**, c'est le processus de fabrication, maturation et transport des **spermatozoïdes** ("gamètes" ou cellules reproductrices) 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 ; leur temps total de fabrication et de maturation est de 3 mois en moyenne. La fabrication dure théoriquement 72 jours, et se fait dans les **testicules**, situés dans les "bourses" (ou **scrotum**). La maturation prend ensuite jusqu'à 22 jours supplémentaires (12 jours en moyenne), et se fait dans l'**épididyme**, une sorte de tube pelotonné contre les testicules (facile à repérer en palpant avec la main). Le transport est assuré par les **canaux déférents**, qui emmagasinent les spermatozoïdes et assurent leur viabilité dans le corps pendant plusieurs mois. Enfin, ceux-ci rejoignent dans la **prostate** les autres composants du **sperme** (ou liquide séminal), produits séparément par des glandes (ou **vésicules séminales**) – et qui représentent plus de 90 % du volume total du sperme. Au moment de l'éjaculation, des contractions musculaires permettent leur transfert dans l'**urètre**, conduit qui va de la vessie au "méat urinaire" (c'est-à-dire à l'orifice de sortie du gland) par où le sperme est expulsé. Les spermatozoïdes qui ne sont pas éjaculés seront finalement réabsorbés dans l'organisme. La durée de vie d'un spermatozoïde est d'environ 24 heures dans le liquide séminal, mais pourrait être de 6 jours à l'intérieur de l'utérus.



Sperme et fertilité

En temps "normal", le volume de sperme éjaculé varie entre 2 et 6 millilitres (en moyenne : environ 3 ml) et contient entre 50 et 150 millions de spermatozoïdes par millilitre. Il y a ainsi, en moyenne, entre 180 et 400 millions de spermatozoïdes dans le sperme d'une éjaculation. Un **spermogramme** (analyse de sperme) permet de compter le nombre de spermatozoïdes (numération), d'observer leur activité (mobilité) et leur forme (conformité). Réalisé en laboratoire d'analyse médicale, cet examen est remboursé par l'assurance maladie en France. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne de sexe mâle dont la numération des spermatozoïdes est inférieure à 20 millions par millilitre est considérée comme *infertile*. De plus, un certain nombre des spermatozoïdes ne sont pas mobiles (en général moins de 30 %) ou connaissent des malformations (communément jusqu'à 70 %). En-dessous de 1 million de spermatozoïdes par millilitre, la personne est considérée comme *stérile*. C'est ce **seuil de stérilité** qui est visé par les méthodes de contraception qui agissent sur la spermatogenèse. On peut s'interroger sur sa valeur : 1 million/ml, ça fait encore 2 à 6 millions de spermatozoïdes par éjaculation ! Cependant, avec cette quantité, le milieu médical considère que le risque de grossesse est statistiquement nul.

Chaleur et fertilité

Les testicules sont des organes *externes*, qui pendent (dans les bourses) entre les jambes. Grâce aux particularités de sa peau et à la contraction de certains muscles, le scrotum régule la température des testicules. Situé à l'extérieur de la cavité pelvienne, il les maintient à une température inférieure d'environ 2 ou 3°C à la chaleur corporelle, ce qui est nécessaire à la production des spermatozoïdes : ceux-ci sont en effet stoppés dans leur développement par une température trop élevée. Lorsqu'il fait froid (ou lors d'une érection), le scrotum se contracte et rapproche ainsi les testicules du corps, ce qui les réchauffe ; lorsqu'il fait chaud, au contraire, il se dilate et les éloigne du corps, ce qui fait baisser leur température (au besoin, la sudation intervient également). Chez le fœtus et dans les premiers jours après la naissance, les testicules (formés près des reins) descendent couramment dans les bourses par les **canaux inguinaux**. Dans environ 80 % des cas, cela se fait spontanément durant la première année de vie. Si les testicules ne descendent pas (anomalie qui porte le nom de "cryptorchidie") une intervention chirurgicale est systématiquement effectuée, si possible avant l'âge de 18 mois. Non traitée, la cryptorchidie des deux testicules entraîne en effet la stérilité.

Hormones et fertilité

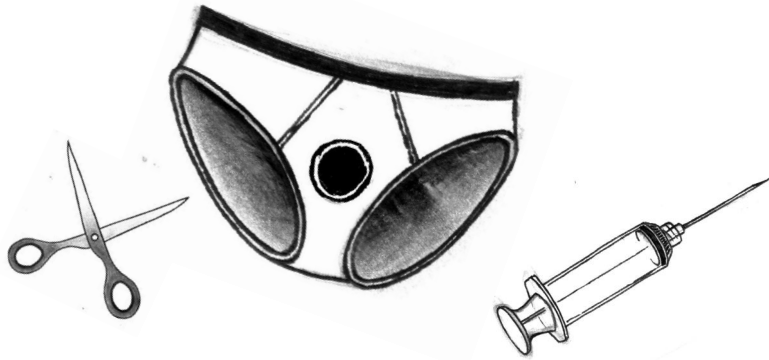
Les hormones sexuelles mâles (appelées "*androgènes*") comme la **testostérone** sont en grande partie fabriquées dans les testicules. Elles sont déversées dans le sang par l'artère qui irrigue les testicules, et ont de nombreux rôles : modification physique pubertaire, contrôle du pouvoir fécondant des cellules reproductrices, contrôle des sécrétions des vésicules séminales et de la prostate, etc. Ces hormones sont créées de façon continue (déjà avant la naissance) par les testicules. Leur 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. L'hypothalamus commande à l'**hypophyse** la sécrétion de 2 hormones : FSH* & LH* (ce sont les mêmes quel que soit le sexe). La FSH agit sur la spermatogenèse (ou sur la maturation des ovules dans les ovaires) tandis que la LH a une action plus spécifique sur la fabrication d'hormones androgènes. Lorsque l'hypothalamus détecte un manque de testostérone dans l'organisme, il commande à l'hypophyse de sécréter plus de FSH & LH, ce qui active la production de testostérone par les testicules ; lorsque l'hypothalamus perçoit cette augmentation, il arrête alors sa stimulation de l'hypophyse.

1 million de spermatozoïdes par ml ?

Ça paraît beaucoup. Sachant que le seuil minimal pour que le sperme ait des caractéristiques de sperme « fécondant » défini par l'OMS est de 20 millions de spermatozoïdes par ml (sp/ml)... et qu'à propos de la méthode du retrait, il se dit qu'une seule goutte de sperme peut suffire à créer les conditions d'une fécondation !

Des statistiques sur la contraception hormonale montrent qu'en cas d'azoospermie (0 sp/ml), le taux d'échec de la contraception est de l'ordre de 0-0,5 %. Avec un seuil fixé à 1 000 000 sp/ml, il devient de l'ordre de 1 %. Si l'on s'intéresse aux seules personnes qui ont entre 0,1 et 1 000 000 sp/ml, il est de l'ordre de 5 %. Entre 1 et 2 millions de spermatozoïdes par millilitre, il est de l'ordre de 15 % (le taux d'échec du retrait est de 18 %). Plus les taux augmentent, plus le risque est élevé...

* FSH = Hormone Folliculo-Stimulante. LH = Hormone Lutéinisante.



Présentation des méthodes

Il va sans dire que la contraception n'a d'utilité que dans les rapports entre des sexes mâle et femelle en capacité de reproduction, avec émission de sperme en contact avec le vagin. Nul besoin de contraception dans des rapports hétérosexuels sans pénétration, ni dans les rapports homosexuels. De nombreuses personnes vivent aussi sans sexualité partagée, de façon temporaire ou durable, et ne sont donc pas confrontées à cette question. Rechercher des moyens de contraception ne nous empêche pas de penser la sexualité au-delà de la "norme" hétérosexuelle majoritaire. D'autres pratiques mènent au plaisir – le coït n'est qu'une pratique parmi tant... comme de s'enduire d'huile et s'emmêler comme des serpents !

Dans les relations sexuelles où une contraception est nécessaire, il restera toujours un risque d'échec de la (ou des) méthode(s) utilisée(s). Or avec les techniques que nous présentons ici, ce n'est pas la personne qui peut être enceinte – donc celle qui subira dans son corps les conséquences les plus lourdes – qui porte la responsabilité du suivi de la pratique et/ou d'un échec éventuel. C'est pourquoi nous insistons sur le fait que la maîtrise de sa fécondité doit être un choix individuel : la contraception dite "masculine" ne doit pas nécessairement se substituer à la contraception "féminine"... et rien n'interdit d'ailleurs de combiner plusieurs méthodes contraceptives.

Dans tous les cas, il nous paraît essentiel que chaque personne, en tant qu'utilisatrice (actuelle, future ou potentielle) d'une de ces méthodes, prenne le temps de s'informer autant que possible des choix et des risques que prennent ses partenaires – et surtout de discuter de ces risques avant de décider d'utiliser la contraception testiculaire de manière exclusive dans un rapport sexuel.

La méthode thermique

La méthode de contraception thermique vise à reproduire une situation de cryptorchidie* "artificielle" – et limitée dans le temps – en remontant les testicules à l'entrée des canaux inguinaux, à l'aide d'un procédé mécanique.

La technique consiste à porter un **sous-vêtement** (ou "dispositif" contraceptif) au quotidien – et non pas pendant les rapports sexuels ! – pendant **15 heures par jour** environ, pour placer les testicules à la chaleur du corps, à l'entrée des canaux inguinaux (au niveau de la racine de la verge). Cet endroit leur est assez confortable : beaucoup de personnes ont d'ailleurs les testicules qui "remontent" *spontanément* dans certaines situations. La température des testicules augmente ainsi de 2°C environ, ce qui inhibe la fabrication des spermatozoïdes et diminue significativement leur concentration dans le sperme.

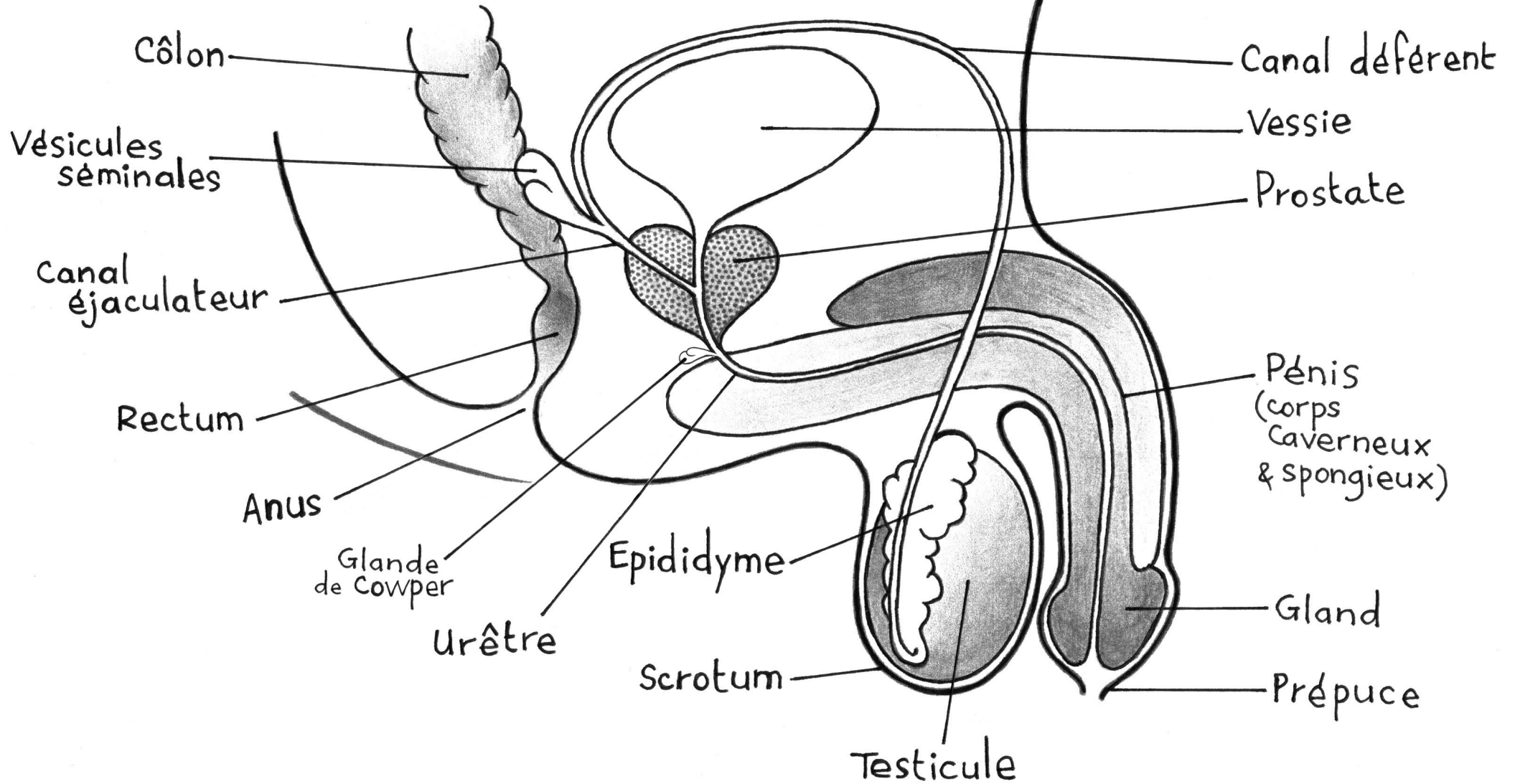
C'est un groupe de parole d'hommes à Toulouse qui a inventé cette méthode, au début des années 1980 (voir le film « Vade Retro Spermato » de Philippe Lignières). C'est de là que vient le surnom de "*remonte-couilles* toulousain" (abréviation : "RCT") donné au sous-vêtement – perfectionné ensuite par le Docteur Roger Mieusset (andrologue qui faisait partie de ce groupe) au CHU de Toulouse.

Le seuil de stérilité (1 million/ml) est atteint au bout de 3 mois de pratique en moyenne ; parfois, cela peut même conduire à l'absence totale de spermatozoïdes ("azoospermie"). 2 spermogrammes espacés de 3 semaines doivent confirmer l'efficacité et la bonne pratique du port du dispositif. Par la suite, il importe de vérifier régulièrement (tous les 3 mois au début, puis tous les 6 mois ou 1 an) que ça fonctionne toujours. Attention : les spermogrammes ne renseignent que sur le jour du recueil de sperme, au mieux sur la période écoulée, mais n'ont de caractère "rassurant" que dans le cadre d'une pratique stable.

Les testicules perdent du volume, qu'ils retrouveront ensuite avec le retour de la fécondité. Il n'y a **pas d'effet secondaire indésirable** connu à cette méthode (y compris sur la libido étant donné l'absence d'impact sur le système hormonal) mais le recul est encore très faible : le nombre d'études médicales est restreint, le nombre de personnes ayant porté le sous-vêtement est très réduit, la pratique est restée *marginale* depuis son

* Le risque de cancer du testicule est de 30 à 50 fois plus élevé chez les personnes qui ont présenté une cryptorchidie dans l'enfance, mais il est prouvé que la cryptorchidie et le cancer soient tous deux causés par un troisième facteur ; aucune étude médicale n'indique en tout cas de risque de cancer lié à la contraception thermique.

APPAREIL REPRODUCTEUR & URINAIRE MÂLE (ou URO-GÉNITAL)

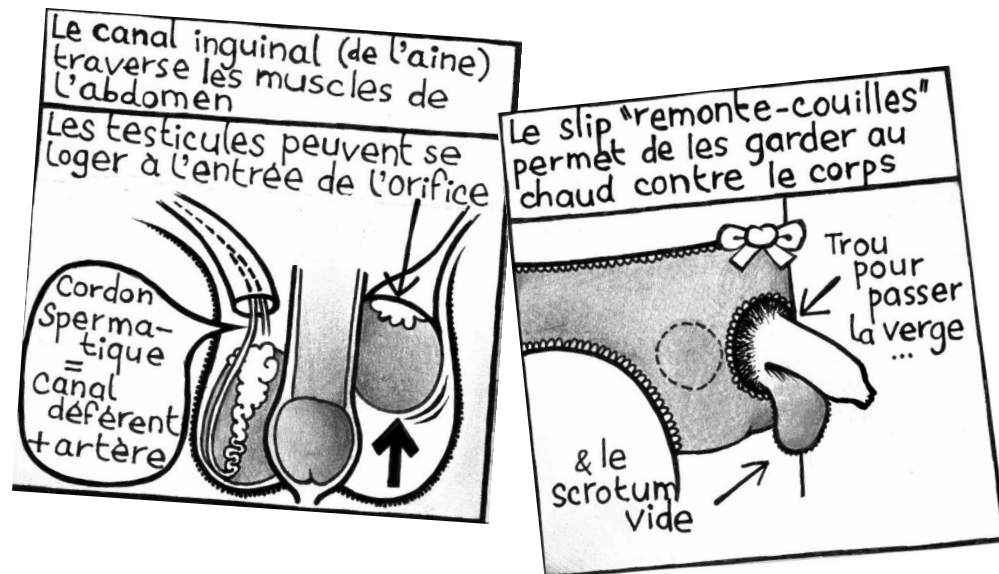


invention... Jusqu'ici, elle n'a pas été testée sur une période excédant 4 ans. Il existe des contre-indications médicales (rares) à cette méthode : essentiellement les antécédents de cryptorchidie, de hernie inguinale, de cancer des testicules, de varicocèles (varices sur les veines qui irriguent les testicules).

Après l'arrêt du port quotidien de "RCT", le retour de la fécondité peut être très rapide – il est ainsi conseillé d'utiliser un autre moyen de contraception dès le lendemain – mais le retour complet à des caractéristiques de sperme similaires à celles d'avant (premier spermogramme de référence) peut prendre 6 à 9 mois.

Il est difficile de savoir quelles sont les marges de liberté que permet cette méthode dans son utilisation quotidienne : que se passe-t-il si on passe une journée sans le porter, ou si on le porte moins longtemps que d'habitude au cours d'une journée ? Rien ne l'affirme clairement dans les études médicales publiées, mais cela peut induire une augmentation voire un "effet rebond" de la fécondité dans les semaines qui suivent. Il est donc conseillé de ne pas avoir d'irrégularité dans le port (de même, il est déconseillé de le porter 24h/24). En cas d'interruption : reprendre le protocole à zéro, en se considérant comme "non-contracépté".

Un seul médecin* prescrit cette contraception en France (et fournit gratuitement un sous-vêtement sur mesures) : Roger Mieusset.



* Mais les équipes médicales du Planning Familial sont en passe de le faire également : à Paris, Grenoble...

La méthode hormonale

La méthode de contraception hormonale utilise le principe de fonctionnement du système hormonal pour bloquer la spermatogenèse : en injectant de la **testostérone** de synthèse dans le corps, on augmente le taux perçu par l'hypothalamus, ce qui conduit celui-ci à interrompre la production de FSH & LH – et donc la production de spermatozoïdes.

Le protocole utilisé actuellement est l'**injection hebdomadaire d'énanthate de testostérone*** (200 mg en solution huileuse) en intramusculaire. L'Organisation Mondiale de la Santé a mené plusieurs études (sur près de 1000 personnes) qui valident ce protocole : celui-ci présente à la fois une très bonne efficacité contraceptive et des effets secondaires limités.

Au début des années 1980, en France, un premier protocole (qui associait un progestatif oral et du gel de testostérone) avait été testé par des volontaires de l'ARDECOM (Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine) sous le contrôle du Docteur Jean-Claude Soufir (endocrinologue, Hôpital Cochin à Paris). D'autres produits pourraient encore être développés, si la recherche avançait vraiment...

Il est théoriquement possible aujourd'hui de se faire prescrire la contraception testiculaire hormonale par n'importe quel médecin en France. De fait, seuls les Dr Soufir (à Paris) et Mieusset (à Toulouse) en ont une pratique installée et régulière. Mise au point depuis des années, elle reste cependant ignorée, et la quasi-totalité des médecins pensent qu'elle est encore du domaine de l'expérimentation. Pour les médecins volontaires : le Dr Soufir propose d'accompagner dans la prescription de cette contraception.

Cette méthode nécessite un suivi médical. Le seuil de stérilité est généralement atteint au bout d'1 à 3 mois de traitement (vérification par spermogramme) ; un examen de sperme tous les 3 mois est ensuite effectué, et un **bilan de santé** est conseillé tous les 6 mois pendant la prise d'hormones. Dans 30 % des essais environ, cette méthode n'est pas performante au bout de trois mois – il y a des personnes "non-répondantes" – auquel cas il faut l'arrêter.

La durée du traitement est de 18 mois selon le protocole médical en vigueur (par absence d'assurance sur les effets secondaires à long terme : les craintes portent notamment sur les maladies cardiovasculaires). Un

* Commercialisé sous le nom d'Androtardyl, ce produit a été initialement mis sur le marché pour traiter les personnes dont les testicules sont en déficit d'activité.

retard d'un jour sur l'injection n'est pas bien grave, mais toute surdose est à éviter. Il est possible de réaliser soi-même les injections, mais cela demande une certaine maîtrise.

Les études montrent que cette méthode est *réversible* : la production de spermatozoïdes reprenant assez vite, une autre contraception est nécessaire dès l'arrêt des injections. Le retour à la fécondité initiale peut prendre quelques mois.

Il existe des contre-indications et des effets secondaires au traitement (cf. *encadrés*). Il est bon de garder en tête, lorsqu'on les considère, que les méthodes hormonales dites "féminines" ont des effets secondaires comparables – et qu'on s'en alarme moins. Dans les discours dominants, y compris médicaux, les effets indésirables sont toujours survalorisés quand il s'agit des hommes, en comparaison de tout ce qui agit sur le corps des femmes...

Toutefois, parmi ces effets secondaires possibles, on trouve des modifications du comportement. Un utilisateur nous a notamment mentionné une surexcitation

Contre-indications médicales :

- Avoir plus de 45 ans ;
- Antécédents personnels de phlébite ou de trouble de la coagulation, pathologies cardiaques, hépatiques (ictère obstructif, stéatose), rénales (insuffisance rénale), respiratoires (apnées du sommeil), psychiatriques (psychoses, hyper-agressivité), dermatologiques (acné...), prostatiques ;
- Antécédents familiaux de cancer de la prostate (un cas de parent au premier degré – père, frère – ou deux cas d'apparentés du deuxième degré) ;
- « Intoxication tabagique » (plus de 5 cigarettes par jour) ou alcoolique ;
- Être traité par des médicaments modifiant le transport des androgènes ou s'opposant à leur action périphérique ;
- Obésité (IMC > 30) ;
- HTA (systolique > 140, diastolique > 9) ;
- Le bilan biologique doit être normal : numération et formule sanguines, cholestérol HDL et LDL, triglycérides, tests de la fonction hépatique (bilirubine, phosphatases alcalines, ASAT, ALAT, gamma-GT) ;
- Le sperme doit être considéré comme fécondant (concentration en spermatozoïdes supérieure à 15 millions/ml, mobilité (a+b) supérieure à 32 %, formes typiques supérieures à 14 %).

Effets secondaires :

Les plus courants sont une tendance modérée à prendre du poids (2 kg en moyenne), une légère augmentation de l'hématocrite (2 %) et la survenue de temps à autre d'acné ou le développement de seins. Ils sont considérés comme bénins. Toutefois, dans un groupe de 157 hommes traités, le traitement a été arrêté chez 25 personnes (16 %) pour : 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), syndrome de Gilbert (1). Il est parfois difficile de cerner, à partir de ces données, ce qui est dû à l'injection d'hormones ou à d'autres causes.

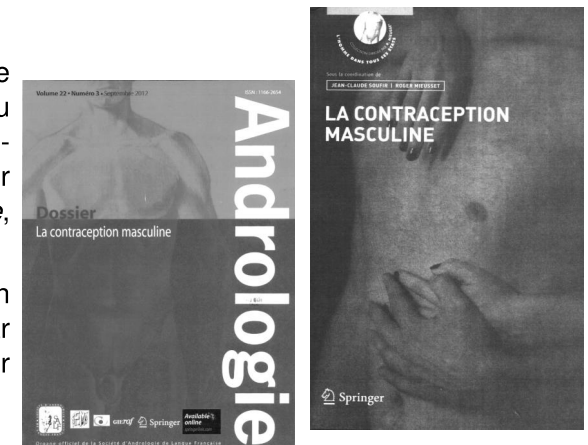
sexuelle, qui est allée de paire avec un "défaut d'écoute" vis-à-vis de sa partenaire dans les premiers temps de la prise d'hormones. Il est courant qu'un produit introduit dans l'organisme (hormone comme alcool ou drogue) modifie le comportement ; il est bien évident que ça ne peut pas justifier des actes qui outrepassent le consentement d'autrui. Les actes de violences sexuelles faites aux femmes par les hommes sont avant tout le résultat d'une construction sociale. La testostérone demande donc de la part de ses utilisateurs une attention nouvelle à leurs comportements.

D'autres méthodes hormonales ont été testées, avec de la testostérone sous d'autres formes d'administration (patchs, micro-sphère à diffusion lente, etc.) ou d'autres formes chimiques. L'objectif dans ce cas est d'espacer les injections. Les résultats sont parfois concluants, et certains des produits sont disponibles : l'*undécanoate de testostérone* à l'huile de castor, par exemple, permettrait une injection toutes les 6 semaines, mais aucun écho de pratique de cette substance en France ne nous est parvenu. De même, des associations de testostérone avec d'autres hormones ont été testées avec succès comme contraceptifs, mais ne semblent pas présenter d'avantage particulier par rapport aux traitements à base de testostérone seule. Ils ne sont pas prescrits en France.

Et la « pilule pour hommes » ? La difficulté pour mettre au point un traitement *oral* à base de testostérone, c'est que celle-ci est détruite par le foie (et le détruit). La presse se fait régulièrement l'écho des recherches menées pour atteindre ce "Graal" de la contraception dite "masculine". Mais si un tel produit constituerait sans doute un progrès intéressant, les articles qui en traitent ont surtout pour effet de mettre un voile sur l'existence bien réelle d'un traitement hormonal déjà disponible pour les personnes dotées de testicules et désireuses de maîtriser leur fécondité...

Pour aller plus loin :

- « Guide pratique d'une contraception hormonale ou thermique » (article de Jean-Claude Soufir et Roger Mieuxset, Revue *Andrologie*, 2012).
- Livre « La contraception masculine » (coordonné par Jean-Claude Soufir et Roger Mieuxset, Springer, 2013).



La vasectomie

Il s'agit d'une opération chirurgicale de « **stérilisation** à visée *contraceptive* ». Simple et rapide, elle consiste à couper le passage aux spermatozoïdes pour les empêcher de rejoindre le sperme. Il y aura toujours éjaculation de liquide séminal, mais le spermogramme effectué quelques semaines après l'intervention indique désormais : « absence totale de spermatozoïdes ». Le système hormonal et le fonctionnement sexuel ne sont pas affectés.

La méthode la plus couramment employée consiste à *inciser* le scrotum, sous anesthésie locale, afin d'accéder aux canaux déférents (de chaque côté) qui sont alors *sectionnés*. Une longueur d'environ 1 cm de canal est retirée, pour éviter tout risque de "reperméabilisation" (formation de microcanaux entre les deux extrémités). Chaque extrémité du canal est ensuite ligaturée ou cautérisée (par électrocoagulation). Les testicules n'étant pas touchés, aucune douleur n'est à craindre de côté-là.

Des techniques "sans bistouri" existent également, dans lesquelles le scrotum est seulement percé avec une pince qui permet de sortir le canal sans inciser (ce qui évite d'avoir ensuite à suturer le scrotum) ; le passage des spermatozoïdes par les canaux déférents peut également être seulement obstrué : "clips" (agrafe) ou injection d'un "gel" afin de les boucher. Ces méthodes, encore peu (ou pas) employées en France, seraient moins invasives.

Les complications possibles 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 en France, et ne nécessitent pas – sauf exception – de ré-intervention chirurgicale.

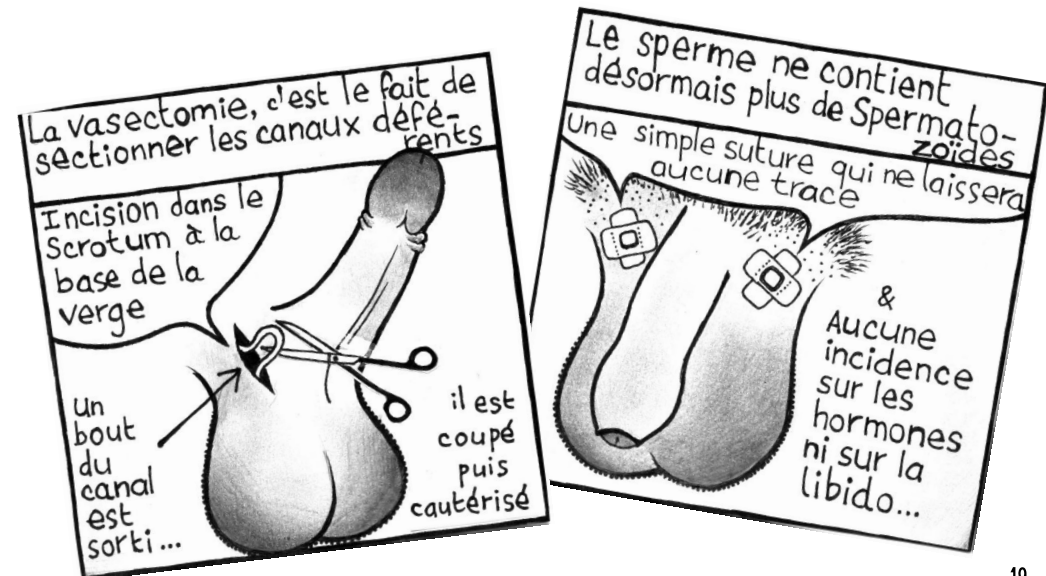
Il n'y a aucune preuve à ce jour d'association causale entre le cancer de la prostate et la vasectomie. Aucune contre-indication permanente à la stérilisation n'est retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Théoriquement réversible, la vasectomie, comme la ligature des trompes, est cependant considérée comme **définitive** : l'opération inverse (qui s'appelle la "vaso-vasostomie") est beaucoup plus délicate et difficile, avec une efficacité aléatoire et un taux de réussite assez faible (moins de 50 % de grossesses selon diverses études). C'est pourquoi il peut être proposé de recourir à une congélation de sperme avant l'intervention.

Jusqu'en 2001, en France, la stérilisation était considérée comme une mutilation. Le droit français rendait illégale toute atteinte aux fonctions reproductrices d'une personne qui ne soit pas 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. Souvent, ceux-ci n'accompagnent pas leurs patient.e.s dans leurs choix mais cherchent plutôt à les dissuader (surtout quand ils ou elles sont jeunes et sans enfant).

Si la vasectomie reste confidentielle en France, elle est beaucoup plus répandue dans de nombreux pays (Angleterre, Canada...) où l'on n'observe aucun effet secondaire indésirable à long terme.

Les généralistes ne sont pas 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 pratiquer l'opération, il doit avant tout fournir une information claire et complète sur l'opération et ses conséquences : un livret récapitulatif des informations essentielles a été élaboré par le ministère de la Santé et doit être remis lors du premier rendez-vous. 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.



Les préservatifs

La "capote" est la seule méthode de contraception dite "masculine" que présentent les guides pratiques distribués en France pour la prévention des risques liés à la sexualité. C'est aussi le meilleur moyen de se prémunir des maladies ou infections sexuellement transmissibles : il est recommandé de l'utiliser à chaque fois, quelle que soit la ou les méthode(s) de contraception utilisée(s) par ailleurs, tant que les partenaires ne connaissent pas leur statut vis-à-vis des IST.

Dans la pratique, il s'agit d'une méthode de contraception *partagée* entre les sexes. Aux termes de préservatifs "masculin" (condom) & "féminin" (femidom), nous préférons ceux de préservatifs "externe" ou "interne". L'avantage de cette méthode contraceptive est qu'elle est ponctuelle et ne nécessite pas de gestion quotidienne – l'inconvénient de sa simplicité est peut-être justement qu'elle permet aux hommes cisgenre hétérosexuels de déléguer au quotidien la préoccupation de la contraception !

Le **préservatif externe** est une gaine en *latex* ou en *polyuréthane* qui se déroule sur le pénis en érection. Il permet de retenir le sperme lors de l'éjaculation (ce qui empêche toute fécondation dans le cas d'une pénétration vaginale). Son usage est aujourd'hui répandu, mais il reste encore beaucoup à faire pour le faciliter : information sur les bonnes pratiques, gratuité des produits de meilleure qualité, et changements dans la sexualité de manière générale. En tant que moyen de contraception, il a une bonne efficacité en théorie (2 % d'échecs) mais dans la vie courante les accidents peuvent être plus nombreux (jusqu'à 15 %).

Le moment de mettre la capote peut être vécu comme une interruption du rapport sexuel. Sachant qu'il vaut mieux ne pas attendre le dernier moment (il semblerait que le liquide pré-séminal puisse permettre une fécondation), c'est sans doute un acte à rendre plus fluide.

Quelques **recommandations d'usage** méritent d'être rappelées : il faut d'abord faire attention à ne pas abîmer le préservatif avec les ongles, les dents ou tout autre objet au moment d'ouvrir l'emballage ; ensuite, il est conseillé de pincer délicatement le bout du préservatif au moment de l'enfiler (pour chasser l'air et créer une réserve pour le sperme lors de l'éjaculation) ; enfin, si l'on se trompe de sens ou que la capote ne se déroule pas bien, il ne faut pas hésiter à en prendre une autre – d'où l'importance d'en avoir plusieurs avec soi.

Ne jamais mettre deux préservatifs l'un sur l'autre : les frottements risqueraient de les déchirer.

La fin de l'érection, mais aussi le fait de bander plus ou moins fortement au cours du rapport sexuel, sont propices aux "accidents de capote". Il ne faut pas hésiter à changer de préservatif à chaque nouvelle érection. Juste après l'éjaculation : se retirer en tenant le préservatif à la base du sexe pour qu'il ne glisse pas. Le préservatif ne s'utilise qu'une fois, puis se jette (en faisant un nœud à la base pour enfermer les liquides recueillis).

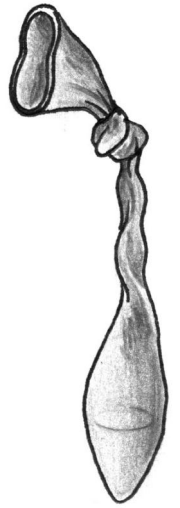
Le **préservatif interne** est une gaine en *nitrile* ou en *polyuréthane*, munie d'un anneau souple aux deux extrémités. L'un des anneaux couvre le col de l'utérus (à la manière d'un diaphragme), l'autre anneau reste à l'extérieur, couvrant partiellement les lèvres vaginales. Il peut être mis en place avant le rapport sexuel, et n'impose pas le retrait immédiat après l'éjaculation. Correctement utilisé, le préservatif interne est efficace à 95 %, mais les échecs sont en réalité plus importants : jusqu'à 21 % (dus à des accidents ou à une mauvaise utilisation).

La technique de pose (celle décrite sur les notices et les recommandations d'usage consiste à pincer l'anneau interne pour le glisser dans le vagin, puis finir de le placer avec les doigts) représente une difficulté les premières fois. Il faut faire attention, au moment de la pénétration, à ce que le pénis rentre bien dans le préservatif. Les sensations de frottement ressenties par les deux partenaires sont différentes de celles produites par le préservatif externe ; ce type de préservatif est d'autant plus confortable qu'il est bien lubrifié à l'intérieur. Il permet une pénétration ou des caresses intimes avec une érection moins constante.

Ne jamais utiliser un préservatif interne avec un préservatif externe.

La **lubrification** est essentielle pour un bon usage des préservatifs : utiliser du gel lubrifiant à base d'eau (pas de matières grasses comme la *vaseline*, qui ramollissent et donc fragilisent le latex) ; la salive est aussi un très bon lubrifiant, compatible avec l'usage de préservatif (en gardant à l'esprit qu'elle est vecteur de transmission de certaines IST). Des gels de différentes qualités sont vendus dans le commerce, ou distribués gratuitement en dosettes avec les préservatifs par diverses associations comme Aides ou le Planning Familial.

Il existe actuellement une gamme assez large de tailles, formes, textures, goûts et qualités de préservatifs ; en essayer plusieurs permet de faire son



choix, en fonction de ses contraintes ou envies. Nous signalons l'existence de préservatifs externes à "effet retardant" (*benzocaïne*) : l'un d'entre eux, nommé de manière assez explicite "performa", pose en effet la question de ce qu'est l'acte sexuel devenu, et s'il doit être absolument coïto-performatif ; cette gamme peut être pensée comme un outil, un appui technique pour dépasser des choses vécues comme des problèmes, même s'il semble difficile d'isoler l'acte sexuel de son environnement plus large...

En tant que mode de protection contre les IST, le préservatif peut être utilisé avec les objets, sextoys (en cas de partage entre les partenaires).

Les préservatifs protègent assez efficacement des grossesses non-désirées et du Sida. Mais pour les autres IST, ils permettent seulement de "prendre des précautions", et ne sont pas totalement efficaces dans la pratique. En effet, de nombreuses infections se transmettent aussi par les contacts génitaux sans pénétration ou les rapports bucco-génitaux (fellation, cunnilingus), dans lesquels les préservatifs (ou le carré de latex = "digue dentaire") sont de fait assez peu employés. Le suivi gynécologique des femmes permet de dépister et traiter les IST qui se manifestent chez elles ; l'absence d'un suivi andrologique équivalent va de pair avec la délégation de leur part de responsabilité dans ce domaine par les hommes.

Chaque personne pourrait pourtant prendre en charge sa **santé sexuelle** : connaître son statut (c'est-à-dire savoir les IST dont elle est porteuse ou pas), les risques liés à ses pratiques sexuelles, faire soigner ses maladies (pour éviter de les transmettre)... Les centres de dépistage anonyme & gratuit* proposent des analyses (de sang, d'urine, etc.) ciblées en fonction des prises de risques déclarées – le personnel est formé pour parler sans jugement de toutes les sexualités. Un dépistage est conseillé tous les 3 ou 6 mois en cas de multi-partenariat, 1 fois par an quand on est en couple.

Le problème des IST pose la question du rapport à la médecine, et à la recherche personnelle d'équilibre entre contrainte & plaisir. Surtout, il implique la discussion et la négociation entre partenaires sexuels des risques pris ensemble. Or, cette relation est rarement égalitaire, même s'il y a de la parole et de la confiance. C'est un rapport de forces qui se joue – à travers même le désir lorsqu'il est partagé – entre des situations asymétriques. Cela invite à travailler sur la notion de consentement, et implique de la part des hommes une plus grande attention au vécu féminin (à commencer par le parcours gynécologique).

* CeGIDD = Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (IST, VIH/SIDA, Hépatites B et C).

Compléments sur la contraception thermique

Nous sommes quelques-un.e.s, loin de Toulouse, à nous être lancé.e.s dans la confection de sous-vêtements "remonte-couilles" pour notre propre usage, en considérant que la juste position des testicules et les analyses de sperme (prescrites par nos médecins généralistes) nous permettent d'être absolument sûr.e.s de notre maîtrise de la fécondité.

Les différents dispositifs que nous avons testés n'ont pas la même efficacité contraceptive pour tou.te.s, et la fabrication *do it yourself* demande quelques réflexions, apprentissages, essais, retouches, etc.

L'entraide et l'accompagnement mutuel nous semblent indispensables pour y arriver. C'est l'occasion de se retrouver entre garçons pour discuter de nos parcours contraceptifs, de nos pratiques sexuelles, des relations affectives, des rapports entre hommes et femmes, etc.


En attendant une meilleure diffusion & accessibilité de la méthode thermique (à laquelle nous essayons de contribuer à notre mesure), nous proposons plusieurs solutions pour fabriquer soi-même son dispositif contraceptif testiculaire :

- depuis 2 ans, des ateliers sont régulièrement proposés dans le cadre de tournées d'intervention baptisées "Contracep'tours" (et qui nous ont mené un peu partout en France et jusqu'en Belgique) ;

- des guides techniques ou "tutoriels" sont élaborés petit à petit (et leur version "brouillon" peut être envoyée par courrier électronique à la demande) ;

- un atelier "permanent" mensuel s'est ouvert dans le Finistère depuis janvier 2018.

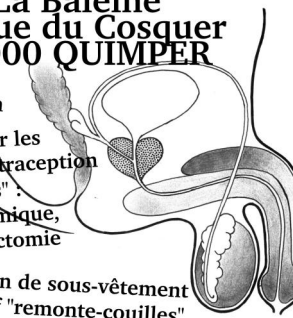
Collectif "Thomas Boulou"
contractions testiculaires
& responsabilité masculine

 thomasboulouetcie@riseup.net

Permanence/Atelier
1er samedi du mois 14h-17h

"La Baleine"
35 rue du Cosquer
29000 QUIMPER

- > discussion
- > information sur les méthodes de contraception dites "masculines" : hormonale, thermique, préservatif, vasectomie
- > fabrication de sous-vêtement contraceptif "remonte-couilles"
- > conseils, accompagnement



www.contraceptionmasculine.fr