

Camille Zeno

✂️♦️ **REFLEXIONS** sur la

Contraception Masculine

**CONTRIBUTION A LA CRITIQUE DU
P A T R I A R C A T** ♦️✍️📐?

Grenoble 2013

Tout a commencé un soir de février par une projection en petit comité du film documentaire « Vade retro spermato » (Lignières, Les films du sud, 2011) qui revient sur l'expérience d'hommes qui ont voulu, dans les années 1980, prendre en charge leur contraception. Cette brochure est issue du travail collectif amorcé à Grenoble dans un cadre militant à la suite de cette projection. Le contenu de ce texte n'engage que son auteur même si plusieurs personnes ont activement participé au processus dont ce texte est le résultat. C'est la raison pour laquelle le sujet qui s'adresse à vous est un « nous ». Il est ici question de la contraception masculine, et plus particulièrement de ses enjeux « politiques ». Ce texte est composé de plusieurs parties qui peuvent aussi bien se lire dans l'ordre proposé qu'indépendamment les unes des autres. Il commence par un long préambule qui rappelle des notions importantes et donne tout de suite à voir la toile de fond politique de cette réflexion. Bonne lecture !

TABLE DES MATIERES

En préambule 5

Qu'est-ce que la contraception ? C'est pas sorcier mais ça va mieux en le disant !

Introduction 16

Qui sommes-nous ?

Pourquoi cette brochure ?

La contraception masculine : un oxymore ?

Retour vers le passé :

Ardecom (1978-1984)..... 28

Des hommes volontaires pour la contraception.

Les méthodes hormonales.

Les méthodes de la chaleur (hyperthermie).

Que reste-t-il des expériences d'ARDECOM ?

La contraception masculine :

Etat des lieux 36

Le retrait.

Le préservatif « externe » ou « masculin ».

La vasectomie.

Mais encore ? L'abstinence et questionner la sexualité coïto-centrée.

***Contraception masculine : regard sur
des recherches en cours 49***

La contraception qui vient... ou pas.
Combattre l'infertilité : un objectif prioritaire.
Réduire le nombre et la mobilité des spermatozoïdes.
La Gendarusse.
Les ultrasons.
Le R.I.S.U.G.

***Les freins au développement de la
contraception masculine 59***

A cause des garçons ?

Fardeau au masculin, confort au masculin.

La douleur, non merci !

Ces parties-là sont sacrées !

Sexualité augmentée mieux que fertilité inhibée

D'autres explications :

Les raisons biologiques.

Le sexisme du milieu médical.

Les raisons économiques : les chercheurs, l'Etat et l'industrie.

L'arrivée du Sida.

***Pour ne surtout pas conclure ...
puisque tout reste à faire 76***

La solution : davantage de choix ?
ContraceptionS au pluriel
Vers une sexualité égalitaire et émancipatrice

***En préambule ...
La contraception ?
C'est pas sorcier mais
ça va mieux en le
disant !***

- *Aujourd'hui, on va parler de contraception et donc de sexualité. Mais, dis Jamy, qu'est-ce qu'on entend exactement par contraception ?*

- Mmmm... Avant toute chose, rappelons-nous qu'un rapport sexuel entre un homme et une femme normalement fertiles, peut entraîner une grossesse. Du moins si ce rapport intervient lors de la période dite de fécondabilité – le moment du cycle féminin qui suit l'ovulation et où la fécondation est techniquement possible. À partir du moment où il y a pénétration et éjaculation vaginale, le risque de grossesse est élevé. Quand un gamète mâle (spermatozoïde) entre en contact avec un gamète femelle (ovule), on a en effet toutes les chances d'obtenir une fécondation, première étape du processus de gestation. Et si ce processus n'est pas interrompu, on a toutes les chances également de se retrouver à la sortie avec un humain de petite taille, aussi appelé « bébé ». C'est tout bête Fred, mais réfléchir à la contraception sous-entend d'avoir conscience de cette réalité biologique. Ça ne fait pas de mal de le rappeler, hein !

- *Oui, c'est vrai !*

- On ne va pas entrer dans les détails, mais on peut considérer que la contraception c'est une partie des moyens déployés pour éviter une grossesse non désirée. Pour cela, on doit éviter la fusion des gamètes. Avec des moyens mécaniques (aussi appelé « méthodes barrières »), comme le préservatif, ou chimiques, comme la pilule hormonale. Ça c'est la contraception, et ça se passe en amont ou pendant l'acte sexuel. Mais on peut aussi interrompre une grossesse entamée. Ça c'est l'avortement ou l'I.V.G. (Interruption Volontaire de Grossesse), et ça se passe après l'acte fécondant.

Dans le cadre de relations hétérosexuelles, la contraception permet d'avoir une sexualité en réduisant l'exposition aux risques de grossesse. Mais si la contraception renvoie à une multitude de techniques et de pratiques (retrait, capote, pilule, stérilet, stérilisation, etc.), il faut d'abord dire qu'elle va de pair avec une certaine représentation de la sexualité,

libre et dissociée de la reproduction. Oui, dans l'espèce humaine, la sexualité n'est pas contrainte par la biologie. En voilà une chance !

Il est donc tout à fait possible, et sans doute même souhaitable Fred, d'explorer les potentialités quasi infinies de la sexualité. Rien n'oblige à orienter cette dernière vers le seul coït hétérosexuel à visée reproductive. La sexualité humaine peut se pratiquer indifféremment entre individus de même sexe ou de sexes différents. Et si un homme et une femme souhaitent faire l'amour pour le plaisir, et pour le plaisir uniquement, libre à eux. Tout comme d'autres formes de sexualité, la sexualité hétérosexuelle n'est pas, par nature, reliée à la reproduction.

- Mais Jamy on n'a pas, au fond de nous, un petit instinct qui nous pousse à perpétuer l'espèce et qui se traduit par un désir d'enfant. Tu dis qu'il n'y a pas de contrainte biologique... mais on est un peu programmé pour se reproduire, quand même. Comme tous les animaux, non ? Parce que sinon, l'espèce serait en danger !

- Et bien non, on n'est pas « programmé ». On n'est pas plus programmé pour être attiré par un individu du « bon » sexe biologique (sous-entendu « opposé » au nôtre), que pour procréer. Il n'y a pas de plan derrière tout ça. Pas de déterminisme biologique ni de scénario pré-écrit. Ce n'est ni « Mère nature », ni tes gènes, ni la variation de ton taux d'hormones qui décident pour toi. C'est ton cerveau et ta conscience qui commandent. Avoir ou non un enfant. C'est à toi, à moi, à nous, de le décider.

Certes, les humains, les hommes comme les femmes, sont dotés d'un appareil génital et reproducteur dont le fonctionnement est indépendant de leur volonté. Dans la plupart des cas, à partir d'un certain âge, à l'adolescence, le cycle de l'ovulation se met en place tout seul. Les testicules se mettent à fabriquer en continu de spermatozoïdes. L'utérus est prêt pour la nidification. Nos corps se préparent en effet à la procréation. C'est la biologie. Pour autant, ce n'est pas parce que les garçons se mettent à pouvoir éjaculer qu'ils sont programmés à ensemençer frénétiquement tous les individus femelles de leur entourage. Quant aux filles, à chaque ovulation, elles ne partent pas

automatiquement en quête d'un (co)généiteur. Ce n'est pas parce que procréer devient physiologiquement possible qu'on se met à vouloir le faire machinalement. Il faut bien différencier deux choses : être en capacité de faire, et faire. Encore une fois, c'est la spécificité de la sexualité humaine. Aucune force intrinsèque n'oblige quiconque à se soumettre à cette fonction biologique.

Contre les idées reçues et les croyances bien ancrées, il faut dire, et dire encore, qu'il n'y a pas d'instinct de reproduction, pas plus que « d'instinct maternel » ou « d'horloge biologique » qui sonneraient chez les femmes l'heure de la reproduction. Le rapport des humains à la sexualité et à la reproduction est « construit ». Il est pensé, organisé, imposé par la société. Il n'est pas inné, donné par la nature en héritage. Si la fonction de reproduction est bien centrale dans la plupart des sociétés humaines, ce sont les rapports sociaux – notamment les rapports inégalitaires entre les sexes – et tout ce que la société produit comme rites, règles et représentations, qui déterminent l'organisation de la reproduction. Nous ne sommes donc ni des entités télécommandées par la biologie ni des individus souverains, déconnectés du social et seuls à même de décider par et pour nous-mêmes d'engendrer, et dans quelles conditions.

Même si, en théorie, chaque individu est absolument libre de ses choix procréatifs, cette liberté individuelle est fortement contingente. Elle dépend directement des capacités de résistance à la contrainte sociale. Les sociétés organisent le travail de reproduction et mettent en place un système de filiation légitime qui laissent finalement peu de marge de manoeuvre aux individus. La famille, par exemple, exerce une influence directe sur nos choix en matière d'alliance et de procréation. Et puis il y a les personnes avec lesquelles on interagit qui ont forcément une influence sur nous. Notamment celles avec lesquelles on partage de l'intimité. Un projet d'enfant est susceptible de naître de ces interactions. S'il n'y a pas d'instinct naturel de reproduction chez les humains, il y a par contre une forme de dressage, un conditionnement social à la reproduction.

Aussi, sommes-nous la plupart du temps contraint.e.s à endosser le rôle de reproducteur de l'espèce, du moins à un certain âge, à certaines conditions et avec certains partenaires. Voilà pourquoi avoir des pratiques hétérosexuelles en mettant complètement de côté la possibilité de la procréation n'est pas une chose aisée. Mais malgré tout, n'oublie pas que tu n'es pas obligé d'avoir envie de faire des enfants, et encore moins de chercher à te reproduire dès que tu fais du sexe.

- Ouf, en effet ! Maintenant je me sens un peu soulagé Jamy ! T'imagines si à chaque fois que...on faisait un bébé !?

- Oui, toi comme moi, nous sommes en mesure d'aborder la sexualité en dissociant la dimension plaisir de la dimension procréation. Et ce n'est pas quelque chose de nouveau. Quoique sous différentes formes selon les sociétés et les époques de l'histoire, la sexualité humaine n'a pas toujours été réduite à la seule finalité reproductive. C'est encore plus vrai aujourd'hui depuis qu'on a accès aux nouvelles méthodes médicales, à la contraception, et à l'avortement.

Ce qu'il s'est produit dans la deuxième moitié du 20e siècle dans les sociétés occidentales, et progressivement à travers le monde, c'est une radicalisation du détachement entre la sexualité-plaisir et la sexualité-reproduction. Mais la nouveauté tient sans doute plus au fait que les femmes gagnent avec cette révolution contraceptive de l'autonomie et du pouvoir sur l'usage de leur corps et sur la conduite de leur vie. C'est ici que se situe la véritable mutation de nos rapports à la sexualité. Mais il n'a pas seulement fallu la mise à disposition de nouvelles méthodes de contraception pour que les choses changent. Ce sont les luttes des femmes pour leur émancipation qui l'ont rendu effective. Elles ont revendiqué et gagné le droit d'être autre chose que des poules-pondeuses, des corps-contraints conditionnés pour la reproduction et la maternité. Elles ont lutté pour que ce ne soit plus les hommes ni le hasard qui décident pour elles des grossesses et du rythme de leur enchaînement.

Jusque-là, les perspectives de la majorité des femmes étaient limitées par ce qui est encore souvent considéré comme leur « destin » ou leur « fonction naturelle » : engendrer et s'occuper d'enfants. Elles ont obtenu par la lutte le droit de décider de ce qu'elles souhaitent faire de leur corps et de leur vie. Avoir ou non un enfant. Vivre ou non une grossesse. Et si c'est leur volonté, pouvoir choisir avec qui, à quel moment, et selon quelles modalités. Elles ont pris du pouvoir sur leur vie en arrachant le droit à la contraception et à l'avortement. Désormais, il leur est possible de dire que leur ventre leur appartient et qu'il ne sera plus utilisé comme « réceptacle à bébé » pour le compte des individus de sexe masculin (qui ne disposent pas de la fonction « gestation ») et de la société patriarcale (qui exploite les

capacités reproductives des femmes). Malheureusement, Fred, il faut savoir que ce pouvoir reste précaire dans notre société qui se targue d'être à la pointe de la modernité mais qui est toujours dominée par les hommes et habitée par des conceptions réactionnaires. Regarde la dégradation du service public de santé et l'activisme des anti-avortements qui gesticulent devant les centre IVG. La menace d'une régression est bien tangible. Il convient donc de tout faire pour défendre la liberté de choix des femmes et le pouvoir sur leur corps.

- Ils font peur ceux-là. C'est comme ce Xavier Dor le fondateur et président de Sos-Tout-petits que j'ai croisé l'autre jour et qui me racontait de drôles de salades. Du genre : « l'avortement c'est le plus grand génocide jamais accompli par l'humanité elle-même ».

- Oui, tu fais bien de te méfier de ces gens-là ! Mais revenons à nos moutons. Quand on évoque le droit à la contraception, en France, on pense généralement en premier lieu à la loi Neuwirth qui dépénalise, en 1967, l'accès à l'information et à la pratique de la contraception. Avant cette date, la loi, la morale et l'idéologie nataliste rendaient la contraception sérieusement compliquée, même si au cours du 20e siècle, des contraceptifs comme le préservatif, le diaphragme, puis les gels spermicides et la pilule existaient et se diffusaient, plus ou moins sous le manteau.

Justement, venons-en à la fameuse pilule qui est pour beaucoup synonyme de la contraception moderne. Dès les années 1940, des scientifiques parviennent à synthétiser des hormones sexuelles féminines. Dans la foulée, des recherches sur l'usage contraceptif de ces hormones se développent et les premières pilules sont testées. Si Grégory Pincus, un biologiste américain, est considéré comme le père de la pilule, on doit cette avancée majeure à l'activisme d'une féministe, Margaret Sanger, pionnière dans le domaine du contrôle des naissances aux Etats-Unis, et au soutien d'une autre militante, Katherine McCormick, dont la fortune personnelle a permis de financer les travaux de recherche. Cette trouvaille marque bien une rupture dans l'histoire et les pratiques de la contraception. Et à partir de 1955, l'usage de la pilule anticonceptionnelle commence à se répandre dans une

partie du monde occidental.

Le Mouvement Français pour le Planning Familial prend son essor à cette époque et, au milieu des années 1960, la pilule fait de plus en plus parler d'elle. Ainsi, sous la poussée du mouvement des femmes qui reprend de la vigueur dans les années 1960-1970, la législation s'assouplit et les recherches sur les méthodes de contraception médicales progressent. La pilule hormonale féminine vient concrètement répondre aux attentes qu'expriment les femmes en matière de régulation des naissances. Avec la pilule (et avec les autres moyens qui se développeront dans la foulée), ce sont les femmes qui exercent désormais ce contrôle – avec l'institution médicale qui joue un rôle désormais déterminant dans le domaine contraceptif. Si les femmes ne souhaitent pas d'enfants, elles peuvent s'en assurer de manière plus autonome, alors que jusque-là elles dépendaient fortement des hommes.

Le contrôle de la fécondité a toujours en effet représenté un puissant vecteur de la domination masculine. Et quand les couples voulaient contrôler le calendrier des naissances, les seules méthodes contraceptives disponibles étaient, la plupart du temps, l'abstinence temporaire et le retrait. Le sort des femmes souhaitant éviter une grossesse ou espacer les naissances reposait alors bien souvent sur les hommes et leur capacité à contrôler leur éjaculation.

Or, du fait de leur socialisation et de l'organisation sociale et sexuée de la reproduction, les hommes se sentent majoritairement moins concernés par les conséquences de l'activité sexuelle que par la recherche de leur propre plaisir. Et contrairement aux femmes qui sont les premières exposées au risque de grossesse non désirée, et pour qui une contraception efficace est une condition nécessaire à la liberté de disposer de leur corps et de vivre une sexualité plus libre, les hommes ne connaissent pas l'angoisse du retard des règles ni les effets physiques de la grossesse. Un rapport non protégé ou un accident de contraception, n'aura pas les mêmes conséquences pour l'un.e ou pour l'autre. La (petite) différence biologique entre les femmes et les hommes qui fait que c'est dans le ventre des premières que la gestation a lieu produit une profonde différence dans le rapport à la contraception. Les hommes peuvent très facilement ne pas se sentir concernés et se tenir à distance du problème. Les femmes, non !

- C'est pour ça Jamy que les nouveaux moyens de contraception s'adressent aux femmes. C'est bien pensé, non ?

- Avec la révolution contraceptive de la seconde partie du 20^e siècle, le contrôle de la fécondité passe aux mains des femmes (et des médecins) dans la mesure où la plupart de ces nouvelles méthodes s'adressent en effet à elles et s'appliquent sur leur corps. Symbole de la contraception moderne, du moins en France où elle est de loin la méthode la plus utilisée, la pilule a indéniablement représenté une avancée majeure pour les femmes hétérosexuelles.

Toutefois, on ne peut pas dire que la contraception médicale ait tout résolu. L'héritage est lourd, et le système qui organise la domination masculine et distribue à tout le monde les rôles est bien rodé. Aujourd'hui encore, une majorité de femmes continue de fonder son identité sur la maternité : faire des enfants et s'en occuper. Les rôles de genre dans la reproduction et la parentalité n'ont pas été révolutionnés : la répartition inégalitaire et genrée des tâches, le rapport à l'investissement professionnel, etc. Et en contrôlant la contraception, les femmes restent spécialisées dans le travail reproductif. C'est sur elles que repose la charge du contrôle des conséquences de l'activité sexuelle. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, ce « pouvoir » acquis par les femmes a conforté les rôles et les normes sociales dans le domaine de la sexualité. Les hommes restent actifs dans la sexualité et passifs dans la contraception. C'est l'inverse pour les femmes. L'ordre est bien préservé (Bajos, Bozon, 2011).

Et puis, il faut souligner que l'accès à la contraception médicale, plus particulièrement hormonale, n'a pas été sans coûts pour les femmes. Dans les premiers temps notamment, des molécules et des dosages pas toujours adaptés ont mis leur santé à l'épreuve. Et puis surtout, elles ont dû accepter de supporter des traitements hormonaux sur de longues périodes avec la multitude de contraintes que cela implique (contre-indications et effets secondaires). Toutefois, malgré les risques et les contraintes bien réelles de la pilule, une majorité de femmes ont accepté que leur corps reçoive la contraception, convaincues qu'elles avaient beaucoup à y gagner. Cela signifiait en effet qu'elles se donnaient les moyens de diminuer elles-mêmes les risques de grossesse. À l'aune de cette réalité, on peut donc se réjouir que ces nouvelles

méthodes contraceptives se soient adressées aux femmes. Le pouvoir qu'elles ont pu ainsi acquérir est quelque chose d'infiniment précieux.

- Et les hommes dans cette histoire, Jamy ? Il y ont gagné ou perdu ?

- Après avoir dit cela, on peut en effet se demander si ce sont les femmes, seulement, qui ont été « gagnantes ». Quid des hommes ? Pour un bon nombre d'entre eux la pilule est mal passée, c'est le cas de le dire. Voyant les femmes accéder à des droits et à une nouvelle autonomie, certains se sont mis à paniquer. Ils ont en effet vu se réduire l'emprise qu'ils avaient sur les femmes à travers le contrôle direct de leurs capacités reproductives. Avec l'accès des femmes à la contraception et l'avortement, les hommes n'ont, en théorie du moins, plus leur mot à dire. Mais bien qu'ils se plaignent de perdre de leur pouvoir, il faut avoir l'honnêteté de dire qu'ils s'en ont plutôt bien sortis.

Là, je fais un peu de cynisme si tu me l'autorises. Ils ont même gagné un confort non négligeable. Constatant que les femmes prenaient désormais concrètement en charge la contraception et endossaient seules cette responsabilité, les hommes se sont sentis libérés d'un poids. Voilà qu'ils pouvaient jouir (dans le corps des femmes) sans entraves ! La révolution contraceptive s'est en effet traduite par un accès encore plus facile au corps des femmes désormais « libérées ». Il faut bien comprendre que le célèbre slogan de mai 68 « Jouissez sans entraves » a été conçu par et pour les hommes. Finie la vieille morale qui régulait les comportements sexuels ! Finie la sexualité inscrite dans les limites strictes du carcan conjugal ! Finies les prises de tête pour échapper aux grossesses ! On entre dans l'ère du droit au plaisir, sans condition...enfin pour les hommes.

On peut donc dire que les nouvelles opportunités de sexualité « libre » offertes par la contraception tout comme les normes sexuelles (la recherche de performance, l'orgasme à tout prix, le multipartenariat, etc.) ont d'abord été profitables aux hommes. Elles ont permis de lever certaines restrictions à l'appropriation des femmes. Peu importe leur désir et leur plaisir à elles, quand les femmes essayent de résister à ces normes et aux injonctions masculines, on le culpabilise et on les fait passer pour

« vieux jeu », « puritaines », « prudes », « frigides », « coincées ». C'est ce que rappelle bien Alice Schwartz (1975) : « Les femmes doivent maintenant aller jusqu'à simuler des désirs inexistantes. Autrefois la pruderie ou la peur d'une grossesse non désirée leur donnait le droit de rester sur la réserve si elles n'avait pas d'autres désirs. Aujourd'hui, la pilule et l'information sexuelle les condamnent à une disponibilité quasi obligatoire (...) ces nouvelles normes ne sont pas les nôtres, ce sont celles des hommes (...) C'est pourquoi certaines libertés, souhaitables en elles-mêmes, comme la contraception ou l'IVG, peuvent encore porter atteinte à la liberté d'un grand nombre de femmes : elles font boomerang, et se retournent contre elles ».

On aurait aimé que la domination masculine disparaisse avec la fin d'un certain moralisme sexuel et la généralisation des nouveaux moyens de contraception. Or, ce n'est pas le cas. Elle s'est maintenue sous des formes renouvelées. Au bout du compte, l'accès massif à la contraception a d'abord permis aux hommes hétéros de se libérer d'une responsabilité, et pour longtemps. À tel point qu'il semble aujourd'hui incongru pour beaucoup de poser la question du rôle qu'ils peuvent jouer dans la contraception. Parler de contraception masculine c'est donc parler, en creux, de privilèges masculins. Les hommes peuvent plus facilement se centrer sur leur plaisir et avoir des rapports sexuels l'esprit tranquille en se reposant sur l'autre, puisque c'est l'autre la principale concernée, celle qui gère... parce qu'elle a toute les raisons de gérer pour ne pas risquer de se faire « engrosser ».

Face à ce constat, Fred, il est important d'ouvrir des perspectives. Parler de contraception masculine devrait conduire à évoquer la responsabilisation des hommes. Comment concrètement pourraient-ils participer à la prise en charge de la contraception ? Comment pourraient-ils créer des relations égalitaires avec les femmes et construire ensemble les bases d'une sexualité responsable et émancipatrice ? Rien de moins...

- Heu...oulala Jamy, ça m'a tout l'air compliqué ton affaire. Moi qui croyais qu'on avait des réponses à tout, là, on est plutôt devant un sacré chantier !

Hommes, femmes, sexe, genre, sexualité...kesako ?

La plupart du temps, et même si ce n'est pas précisé, lorsqu'on utilise dans ces pages les termes « **d'hommes** » et de « **femmes** », il faudrait ajouter comme épithète : « **ayant des pratiques hétérosexuelles** ». Comme il est question de contraception, on ne s'intéresse ici qu'aux rapports hétérosexuels. Mais cela ne veut pas dire, bien sûr, que seule l'hétérosexualité est digne d'intérêt. Si l'hétérosexualité reste la norme et les hétérosexuel.le.s le groupe social dominant, d'autres sexualités et identités sexuelles existent, protéiformes et non figées. Mais elles restent encore considérées comme minoritaires et font souvent l'objet de stigmatisations.

L'emploi des termes « homme » et « femme » ne signifie pas que nous renvoyons à deux catégories d'individus étroitement déterminées par la biologie et naturellement opposées. La **différence** entre homme et femme est **construite socialement**. C'est le **Patriarcat**, le système social de la domination masculine, qui fait exister cette différence. C'est lui qui produit ce qu'on appelle le « **genre** », souvent défini comme le « sexe social ». Les hommes et les femmes doivent endosser tels ou tels comportements, occuper telle ou telle fonction, se reconnaître dans telle ou telle identité (masculin vs féminin). Pour aller plus loin, on peut dire que la différence biologique elle-même est construite par la société. Cela apparaît au grand jour lorsque l'on considère les individus (intersexes) situés à leur naissance au croisement de ce que la science appréhende comme des **sexes biologiques** distincts. Puisque la dichotomie sexuelle stricte (homme vs femme) n'est pas si naturelle qu'il ne paraît, on comprend bien qu'on puisse être troublé de devoir entrer dans l'une de ces deux cases. Parmi nous, certain.e.s ne se reconnaissent pas dans le « sexe » qui leur a été assigné à la naissance, préférant s'affranchir de ce sexe et de l'identité censée lui correspondre en faisant, ou non, le choix de transformer leur corps.

La **bicatégorisation** (division entre hommes et femmes) à beau être plus arbitraire que naturelle, elle produit ses effets. La majorité d'entre nous continue de considérer que le monde est divisé en deux catégories opposées. Et malgré l'égalitarisme qui s'affiche de plus en plus comme une valeur centrale dans nos sociétés, cette division continue de produire de la **hiérarchie**. Ainsi quand on parle ici d'hommes et de femmes on pense d'abord à des « **classes** » d'individus occupant des positions de pouvoir différentes dans la société. D'un côté la classe qui domine, les hommes, et de l'autre celle qui est, structurellement, dominée, celle les femmes.

Introduction

Qui sommes-nous ?

Ni sociologues ni médecins

Il faut le souligner d'emblée, nous n'avons pas de prétention à fournir une quelconque « expertise » scientifique sur ce sujet. Nous n'y connaissons pas grand chose à la contraception masculine. Nous ne sommes pas des spécialistes mais... un peu curieux et un peu poussés par nos copines et/ou nous camarades féministes, il faut bien l'avouer, nous avons commencé à nous intéresser aux questions liées à la sexualité... et la contraception masculine en fait partie. Nous avons voulu en savoir plus en même temps que nous nous sommes mis à questionner nos pratiques et nos rapports que nous, « gars hétéros », nous avions hier comme aujourd'hui à la contraception.

Quelques « gars hétéros »

Parce qu'il ne faut pas plus tarder à le préciser, même si vous l'avez sans doute déjà compris. Nous sommes nés avec un pénis et identifiés comme « hommes ». C'est sous cette mention que nous avons été enregistré à l'Etat civil. Mais être un homme ne nous fait pas particulièrement plaisir. On n'en tire aucune fierté. Et on ne se sent pas attaché à une quelconque « identité masculine » qui repose sur l'idée de domination et des valeurs violentes. On aurait d'ailleurs plutôt tendance à vouloir désertir cette identité (Stoltenberg, 2013). De même, s'il faut reconnaître qu'on en tire profit, avoir un statut social privilégié du fait d'être né avec un pénis ne nous réjouit pas franchement. Ça cadre mal en effet avec notre idéal de justice et d'égalité.

Nous avons été façonnés dans le moule du genre masculin et conditionné par la norme hétérosexuelle. Nous avons grandi dans une société qui continue de différencier et de hiérarchiser les sexes et les sexualités. Dans une société profondément inégalitaire où les hommes et l'hétérosexualité dominant. Et nous avons été construits comme des individus du « sexe fort » ou du « premier sexe » comme l'écrit Zemmour, préparés à remplir des rôles masculins (traditionnellement réservés à la « classe des hommes »), et à orienter nos désirs vers les

individus « de sexe féminin ». Et puis depuis tout jeune nous avons appris à jouir des privilèges dont jouissent tous les hommes, et les hétéros, sans même en avoir conscience. C'est parce qu'on a pris une salutaire claque en étant initiés au féminisme par des amies et des lectures importantes que nous pouvons aujourd'hui être un peu moins myopes face à cette réalité. Conscients qu'il est injuste d'occuper une position sociale avantageuse, celle des hommes, c'est à dire des dominants dans les rapports sociaux de sexe, nous avons toutefois encore énormément de chemin à faire ; tant au niveau personnel, pour changer nos comportements et nos représentations, qu'au niveau collectif pour contribuer activement à l'égalité entre les sexes, entre tous les individus. Voilà donc, pour faire court, d'où nous partons et d'où nous allons parler ici.

Pourquoi cette brochure ?

Comme la plupart des hommes hétérosexuels, nous avons appris que la contraception c'était l'affaire des femmes. Leur domaine réservé. De fait, la grande majorité des hommes se sent peu concernée par la question. Nous sommes plusieurs à n'avoir jusqu'ici pas fait exception. Depuis notre entrée dans la sexualité, la prise en charge de la contraception n'a franchement pas souvent été notre affaire. Il nous a donc fallu questionner notre propre passivité. On a peu à peu pris conscience que la contraception est une charge mentale, un travail. Et que nos partenaires effectuent « gratuitement » notre part de ce travail. Que nous tirons profit de notre non participation. Et surtout que nous faisons peu de cas des conséquences de cette non participation.

Responsable d'une grossesse non désirée, nous l'avons été ou nous avons de grande chance de l'être un jour dans notre vie : s'il y a une femme sur deux en France qui avorte dans sa vie, il y a forcément un bon nombre d'hommes directement concernés. Tout comme la plupart des hommes hétérosexuels, nous avons du mal à envisager notre irresponsabilité en la matière comme quelque chose de grave. À chaque fois que nous faisons prendre des risques de grossesse à nos partenaires, quelles qu'en soient les conséquences, ne portons-nous pas directement

atteinte à leur intégrité physique comme psychique, n'exerçons-nous pas une violence supplémentaire à l'encontre des femmes ?

Si l'on fait cette brochure c'est peut-être tout simplement parce qu'on en sent le besoin et qu'on veut que les choses changent. Pour cela, nous devons nous renseigner sur un sujet qu'on connaît mal, la contraception masculine, tout en continuant à réfléchir aux enjeux de la question de la responsabilisation des hommes dans la contraception. Et nous avons besoin de matière. Or il n'y a pas pléthore d'informations ni d'analyses sur la contraception masculine. Celles-ci sont disséminées ici ou là, entre revues scientifiques et médicales, presse grand public, et sites internet de vulgarisation médicale. On trouve bien quelques mots dans des sous-chapitres de manuels dédiés à la contraception qui s'adressent de manière tacite aux femmes. Les rares méthodes de contraception disponibles pour les hommes y sont décrites. Mais le sujet semble n'intéresser, sérieusement, personne... ou si peu. Pour preuve, l'entrée « contraception masculine » de Wikipedia en français n'existe toujours pas, alors qu'on trouve une page sur la « contraception animale » (juin 2013).

Certes, la **capote**, tout le monde connaît aujourd'hui. Le sida et les programmes de prévention sont passés par là. Moins nombreux sont ceux qui savent qu'il y a un moyen de devenir volontairement stérile avec une intervention chirurgicale bénigne : la **vasectomie**. Quant aux recherches actuellement en cours sur des méthodes contraceptives testées sur des souris et même sur des humains, en Inde ou en Chine, combien sommes-nous à être au courant ? Au final, la contraception masculine ça reste un vaste désert.

On part donc de loin. On manque sérieusement d'information, on a plein d'idées reçues et autant de mauvaises habitudes. Pour autant, on n'a pas envie d'en rester à ce constat. Dans un premier mouvement, on s'est mis à déplorer qu'il n'existe pas plus de méthodes contraceptives destinées aux hommes. C'est vrai, ce serait tellement mieux d'avoir du choix, plus de choix...même si ça ne ferait pas tout, loin de là ! Depuis la deuxième guerre mondiale, plus d'une quinzaine de contraceptifs féminins ont fait leur apparition : pilules (progestatives ou oestro-progestatives), stérilets (D.I.U.) avec ou sans hormones, implant, anneau vaginal, préservatifs féminins, etc. Mais du côté des hommes, il n'y a

rien de significatif à signaler. La science et la médecine ne se sont pas penchées sur le corps des hommes ni intéressées aux méthodes masculines. Alors que la période de fertilité des femmes est relativement courte – elle s'étale sur une période d'une trentaine d'années environ, entre la puberté et la ménopause – les hommes sont fertiles pendant toute leur vie sexuelle, de la puberté à... leur mort. Donc chercher à endiguer la fertilité des hommes, ça ne serait pas stupide dans le but de se donner les moyens d'une limitation efficace des naissances. Pourtant, ce n'est pas ce qui se passe.

De ce fait, tout le monde peut continuer tranquillement à penser que la contraception est et doit rester une affaire de femme. Ce qui en arrange plus d'un. Parce que finalement c'est de cela qu'il s'agit. Plus que l'absence d'une réelle offre contraceptive pour les hommes – rappelons que des méthodes accessibles existent déjà – ce qu'on déplore en fait ici, c'est le réflexe qui consiste à évacuer la question de la responsabilité des hommes, et ainsi laisser les femmes gérer, seules. Combien sommes-nous à nous satisfaire de cette situation ? À nous dire que la contraception se conjugue au féminin, et que c'est bien mieux comme ça ? À nous accommoder de l'idée que la pilule (contraceptive) ne peut concerner que les femmes ? À nous réjouir de manière faussement bienveillante que les femmes aient obtenu ce qu'elles réclamaient et qu'elles disposent aujourd'hui de l'embarras du choix – une manière plus polie de dire : vous avez eu ce que vous vouliez, occupez-vous du truc et foutez-nous la paix, maintenant !

Il faut bousculer les idées reçues et en finir avec nos mauvaises habitudes. Rendre accessibles des informations sur le sujet, tenter de faire un état des lieux des méthodes déjà disponibles. Mais on ne veut pas seulement faire ici un panorama de l'offre contraceptive pour les hommes ni une simple mise au point « technique » (comment ça marche ? Quels sont les avantages, les inconvénients de telles ou telles méthodes ou pratique ? etc.). Non, notre principal objectif est d'**amorcer une réflexion sur le partage de la responsabilité et de la charge de la contraception dans le cadre de rapports sexuels que l'on souhaite égalitaires. Il s'agit donc de penser les enjeux de la contraception masculine plus que d'en promouvoir le principe même.** Nous voulons dans le même mouvement repérer les obstacles à une réelle

responsabilisation des hommes dans la contraception. Ce qui nous intéresse ici c'est bien d'évoquer les **enjeux politiques** de cette question – dans le mesure où, comme nous l'ont appris les féministes, le privé est politique. Les relations hommes-femmes, la sexualité, tout comme l'amour sont en effet traversés par des rapports de pouvoir. Il s'agit bien de questions politiques. Vouloir agir « politiquement » sur cette question nécessite pour nous de développer le sentiment de sa propre responsabilité. Ce qui implique de se montrer sincèrement et réellement disponible à prendre en charge sa part du travail en acceptant les contraintes.

Quelques mises en garde s'imposent...

La question de la contraception est pour nous à replacer dans le cadre d'une réflexion et d'une action critique plus globale contre le Patriarcat. C'est dans ce cadre, uniquement, que nous souhaitons nous pencher sur cette question en interrogeant la place des hommes dans la contraception. Aussi penser la « place » des hommes ne veut-il pas dire encourager des propensions qu'ils ont à prendre « toute la place » et à faire « à la place de ». Et vouloir encourager la responsabilisation des hommes et le développement de méthodes contraceptives masculines ne signifie pas vouloir donner encore plus de pouvoirs et de libertés aux hommes...au détriment des femmes. Car il y a bien là un danger ! Dans une société où le sexisme et la misogynie sont très présents, il ne fait pas de doute que la contraception peut être l'un des moyens d'asseoir la domination masculine. Donnons quelques exemples :

-Des hommes veulent assurer eux-mêmes la contraception pour exercer une emprise, et parfois même du chantage, sur leur(s) partenaire(s). Situation X : un mec contraint sa partenaire à renoncer à la contraception qu'elle a choisie pour elle (orale). Au prétexte que lui est vasectomisé il lui demande d'arrêter la pilule d'autant que, extrêmement jaloux, il ne supporte pas de voir trainer cette boîte de pilules qui semble dire qu'elle pourrait servir avec d'éventuels amants.

-Pour d'autres, c'est le moyen de perpétuer l'infantilisation des femmes qu'ils jugent irrémédiablement irresponsables. Situation Y : un mec ne fait pas confiance à sa partenaire. Il lui répète en permanence qu'elle est, comme toutes les femmes, « tête en l'air ». Sous prétexte qu'elle serait coutumière des oublis de pilule, il lui impose l'usage de préservatifs alors qu'elle n'en a pas forcément envie.

-D'autres encore se méfient tellement des femmes et de leur « perversité naturelle » qu'ils revendiquent la contraception masculine comme seul moyen d'éviter qu'on ne leur fasse « un bébé dans le dos ». Le thème des « paternités imposées » a récemment remis au goût du jour ce vieux fantasme masculin des « enfants dans le dos ». La publication d'un livre très médiatisé (*Paternités imposées*, Plard, 2013) dans lequel témoignent des hommes présentés comme des victimes, « piégées » par une maîtresse ou une partenaire d'un soir terriblement machiavélique, contribue à nourrir un climat de paranoïa autour du prétendu pouvoir des femmes dans la sexualité et la parentalité. Évacuant la question, pourtant primordiale, de leur propre responsabilité dans les rapports non protégés, ces hommes délivrent un message : il faut se méfier des femmes et de leur toute puissance. Elles peuvent choisir de faire ou non un enfant, contre notre volonté. Ils ne faut pas leur laisser ce pouvoir. C'est en assurant soi-même la contraception qu'on leur reprend un peu de pouvoir. À nous de prendre les choses en main et de ne jamais faire confiance aux femmes qui disent se protéger.

...mais quelques doutes subsistent

Ces cas de figure existent bel et bien. Ils donnent à voir autant de « mauvaises raisons » pour les hommes de vouloir prendre de la place dans la contraception. On comprend bien, dès lors, que des femmes s'interrogent sur les véritables motivations qui poussent des hommes à vouloir assurer eux-mêmes la contraception. Ces derniers ne sont pas tous misogynes ni explicitement en quête d'un pouvoir sur les

femmes. Mais même lorsqu'ils sont animés en apparence de bonnes intentions, les hommes ne doivent pas pour autant considérer que la contraception est d'abord leur affaire. Portés dans leur élan par leur désir de « bien faire » en déchargeant leur partenaire, un excès de zèle teinté de paternalisme n'est pas la bonne attitude. C'est différent d'être à l'écoute des besoins de sa ou ses partenaire(s), en offrant un soutien et en proposant un plus large panel de choix, que de prendre les choses en main en se substituant à elle(s).

On comprend ainsi aisément que des femmes puissent craindre que ne se développent et ne se banalisent de nouveaux moyens de contraception pour hommes, d'autant plus s'ils ne sont pas visibles. Rien de plus légitime à cela. La maîtrise de la fécondité représente un acquis extrêmement précieux pour elles. Elle constitue l'un des moyens principaux de reprendre le contrôle de leur corps, du pouvoir sur leur vie. C'est pour ne pas laisser la possibilité aux hommes de se réapproprier le contrôle de la fonction reproductive des femmes, que des féministes se sont déclarées hostiles au développement de la contraception médicale masculine (Oudshoorn, 1998). Même dans le cadre d'une relation de confiance, l'enjeu est bien pour beaucoup de femmes, de ne pas céder à leur partenaire la gestion de la contraception « de couple ».

Nous sommes là face à un problème qui risque de nous faire faire de sacrés noeuds. En s'intéressant de près à la contraception masculine et en souhaitant que les hommes se responsabilisent davantage, on risque malgré nous de reconduire ou même de renforcer la domination masculine. Faut-il prendre ce risque ? Nous pensons que nous pouvons réduire ce risque en prenant les précautions nécessaires. Mais nous nous fourvoyons peut-être. Espérons toutefois que nous n'ouvrons pas ici une brèche et que nous ne donnons pas sans le vouloir des armes à des hommes qui souhaitent (ré)affirmer leur pouvoir sur les femmes. En réfléchissant à la responsabilisation et l'appropriation de pratiques et techniques contraceptives par les hommes, notre but n'est pas de déposséder les femmes de leur indépendance et du contrôle de la contraception. Dire cela ne suffit pas... mais ne pas le dire peut rendre suspecte notre démarche.

La contraception masculine, un oxymore ?

T'occupes, les femmes s'en chargent !

Comme ça ne fait jamais de mal de rappeler des évidences, quand une femme tombe enceinte, elle n'est pas la seule responsable. Les hommes jouent donc un rôle tout aussi important que les femmes dans l'enclenchement du processus. En principe, dans le cadre de relations hétérosexuelles entre individus qui n'ont pas de problème de fertilité, les hommes devraient se sentir autant responsables des conséquences de leurs sexualité que les femmes. Et dans les faits, la prise en charge de la contraception pourrait être effectuée par l'homme seul, la femme seule ou les deux partenaires – la co-responsabilité de la contraception étant la posture encouragée par les spécialistes car pour qu'une méthode soit efficace, les partenaires doivent se sentir autant concerné.e.s. Mais la réalité est toute autre. Nous vivons dans une société inégalitaire et concrètement, ce sont aujourd'hui majoritairement les femmes qui se soucient des questions de sexualité et qui prennent en charge la contraception.

Comme on l'a dit, ce sont les premières exposées au risque de grossesse non désirée puisque c'est dans leur corps que se passe la gestation. On comprend bien dès lors qu'elles se sentent davantage concernées et qu'elles revendiquent le contrôle de la sexualité. D'autre part, il existe pour les femmes un panel de moyens contraceptifs beaucoup plus large que pour les hommes. Cela n'est toutefois pas le fruit du hasard, mais de l'étrange conjonction entre au moins deux phénomènes. D'un côté, il y a les habitudes sexistes qui confirment les femmes dans leur rôle soit-disant « naturel » de s'occuper des choses du sexe et de l'engendrement. De l'autre, il y a les mobilisations et les combats menés et gagnés par les femmes depuis les années 1950 en France comme dans d'autres pays, pour obtenir le droit à disposer de leur corps et la mise à disposition pour toutes les femmes de méthodes de contraception médicale efficaces.

Aujourd'hui, hormis le préservatif masculin, la majorité des contraceptifs les plus courants sont, concrètement, destinés aux femmes, dans la mesure où c'est leur corps qui les reçoit (pilule à ingérer, stérilet

à poser dans l'utérus, implant à poser sous la peau, anneau vaginal, cape cervicale, diaphragme ou préservatif féminin à apposer dans le vagin, etc.).

Rien n'empêche pourtant les hommes qui s'engagent dans un rapport sexuel « à risque » (c'est-à-dire, dans ce cas, potentiellement fécondant) à prendre davantage de place et de responsabilité dans la maîtrise de la fécondité. Mais ce n'est pas le cas. Les années passent et les hommes restent en retrait. Il semblerait même que cette situation convienne à la plupart d'entre eux. Du moins peu d'indices prouvent le contraire. On entend peu de voix d'hommes militant pour le partage des rôles dans la contraception. Le souci et les contraintes de la contraception sont des charges qu'ils délèguent volontiers à leur(s) partenaire(s).

Même s'il s'agit là d'une tendance dominante, on ne nie pas que, parmi les hommes hétérosexuels, certains s'impliquent activement. S'il arrive qu'ils soient mus par un réel souci d'égalité ou par l'empathie, ils voient surtout dans la prise en charge de la contraception, un moyen de garder le contrôle sur leur vie et de progresser vers l'autonomie individuelle. C'est d'abord par **souci de soi**, conscients qu'il en va de leur propre intérêt : éviter d'être (co)responsables d'une grossesse non désirée avec les conséquences que cela peut impliquer (sentiment de culpabilité, douloureux cas de conscience, déchirement du couple, paternité non choisie...).

Ainsi, des hommes sont-ils capables de se protéger systématiquement, de proposer des rapports sans pénétration, de participer financièrement à la contraception et aux discussions sur le choix du type de contraceptif « de couple ». Ces comportements existent en effet. Si, comme certains spécialistes de la question nous invitent à le faire (Desjeux, 2008, 2012), on ne doit pas occulter cette participation, l'implication masculine paraît tout de même bien faible. En aucun cas il ne faudrait la survaloriser ni se satisfaire de ces « efforts ». Parce qu'il s'agit bien de cela. D'efforts consentis par certains, comme autant de sacrifices. Faute d'autres options, pour préserver la paix du couple, ou souvent pour continuer à avoir des rapports sexuels, des hommes acceptent de prendre eux-mêmes en charge la contraception. Mais dans ce cas-là cette participation est plus contrainte que véritablement choisie. Généralement, le recours à des moyens « masculins » de

contraception s'envisage toujours plus comme un **palliatif**, une mesure transitoire ou imposée par la nécessité dans des cas bien particuliers. Quand une femme ne supporte pas la pilule, par exemple. **La contraception féminine reste bien la règle, la contraception masculine l'exception qui confirme cette règle.**

Tentative de définition

On va donc s'intéresser ici à ce qui intéresse si peu de gens. La contraception masculine est une exception, **une bizarrerie en régime sexuel hétéropatriarcal**. À tel point qu'on a du mal à s'en faire une idée claire. Parle-t-on de contraception masculine à partir du moment où l'on constate que les hommes s'impliquent et mettent leur corps en jeu ? On serait alors tenté de la définir comme **l'ensemble des pratiques de contraception qui s'appliquent sur le corps des hommes et qui sont prises en charge, en premier lieu, par les hommes**. Oui, dire cela ne nous satisfait pas complètement. En effet, il est difficile de pouvoir ranger des pratiques et des méthodes contraceptives dans des catégories hermétiques et exclusives les unes des autres. Comme s'il y avait toujours une contraception « féminine » d'un côté, une contraception « masculine » de l'autre, et, au milieu, une contraception « de couple » ou « partagée ». La réalité est souvent plus complexe que ça. Les limites du champ de la contraception dite féminine ou dite masculine ne sont jamais complètement précises ni fixes.

Donnons un exemple. Une femme peut se soucier d'avoir toujours sur elle des préservatifs masculins et exiger systématiquement de son (ou de ses) partenaire.s de les utiliser. Cette pratique relève t-elle de la contraception masculine au prétexte que ce type de préservatif se place sur le sexe de l'homme ? Pas franchement. D'autant que dans plus de la majorité des cas, ce sont les femmes qui proposent ou exigent l'utilisation du préservatif masculin. Difficile donc de considérer que ce dernier relève de la contraception masculine. En revanche, cet exemple permet de mettre en lumière le fait que ce sont sur les femmes que les choses reposent souvent, même en cas de recours à des méthodes masculines. Ce n'est pas parce que le contraceptif s'applique sur le corps des hommes que ces derniers sont – ni ne se sentent – automatiquement responsables et acteurs.

Autre exemple : le coït interrompu. Cette méthode repose sur le fait que l'homme se retire du vagin de sa partenaire avant l'éjaculation. On considère alors que cette méthode est « masculine ». Or, lorsque le retrait est le moyen de contraception choisi par le couple, il est faux de considérer que les femmes sont forcément passive puisque l'homme est à la manœuvre. Elles peuvent même jouer un rôle de premier plan.

Par le passé, et malgré les condamnations religieuses de tous les actes jugés « contre-nature » (de même que la sodomie et la masturbation, l'interruption de l'acte sexuel « normal » était un crime), le coït interrompu a même été, par souci d'efficacité, enseigné aux femmes plutôt qu'aux hommes. Les femmes mariées devaient apprendre comment obtenir de leurs époux de « faire attention ». Après que le partage du lit conjugal se soit imposé, pour éviter l'enchaînement des grossesses, les femmes ont dû apprendre à contenir l'appétit sexuel et les assauts répétés de leurs maris (Perrot, 2009). Ce sont donc elles qui ont, avec cette méthode « naturelle », joué un rôle déterminant dans ce qu'il est convenu d'appeler la « première révolution contraceptive » qui a permis d'obtenir sur un temps long une diminution globale du nombre des naissances et, dans les couples, un espacement dans le temps plus important entre chaque grossesse.

On le voit bien, il n'est pas simple de définir ce qu'on entend pas « contraception masculine ». S'agit-il pour un homme d'avoir le souci de la contraception, d'assumer ses responsabilités, d'appliquer sur son propre corps la méthode choisie...ou tout ensemble ? Sincèrement, on n'en sait rien ! Nous avons tout de même tenté de délimiter un périmètre pour la contraception masculine. On y trouve pêle-mêle des pratiques qui impliquent davantage les hommes et des moyens qui s'appliquent directement sur leur corps. Nous allons en faire ici un état des lieux. Et avant d'esquisser quelques explications des raisons du désintérêt persistant pour la contraception masculine, il nous paraît important de revenir sur des expérimentations de méthodes nouvelles menées en France par quelques hommes au début des années 1980.

***Retour vers le
passé :***

***ARDECOM et la
contraception
(1978-1984)***

Des hommes volontaires pour la contraception

L'association ARDECOM (Association pour la recherche et le développement de contraception masculine) est née en 1978 de la volonté de quelques hommes d'expérimenter sur leur propre corps des méthodes de contraception efficaces. La plupart des membres d'ARDECOM sont des militants d'extrême gauche proches des milieux féministes. Certains d'entre eux militent alors au MLAC (Mouvement de libération de l'avortement et de la contraception) et/ou ont des compagnes militantes au MLF (Mouvement de libération des femmes).

Dans la deuxième moitié des années 1970, une partie d'entre eux découvre les groupes d'hommes constitués en non-mixité sur le mode des « groupes de conscience » de femmes. Interpellés par des femmes et sensibilisées aux questions féministes, ils rejettent le « machisme » très présent dans les milieux militants (le « militantisme » sonne pour eux trop comme du « militarisme »). Sans chercher à théoriser leurs pratiques, ils se retrouvent régulièrement entre hommes pour réfléchir à leur position de dominants dans la société patriarcale et, surtout, pour échanger sur les questions liées à la sexualité, à la paternité, etc. Ces groupes sont à cette époque un lieu privilégié pour partager de l'intimité, entre hommes, à rebours des pratiques masculines traditionnelles et encore dominantes.

Ces réflexions et ces expérimentations autour de la contraception s'inscrivent donc dans le cadre plus large de la remise en question des inégalités hommes/femmes, des stéréotypes et des rôles de genre. Pour certains, cette prise de conscience rend insupportable le fait que, dans une relation de couple, seules les femmes ont la charge ainsi que les effets indésirables des contraceptifs médicaux (stérilets et pilules) qui se sont généralisés en une dizaine d'années – d'autant que de plus en plus d'informations et de témoignages font état à cette époque de problèmes pour la santé et la fertilité des femmes.

Seuls ou en accord avec leur partenaire, ils souhaitent changer les choses. Mais le partage des rôles et des responsabilités nécessite aussi que se développent des moyens de contraception pour hommes. Or il n'y a pas réellement « d'offre » sur le « marché ». Si la capote existe, beaucoup refusent de l'utiliser considérant qu'elle est un obstacle au plaisir, un « tue l'amour ». Certains se font vasectomiser, mais comme

cette opération n'est pas autorisée en France à cette époque, ils doivent aller à l'étranger ou contourner le cadre médico-légal (en sollicitant notamment des médecins militants). Aussi, les hommes d'ARDECOM organisés en groupes locaux, entament-ils des recherches pour développer des méthodes alternatives. Pour cela ils entrent en contact avec des médecins et des institutions susceptibles de les aider. Ils finissent par constituer un réseau et parviennent à s'associer à des médecins et à des spécialistes, notamment au sein des CECOS (Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains), qui acceptent de les accompagner dans leur démarche : Guérin et Rollet à Lyon, Le Lannou et Lobel à Rennes, Soufir à Paris (Mieusset, Soufir, 2013). Avec eux, ils approchent les laboratoires qui commercialisent des molécules capables de produire les effets contraceptifs recherchés. Enfin, ils se portent volontaires pour faire avancer, concrètement, les recherches.

Ils ne cherchent pas à jouer les « cobayes » mais bien à se contracepter, quitte à expérimenter sur leur propre corps de nouvelles méthodes. C'est dans le cadre de cet activisme contraceptif que des protocoles de recherche avec suivi médical sont mis en place, et que plusieurs méthodes novatrices viennent à être explorées. Il s'agit principalement des **méthodes hormonales** et des **méthodes dites de la « chaleur »**.

Les méthodes hormonales

L'idée de départ est de faire pour les hommes ce qui a été fait pour les femmes ; à savoir d'étudier les effets contraceptif d'hormones de synthèse. Le but est bien d'obtenir une contraception masculine sans danger, efficace et réversible. Une dizaine de volontaires expérimente alors la « pilule pour homme ». Le principe est de prendre, par voie orale, de la progestérone, hormone dite « féminine », en l'associant à un androgène, sous la forme d'un gel de testostérone, hormone dite « masculine » – contre les idées reçues, il faut rappeler ici que ces deux types d'hormones sont présentes, à des taux variables selon les individus et dans des proportions certes différentes, chez les hommes comme chez

les femmes. Sous l'effet de la progestérone, la production de spermatozoïdes est sensée s'arrêter. Quant à la prise de testostérone, son but est dans ce cas de rééquilibrer les effets « dévirilisants » de la progestérone. C'est-à-dire qu'elle permet aux hommes de conserver ce qu'on appelle les « caractéristiques sexuelles secondaires » : les poils, la physionomie, etc.

Tous les jours pendant environ un an, ces hommes prennent une pilule et s'appliquent une dose de gel sur le corps. Différentes molécules sont testées et les dosages progressivement affinés. Le comptage du nombre de spermatozoïdes et la vérification de leur mobilité sont effectués régulièrement. À la fin de l'expérience, les participants n'ont plus de spermatozoïdes en nombre suffisant (en dessous du seuil du million, on estime avoir atteint l'infertilité). La majorité d'entre eux n'en produit même plus un seul (ils obtiennent ce qu'on appelle une « azoospermie »).

Pourtant, même si ce résultat est prometteur puisque l'objectif de l'infertilité est atteint sans effets secondaires constatés, l'expérience ne se reproduira pas. Deux raisons principales sont invoquées. D'une part, l'un des participants n'a pas réagi aux produits sans qu'on sache pourquoi. On considère alors que cette méthode n'a pas suffisamment prouvé son efficacité (cela correspondrait à un taux d'échec de près de 10%, ce qui est bien trop important). D'autre part, une « pollution » de l'environnement et des effets sur les partenaires ont été constatés. En effet, un taux élevé de testostérone a été mesuré chez certaines compagnes des participants. Malgré les conseils d'hygiène (douche après application), les draps ou les serviettes ont pu être « contaminés ». Voilà que ces hommes qui souhaitaient épargner à leurs compagnes les effets indésirable de la contraception hormonale, se retrouvaient par un autre biais et bien involontairement à leur imposer des hormones de synthèse. L'existence d'effets collatéraux sur les partenaires en contact avec la testostérone, tels que l'apparition locale de poils ou la dérégulation du cycle, suffisaient à justifier l'abandon de cette méthode. C'est d'ailleurs les effets « virilisants » de la pollution hormonale que retiendra la presse de l'époque pour moquer et discréditer ces expériences.

Pourtant, des hommes d'ARDECOM qui ont participé à cette expérience de contraception hormonale restent aujourd'hui assez convaincus par cette méthode. Pour eux, les résultats obtenus sont

positifs tant sur le plan de l'efficacité, de l'innocuité que de la réversibilité (plusieurs auront des enfants par la suite). Quant aux contraintes liées au mode d'administration (pilule et application du gel au quotidien), elles sont loin d'apparaître comme insupportables. L'un d'entre eux que nous avons rencontré à Lyon estime que le rasage de barbe quotidien est, par exemple, bien plus contraignant. Cela montre bien que des hommes sont bien capables de surmonter ce type de contrainte, à partir du moment où ils y trouvent du sens. On reviendra plus loin sur les raisons de l'échec de la contraception médicamenteuse.

Les méthodes de la chaleur (hyperthermie)

Au début des années 1980, d'autres voies sont explorées en parallèle. Il s'agit de méthodes non médicamenteuses et non hormonales. Pour certains de ces hommes, il est en effet important d'associer à la réflexion sur la contraception masculine, une réflexion sur l'autonomie et la santé. Il s'agit autant de pouvoir se passer des laboratoires pharmaceutiques et du milieu médical, que d'éviter de recourir à des substances chimiques et à leurs potentiels effets indésirables.

Une méthode dite « naturelle » semble répondre à leurs attentes : la méthode de la chaleur. On savait alors que pour produire des spermatozoïdes, les testicules avaient besoin d'être maintenues à une température inférieure à celle du corps. C'est la raison pour laquelle les testicules, logées dans les bourses, « pendent » naturellement à l'extérieur du corps. Aussi, une élévation de 2 à 4 degrés de la température des testicules permet d'inhiber la spermatogénèse. La solution consiste donc à chauffer suffisamment longtemps les testicules. Encore faut-il savoir comment.

La pratique des bains chauds prolongés est déjà connue. Mais, dans certains groupes d'hommes, à Nantes et à Toulouse notamment, d'autres solutions sont envisagées. On met par exemple au point des techniques plus ou moins sophistiquées visant à chauffer le slip – un ingénieur du groupe de Paris bricole un système de « slip chauffant » avec la résistance d'un jouet électronique (revue d'Ardecom, n°2, 1980). Par ailleurs, on découvre que les testicules peuvent être manuellement

placées, en les remontant délicatement, à l'intérieur du corps, dans le canal inguinal. Leur température s'élève ainsi de quelques degrés. Et si elles sont maintenues à l'intérieur du corps suffisamment longtemps (une quinzaine d'heures par jour), on obtient en quelques jours l'effet désiré : l'infertilité temporaire – temporaire puisque la production normale de spermatozoïdes reprend rapidement après l'arrêt de ces manipulations quotidiennes.

Mais pour maintenir à la chaleur du corps les testicules en évitant qu'elles ne redescendent, il faut déployer un peu d'inventivité. Plusieurs techniques sont mises au point par le groupe de Toulouse qui leur donnent le doux nom de « **remonte-couilles toulousain** ». Il s'agit d'un slip serré dans lequel on découpe un trou pour faire passer uniquement la verge et la peau des bourses (le scrotum) ; ou alors d'un anneau (de type joint torique) relié à la taille par une ficelle et dans lequel ne passent également que la verge et le scrotum. Avec ces deux techniques, les testicules restent à l'intérieur du corps pendant la journée. Le « remonte-couille » s'utilise la journée et s'enlève la nuit. En effet, pendant ce temps le cycle n'a pas le temps de se remettre en route et l'effet contraceptif persiste.

Cette technique mécanique de chauffage des testicules a montré son efficacité. Les hommes qui y ont eu recours ont été infertiles pendant la période d'essai et ont retrouvé toutes leurs capacités reproductives à son issue. Néanmoins, cette technique n'est pas sans contrainte et son appropriation n'est pas sans difficulté. Outre la contrainte de la manipulation quotidienne, les freins qui ont été évoqués sont de plusieurs ordres. D'une part, la manipulation des testicules peut faire peur à certains et parfois générer des douleurs. D'autre part, la gêne et la sensation de ridicule lié au regard porté par des tiers (dans les vestiaires d'équipe de sport, par exemple) ont dissuadé certains d'essayer ou de continuer. En dépit de ces contraintes une poignée d'hommes utilisent encore cette technique. Au moment où cette brochure est écrite, à Toulouse, le docteur Mieusset qui a participé à ARDECOM conseille des hommes, encore très peu nombreux, qui cherchent à se contracepter par cette technique.

Que reste-t-il des expériences d'ARDECOM ?

Plus de 30 ans après, on peut se demander ce qu'il reste de ces expérimentations. Malheureusement, rien, ou si peu ! ARDECOM a publié deux bulletins et cessé ces activités au milieu des années 1980. La plupart des hommes qui se sont prêtés aux tests sur eux-mêmes ont arrêté, après un an ou deux, d'utiliser ces moyens de contraception (« remonte-couilles » et pilule). C'était sans doute prévisible mais cela n'enlève rien au fait qu'on peut s'en désoler. Pour autant, il nous paraît important de raconter un bout de cette histoire singulière.

En France, le tournant des années 1970 et 1980 fait en quelque sorte figure d'âge d'or pour la recherche sur la contraception masculine ainsi que pour l'activisme qu'on peut nommer, avec beaucoup de guillemets, « proféministe ». Certes, on ne peut pas parler d'un mouvement massif – ces hommes étaient très peu nombreux (jusqu'à 200). Et il faut bien se garder de faire de ces quelques hommes conscients des héros en sur-valorisant l'importance de ce qu'ils ont fait. On peut toutefois leur reconnaître le mérite d'avoir essayé, à leur mesure, de changer un certain ordre des choses.

Tout en analysant les limites, et ce qui s'apparente finalement à l'échec de cette expérience, il est permis d'y voir une source d'inspiration. Aspirant à plus d'égalité et sans attendre que la méthode idéale ne leur tombe par magie dans les bras, les hommes d'ARDECOM se sont « bougés » et ont « bricolé » des moyens de se contracepser eux-mêmes, sans jamais obtenir de soutien financier de la part de l'Etat ni de reconnaissance institutionnelle. Malgré les multiples obstacles, ils ont osé essayer. Et concrètement ils ont proposé aux femmes, en commençant par leurs propres partenaires, un partage des responsabilités et des contraintes dans le domaine de la contraception. Agir contre ce qu'ils pouvaient appeler le « machisme » passait nécessairement par une transformation de leurs propres comportements. De ce point de vue, pour des hommes qui chercheraient à analyser et à agir sur leurs rôles dans les rapports sociaux asymétriques entre les sexes, l'expérience d'ARDECOM est, aujourd'hui encore, à méditer.

Pour finir, on ne peut pas dire que les efforts qu'ils ont déployés pour faire avancer la contraception masculine, on été totalement vains. Sollicités par les militants d'ARDECOM, des médecins (dont le professeur Souffir), ont travaillé, en synergie avec les volontaires de ces expériences, à faire avancer les connaissances sur les mécanismes de l'infertilité. De ce fait, la recherche dans le domaine de la contraception (notamment hormonale) a fait un bond en avant.

Quelques années plus tard, des expérimentations menées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans différentes régions du monde et sur un nombre de sujets plus important ont permis de mettre au point une autre méthode basée sur l'administration de testostérone seule. Des injections intramusculaires répétées d'un produit à base de cette hormone permettent en effet d'obtenir un bon effet contraceptif. À raison, pour le moment, d'une piqure par semaine qu'on peut effectuer soi-même, cette méthode est efficace. Avec l'amélioration du procédé, dans quelques temps, une injection par mois devrait suffire. Cette technique est déjà utilisée en Chine alors qu'en France, seulement quelques hommes ont aujourd'hui recours à ce type de contraception très confidentielle que de trop rares médecins acceptent de prescrire (Mieusset/Souffir, 2012). Même si l'usage contraceptif des produits utilisés n'est pas encore officiellement reconnu, la contraception hormonale pour hommes est au point. Ainsi, elle pourrait se développer dans les années qui viennent. D'une certaine manière ce résultat est le fruit des efforts déployés trente ans auparavant par les pionniers d'ARDECOM.

***Contraception
masculine :
Etat des lieux***

Avant d'aller plus loin, un rapide état des lieux des moyens de contraceptifs disponibles pour les hommes s'impose. Après avoir évoqué des méthodes (la chaleur et les hormones) très peu utilisées, du moins en France, il convient de s'arrêter, plus en détail, sur les principaux moyens de contraception masculine disponibles. Ça va aller assez vite, **on en compte trois : le retrait, le préservatif et la vasectomie.**

Le retrait ou le coït interrompu

Méthode ancestrale connue sous le nom de **coït interrompu**, le retrait consiste pour l'homme, dans le cadre d'un rapport sexuel avec pénétration vaginale, à retirer son pénis du vagin de sa partenaire avant d'éjaculer. Très utilisée par le passé, cette technique est pratiquée dans de nombreuses sociétés. Jusqu'à l'apparition récente de méthodes médicamenteuses, elle représentait même le seul moyen de contraception disponible, en plus de l'abstinence temporaire. Ses avantages sont d'être gratuit, pratique, non médicamenteux, et sans danger pour la santé. Pour ces raisons et bien d'autres encore, le retrait est aujourd'hui encore très répandu. Mais c'est souvent « faute de mieux » qu'on y recourt, après un oubli de pilule par exemple ou lorsqu'on n'a pas pensé prendre de préservatif avec soi.

Après avoir souligné ses avantages, il est important de dire que ce moyen de contraception ne protège pas des infections sexuellement transmissibles (IST), et que son efficacité est très limitée. Si, comme toujours, il vaut mieux cette contraception-là que pas de contraception du tout, avec cette méthode seule le taux d'échec est élevé. Le retrait permet de réduire les risques de grossesse, mais il est loin de les supprimer. Le retrait est par exemple utilisé pour espacer les naissances ou dans le cadre une relation de confiance entre des partenaires sexuels qui se connaissent bien.

Cette technique est globalement très peu fiable puisque des pertes et des écoulements de sperme surviennent avant et après une éjaculation. En effet, même si les premières gouttes de sperme émises avant l'éjaculation contiennent peu de spermatozoïdes, cela peut toute de même être suffisant pour entraîner une fécondation. D'autre part, après

une éjaculation, le sperme met un moment à être évacué du corps. Le pénis qui contient toujours du sperme après l'éjaculation peut continuer à en libérer après coup, par exemple lors d'une deuxième pénétration même si celle-ci ne se termine pas par une nouvelle éjaculation.

Ainsi, même si la technique du retrait est pratiquée avec soin, il est presque impossible dans un rapport de pénétration de s'assurer qu'à aucun moment le sperme n'entre en contact avec les organes génitaux féminins. Son efficacité aléatoire est donc souvent cause d'anxiété. Et l'on comprend que les femmes qui, avec cette méthode dépendent de leur partenaire, aient du mal à vivre sereinement le rapport sexuel. D'autant qu'il n'est pas rare que des hommes proposent cette méthode dans le seul but d'obtenir un rapport sexuel sans s'embarrasser de préservatif et sans égard pour son efficacité et les angoisses qu'elle génère. Considérant que la technique du retrait est des plus simples, ils pensent être tout à fait capable de la maîtriser. Pour convaincre leur partenaire, ils n'hésitent pas à afficher une confiance à toute épreuve dans leur capacité à contrôler leur excitation et leur éjaculation.

Plus que d'autres méthodes, le retrait peut donc encourager certaines dispositions que les hommes acquièrent au cours de leur socialisation : croire (et faire croire) que tout est sous contrôle. Avoir une confiance démesurée en soi et vouloir être seul « maître à bord » sont, dans nos sociétés patriarcales, des caractéristiques du genre dominant, le genre masculin. Ce type de comportements genrés ne fait bien sûr pas bon ménage avec une contraception responsable et efficace.

Le préservatif « externe » ou « masculin »

Le préservatif ou la « capote » est un moyen de contraception efficace qui a aussi l'avantage d'offrir une protection contre les IST – du moins si les modalités de son utilisation sont bien respectées. Chez les utilisateurs de capote, la fonction « prophylaxie » (protection de la santé) arrive même souvent devant la fonction « contraception ». Rappelons-le : le préservatif masculin se présente sous la forme d'un étui fin, souple et élastique, composé de latex ou de polyuréthane. Il se déroule sur la verge et retient le sperme dans un réservoir situé à

l'extrémité. Même si le coït interrompu est encore très pratiqué, le préservatif est certainement le moyen de contraception masculine le plus connu et le plus répandu aujourd'hui dans le monde. Il est utilisé par plus de 10% des personnes (hommes et femmes) qui recourent à la contraception. Ce pourcentage est un peu moins élevé en France où la pilule (55%) et le stérilet (30%) sont beaucoup plus utilisés. Il faut souligner qu'au Japon, la capote est même la méthode de contraception la plus répandue (70%), loin devant la pilule, le stérilet ou la stérilisation féminine.

Le préservatif a une histoire. Elle est même racontée par les principales marques, Durex ou Manix, qui vantent leurs produits sur Internet. On préférera quand même d'autres sources (Fontanel/Wolfrohm, 2009). Grosso modo, on retient que le préservatif n'est pas né avec l'exploitation industrielle des vertus du caoutchouc (le suc de l'Hévéa). Les ancêtres de la capote en occident sont la vessie de chèvre et l'intestin de mouton déjà utilisés dans la Grèce antique. Même si l'usage de moyens de contraception est fermement proscrit et réprimé par l'Eglise, le préservatif artisanal à base de boyau de mouton ou d'agneau fait parler de lui dès le 16^e siècle en Europe. On met en avant le rôle qu'il joue dans la lutte contre les maladies vénériennes. Comme aujourd'hui, la vocation prophylactique du préservatif apparaît souvent comme première. On imagine bien que prémunir les hommes contre les désagréments d'une « chaude-pisse » passe avant le souci d'éviter pour les femmes l'« embarras » (la grossesse) ou les risques de mourir d'un avortement ou « en couche ». Quoi qu'il en soit, l'efficacité de ce fourreau à peau de bête est très aléatoire.

À l'exception du monde de la prostitution et des cercles libertins, l'usage des capotes est alors marginal. Le préservatif reste un accessoire rare et cher jusqu'au 19^e siècle qui voit l'apparition des préservatifs en latex. Plus solides, les capotes en caoutchouc arrivent sur le marché à point nommé pour endiguer la progression de la syphilis qui fait des ravages au début du 20^e siècle. Bien que l'usage du préservatif reste confidentiel en raison de son prix encore élevé, ainsi que de son maniement compliqué et de son odeur vécus comme un obstacle au plaisir, il progresse dans les classes moyennes, notamment en Angleterre. Le mouvement s'amplifie dans les années 1930 avec la commercialisation d'un nouveau type de préservatif (à base de latex

trempe), plus fin et sans odeur. Mais la disparition progressive des maladies vénériennes (vaincues par les antibiotiques) et, surtout, l'arrivée de la pilule contraceptive, freine considérablement ce mouvement. La capote prend un coup de vieux et le marché se tasse dans les années 1970.

C'est l'apparition du sida au début des années 1980 qui permet au préservatif de revenir en force, devenant un objet incontournable des nouvelles politiques de santé publique. Pour freiner la progression de l'épidémie, on lance des campagnes de promotion du préservatif en direction plus particulièrement de la jeunesse. Son prix baisse sensiblement (opération « capote à un franc » en 1994) et des distributeurs sont installés dans les lycées. Une génération grandit avec la peur du sida et la capote comme accessoire indispensable de la sexualité. « Sexe, capote et Rock n' roll » est même le slogan de la célèbre émission de radio pour ados *Love in fun* (Fun radio).

Depuis cette époque la capote est associée à la maladie, au danger et à la mort. Aujourd'hui très utilisée, elle aussi de plus en plus rejetée. L'usage de la capote est en effet d'autant plus vécu comme une contrainte illégitime, un frein au plaisir et à la liberté individuelle, que la menace du Sida semble se dissiper. Depuis le milieu des années 1990, la vigilance a effectivement nettement faibli. Comme dans les pays du Nord on ne meurt presque plus du Sida, principalement en raison des trithérapies, on considère de plus en plus que le port de la capote n'a plu lieu d'être « obligatoire ».

Malgré cela, la grande majorité des jeunes utilise toujours un préservatif lors des premiers rapports. Et les associations comme les autorités sanitaires continuent le travail de prévention en insistant sur les avantages doubles du préservatif, moyen de contraception et de protection. Quant aux industriels du secteur, ils déploient de gros efforts d'ingénierie et de marketing pour adapter leurs « produits » et les transformer en objets de désir. Pour casser l'image de la capote considérée comme un inhibiteur du plaisir, l'accent est mis sur le confort et, justement, sur le plaisir.

On peut se réjouir de la place ainsi accordée à la question du plaisir. Mais on peut aussi questionner les représentations de la sexualité véhiculées avec toute cette ingénierie autour de la capote. Ces efforts ne

participent-ils pas au renforcement des normes sexuelles dominantes en mettant la priorité sur l'amélioration des sensations de la pénétration ? On se demande en effet si cela n'aboutit pas à réaffirmer la centralité, voire même la nécessité, du coït – surtout hétérosexuel et vaginal. Comme si l'un des enjeux sous-jacents était d'éviter qu'on ne se détourne de la pénétration considérée par beaucoup comme un synonyme de sexualité et la condition d'un rapport sexuel abouti. On aura l'occasion de revenir sur ce point.

La technologie progresse et le marché de la capote fantaisie profite du boom de celui des accessoires de plaisir (*sex toy*). On trouve des préservatifs de toutes les formes, textures et pour tous les « goûts » (fraise, vanille...). Ils promettent toute sorte de sensations (retardateur, stimulant...) en association, ou non, avec des accessoires tels que les anneaux vibrants. Forcément, le prix de vente augmente. Est-ce le seul moyen pour que la capote ne se ringardise pas, pour que tombent certaines réticences à son utilisation ?

Parmi les arguments en sa faveur, il n'est pas inutile de rappeler que le préservatif est un moyen de contraception non médicamenteux et efficace (contrairement à ce qu'on peut entendre au sujet des « capotes qui pètent », il est très rare qu'un préservatif cède - les échecs tiennent quasi tous à un mauvais usage). Mais surtout, lui seul (avec son équivalent pour femme, le préservatif féminin commercialisé sous la marque Femidom) protège des IST. Pour cette raison, il fait partie des contraceptifs privilégiés par celles et ceux qui ont des partenaires sexuels multiples. Mais aussi, par les plus jeunes et par celles et ceux qui démarrent leur vie (hétéro)sexuelle. Un passage obligé en quelque sorte avant que la relation ne devienne « sérieuse » et que les tests de dépistage des IST ne prouvent l'absence de danger pour les partenaires.

Voilà pourquoi le préservatif continue d'être perçu comme un contraceptif « de jeunesse », un passage obligé avant l'entrée dans l'âge adulte de la contraception auquel la monogamie et le couple stable et durable sont censés correspondre – le choix du couple « installé » se portant alors quasi « naturellement » vers la pilule ou tout autre contraceptif féminin. Du fait de ses nombreux avantages, on peut déplorer que le préservatif ne soit que rarement envisagé comme une contraception de couple à part entière. Pour beaucoup, le recours au

premier moyen de contraception masculin continue d'être imposé par les circonstances (multipartenariat, oubli de pilule, problème avec les contraceptifs féminins, etc.) plus qu'il n'est choisi pour lui-même.

La vasectomie

Pratiquée sur le corps masculin, la vasectomie est une petite opération consistant à sectionner ou à obstruer un canal (le canal déférent) situé entre les testicules – lieu de production des spermatozoïdes – et la prostate – lieu de fabrication du sperme. Le but de cette opération est donc de barrer mécaniquement la route aux spermatozoïdes pour les empêcher de sortir du corps lors d'une éjaculation. Il s'agit d'une intervention chirurgicale bénigne qui se pratique sous anesthésie locale ou générale (pour des raisons de confort). Après avoir été opéré, un homme vasectomisé est infertile. C'est-à-dire qu'il n'y a plus trace de spermatozoïdes dans son sperme. Mais il continue d'avoir des érections et d'éjaculer comme avant.

Même si l'on associe généralement la vasectomie à la stérilisation, on peut tout à fait la considérer comme un moyen de contraception à part entière. Faut-il qualifier cette méthode de « permanente » ou de « définitive » ? Les avis divergent. S'il est plus prudent de la présenter comme définitive pour ne pas alimenter de faux espoirs de réversibilité, il faut quand même signaler que des techniques de reconstitution du canal existent. Il est donc possible techniquement de revenir en arrière. Ces techniques de reperméabilisation (ou « vasovasostomie ») sont même de plus en plus efficaces. Des études montrent que les chances de réussite de cette reconstitution s'élèvent à environ 80% (Mieusset, Souffir, 2012). Toutefois, l'intérieur du corps humain est plus complexe qu'un réseau de « tuyauterie » dont on pourrait sectionner et « re-souder » des parties. La section ou la ligature du canal peut entraîner des nécroses, et quand les spermatozoïdes ne sont plus évacués, le corps finit par produire des anticorps qui leur sont toxiques. En outre, plus le temps s'écoule entre une vasectomie et une reconstitution du canal, plus les chances de redevenir fertile se réduisent.

Considérons donc que la réversibilité de cette méthode n'est pas garantie. Et rappelons qu'elle ne protège pas des IST. Elle a néanmoins de nombreux avantages. La vasectomie est en effet un moyen de contraception fiable, simple, sans effets secondaires, et peu coûteux (gratuite en France pour les bénéficiaires de la CMU, l'opération est remboursée par la Sécurité sociale à hauteur de 60 €, le reste étant la plupart du temps pris en charge par les mutuelles de santé).

Malgré ses avantages, la vasectomie est très peu connue et pratiquée en France contrairement à des pays comme l'Inde, la Chine, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne ou l'Allemagne où elle s'est progressivement imposée, à partir des années 1960 pour figurer aujourd'hui parmi les moyens de contraception de couple les plus utilisés. Des disparités importantes existent donc entre les pays où se pratique la vasectomie : autour de 500 000 par an aux Etats-Unis contre seulement 1000 en France. Ce qui représente plus de 9% des américains vivant en couple et un infime pourcentage de français dans la même situation (Jardin, Izard, in *La contraception masculine*, 2013).

Longtemps associée à une mutilation, une pratique « contre-nature » et choquante pour la morale, la stérilisation volontaire a peiné à sortir du flou éthique et juridique dans lequel elle végétait en France. Malgré le vote de la loi Neuwirth (1967) et la signature par la France de la convention européenne reconnaissant la stérilisation à visée contraceptive (1975), l'ordre médical a continué à rejeter la vasectomie au prétexte de son illégalité (Jardin, Izard, 2013). Comme pour la stérilisation volontaire des femmes, le cadre dans lequel la pratique de la vasectomie doit être effectuée n'a été précisé qu'en 2001, dans la loi relative à l'IVG.

Depuis cette date, toute personne majeure et volontaire peut y avoir recours, à condition de s'engager par écrit et de respecter un délai de réflexion de quatre mois. C'est un droit. Mais dans la réalité les choses ne sont pas aussi simples. En France où l'idéologie nataliste est très ancrée, les médecins généralistes sont mal informés et majoritairement hostiles à la stérilisation en général et à la vasectomie en particulier. Ils ne la recommandent jamais et se contentent, au mieux, de répondre aux rares sollicitations (Ventola, 2013).

Dans ce contexte, se faire vasectomiser quand on n'a pas le « profil » – c'est à dire quand on n'a pas la quarantaine et deux enfants

au moins – relève encore malheureusement de l'exploit. Pour les personnes jeunes et/ou sans enfants, c'est en effet un vrai parcours du combattant (collectif, 2011). Les chirurgiens urologues qui pratiquent l'opération sont rares. Et ceux qui acceptent de la faire à un client qui n'a pas le bon « profil » encore plus.

En effet, les médecins n'hésitent pas à utiliser la « clause de conscience » derrière laquelle ils ont le droit de s'abriter pour refuser de réaliser cette opération. Peu importe la raison, le résultat est de faire obstruction à la volonté des personnes qui s'adressent à eux. Alors qu'ils ont le devoir d'aider ces dernières à se forger un avis éclairé, certains médecins, moins honnêtes, ne pratiquent que la dissuasion : allongement du délai de réflexion, imposition d'un suivi psychologique, etc. Et au lieu d'aiguiller les personnes vers d'autres praticiens, ils utilisent tous les subterfuges afin d'éloigner de cette option ceux qui l'ont pourtant choisie en connaissance de cause.

D'autres médecins conditionnent leur acte à l'engagement du patient de conserver son sperme par congélation – autrefois gratuite cette pratique à un coût : une soixantaine d'euros par an. Même si les opposants à l'aide médicale à la procréation s'en offusquent sans doute, la possibilité de conserver son sperme dans l'optique de l'utiliser plus tard pour procréer par insémination artificielle est en soi une bonne chose – elle permet de ne pas considérer la vasectomie comme une stérilisation définitive. Mais que des médecins imposent aux personnes souhaitant une vasectomie de passer par la congélation de leur sperme l'est beaucoup moins.

Ces pratiques qu'il faut dénoncer et qui constituent des obstacles bien réels au libre recours à la vasectomie, discriminent une certaine frange de la population (Winckler, 2007). Mais elles n'expliquent pas à elles seules que la vasectomie reste encore confidentielle en France. Depuis qu'elle est autorisée, elle n'a bénéficié d'aucun soutien public ni politique. Si elle est désormais mentionnée dans des supports d'information sur les moyens de contraception disponibles, elle n'a jamais fait l'objet de campagnes d'information spécifiques. Certes, il est convenu que la stérilisation contraceptive facilite souvent la vie des couples qui ont eu des enfants et ne veulent plus prendre le risque d'en avoir d'autres. Mais même dans ces cas là, elle reste marginale. Contrairement à d'autre pays, elle continue de souffrir d'une très

mauvaise image. Elle renvoie au spectre de l'eugénisme, de la stérilisation forcée et de la sélection raciale. Et la vasectomie, précisément, est encore associée dans les imaginaires à la castration. La perte d'une part « sacrée » de la masculinité.

Lorsque les réticences à la stérilisation contraceptive (pour soi ou son couple) sont levées, on constate que les hommes et les femmes ont droit, là encore, à un traitement différent. Quand un couple hétérosexuel ne désire plus d'enfant et songe à un moyen de contraception définitif, la vasectomie n'est presque jamais proposée par les médecins, généralistes ou gynécologues. La coutume veut que ce soit la femme qui se fasse stériliser. Même dans les rares cas où l'homme se montre disposé à effectuer l'opération, les médecins ont tendance à conseiller une méthode féminine.

Aucune raison médicale ne peut justifier cela. Certes, aujourd'hui les femmes disposent d'une nouvelle méthode (Essure) peu contraignante et qui ne nécessite pas d'anesthésie. Geste simple et peu coûteux, même si la vasectomie est une méthode plus efficace que son équivalent féminin, elle reste moins prescrite. Il ne faut pas sous-estimer ici les raisons pécuniaires à cela. L'acte médical est moins bien « côté », une stérilisation féminine coûte plus chère et rapporte donc plus au patricien. Mais pour bien comprendre, il faut surtout prendre en considération le poids des habitudes sexistes qui, dans le milieu médical comme ailleurs, continuent d'enfermer les femmes dans la fonction reproductive. Du chemin reste encore à faire avant que les mentalités ne changent et pour que les hommes prennent une part plus importante dans la contraception. La vasectomie devrait alors pouvoir venir élargir l'offre contraceptive pour les hommes.

Mais encore ? Quelles alternatives ?

Si le retrait, le préservatif et la vasectomie sont souvent présentés comme les trois seules pratiques et techniques contraceptives pour les hommes, ce serait dommage de s'arrêter là. D'autant plus qu'en réalité les hommes peuvent être impliqués dans une multitude de manières d'envisager la sexualité qui évitent les actes féconds.

L'abstinence

Pour les hétérosexuels, la manière la plus simple de ne pas faire d'enfants, c'est de ne pas « faire l'amour ». « Y'a qu'à pas baiser ! », comme le dit cette femme devant la caméra de Carole Roussopoulos filmant en 1971 une manifestation pour le droit à l'avortement. C'est bien de se rappeler du bon sens populaire, y'a qu'à pas baiser, en effet ! Toutefois, nous ne sommes pas là pour prêcher l'abstinence comme le font le pape et tous les agents de la répression sexuelle. Mais il faut pourtant mentionner ici le fait que pendant longtemps l'abstinence temporaire a constitué une véritable méthode anticonceptionnelle – dont l'efficacité grandit à mesure que la connaissance du cycle et du fonctionnement de l'appareil reproducteur féminin progressait. La pratique contraceptive de l'abstinence renvoie à une multitude de méthodes dites « naturelles » plus ou moins fiables (notamment la méthode « Ogino », et la méthode dite « des températures » ou « sympto-thermique »). Le respect de la règle de l'abstinence que des couples décident de mettre au point repose sur la coopération des hommes. Voilà pourquoi, il est possible de la mentionner parmi les méthodes de contraception à part entière à laquelle ils peuvent contribuer.

Par ailleurs, au delà de la pratique de l'abstinence, il est possible pour les hommes, comme pour les femmes, de partager de la sexualité et d'avoir des relations intimes sans risquer une grossesse. Mais cela passe par une remise en cause des pratiques et de l'imaginaire sexuels dominants. Et la plupart du temps la dimension contraceptive de ces manières moins conventionnelles de vivre sa sexualité est occultée. Il est donc important de la mettre en lumière ici.

Faire du sexe autrement : questionner la norme pénétrative et la sexualité coïto-centrée

Pour commencer, il est important de rappeler que, dans les représentations et les pratiques sexuelles dominantes, le coït reste central. Et le plus souvent celui est réduit au seul coït vaginal, plus précisément à l'intrusion du pénis de l'homme dans le vagin de la femme. On considère en effet qu'une sexualité hétéro épanouie passe nécessairement (voire uniquement) par le coït vaginal, et par l'éjaculation qui vient forcément parachever l'union charnelle. En dehors de ce script sexuel dominant, point de salut ! On serait condamné à ne vivre qu'une sexualité « immature » (comme le diraient des psychanalystes), partielle, inaboutie, amputée de son meilleur morceau. Il n'est pas inutile de rappeler que le prisme du « coïto-centrisme » est un legs de la pratique de la sexualité orientée vers la reproduction et parfaitement arrimée aux normes hétérosexuelles. Dominante, cette sexualité organisée autour de la pénétration et du plaisir masculin (et de l'organe auquel on le relie systématiquement, le phallus), est l'un des vecteurs de la domination masculine et de l'hétérosexisme. Un travail devrait donc être mené, par les hommes en premier lieu, pour décoloniser nos imaginaires sexuels.

Que l'on se rassure. Il est tout à fait possible de vivre pleinement une sexualité hétéro hors de ce scénario enfermant. Contrairement aux idées largement répandues, tout ce qui ne relève pas du coït *stricto sensu* ne doit pas être considéré comme « de simples préliminaires », des « rapports incomplets ». Et l'éjaculation ne doit pas être considérée comme la seule façon pour un homme d'atteindre le plaisir sexuel dans un rapport. Il est important de rompre avec cette vision dominante de la sexualité. « Faire l'amour » ce n'est pas synonyme de pénétration et d'éjaculation vaginales. Il faut donc donner toute leur place à des pratiques érotiques alternatives et pas forcément génitales comme les massages, les caresses, les baisers, les pénétrations avec des objets ou d'autres parties du corps, etc. D'autant plus que, c'est ce qui nous intéresse ici, ces pratiques ont des vertus contraceptives.

S'agissant des pratiques de pénétration (hétéro)sexuelles, la fellation et la sodomie peuvent être sciemment envisagées comme alternatives à la pénétration vaginale dans un but contraceptif – on

n'oublie malheureusement pas que beaucoup de femmes y consentent non par envie mais pour éviter de s'exposer à un rapport potentiellement fécondant. Par ailleurs, et quelles que soient les pratiques auxquelles on s'adonne dans des rapports hétérosexuels, il est tout à fait possible d'éviter que ne survienne l'éjaculation. Certaines personnes, des hommes comme des femmes, choisissent en effet la pratique du sexe sans éjaculation. Et sans pour autant que cela n'altère leur plaisir, quoi qu'en pense ceux qui considèrent que l'absence d'éjaculation conduit automatiquement à la frustration...des hommes.

***contraception
masculine :
Regard sur des
recherches en
cours***

La contraception qui vient... ou pas

- « La première pilule contraceptive pour homme 100% efficace »,
Doctissimo, juillet 2000
- « Nouvelle donne pour la pilule masculine », *La Recherche*, 01 juin
2007
- « Bientôt une pilule contraceptive pour hommes », *Le Parisien*, 20 août
2012
- « Messieurs, voici la pilule contraceptive masculine », *La Dépêche du
Midi*, 30 mai 2012

On ne dispose que de peu d'informations sur le sujet. Si l'on en a le courage, on en glanera quelques-unes du côté de la presse scientifique et spécialisée. Régulièrement, des chercheurs publient les résultats de leurs découvertes et de leurs travaux en cours. Et tout aussi régulièrement la presse généraliste s'en empare pour évoquer, avec un optimisme hors de propos, la future pilule pour homme, ou le futur contraceptif masculin qui va – c'est sûr ! – révolutionner notre rapport à la contraception. On ne peut donc pas dire que les informations ne parviennent pas au profane. Pensez-vous, la pilule pour homme est un sujet suffisamment original pour que les journalistes s'y intéressent, régulièrement. Tout comme la tempête tropicale saisonnière ou les soldes, tous les six mois ou presque on peut s'attendre à lire un article sur le sujet où l'on évoque des recherches prometteuses en Inde, en Chine, en Indonésie, aux Etats-Unis, et même en France.

Bref, depuis des années maintenant, c'est un sujet rebattu. Certes, il n'est pas aisé, au final, de comprendre quelque chose à ces recherches auxquelles les journalistes qui leur donnent de l'écho sont les premiers à ne rien comprendre. Et cette petite rengaine qui revient sur la contraception masculine commence par être agaçante. D'autant plus que concrètement, tous ces comptes-rendus de travaux de recherche qui se présentent comme autant d'annonces de « la contraception masculine qui vient »...n'augurent jamais de rien. Comme l'Arlésienne, on n'en parle, on l'attend, mais on ne la voit jamais ! C'est lassant !

Mais comme on est persévérant, on a essayé de se renseigner et on a tenté de faire une petite synthèse de nos lectures et des discussions

qu'on a eues avec des spécialistes. Le but de l'opération est de dresser un panorama des recherches en cours. Tout cela, bien entendu, depuis notre position de profane et sans aucune prétention à l'exhaustivité :

Combattre l'infertilité reste un objectif prioritaire

Des spécialistes en endocrinologie, en génétique, et en biologie moléculaire planchent sur les questions liées à la fertilité. Mais on constate que dans ce domaine les réflexes natalistes continuent souvent d'orienter les recherches. Les efforts se concentrent en effet davantage sur les moyens de remédier aux problèmes d'infertilité. Et tout se passe comme si, maintenant qu'il existe des moyens fiables de contraception, la priorité devait « naturellement » être la lutte contre l'infertilité. Puisqu'il semble à tout le monde si « naturel » de chercher à se reproduire, il est tout à fait « normal » que la mission de la Science soit d'aider à la procréation. Socialement valorisé puisque lié à l'idée « d'encourager la vie », ce travail est perçu comme noble et gratifiant – bien davantage que celui qui consiste à limiter la fertilité et la fécondité.

Aussi la recherche des causes d'infertilité et l'assistance médicale à la procréation ont-elles fait de sérieux progrès. Concrètement les scientifiques sont mobilisés pour apporter des réponses aux couples désireux de s'épanouir dans leur projet d'enfant et de famille – du moins les couples « conformes », c'est à-dire hétérosexuels et monogames, même si l'évolution de la législation pourrait élargir, en France comme ailleurs, l'accès des couples de lesbiennes à l'aide médicale à la procréation, dans certaines conditions restreintes et contrôlées.

Pour bien comprendre, il faut également prendre en considération le défi scientifique que représente la lutte contre l'infertilité croissante des humains mâles. On entend qu'il est urgent de s'attaquer à un problème de taille. Des études en effet ont montré que la qualité moyenne du sperme a tendance à diminuer depuis plusieurs décennies dans les pays industrialisés. C'est le mode de vie et d'alimentation dans les sociétés capitalistes avancées qui est en cause. Faut-il s'en étonner ? Plus précisément, des scientifiques ont identifié les principaux responsables de la baisse de forme des spermatozoïdes : les

perturbateurs endocriniens, ces molécules qui affectent l'équilibre hormonal et que l'on retrouve naturellement dans l'environnement, mais aussi dans certains produits chimiques ou alimentaires (emballages, cosmétiques...). Avec le débat sur la toxicité des phtalates ou du Bisphénol A, la presse s'est faite l'écho du problème. Les conséquences de cette pollution sont susceptibles de devenir un problème majeur de santé public. Son ampleur serait telle que d'aucuns n'hésitent pas à faire la comparaison avec le réchauffement climatique.

Il est difficile de savoir si la crainte d'une catastrophe sanitaire, voire même d'une possible disparition de l'espèce humaine, est fondée. Et s'il ne s'agit nullement de minimiser l'importance du problème, la question pour nous est ailleurs. C'est la signification qui peut en être donnée qui nous pose problème. À cet égard, le titre du documentaire réalisé sur le sujet et diffusé sur Arte le 8 juillet 2011, est bien révélateur : « Mâles en péril » (Gilman et de Lestrade, ARTE France/Point du Jour, 2008). Le titre choc traduit bien l'une des principales angoisses générées par la pollution des perturbateurs endocriniens : la « dévirilisation » des hommes. Baisse de qualité de l'éjaculat, mais aussi problèmes de développement sexuel de l'embryon, réduction de la taille testiculaire, signes anatomiques de la féminisation des mâles, etc.

Ces anomalies sexuelles et reproductives (constatées chez l'animal) posent problème, oui. Mais pour certains le problème central ce serait la féminisation de l'espèce et la perte de la virilité des hommes. La confusion des genres, en somme ! Les hommes, les vrais, seraient en danger, tout comme l'identité masculine et la bicatégorisation hommes/femmes. Dans ce cas, la question est considérée à travers un prisme misogyne et sexiste qui fait de la différence entre hommes et femmes (pensés comme appartenant à des catégories rigides et opposées) une chose naturelle et sacrée. Sortir de ce prisme est donc un enjeu essentiel. La lutte contre les troubles de l'infertilité ne devrait pas être la seule priorité. C'est évident ! Comme il est évident qu'elle ne doit pas être empreinte de valeurs réactionnaires, motivée en premier lieu par le souci de panser, chez les mâles humains, une blessure narcissique en les rassurant sur leur identité et leurs capacités de reproduction.

Voilà quelques-unes des raisons expliquant que les spécialistes sont davantage impliqués dans la recherche de remèdes contre l'infertilité que de nouveaux moyens de contraception. L'innovation contraceptive ne semble aujourd'hui pas représenter un défi scientifique digne d'intérêt – à quelques exceptions près comme c'est le cas dans des pays où l'enjeu est de freiner l'explosion démographique en soutenant des politiques anti-natalistes (jamais complètement exemptes de dérives eugénistes). Voilà sans doute pourquoi les recherches sur de nouveaux contraceptifs masculins (chimiques ou non) avancent plus vite en Inde ou en Chine - même si l'Etat chinois semble être revenu sur sa doctrine antinataliste.

Réduire le nombre ou la mobilité des spermatozoïdes

Qu'il s'agisse d'essayer de résoudre des problèmes de la fonction reproductive ou d'améliorer les méthodes de contraception, des recherches sont donc menées sur la fertilité, en France et à l'étranger. Pour limiter la fertilité masculine, plusieurs pistes sont explorées. Certaines se concentrent sur les actions susceptibles d'**inhiber la fabrication des spermatozoïdes** (spermatogénèse). Cela consiste par exemple à repérer parmi les 30 000 gènes qui servent à la spermatogénèse, ceux qu'il serait possible de désactiver. Si l'on y parvenait, sans toucher aux gènes voisins, on disposerait d'un moyen de contraception non hormonal des plus efficaces. D'autres recherches s'intéressent à la **mobilité des spermatozoïdes**. L'objectif est d'identifier des molécules capables d'agir sur la capacité des spermatozoïdes à se mouvoir. L'idéal serait même de parvenir à les immobiliser complètement. Il n'y aurait dès lors plus de risque qu'ils se faufilent jusqu'à l'ovocyte pour le féconder. Voilà pourquoi il peut être pertinent de travailler sur les composantes de la « flagelle » (la queue des spermatozoïdes, en quelque sorte).

Arrêter la production de spermatozoïdes ou s'arranger pour fabriquer des spécimens franchement moins véloces. Voilà donc des pistes. Il en existe bien d'autres qui ciblent telle ou telle caractéristique

des gamètes mâles, tel ou tel organe de l'appareil reproducteur masculin, ou telle ou telle phase de son cycle. Il est impossible de les lister toutes ici mais on peut mentionner celle dont la presse s'est faite l'écho.

La Gendarusse (*Justicia Gendarussa*)

Il existe des plantes dont on pourrait exploiter certains principes pour la contraception. Des principes actifs extraits de plantes font depuis longtemps l'objet de nombreuses recherches dans l'univers bio-médical. Il est tout à fait admis que l'utilisation de produits que l'on trouve à l'état naturel représente une vraie perspective pour les besoins de la contraception. En Indonésie, des chercheurs travaillent à la mise au point d'une pilule contraceptive à partir d'une plante. Cette plante, la Gendarusse ou *Justicia gendarussa*, fait partie de la pharmacopée traditionnelle en Asie du Sud-est. Son jus soulage les douleurs et ses vertus contraceptives sont connus de longue date. En Papouasie Nouvelle-Guinée, elle est utilisée par des paysans pour retarder la mise au monde du premier enfant (l'usage veut qu'on y recourt en attendant que la totalité de la dot ait pu être réunie pour finaliser le contrat de mariage).

La composition chimique de la Gendarusse a été étudiée par des chercheurs et son principe actif est désormais identifié. Ce dernier permet de bloquer une enzyme sécrétée par le spermatozoïde et indispensable à la pénétration dans l'ovule. Produite par un groupe pharmaceutique indonésien, la pilule à base de Gendarusse attendrait (depuis 2010) la fin des tests sur des hommes volontaires, pour être mise sur le marché indonésien.

Précisons toutefois que même si ce procédé passait l'épreuve des tests sur les hommes et qu'une pilule était commercialisée en Indonésie, on a de grande chance de ne pas en voir de sitôt la couleur dans nos pharmacies. Les protocoles d'encadrement des tests et les contrôles de sécurité sanitaire sont plus draconiens, ici, dans le « Premier monde ». Le message est relativement clair. Il ne faudrait pas prendre le risque de toucher à la santé du mâle blanc. Il vaut mieux, le temps qu'il faut, laisser les hommes des pays du Sud jouer les cobayes

pour nous. Ce qui n'est pas sans rappeler ce qu'il s'est passé avec la pilule pour femmes, et bien d'autres médicaments – avant d'être mise à disposition des femmes occidentales, les premières pilules hormonales ont en effet été testées, dans les années 1950, sur des femmes portoricaines.

Les ultrasons

La presse généraliste en a parlé en 2012. Aux Etats-Unis, des recherches sur les effets des ultra-sons sont actuellement en cours. Les spécialistes savent depuis plusieurs décennies que les **ondes sonores à hautes fréquences** ont un effet nocif sur la formation des spermatozoïdes. Avec des techniques modernes, des chercheurs travaillent à mettre au point des séances d'ultra-sons sur les testicules de manière à obtenir, pendant environ six mois, une réduction significative du nombre de spermatozoïdes produits. Avec une ou deux séances d'exposition, cette technique serait plus efficace que l'hyperthermie (souvenez-vous du « remonte-couilles toulousain » !).

A priori indolore et peu couteuse, la technique des ultrasons actuellement à l'étude sur des rats pourrait figurer parmi les futurs contraceptifs masculins. Mais pas avant que les effets à moyen et long termes ne soient plus précisément identifiés, et à condition aussi, que la réversibilité soit garantie. Quant à la méthode, elle peut de prime abord faire peur. Bombarder les testicules d'ondes sonores avec une machine...voilà de quoi faire penser certains à de la torture moderne. Ce type de manipulation des organes génitaux masculins porte en effet en lui tout un univers de fantasmes liés à la castration. Comble de l'horreur pour beaucoup d'hommes, comme on le verra ! Même si l'on parvenait à lever les freins psychologiques et à rendre le procédé acceptable, et si son innocuité était avérée, il faudrait néanmoins attendre de longues années pour que cette méthode soit disponible. Encore une fois, cela relève encore de la science-fiction.

Le R.I.S.U.G et le Vasagel

Le R.I.S.U.G est l'acronyme de *Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance*. Il semblerait que ce procédé dont la presse s'est faite l'écho, soit considéré comme le candidat le plus sérieux au titre de contraceptif masculin du futur. Le R.I.S.U.G se présente sous la forme d'un **gel liquide** à injecter dans le canal par lequel cheminent les spermatozoïdes. Ce gel, composé d'un Polymère et d'un solvant, a la particularité de figer après injection, de manière à obstruer le canal déférent et à désactiver les spermatozoïdes qui entreraient à son contact. Il est dit que, efficace entre 5 et 10 ans après l'injection, l'effet contraceptif du R.I.S.U.G pourrait s'annuler à tout moment avec une injection d'un autre produit qui permet de liquéfier le gel et donc de rendre sa fertilité à l'homme qui y recourt. Il faut toutefois signaler que les chances de recouvrer une fertilité normale varient selon la durée durant laquelle le canal a été bloqué – avec le temps, les chances diminuent. Ce procédé peut donc s'apparenter à la vasectomie, à la différence notable qu'il serait, a priori, plus facilement réversible.

À l'étude en Inde depuis plus de vingt ans, le R.I.S.U.G est actuellement en phase de test avancé sur des hommes qui semblent ne pas avoir réagi négativement aux essais cliniques – un site Web recense les villes et les structures où les injections de RISUG sont pratiquées aux volontaires. Aux Etats-Unis, des chercheuses se sont intéressées à un procédé similaire développé sous la marque Vasagel. En 2012, la phase de test sur des animaux était en cours. Avec le R.I.S.U.G et le Vasagel, on aurait donc affaire à un moyen de contraception non hormonal, efficace, peu invasif, peu coûteux, sans effet secondaire constaté pour le moment, à la fois réversible et de longue durée. Mais encore une fois, même si le processus de développement de ce type de méthode est relativement avancé, on doute fort qu'elle soit rapidement disponible en France.

Ça avance, mais lentement. Des méthodes seraient déjà disponibles, mais pas près de chez nous. Face à ce constat, que faire ? Faut-il organiser des voyages à l'étranger pour les candidats à ces méthodes contraceptive en cours d'expérimentation ? Ou alors commencer à organiser des filières clandestines d'approvisionnement en Gendarusse, R.I.S.U.G ou Vasagel que des médecins complices accepteraient d'administrer à ceux qui le souhaitent ? Sans vouloir faire de provocation ni de parallèle malvenu avec la condition des femmes françaises obligées d'aller avorter à l'étranger dans les années 1960 et 1970 (et encore aujourd'hui quand le délai de 12 semaines est dépassé), la question se pose. Elle se réfère à deux principes. Celui de la liberté de choisir son moyen de contraception, d'une part, et celui de l'égalité de traitement entre hommes et femmes, d'autre part.

-Liberté de choix : ce principe libéral nous est sans cesse rappelé. Pourquoi ne s'appliquerait-il pas dans ce domaine ? Ainsi, où que l'on soit, devrait-on pouvoir accéder au moyen de contraception de son choix, s'il est disponible quelque part dans le monde. Ce choix devrait pouvoir être fait en toute conscience après avoir pris les renseignements nécessaires et avoir été informé des risques réels ou supposés.

-Egalité de traitement entre hommes et femmes. La grande majorité des femmes accepte les contraintes et les risques liés à la contraception. Pour partager cette charge, les hommes devraient donc eux-aussi se « mouiller »; accepter quelques contraintes et prendre quelques risques. Les femmes l'ont fait au moment où la contraception médicale s'est développée. Alors que de nouvelles méthodes sont à l'essai, les hommes en sont-ils capables, à leur tour ? Au prétexte que les moyens de contraception aujourd'hui disponibles pour les femmes sont jugés « satisfaisants » et quasiment sans danger pour la santé, il ne serait pas judicieux d'exposer les hommes à des « risques inutiles » avec ces méthodes encore peu sûres. Pourtant ce ne serait pas loin d'être la moindre des choses. Rééquilibrer les rapports entre les sexes passe aussi par là. Actuellement, la politique qui l'emporte est, dans l'intérêt des hommes, celle du « risque zéro ». Tant que les méthodes à l'étude n'auront pas prouvé leur totale efficacité et innocuité, elle ne sortiront pas des laboratoires. Comment ne pas considérer cela comme un excès

de prudence qui rend compte d'un traitement particulier réservé à une catégorie particulière, et particulièrement privilégiée, de la population : les hommes. Comme s'ils devaient bénéficier, ici aussi, d'un traitement de faveur. Pour eux, c'est la méthode de contraception parfaite, sans risque et sans contrainte, celle qui n'existera sans doute jamais... sinon rien ! La situation est somme tout confortable. Ils peuvent, nous pouvons, ne rien faire. Puisque que pendant ce temps, c'est sur les femmes que repose la charge contraceptive.

***Les freins au
développement de
la contraception
masculine***

Il est légitime de se poser la question et de chercher quelques explications. Encore trop peu de moyens de contraception existent pour les hommes et la recherche de nouvelles pistes progresse à pas de fourmis. Pourquoi ? Quelles sont les obstacles au développement d'une véritable « offre » contraceptive masculine ? Désintéret, manque d'argent, absence de demande, frilosité, problèmes « techniques »... ? Et Pourquoi la question de la participation des hommes à la contraception intéresse si peu ? Y-a-il des responsables de cette situation ? Si c'est le cas, qui sont-ils ? Voilà le genre de questions que nous nous sommes posés. Nous ne croyons pas plus au complot qu'à la fatalité. Cette situation est la conjonction de multiples facteurs sur lesquels il est tout à fait possible d'agir. On ne prétend pas avoir mené une étude approfondie sur le sujet, mais on a pu constater qu'il existe des hypothèses sérieuses...auxquelles on a toutes les raisons d'adhérer. Voici un rapide tour d'horizon.

À cause des garçons ?

Il faut le rappeler encore une fois, les hommes, nous, nous ne sommes pas très nombreux à nous préoccuper de la prise en charge de la maîtrise de la fécondité. Et puis quand on commence à s'en soucier, on constate que le choix est relativement limité et la marge de manoeuvre réduite. On aurait alors tendance à accuser la fatalité ou alors à chercher les causes et les responsabilités de cette situation ailleurs. Loin de nous. C'est bien plus facile comme ça ! Les médecins, les industriels, l'État, les femmes (qui, peut-on entendre, ne nous « laissent pas de place » !). Bref la société qui se fout du droit des hommes à la contraception.

Fardeau au féminin, confort au masculin

L'attitude qui consiste à reporter la responsabilité sur d'autres pour s'empêcher de se remettre en cause est bien connue. Nous-mêmes nous l'adoptons de temps à autre, plus ou moins consciemment. En réalité, il ne faut pas chercher bien loin. Ce sont en premier lieu les hommes, dans la très grande majorité, qui sont responsables de cette

situation. Se sentant peu concernés, ils ont tendance à se satisfaire du maintien du *statu quo*. Depuis plus de quarante ans les femmes disposent de moyens de contraception médicales efficaces et les utilisent massivement. Cette avancée a bénéficié en premier lieu aux femmes. Mais elle a également bénéficié aux hommes, même s'ils ont eu tendance à se plaindre d'avoir perdu le contrôle sur la fonction reproductive des femmes.

Depuis l'arrivée sur le marché de la pilule, les hommes aussi jouissent du confort psychologique de pouvoir faire l'amour sans craindre une grossesse. Et pour cela, ils n'ont rien, ou si peu, à faire. Contrairement à la situation antérieure à l'arrivée de la pilule, époque où l'homme jouait un rôle plus actif – avec le retrait ou le préservatif – désormais, dans la division du travail contraceptif, les femmes se chargent de (presque) tout. Aux femmes, la préoccupation, l'anticipation, la contrainte, la prise en charge matérielle et le coût physique et physiologique (effets secondaires) de la contraception. Quant aux hommes, ils ont tout le loisir de se tenir à l'écart et de se concentrer égoïstement sur leur plaisir, heureux de pouvoir se décharger sur les femmes du poids de ce fardeau.

Comme on l'a dit, il ne s'agit pas de dire que ce constat vaut pour tous les hommes, ni d'occulter que des hommes participent, dans une certaine mesure, à la démarche contraceptive. Tous ne sont pas complètement passifs ni heureux de se décharger sur les femmes. Certains s'assurent même scrupuleusement et en toute circonstance de ne jamais se mettre en situation de provoquer une grossesse. Ils choisissent de prendre les devants et, ainsi, de ne pas dépendre de leurs partenaires. D'autres proposent systématiquement l'usage du préservatif, l'appliquent eux-mêmes et s'assurent de sa bonne manipulation. D'autres encore participent aux frais liés à la contraception, aident leur partenaire à penser à prendre la pilule ou l'accompagnent chez le gynécologue (Desjeux, 2012).

Cette participation est tout de même limitée. Rarement à l'initiative, c'est souvent lorsque que les hommes se retrouvent dos au mur qu'ils consentent à s'impliquer d'avantage. Pour pallier à un oubli ponctuel de pilule par exemple. Mais aussi lorsque des femmes rencontrent des problèmes avec les contraceptifs féminins, quand leurs contre-indications ou leurs effets secondaires sont trop importants. La

contraception masculine – le retrait, le préservatif ou, plus marginalement les hormones – vient alors au secours du couple. C'est bien malheureusement souvent dans ce type de situation qu'elle parvient à s'imposer comme une véritable alternative dans la durée.

Comme les hommes qui se soucient de la contraception ne sont pas la majorité, ceux qui en font un peu plus que la moyenne bénéficient souvent de gratifications symboliques. Il font figure de « mâle à part », on salue leur initiative et on les montre en exemple. Leurs compagnes et leurs amies n'hésitent pas à valoriser leurs actes, ce qui augmente leur capital sympathie, notamment auprès des femmes, et peut se transformer en arme de séduction. On peut donc dire que cette situation est, pour eux, doublement avantageuse. Dans la division sexuée du travail contraceptif, non seulement ils continuent d'en faire moins que les femmes, mais ils réussissent à tirer de ce travail une *plus-value* symbolique non négligeable.

Dans ces conditions qui leur sont favorables, quels intérêts les hommes auraient-ils à faire bouger les choses ? Pourquoi voudraient-ils assumer davantage leur part de responsabilité, perdant ainsi le bénéfice de l'irresponsabilité ? Pourquoi devraient-ils se mettre à réclamer la mise à disposition de moyens de contraception destinés aux hommes ? Il n'est pas étonnant que ces derniers ne poussent pas dans cette direction. L'expérience collective d'ARDECOM a été une parenthèse très vite refermée. Elle n'a pas débouché sur un mouvement d'hommes organisés et suffisamment nombreux pour faire pression, à l'instar des femmes et du mouvement féministe des années 1960-70, sur les pouvoirs publics (pour faire évoluer la législation), et sur l'industrie pharmaceutique (pour assurer des débouchés à la contraception médicamenteuse). Hormis quelques hommes encore intéressés par la question, personne ne réclame aujourd'hui activement la mise au point de nouveaux contraceptifs masculins. Non, s'il y avait réellement une « demande », pour reprendre les catégories des économistes, il y aurait certainement déjà une « offre ». Certes on nous dit qu'une majorité d'hommes dans les sociétés du Nord seraient prêts à faire le pas...à condition que l'offre suive...

À l'instar de Bernard Jégou, directeur de l'Irset (Institut de recherche sur la santé, l'environnement et le travail) interrogé par *Libération* (20-08-2012), quelques spécialistes de nature plutôt

optimistes considèrent que les résultats de sondages suffisent à attester du « changement des mentalités », du côté des hommes. On peut toutefois en douter. - « Oui, bien sûr ! Je suis prêt ! ». Il est des questions qui appellent des réponses... consensuelles. Comme : « seriez-vous prêt à essayer pour vous une méthode de contraception masculine ? ». D'autant que les réponses positives à ce type de question offrent en miroir au répondant une image tout aussi positive de lui-même. Tout comme des personnes racistes ou homophobes se disent tolérantes et favorables à l'égalité, des hommes tout à fait à l'aise dans le rôle passif peuvent aisément se dire prêt à passer à l'acte le moment venu, en essayant sur eux-mêmes une pilule, par exemple. Entre les discours et les pratiques, il y a un monde, même plusieurs.

La douleur, non merci !

Les hommes ne semblent pas prêts à prendre plus de responsabilités dans la contraception, et encore moins à jouer les cobayes. Pour cela plusieurs raisons. On vient de voir qu'il leur est difficile d'abandonner le confort que la situation actuelle leur procure. Mais la peur de la douleur fait également partie des réticences souvent évoquées. Pour que des hommes acceptent que leur corps reçoive la contraception, on nous dit qu'il faudrait que l'acte ne procure aucune souffrance, ni même aucune gêne. Une piqure par exemple, en intramusculaire de surcroît, très peu pour eux ! C'est du moins le constat auquel parviennent des spécialistes qui se prononcent sur les chances de l'acceptation de la contraception hormonales par injection.

Les hommes auraient-ils peur d'une petite piqure ? L'argument peut légitimement paraître suspect d'autant que les hommes entretiennent généralement des rapports violents à leur corps. Les rôles de genre mettent les hommes aux prises avec la souffrance physique. On leur apprend très tôt à se comporter en « homme ». Cela requiert un minimum de qualités viriles et passe par l'acceptation de la douleur. Cette douleur, il faut même ne pas hésiter à la braver. C'est le cas dans des pratiques sociales très ritualisées dans lesquelles les hommes occupent une place centrale : guerres, bagarres pour défendre son honneur, défis physiques, sports extrêmes.... Mais alors pourquoi se montreraient-ils si douillets en ce qui concerne la contraception ? S'ils

n'acceptent pas, ici, de se faire violence, c'est sans doute parce qu'ils jugent que cela n'en vaut pas la peine. Ce n'est en effet pas une douleur dont on peut tirer grand avantage, hormis les gratifications symboliques dont on a parlé plus haut. Il est difficile de pouvoir s'en vanter auprès d'autres hommes. Une piqure à visée contraceptive ça ne fait pas très viril. C'est même plutôt risible.

Par ailleurs, l'argument de la douleur, ou de la gêne possiblement occasionnée par telle ou telle méthode contraceptive, nous semble être un prétexte fallacieux pour abandonner rapidement tout effort de recherches d'alternatives à ce qui existe déjà. On ne dit pas qu'il est normal de souffrir pour disposer d'une contraception efficace. Lorsqu'elle n'est pas souhaitée, la douleur n'est jamais souhaitable. Pour quiconque. Mais ce constat nous rappelle que le rapport à la contraception est différent selon la position (sociale) occupée dans les rapports sociaux de sexe. Pour les femmes hétérosexuelles, l'accès à des moyens efficaces est presque toujours une nécessité, qui peut passer par l'acceptation de certains coûts (contraintes, douleurs, dangers pour la santé...). La pose d'un stérilet n'est jamais franchement agréable ni les vomissements que peut occasionner la prise de la pilule du lendemain. A contrario, très peu d'hommes ressentent cette nécessité au point d'accepter, pour eux, ce type de coûts. Ils jouissent bien là d'un privilège.

Ces parties-là sont sacrées

Pour le reste, il faut bien dire que toucher à la capacité de reproduction des hommes n'est pas une mince affaire. Il existe en effet des freins qui sont autant d'ordre culturel que psychologique. Cette résistance est bel et bien construite. Elle tire son origine de l'apprentissage social de la masculinité, de ses codes, ses valeurs, et ses mythes. Ainsi, certaines parties de l'anatomie (comme l'appareil génital) et fonctions biologiques (comme la fonction de « virilisation » que jouent, à partir de la puberté, les hormones) sont considérées, traditionnellement, comme le siège de l'identité masculine, le socle de la personnalité d'un homme, un vrai. Y toucher, même sans risquer de quelconques modifications substantielles ou irréversibles, apparaît comme un odieux sacrilège. Une atteinte à l'intégrité virile du corps des hommes.

Voilà pourquoi l'administration d'un produit affectant la chimie masculine fait si peur. Quand on se confronte à la question, c'est comme si tout de suite on se demandait : mais comment vivre, quand on est un homme, avec la crainte d'une perte possible de son appétit sexuel et de la modification de son apparence, de sa pilosité à la taille de ses testicules, etc ? Quant à l'idée d'une infertilité, même temporaire, elle en effraye également plus d'un. Pour certains il est clair qu'un homme ne peut être véritablement un homme que s'il possède la capacité de se reproduire ? Il paraîtrait même que c'est ça qui fait son charme. Pouvoir s'assurer et offrir à l'autre une descendance, être un géniteur potentiel en puissance, garantir que son sperme est porteur de vie, c'est cela qui semble compter.

Parce que l'infertilité casserait le charme, anéantirait le *sex appeal* d'un homme dès lors que les femmes l'apprenaient. Voilà une croyance solidement ancrée dans les têtes et qui relève de l'idéologie hétérosexiste dont les défenseurs ont pu bruyamment se faire entendre en France à l'occasion des débats sur le mariage homosexuel. Pour eux l'instinct « animal » de reproduction existe chez l'homme. Il aimerait naturellement les femmes et les hommes. Voilà pourquoi un homme sans semence fertile perdrait son pouvoir d'attraction...Il ne faut donc pas perdre de vue que ces idées sont encore répandues. Elles entraînent une résistance symbolique qu'il faut faire tomber pour que des moyens de contraception puissent être acceptés par les hommes, tels que la vasectomie ou les méthodes chimiques, par exemple.

Sexualité augmentée mieux que fertilité inhibée

Les rares retours d'expérience et témoignages dont on dispose montrent que les hommes redoutent les effets qu'ils associent aux pilules en particulier et aux méthodes médicales en général : stérilité, prise de poids, changements d'humeur, augmentation des risques de cancer, etc. À cette perception, sinon négative du moins ambivalente, des effets des contraceptifs médicamenteux, s'ajoutent toute sorte de fantasmes et d'angoisses irrationnelles qui touchent à la dévirilisation-féminisation. Sans compter que la **confusion habituelle entre infertilité et impuissance** renforce l'appréhension d'une perte de libido et de capacité érectile, chez celui qui prendrait ce type de méthode. Il ne faudrait

quand même pas que la contraception hormonale affecte le plaisir masculin ! On ne rigole pas avec ça. S'ils s'inquiètent des effets possibles de la prise d'hormones sur leur performance sexuelle et l'intensité de leur plaisir, ils sont par contre beaucoup moins prompts à se demander si les contraceptifs féminins ont un impact sur les désirs et le plaisir de leurs partenaires. Là encore deux poids, deux mesures. Pour les hommes, l'éventualité d'un tel risque, même très faible, semble suffire à dissuader les plus volontaires de tester sur eux de nouveaux contraceptifs.

Ainsi, on peut dire que les hommes qui ne veulent pas d'enfants refusent souvent la moindre prise de risque quand il s'agit de limiter leurs capacités reproductives. Or les hommes, qui souhaitent ou non des enfants, semblent moins regardant quand il s'agit d'augmenter leurs capacités sexuelles. Il n'y a qu'à voir l'engouement suscité par la mise au point d'une pilule contre l'impuissance. Pour beaucoup, le Viagra est apparu comme un produit miraculeux. Lorsqu'il a été mis sur le marché, des hommes se sont rués dessus. Pas seulement ceux, d'ailleurs, qui souffraient de troubles de l'érection. Et la peur des effets secondaires de cette pilule magique n'est pas franchement apparue comme un facteur de dissuasion. En 2012, 710 000 hommes y ont recours, ce qui représente 13 millions de comprimés selon le laboratoire qui commercialise cette pilule !

On a du mal à imaginer qu'une pilule contraceptive pour homme rencontre le même succès demain. Dans nos sociétés encore dominées par l'imaginaire viril, les hommes ont en effet plus à gagner avec un produit qui augmente (ou leur fait croire qu'il le fait) leurs capacités sexuelles, qu'avec un produit qui permet de contrôler leur fécondité – d'autant que cette fonction est, déjà, assurée par les femmes. Les bénéfices réels et symboliques qu'ils y trouvent sont d'un tout autre ordre. Homme « augmenté » d'un côté, homme « diminué », puisque infertile, de l'autre. Ayant plus à gagner, les hommes sont donc davantage enclins à prendre des « risques » (effets secondaires...). À l'inverse, pour la contraception, les hommes exigent le « risque zéro »...pour eux. C'est donc comme si le jeu n'en valait pas vraiment la chandelle. À cause ds garçons, disions-nous...

D'autres explications ?

La faute à la biologie ?

C'est l'une des premières raisons évoquées par des scientifiques pour expliquer les freins au développement de procédés chimiques capables de stopper la fertilité des hommes. Les arguments qui s'appuient sur les différences biologiques entre hommes et femmes ne manquent pas. On nous dit qu'il est plus difficile d'agir sur la production en continu de spermatozoïdes que de bloquer l'ovulation. Plus concrètement, il serait très délicat d'agir correctement sur le lieu de la production d'hormones « mâles » (testostérone) : les testicules. Celles-ci fabriquent en effet ces hormones qui ont la double fonction de produire les spermatozoïdes et les caractéristiques sexuelles secondaires qui donnent aux hommes leur apparence physique (poils, répartition des graisses, etc.). Il faut donc toucher à la première de ces fonctions sans affecter la seconde. Le défi semble insurmontable.

Pourtant, malgré ces difficultés techniques bien réelles, l'administration d'hormones « mâles » de synthèse a déjà été réalisée en France avec des résultats probants. On l'a vu. Une méthode basée sur la testostérone seule est aujourd'hui au point. Une poignée d'hommes pratique en France des injections de testostérone dans un but contraceptif. En Chine où les recherches dans ce domaine avancent, le recours à la contraception hormonale pour les hommes est beaucoup moins marginal. Ainsi, si la méthode hormonale n'est pas plus pratiquée en France ce n'est pas parce qu'elle est impossible, voire dangereuse pour la santé.

Les raisons sont moins d'ordre techniques et biologiques que culturelles et politiques. Jugé complexe et contraignant, le mode d'administration est la première barrière. La contraception par le biais d'injections hebdomadaires, ce n'est pas très pratique. Ce n'est donc pas vendeur. Comme la pilule, les patchs ou les implants – c'est à dire des modes d'administration jugés moins contraignants – ne sont toujours pas disponibles pour les hommes, la piste hormonale aurait tendance à être abandonnée. Et puis, à la différence des femmes sur qui l'action des hormones produit un résultat quasi immédiat, pour les hommes, l'arrêt

de la spermatogénèse n'entraîne pas instantanément l'infertilité. Il faut plusieurs semaines pour que les spermatozoïdes produits puissent être totalement évacués. Pendant cette période, il convient alors d'utiliser d'autres moyens de contraception. Et à l'issue de cette période l'homme doit se soumettre à des tests (comptage de spermatozoïdes) de manière à s'assurer qu'il est bien infertile. La faute à la biologie, croit-on. En réalité, si ces méthodes ne se développent pas c'est bien plus la faute à ce types de contraintes qui ne sont pas, pour le moment, jugées acceptables.

En tant que profanes, nous voulons bien a priori admettre les raisons biologiques et techniques avancées par les spécialistes qui laissent penser que la contraception chimique pour les hommes est une chose très compliquée. Toutefois, on peut légitimement être déstabilisé par les arguments fatalistes de ceux qui voudraient conclure qu'il n'est pas possible de progresser dans ce domaine. On s'étonne en effet que des chercheurs renoncent aussi facilement à relever des défis scientifiques. Il y a bien des domaines où l'on aimerait voir des scientifiques renoncer, pour des raisons éthiques et politiques, aux défis fous qu'ils se posent. Oui, il y a bien des exemples de cas où les spécialistes en bio et nanotechnologies devraient savoir refréner leurs ardeurs à manipuler la matière et le vivant en jouant impunément les apprentis sorciers. Mais dans le domaine qui, ici, nous intéresse d'autant plus qu'il peut contribuer à plus d'égalité entre hommes et femmes, on pourrait espérer que les scientifiques se montrent un peu plus persévérants. Ce n'est pas le cas. De là à conclure que l'égalité entre les hommes et les femmes n'est pas un horizon souhaitable dans les milieux scientifiques...

La faute au sexisme du milieu médical

Si depuis longtemps l'habitude a été prise d'agir uniquement sur les mécanismes de la fertilité des femmes, il est important d'en connaître les raisons. Et celles-ci sont beaucoup moins liées à la « nature » qu'à la culture patriarcale qui assigne aux femmes la tâche de s'occuper des choses de la reproduction. Aussi est-il intéressant de se pencher sur l'histoire de la médicalisation du corps et de la sexualité des femmes (Oudshoorn, 1998).

L'étude du développement de l'endocrinologie sexuelle et des premiers médicaments contraceptifs hormonaux, permet de mettre en lumière la différence de traitement entre le corps masculin et le corps féminin. Dans ce domaine, seuls ces derniers ont été mis à la disposition de la recherche. De cette manière, les traitements hormonaux ont été administrés aux femmes et aux femmes seules. Ce n'est pas si étonnant puisque cela va de soi que la procréation est l'affaire des femmes, mais pour Nelly Oudshoorn c'est le résultat de plusieurs facteurs. Il existe ni service hospitalier spécialisé dans le système reproducteur masculin ni équivalent pour les hommes de la spécialisé gynécologie. Cela explique que l'organisme masculin a disparu peu à peu en tant qu'objet légitime d'étude. La biologie a bon dos mais elle n'explique ni n'excuse tout : « en s'intéressant surtout aux hormones femelles et au corps féminin, les endocrinologues ont perpétué une constante de la culture occidentale : le corps des femmes est plus souvent soumis à intervention médicale que celui des hommes » (Oudshoorn, p.791). S'agissant de la fonction reproductrice, cette tendance est encore plus vraie.

Or, cette habitude culturelle ne demande qu'à être cassée. Pour avancer dans le domaine de la contraception, il convient de se pencher davantage sur le corps des hommes. Changeons donc de perspectives et utilisons d'autres lunettes. Il apparaît alors logique de chercher, aussi, à bloquer le processus de gestation en s'attaquant aux spermatozoïdes « en état de marche » qui sortent du corps des hommes. Sans eux, pas de fécondation possible et donc plus de raison d'agir sur le corps des femmes pour modifier son fonctionnement. Contrairement aux apparences, il ne va pas de soi de se concentrer sur le corps des femmes.

Pour que les choses changent, mettons donc le corps de l'homme au centre de la réflexion sur la contraception. Mais la chose n'est pas aisée. C'est surprenant. D'habitude, l'homme, le mâle, se place au centre de tout. C'est ce qu'on appelle l'androcentrisme. Il l'a toujours fait (du moins depuis que les sociétés humaines se sont mises à laisser des traces de leur mode d'organisation). Et c'est ce qu'il continue de faire, avec, heureusement de multiples résistances que lui oppose l'autre moitié de l'humanité. Or, une fois n'est pas coutume, dans le domaine de la contraception, l'homme se fait discret. Lui et son corps se retirent de la scène qui se joue entre les femmes, le corps médical et l'industrie pharmaceutique. Ce retrait constitue le moyen pour lui de conserver ses

privilèges (ne pas se soucier de ses responsabilités contraceptives, ne pas subir les coûts de la contraception). Être au centre de tout confère du pouvoir. Mais pas dans ce cas-là. Pour jouir de privilèges, mieux vaut, exceptionnellement, rester au second plan.

Il faudrait donc enfin en finir avec l'habitude d'épargner le corps « sacré » des hommes, et celle de concevoir le corps des femmes comme le seul sur lequel il est normal d'appliquer la contraception et de tester les nouvelles méthodes. Mais pour cela, il faudrait briser **le conservatisme, le sexisme et l'essentialisme du corps médical** qui considère que la contraception est et doit rester l'affaire des femmes, et que de toute façon les hommes sont trop frileux quand cela touche à leur virilité (en raison de leur caractère « latin »!), et pas assez qualifiés pour s'en occuper sérieusement (Ventola, 2013). Se satisfaire du statu quo n'est pas une attitude valable.

En premier lieu, la contraception masculine doit cesser d'être absente de l'esprit des praticiens qui ne sont ni formés ni concernés. Globalement, le temps de formation consacré à la contraception et à l'avortement est dérisoire dans le cursus de médecine, alors même que pour énormément de personnes il s'agit d'une préoccupation importante et quotidienne. Un enseignement minimal avec quelques petites heures sur un sujet qui reste abordé sous l'angle des contre-indications et des complications, qui fait de la pilule le seul contraceptif légitime et qui dramatise l'avortement (Gelly, 2006). En outre, comme les méthodes médicales reconnues sont inexistantes, à l'exception de la vasectomie au sujet de laquelle circulent beaucoup d'idées reçues, les manuels de médecine et de pharmacie ignorent tout de la contraception masculine.

Dans un tel contexte (une formation inadaptée qui renforce les idées reçues et les rôles genrés) on imagine que la question de la place des hommes dans la contraception ne peut qu'être évacuée. De manière générale, et plus spécifiquement au sein de la « médecine des hommes », la question de la maîtrise de la fécondité devrait prendre une place plus importante. L'andrologie tout comme l'urologie prennent bien plus en charge les pathologies de l'appareil urogénital, plus particulièrement les « problèmes » sexuels masculins comme les troubles de l'érection, de l'éjaculation et de la fertilité. Ces domaines de spécialité sont plus valorisants. Si quelques chirurgiens urologues

pratiquent la vasectomie, cette opération ne représente qu'une part infime de leur activité. En outre, cette prestation n'est pas suffisamment valorisée pour inciter les médecins à la pratiquer.

Quant aux médecins andrologues, combien sont-ils à s'intéresser à la contraception et à encourager le développement de nouvelles méthodes ? En France, en 2013, seulement deux médecins, à Toulouse et à Paris, prescrivent des traitements hormonaux à visée contraceptive. Lorsque ces derniers cesseront leur activité, la relève sera-t-elle assurée ? Difficile d'être optimiste tant sont rares les médecins qui militent pour la contraception masculine et, au delà, pour un changement des rapports sociaux de sexe.

Les raisons économiques : les chercheurs, l'Etat et l'industrie

Si les recherches sur la contraception chimique n'avancent pas c'est d'abord parce que l'intérêt pour la question semble aussi faible que les moyens déployés. A contrario, la lutte contre les causes de l'infertilité suscite un réel intérêt et mobilise des ressources autrement plus importantes. L'ironie tient au fait que ce sont les recherches sur les causes de l'infertilité qui ont le plus contribué aux progrès de la connaissance dans le domaine de la contraception chimique. C'est en effet dans le cadre de ces recherches qu'ont eu lieu des découvertes importantes sur le potentiel contraceptif de l'action de telles ou telles molécules, ou de l'inhibition de tel ou tel gène. Certes, dans le travail de la recherche, on constate qu'il n'est pas rare de découvrir des choses qu'on ne cherchait pas. Mais il ne faut quand même pas perdre de vue que lorsqu'on se donne les moyens, on a plus de chance de trouver quelque chose. Or, la recherche orientée spécifiquement sur la contraception masculine n'intéresse personne. Ni la recherche publique ni la recherche privée. On a donc mal à nourrir de l'espoir de grandes avancées dans ce domaine.

Le premier frein est d'ordre économique. Les financements sont rares, ce qui peut expliquer le faible intérêt de la communauté scientifique pour le sujet. À l'échelle internationale, seuls des organisations non gouvernementales comme l'Organisation Mondiale de

la Santé (OMS) et le *Population Council* peuvent engager des fonds importants pour la recherche sur la contraception. Mais ce n'est pas suffisant. En France comme ailleurs, lorsqu'il s'agit de monter des projets de recherche coûteux, l'argent public tend vite à manquer.

Les scientifiques sont contraints de se tourner vers d'autres sources de financement. C'est pourquoi ces derniers s'adressent de plus en plus aux fondations privées, telles que la fondation Bill-et-Melinda-Gates fondée par le richissime patron de Microsoft et sa femme, et dont une partie de l'activité est consacrée depuis quelques années à la recherche dans ce domaine. La fondation Gates contribue déjà au financement des recherches sur les ultra-sons, et en mars 2013, elle a fait une annonce fracassante en offrant 100 000 dollars à l'inventeur de la « nouvelle génération » de préservatif - le design et les caractéristiques techniques de la capote du futur sont déjà à l'étude (dont l'intégration de spermicides).

Si elles disposent de moyens considérables, ces fondations ne sont pas les seuls acteurs privés du financement de la recherche. Il y a bien sûr **l'industrie pharmaceutique**. Mais les laboratoires qui ne sont pas déjà impliqués dans l'innovation contraceptive en général, sont encore moins susceptibles de s'intéresser aux méthodes masculines. Faut-il le rappeler, leur but est de faire de l'argent avec les produits qu'ils développent et commercialisent. En prenant le minimum de risque. Aussi les laboratoires privés n'ont-ils pas intérêt à investir de grosses sommes pour des produits dont ils ignorent l'efficacité et pour lesquels ils n'envisagent pas d'importants débouchés.

Les coûts de développement d'un nouveau médicament sont tels, en raison notamment des normes de sécurité sanitaire, que seuls les « gros » pourraient se le permettre. Et leur attention se concentre sur des maladies « rentables » comme les problèmes cardio-vasculaires, la dépression ou, comme on l'a dit, les troubles sexuels. Même si les plus optimistes perçoivent l'existence d'un marché de niche pour la contraception masculine, l'absence de perspective d'un marché de masse est suffisant pour dissuader l'industrie de se lancer dans des défis en matière de recherche et de développement. Les laboratoires se contentent d'attendre que des organismes de recherche publics leur cèdent ou vendent des brevets. Mais même dans ce cas-là, les perspectives de ventes et de profit leur paraissent trop faibles, du moins

en comparaison de certains contraceptifs féminins – c'est pour cela que les laboratoires ne souhaitent pas commercialiser les traitements hormonaux pour hommes qui ont été étudiés et validés par l'OMS. Comme les laboratoires susceptibles de se lancer sur ce marché sont les mêmes qui commercialisent déjà des « produits » de grande consommation très rentables, tels que la pilule, ils n'ont aucun intérêt à chercher plus loin et à risquer de perdre leur rente de situation. Le *statut quo* leur va bien ; la diversification des méthodes contraceptives, notamment masculines, représente plus un danger potentiel qu'une perspective de gain.

Rien n'indique qu'une autre tendance se dessine à l'avenir. À moins peut-être que les ventes de pilules ne chutent. La diminution sensible des profits de l'industrie pourrait alors inciter à développer des alternatives rentables à plus ou moins long terme. Dont des méthodes pour hommes. Mais, cela relève plus de la science-fiction que de l'hypothèse crédible. Toutefois le rejet de la pilule en particulier et de la contraception hormonale en général est une conséquence possible du débat sur les « risques » de la pilule. Ce débat a pris une nouvelle dimension en France à la suite d'une plainte déposée en décembre 2012 qui pointe les « sur-risques » des pilules de 2e et 3e génération ainsi que la pilule Diane 35©. Dès le mois suivant, les ventes de ce type de pilule s'effondraient. Difficile de savoir si les utilisatrices se sont reportées sur d'autres pilules ou moyens de contraception. Cette situation est en premier lieu préjudiciable aux femmes. Par crainte pour leur santé, certaines peuvent être tentées d'arrêter leur contraception, ce qui le exposerait davantage aux risques de grossesse. Dans un tel contexte, il est plus que jamais nécessaire d'insister sur le partage des rôles dans la contraception et de mettre en lumière les besoins de méthodes qui s'adressent aux hommes.

Le Sida

D'après les témoignages de personnes qui participèrent au début des années 1980 aux expérimentations dans le domaine de la contraception masculine (méthodes hormonales et « de la chaleur »), l'apparition de l'épidémie du Sida et la prise de conscience de l'urgence du combat à mener contre son extension en a précipité l'arrêt. Même si

les infections sexuellement transmissibles préexistaient à l'apparition du virus du sida, la question de la protection contre ces infections passait au second plan. C'est la prévention des grossesses et le partage des rôles dans la gestion de la fécondité qui occupaient l'esprit de ces militants. Or, avec l'arrivée du Sida, la prise en compte de l'articulation entre contraception et protection s'est imposée.

Parmi les moyens de contraception disponibles, le préservatif masculin était le seul à permettre de remplir ces deux fonctions. Il devenait impératif d'en promouvoir l'usage, faible à l'époque. Il était de leur responsabilité de participer à cette entreprise. Au regard des ravages causés par le sida et des bénéfices (doubles) du préservatif, il a pu sembler tout à coup futile, voire même dangereux, de continuer à centrer son intérêt sur des moyens de contraception alternatifs et artisanaux...qui n'offraient pas de protections contre les maladies. Il serait faux de dire que c'est le sida qui a sonné le glas de ces expérimentations sur la contraception masculine. Mais il a contribué à éteindre la volonté des hommes qui se sentaient concernés par la question.

Depuis, la progression du Sida a été freinée, du moins dans les pays du nord où l'on bénéficie des fruits des mobilisations, des programmes publics de prévention, ainsi que de l'accès à la trithérapie. Toutefois, le danger n'est nullement endigué. Pourtant on constate que l'usage du préservatif tend à diminuer, notamment chez les plus jeunes qui n'ont pas connu le climat de peur suscité par l'apparition de la maladie. Les risques paraissent de plus en plus lointains. Dans ce contexte certains rejettent la culture du *safe sex* comme oppressante. L'idée que le préservatif est un frein au plaisir persiste et le goût pour les pratiques à risques trouvent un écho favorable dans certains milieux. Ainsi, la recherche d'une certaine forme de transgression peut conduire à pratiquer le sexe sans protection et à mettre en scène la prise de risque. On connaît le *bareback* dans la communauté gay. Ce terme est un mot d'argot anglais (littéralement « monter à cru ») qui décrit le fait que des personnes séropositives aient intentionnellement des rapports sexuels sans préservatif.

Au delà des communautés *bareback*, le rejet du préservatif pose question. Bien entendu, le but n'est pas de porter de jugement sur des pratiques sexuelles librement consenties, ni encore de minimiser la gêne

que peut occasionner l'usage du préservatif (masculin comme féminin). Mais il est toujours nécessaire de rappeler que ce dernier est le seul contraceptif qui offre une protection efficace contre les IST. Si leur existence ne doit pas freiner le travail sur des alternatives aux moyens traditionnels de contraception masculine, elle ne doit pas non plus être évacuée. Aujourd'hui comme au temps de l'explosion de l'épidémie, la réflexion sur la contraception masculine et de ses enjeux spécifiques ne peut pas être détachée de celle sur la protection contre la transmission d'infections.

***Pour ne surtout
pas conclure...
puisque tout reste
à faire***

La solution : davantage de choix ?

Après avoir fait ces constats, que faire ? Répétons-le, il ne s'agit pas uniquement de déplorer l'indigence de l'offre en matière de contraceptifs masculins. Nous ne voulons surtout pas crier à l'injustice en disant que les hommes sont les grands oubliés de l'histoire, que rien n'est fait pour eux...alors qu'ils voudraient, vraiment, faire plus pour partager le fardeau de la contraception. Non, il existe déjà des moyens et ce n'est pas pour autant que les hommes y ont recours. Nous ne considérons pas les hommes comme de pauvres « victimes », dans ce domaine de la sexualité comme ailleurs. Mais plutôt comme des privilégiés.

Dans un monde encore dominé par les hommes, ces derniers continuent d'occuper une position confortable dans la sexualité en se déchargeant massivement de leurs responsabilités sur les femmes, on aurait tort de vouloir les plaindre, comme le font ces antiféministes que l'on nomme « masculinistes » (Collectif, 2013) et qui n'hésitent jamais à renverser les rôles (« hommes battus » vs « femmes violentes », « hommes sans droits » vs « femmes toutes puissantes », etc.). C'est la raison pour laquelle nous essayons de replacer la question de la contraception masculine dans une réflexion plus large sur les rapports sociaux de sexe.

Le combat contre la domination masculine et pour l'égalité entre les hommes et les femmes, nous préoccupe davantage que la recherche d'une plus grande liberté de choix pour les premiers. Si plus de choix (en matière de contraception) signifie plus d'égalité, alors oui, nous sommes favorables à la recherche d'un plus large éventail de choix. C'est pour cela que la position qu'on appellera « libérale » ne nous convient pas. En soi, réclamer une meilleure offre et une plus grande liberté de choix pour les hommes n'est pas un objectif. Mais il peut l'être s'il s'articule à la remise en question des privilèges masculins et aux luttes pour l'égalité. Le développement de nouveaux moyens de contraception pour les hommes pourrait alors contribuer au partage effectif des rôles, des responsabilités, des contraintes et des risques. C'est, comme beaucoup de femmes hétérosexuelles, ce que nous souhaitons.

ContraceptionS au pluriel

Certes, les hommes disposent aujourd'hui d'un choix contraceptif plus restreint que les femmes. Certes, il existe des obstacles – notamment les normes de genre et les mauvaises habitudes sexistes – à leur participation, comme on l'a vu. Mais cela ne doit pas les empêcher de se préoccuper de la contraception davantage qu'ils ne le font. Or, tant du point de vue de la réflexion que des pratiques, il y a encore beaucoup de chemin à parcourir. Ce n'est malheureusement souvent pas leur souci majeur. Il leur est facile de justifier leur absence d'initiative ou leur attitude dédagée : « de toute façon, à part le préservatif, y a rien pour nous », « si ça arrive, je l'assumerai l'enfant, moi ! », « ma femme ne veut pas que je m'en occupe, c'est elle qui gère », « jamais je ne prendrai des hormones ou des trucs comme ça, j'aurai bien trop peur de finir stérile » ...Voilà ce qu'on peut entendre.

Nous aimerions que les hommes ne se réfugient plus derrière ce genre d'alibis. S'ils ne souhaitent ni mettre enceinte leur partenaire ni faire d'enfants, ils doivent prendre leur responsabilité et participer activement à la prise en charge de la contraception. Ainsi, quel que soit leur âge et la période de leur vie sexuelle, ils devraient pouvoir envisager des solutions adaptées à leurs propres besoins et proposer des solutions qui répondent aux besoins de leur(s) partenaire(s). Même si on ne les a pas tous évoqués, il existe une kyrielle de moyens contraceptifs. Et quoi qu'on en pense, il n'y a pas de contraception qui aille de soi, ni de contraception idéale...qui vaille pour tout le monde.

Contrairement aux croyances répandues et aux conseils de prescripteurs mal avisés, il y a autant de pratiques contraceptives que de personnes et de situations. Peu importe la configuration (en couple « stable » ou non, avec ou sans enfant, jeune ou moins jeune), parmi tous les choix possibles, seuls comptent pour nous ceux qui sont librement consentis. Il y a la contraception que l'on choisit pour soi, celle que préfère l'autre, celle qui convient aux partenaires dans le moment de la relation, à un temps T. Il y a des contraceptions adaptées à la situation dont l'évidence s'impose d'emblée, et d'autres issues d'une âpre négociation. Et puis, on peut choisir l'un ou l'autre des moyens disponibles...mais aussi l'un ET l'autre. L'association de plusieurs méthodes permet même d'augmenter l'efficacité de la contraception.

Mais pas seulement l'efficacité. Les méthodes associées permettent aussi des rapports plus sereins. Et comme chaque moyen de contraception a ses avantages, les combiner permet donc de multiplier ces avantages. Il est par exemple possible de mettre une capote même si notre partenaire prend la pilule. Parce que ça nous rassure. On peut avoir envie de pratiquer une vasectomie alors que sa partenaire régulière a un stérilet (qui présente pour elle l'avantage de stopper ses règles). On peut être vasectomisé et proposer toutefois le préservatif à sa partenaire (qui n'a peut-être pas envie qu'on lui éjacule dans le vagin). Etc.

Vers une sexualité égalitaire et émancipatrice

Quand on traite de la contraception au masculin, on ne devrait pas perdre de vue que c'est de sexualité et du rapport à soi et aux autres, qu'il s'agit. Les questions qu'il convient alors de poser touchent aux pratiques et aux représentations de la sexualité au sens large, ainsi qu'à l'engagement des hommes dans leurs relations affectives et dans la réflexion sur la responsabilité de leurs actes.

Le rapport des hommes à la sexualité est marqué du sceau de la domination masculine. Dans l'imaginaire, dans les représentations de la sexualité (notamment le porno *mainstream*), comme dans les pratiques, la satisfaction sexuelle des hommes prime encore souvent, et les femmes doivent répondre aux « besoins » des hommes considérés comme supérieurs et naturels. Aussi, la distribution sociale des rôles sexuels conduit-elle les hommes à considérer qu'ils doivent être entreprenants. Elle les encourage à cultiver une **vision instrumentale de la sexualité**. Dans ce cadre, les hommes peuvent considérer comme légitime de se comporter en prédateur guidé par d'incontrôlables pulsions. Ils croient devoir répondre à des besoins physiologiques, les rapports sexuels servant alors à « vider les couilles! » et « décharger le trop plein de tension » accumulée. Leur sexualité s'envisage ainsi comme une mécanique qui, si elle est bien huilée, conduit au plaisir.

Même si aujourd'hui le droit des femmes au plaisir semble être un acquis, la sexualité masculine s'exprime encore bien souvent à travers l'usage masturbatoire du corps des femmes. Loin de vouloir généraliser

ou reprendre à notre compte les clichés que véhiculent la sous culture psychologique autant que la presse féminine, il convient de souligner que ces pratiques et représentations valent encore malheureusement pour beaucoup d'hommes. Elle les empêche concrètement de partager une sexualité épanouie et égalitaire.

Il n'est dès lors pas hors de propos de considérer qu'un réel changement passe par une **(ré)éducation des hommes à la sexualité**. Cette étape de remise en question en profondeur du rapport à la sexualité semble le préalable obligé pour construire une approche sereine de la contraception. Les hommes doivent se départir de leur propension à considérer que leurs envies et leur plaisir sont supérieurs à ceux de leurs partenaires. Il leur faut renoncer à considérer les femmes comme pourvoyeuses de leur confort affectif et sexuel. La première étape est donc de faire sien l'idéal égalitaire. La seconde, de l'adapter à leur pratiques.

Dans l'échange sexuel et au delà, les hommes apprendrons alors à être à l'écoute du rythme, des envies, des besoins, tout comme des limites de leurs partenaires. Et comme il est nécessaire de toujours s'assurer du consentement de sa partenaire dès qu'un échange sexuel s'engage, il est nécessaire de s'assurer des modalités de la contraception. Ce n'est pas parce qu'on a pratiqué une fois une fellation, que la fellation s'impose à chaque rapport. Ce n'est pas parce qu'on consent à un rapport sexuel qu'on ne peut pas revenir sur ce consentement en cours de route. Ce n'est pas parce qu'elle prend habituellement la pilule qu'il ne faut pas lui proposer le préservatif. Ce n'est pas parce qu'on est vasectomisé qu'il ne faut pas relancer la discussion sur la contraception. Être à l'écoute de l'autre et favoriser la communication (verbale ou non) quel que soit le moment (et bien qu'on dise souvent que certains moments ne s'y prêtent pas) est indispensable. Faire une pause dans l'acte sexuel, interrompre une pénétration pour s'assurer que c'est bien cela qui est souhaité, vérifier régulièrement que le « contrat » passé au sujet du choix de contraception tient toujours...autant d'actions qui relèvent d'une approche responsable de la sexualité.

Soyons lucides, pour y parvenir, le travail à accomplir reste énorme...pour les hommes. Ces derniers n'ont en effet pas l'habitude de s'investir dans leur relation affective et sexuelles. Ils laissent le soin aux

femmes d'initier le dialogue et d'entretenir la relation. De cette manière, la division du travail et des rôles genrés peut tranquillement perdurer. Aux femmes la communication, le souci et le soin de soi et des autres (le travail du *care*). Aux hommes les préoccupations autrement plus intéressantes ! Or, les choses doivent changer.

Cela passe par une prise de conscience collective de l'importance d'investir le champ de la sexualité et des relations affectives. Dans l'intérêt des femmes, tout d'abord. Elle qui sont les premières à subir prennent traditionnellement en charge tout le travail relationnel, travail souvent invisibilisé et peu valorisé. Mais dans l'intérêt des hommes également. De nouvelles « compétences » s'ouvrent à eux et la perspectives de contribuer à créer des relations de confiance, plus équilibrées, avec leurs partenaires. Mais pour cela il leur faut se défaire de la culture masculine hégémonique, culture de la domination qui va de pair avec une inculture relationnelle et émotionnelle. Le constat n'est pas nouveau. Les analyses féministes ont contribué à faire la lumière sur les conséquences, pour eux-mêmes, de la socialisation masculine : Les hommes ne savent pas exprimer leurs émotions, ne savent pas prendre soin d'eux et des autres, ni entretenir leurs relations. Il n'est jamais vain d'appeler à des changements significatifs. En espérant que cette modeste contribution sur la contraception masculine aura suscité, chez les lecteurs, quelques envies de changement. On ne sait jamais !

Références bibliographiques

Voilà quelques-unes des lectures utiles sur la sexualité et la contraception qui nous ont aidées à écrire ce texte.

Bajos, N., Bozon, M., « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le viagra », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°128, 1999

Bajos, N., Bozon, M., *Enquête sur la sexualité en France. Pratique, genre et santé*, La Découverte, 2011

Collectif de partage d'information sur la vasectomie, *Vasectomie. Une contraception définitive* (brochure), 2011

Collectif Stop masculinisme, *Contre le masculinisme. Guide d'autodéfense intellectuelle*, Bambule, 2013

Desjeux, C., « Quand la contraception se décline au masculin : un processus de sensibilisation et d'appropriation sous contrainte », *Andrologie*, Vol 22/3, 2012

Desjeux, C., « Hétérosexualités, corps et care : l'exemple des hommes d'Ardecom », *Andrologie*, Vol 22/3, 2012

Fontanel, F., Wolffromm, D., *Petite histoire du préservatif*, Stock, 2009

Gelly, M., *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*. L'Harmattan, 2006

Mieusset, R., Souffir, J.-C., *La contraception masculine*, Springer, 2012

Oudshoorn, N., « Hormones, techniques et corps. L'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940) », *Annales HSS*, n°4-5, 1998

Oudshoorn, N., « De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique en question », *Les cahiers du genre*, n°25, 1999

Perrot, M., *Histoire de chambres*, Seuil, 2009

Stoltenberg, J., *Refuser d'être un homme*, Syllepses, 2013

Tabet, P., *La construction sociales de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, L'Harmattan, 1998

Ventola, C., communication au colloque de l'Association Française de Sociologie, Nantes, 2013

Winckler M., *Contraception, mode d'emploi*, J'ai lu, 2007

