

ANALYSE

FPS - 2017

LA PILULE CONTRACEPTIVE MASCULINE POUR BIENTOT?



Femmes Prévoyantes Socialistes
www.femmesprevoyantes.be



Sandra Roubin,
Secrétariat général des FPS
sandra.roubin@solidaris.be

Editrice responsable: Carmen Castellano, Place St-Jean, 1-2, 1000 Bruxelles.
Tel : 02/515 04 01



Table des matières

Table des matières	3
Introduction	4
Mise en contexte	4
1 ^{er} frein : les effets secondaires indésirables	6
<i>Les femmes aussi subissent des effets indésirables !</i>	6
<i>Controverse fin 2012 liée aux pilules de 3^e et 4^e génération</i>	7
<i>Norme contraceptive</i>	8
2 ^e frein : une atteinte à la virilité	10
3 ^e frein : la contraception, une « responsabilité féminine »	11
Conclusion	13
Bibliographie	14



Dans la présente analyse et dans les écrits futurs des FPS, les Femmes Prévoyantes Socialistes ont choisi d'adopter un type d'écriture inclusive qui favorise une égalité de représentation entre les femmes et les hommes. Une des règles d'écriture vise à privilégier les formes féminines des mots, via la réhabilitation par exemple d'anciennes formes, qui permettent une visibilité accrue des femmes dans la langue (telles *autrice*, *médecine*, etc.).

Introduction

Dans un article du mois de novembre 2016 du site Courrier international intitulé « La pilule pour homme, ce n'est pas pour demain »¹, l'on apprend l'efficacité de l'élaboration d'une méthode de contraception hormonale masculine récente (testée sous forme d'injections de testostérone) et pourtant l'arrêt prématuré de ses essais cliniques. La raison ? Les effets secondaires associés. Les plus courants sont de l'acné, des douleurs à l'endroit où les injections ont été faites, une augmentation de la libido et des troubles de l'humeur². Cet arrêt prématuré des recherches a fait grincer des dents de nombreuses femmes. En effet, ces dernières sont touchées par le même genre d'effets indésirables depuis longtemps, ce qui semble pourtant ne jamais avoir ébranlé les acteurs travaillant au développement de contraceptifs hormonaux féminins.

Dans cette analyse, nous allons tenter d'identifier les freins liés au développement de contraceptifs masculins en général et, plus particulièrement, ceux liés au développement d'une contraception *hormonale* masculine. Après une mise en contexte, nous détaillerons les différents obstacles rencontrés. Le premier, dénoncé par la communauté scientifique, est comme nous venons de le voir l'apparition d'effets secondaires indésirables. Le deuxième est plutôt d'ordre symbolique : la contraception masculine constituerait une atteinte à la virilité des hommes. Enfin, le troisième frein est lié à ce système de pensée selon lequel la fécondité appartiendrait au registre féminin et qu'elle serait donc de la responsabilité des femmes.

Mise en contexte

Ces dernières années, les initiatives visant à l'élaboration d'une pilule contraceptive pour hommes se sont multipliées. « La stratégie sur laquelle les scientifiques travaillent s'appuie sur des modifications hormonales. L'idée est d'apporter de la testostérone en excès ou une autre hormone (la progestérone) afin de faire baisser au maximum celles sécrétées par la glande hypophyse et qui favorisent la spermatogénèse³. C'est le cas des hormones folliculo-stimulantes (FSH) et lutéinisantes (LH) dont un déficit peut provoquer un arrêt de la production des spermatozoïdes. »⁴ Cette stratégie a été testée sur quelques 1500 hommes ces dernières années et a été validée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

¹ Courrier international, « Contraception. La pilule pour homme, ce n'est pas pour demain », 2 novembre 2016

² Effets secondaires relevés dans l'étude mesurant l'efficacité et la sûreté d'une combinaison injectable d'un contraceptif hormonal pour hommes (Behre et al, 2016).

³ La spermatogénèse désigne l'« ensemble des processus qui aboutissent à la formation des gamètes mâles » (Le nouveau Petit Robert de la langue française 2010).

⁴ Sciences et Avenir, « Contraception : la pilule pour homme à portée de main ? », 17 mars 2016



« Pour l'heure, l'industrie pharmaceutique a pu créer quelques contraceptifs masculins expérimentaux mais ceux-ci présentent des inconvénients. Par exemple, un des composés empêche bien la fertilité mais n'est pas très soluble »¹, il ne peut donc être pris par voie orale. A dès lors été élaboré un contraceptif sous forme d'injection intra-musculaire (à effectuer une fois par semaine). « Un autre composé expérimental existant peut être pris oralement mais n'est pas très sélectif en termes de cibles cellulaires dans l'organisme et pourrait causer des effets secondaires »². Les recherches continuent cependant et diverses améliorations ont été apportées, telles une meilleure solubilité du produit et une stabilité accrue des composés expérimentaux, permettant une action prolongée dans le corps.

Aujourd'hui, une contraception hormonale masculine et une contraception thermique sont utilisées à petite échelle. La première est un traitement non injectable (pilule-gel³) pour hommes qui a été mis au point à l'hôpital de Bicêtre en France en 1979⁴ et qui est prescrit depuis à quelques patients. Ce traitement a été repris avec des variantes par des équipes françaises à Lyon (1988) et à Rennes (1989), puis par des équipes américaines à Seattle (2006) et San Francisco (2012). Le traitement pilule-gel ne peut évidemment pas être diffusé à une large échelle tant que des essais cliniques réglementaires n'auront pas été réalisés. Il faudrait pour cela des investissements financiers auxquels ne semblent pas consentir, pour l'instant, les firmes pharmaceutiques.

La méthode de contraception thermique a été élaborée par un groupe de recherche à Toulouse, qui souhaitait concevoir un contraceptif masculin sans prise d'hormones. Partant du principe que la chaleur stoppe la spermatogénèse, ils mirent au point un slip chauffant qui entraînait l'arrêt de la production des spermatozoïdes. Cette méthode a été développée par le Dr Mieuxset, qui la prescrit toujours au CHU de Toulouse.

Un dernier type de contraception *non hormonale* pour les hommes est également étudié depuis peu. Le Vasalgel, gel contraceptif que l'on injecte dans le canal déférent du pénis, empêche les spermatozoïdes de passer et garantit de la sorte la non fertilité du sujet. Des essais⁵ sur des lapins ont prouvé l'efficacité du produit et des tests devraient bientôt être effectués sur les hommes. La réversibilité⁶ du contraceptif semble en outre prometteuse au vu des premiers essais. Si les tests sur les hommes sont positifs, une commercialisation pourrait être envisageable dès 2018. Persiste cependant le frein du financement, le Vasalgel étant une méthode à long terme et ne requérant pas la prise d'une substance régulière, elle pourrait dissuader les firmes pharmaceutiques de le produire, n'étant pas une source de profit suffisante.⁷

¹ ibidem

² Sciences et Avenir, « Contraception : la pilule pour homme à portée de main ? », 17 mars 2016

³ Le traitement pilule-gel consistait en « la prise de cachets quotidiens de progestatif associée à l'application cutanée d'un gel à base de testostérone. Mise au point par le Dr Soufir, cette méthode a aujourd'hui évolué en une injection hebdomadaire de testostérone » (Slate.fr, « Et si on reparlait de la contraception pour hommes ? », 23 mai 2014).

⁴ Le figaro.fr, « La pilule masculine contraceptive existe-t-elle ? », 4 mars 2013

⁵ EurekAlert !, « Non-hormonal male contraceptive Vasalgel™ has proven efficacy in rabbits », 29 mars 2016

⁶ La réversibilité du produit est possible par l'injection d'un autre gel éliminant le premier.

⁷ Parsemus fondation, « Vasalgel, a multi-year contraceptive »



1^{er} frein : les effets secondaires indésirables

Ces dernières années, des recherches ont été menées afin de développer une contraception hormonale masculine. Dans l'étude commanditée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et publiée en octobre 2016¹, la contraception par injection d'hormones s'est révélée efficace pour 96% des volontaires. Pourtant, le comité externe d'examen par les pairs de l'OMS (« RP2 ») a décidé l'interruption des essais cliniques en mars 2011, alors que quelques mois plus tôt, un premier comité avait déterminé que l'étude rencontrait tous les critères pour pouvoir être poursuivie. L'un-e des autrices/teurs de l'étude, Douglas Colvard, docteur en biologie reproductive, explique l'arrêt des essais cliniques de la façon suivante : « Malgré les résultats probants de cette étude de phase 2, une mise sur le marché de ce type de contraception n'est pas encore envisageable. [...] Bien que plus de 75% des hommes se disent satisfaits par cette méthode, les résultats suggèrent qu'un traitement avec moins d'effets indésirables doit encore être trouvé. »²

Les femmes aussi subissent des effets indésirables !

La nouvelle de l'arrêt des essais cliniques en raison de la présence d'effets indésirables a créé la polémique³. En effet, les femmes ressentent le même genre d'effets secondaires depuis le début de la mise sur le marché des contraceptifs hormonaux. Cela ne semble cependant pas ébranler pour autant les différentes instances liées à la recherche scientifique ou à la santé.

Parmi les effets négatifs, un des plus dangereux (mais toutefois rare) pour les femmes prenant une contraception orale combinée⁴ (ou pilule combinée) est un risque accru de thrombose veineuse profonde⁵, qui peut être fatal. Le risque est de 3 à 5 fois⁶ plus important par rapport aux non-utilisatrices.⁷

La contraception orale combinée peut également augmenter ou diminuer les risques de cancer. Selon une étude de 2005 du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC)⁸, la pilule combinée accroît légèrement le risque de développer un cancer du sein, qui semble disparaître complètement 10 ans après avoir cessé de prendre la pilule. L'utilisation de la pilule à long terme

¹ Behre et al (2016)

² Le Figaro.fr, « Contraception hormonale masculine : des résultats prometteurs », 3 novembre 2016

³ Courrier international, « Contraception. La pilule pour homme, ce n'est pas pour demain », 2 novembre 2016 ; Independant, « Yes, contraceptives have side effects - and it's time for men to put up with them too », 28 octobre 2016 ; Global News, « Birth control for men : Is there gender inequality in health research? », 1 novembre 2016

⁴ Le contraceptif oral combiné « contient deux types d'hormones artificielles : de l'œstrogène (généralement de l'ethinyl estradiol) et un progestatif qui varie selon les générations » (Fédération du Québec pour la planification des naissances, « Contraceptif oral combiné »).

⁵ « L'incidence de la thrombose veineuse chez les patientes n'utilisant pas la pilule est comprise entre 7/100.000 « années-femmes » chez les adolescentes et 58/100.000 chez les femmes âgées de 45-49 ans » (INAMI, « Réunion de consensus. Usage adéquat de la contraception hormonale. Rapport du jury. Texte complet (version longue) », 16 mai 2013).

⁶ La composition hormonale de la contraception détermine l'ampleur du risque.

⁷ INAMI, « Réunion de consensus. Usage adéquat de la contraception hormonale. Rapport du jury. Texte complet (version longue) », 16 mai 2013

⁸ Cogliano et al (2005)



accroît également le risque de développer un cancer du col de l'utérus, ainsi qu'un type de cancer du foie, appelé carcinome hépatitecellulaire, pour les femmes dont le risque d'être atteintes d'une hépatite B est faible. En contrepartie, la pilule combinée diminue fortement le risque d'un cancer de l'endomètre. Elle diminue aussi le risque de développer un cancer de l'ovaire¹. Somme toute, l'effet net sur l'incidence de tous les cancers semblerait positif².

D'autres types d'effets secondaires indésirables, moins dangereux pour la santé des femmes, peuvent également se développer. Ceux-ci peuvent être induits par les effets de l'œstrogène (par exemple des nausées, des douleurs mammaires, ou des sensations de ballonnement) ou du progestatif (par exemple une acné, une prise de poids ou des sautes d'humeur)³. La pilule peut également entraîner des effets positifs, comme la diminution des douleurs liées à la dysménorrhée⁴ ou à l'endométriose⁵.

Suite à la prise de connaissance de ces effets potentiels de la pilule, il est important pour les femmes de bien choisir, en concertation avec leur médecin ou gynécologue, le contraceptif qui leur est le plus approprié⁶. Il est nécessaire avant la prise du contraceptif de connaître les effets indésirables qu'il peut avoir sur leurs corps ainsi que les contre-indications d'utilisation (la contraception orale combinée est par exemple fortement contre-indiquée en cas de cancer du sein ou de consommation excessive de tabac⁷). Lors de la prise de la pilule, les femmes devraient être attentives à leurs corps et aux effets secondaires éventuels qu'elles pourraient ressentir. En cas d'inconfort, il est important d'en parler à sa/son médecin-e ou gynécologue qui peut alors conseiller une autre pilule ou un autre moyen contraceptif.

Controverse fin 2012 liée aux pilules de 3^e et 4^e génération

Les effets sur la santé liés à la pilule hormonale ont créé un certain retentissement dans les médias et la société lors de la controverse fin 2012 qui a concerné les pilules de 3^e et 4^e génération à propos du risque de thrombose veineuse profonde associé à leur utilisation. Suite à ces événements, il semble y avoir eu une certaine désaffection à l'égard de la contraception orale hormonale, les transferts vers des pilules de 2^e génération ayant été de très faible ampleur.⁸ Les femmes qui prenaient des pilules de 3^e et 4^e génération ne se sont pas tournées vers d'autres types de pilules

¹ Au sujet des pilules à base de progestatif seul, il existe encore trop peu de données pour énoncer un quelconque lien entre prise du contraceptif et risque de cancer.

² INAMI, « Réunion de consensus. Usage adéquat de la contraception hormonale. Rapport du jury. Texte complet (version longue) », 16 mai 2013

³ Ibidem

⁴ La dysménorrhée est une « menstruation difficile et douloureuse » (Le nouveau Petit Robert de la langue française 2010).

⁵ L'endométriose est une maladie gynécologique caractérisée par le développement d'un tissu semblable à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus, provoquant lésions, adhérences et kystes ovariens dans les organes colonisés. (Sources : Endofrance, « Définition de l'endométriose » ; Inserm, « Endométriose », novembre 2013)

⁶ Pour un descriptif des différents contraceptifs existants, voir la brochure de la Fédération des Centres de Planning Familial sur la contraception disponible

ici : http://www.planningsfps.be/federation/publications/Documents/contraception_1809.pdf

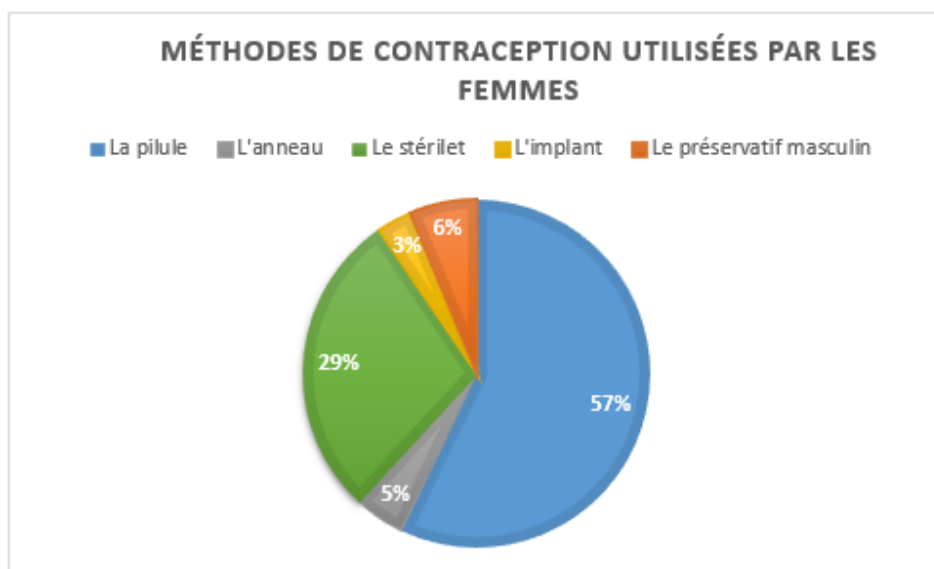
⁷ INAMI, « Réunion de consensus. Usage adéquat de la contraception hormonale. Rapport du jury. Texte complet (version longue) », 16 mai 2013

⁸ Population & sociétés, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », mai 2014

mais elles ont opté pour d'autres moyens de contraception. Une femme sur cinq a changé de moyen contraceptif depuis la couverture médiatique de cette affaire.¹

Norme contraceptive

Aujourd'hui, malgré les discours liés aux effets de la pilule hormonale sur la santé, celle-ci reste le contraceptif auquel les femmes ont le plus souvent recours. Selon la grande enquête Contraception 2017 réalisée par l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS), auprès de 4607 belges francophones ayant entre 14 et 55 ans, 57% des femmes (soit la majorité) choisissent la pilule comme moyen contraceptif.



Source : Enquête Contraception 2017 – Marketing UNMS

Pourtant, seulement 50% de l'échantillon s'en dit très satisfait, alors qu'en moyenne, 64% des répondantes se disent très satisfaites de l'anneau, du stérilet et de l'implant. Les femmes qui ne sont pas satisfaites de la pilule et qui l'ont abandonnée disent l'avoir fait principalement en raison de son caractère trop contraignant et parce qu'elles désiraient utiliser un contraceptif moins nocif et agressif pour la santé. Ce dernier élément revient à plusieurs reprises dans les résultats de l'enquête. Par rapport à 2010, on peut observer une évolution énorme sur l'idée que les contraceptifs ont des effets secondaires et non-naturels qui sont nocifs pour la santé. En 2017, 77% des 17-20 ans qui ont changé de contraceptif disent l'avoir fait parce qu'elles ne supportaient plus les effets secondaires.

Un frein au choix du contraceptif idéal pourrait être la méconnaissance relative des différents possibles. Selon l'enquête de l'UNMS, les gens ont une bonne connaissance de la pilule, du stérilet et du préservatif masculin. Ils ont en revanche une connaissance moyenne et faible de tous les autres contraceptifs.² Selon l'enquête réalisée par Insites¹ en 2015 pour le compte de MSD² (auprès de

¹ FPS, « La santé des femmes : état des lieux », 2014

² Les sondé-e-s ont une connaissance moyenne des méthodes naturelles, de l'anneau, du préservatif féminin, du patch, de l'implant et du diaphragme ; et une connaissance faible de la piqure trimestrielle et de la cape cervicale.



1000 femmes belges de 18 à 35 ans), 71% des femmes confient qu'elles continuent à choisir des moyens de contraception traditionnels tels que la pilule parce qu'elles ne connaissent pas les alternatives. Et 61% sont intéressées à en savoir plus sur d'autres contraceptifs.

On observe donc un manque d'information de la part des femmes dans leurs possibilités contraceptives ainsi qu'une haute tendance à utiliser la pilule afin de prévenir les grossesses. On continue ainsi à observer la norme contraceptive qui a toujours cours dans notre société et qui avait déjà été dénoncée dans une analyse précédente des Femmes Prévoyantes Socialistes en 2013 : « Femmes et contraception : quel véritable choix? ». Dans les termes de Lalman (2010), « si la contraception s'est effectivement diversifiée depuis 20 ans, la recherche s'est poursuivie dans le sens de la contraception hormonale (élargissement du choix de pilules, anneau vaginal, patch, stérilet hormonal,...). En outre la pilule reste le moyen le plus médiatisé, le plus connu, le plus souvent conseillé, considéré comme le plus efficace. »

Deux acteurs contribuent grandement à l'entretien de cette norme contraceptive : les firmes pharmaceutiques et les médecin-e-s/gynécologues.

Une précédente analyse³ des Femmes Prévoyantes Socialistes (2013) s'était penchée sur l'influence des firmes pharmaceutiques en matière de contraception. Elle rendait compte des stratégies des firmes pour vendre des pilules contraceptives comme un produit anodin : influence des firmes dans des sites d'information sanitaire, campagnes de sensibilisation visant à faire la publicité de certains produits, influence dans la manière de prescrire des médecins, etc.

Les médecin-e-s et gynécologues ont également souvent tendance à prescrire la pilule comme moyen contraceptif. Selon l'enquête « Femmes et contraception » de Solidararis (2010), 74% des femmes interrogées disaient avoir été influencées par leur médecin-e dans leur choix contraceptif (généraliste ou gynécologue).⁴ Et selon MSD, seulement 50% des gynécologues et 25% des généralistes parlent avec leurs patientes d'autres méthodes contraceptives.⁵ Le manque de counseling⁶ serait donc à la base de la méconnaissance des alternatives à la pilule. Enfin, les médecin-e-s prennent rarement le temps d'expliquer le fonctionnement physiologique du corps et les différentes méthodes contraceptives qui existent. Beaucoup de femmes (surtout les plus jeunes) ne connaissent pas les effets réels des hormones artificielles sur leurs corps et sont en quête d'informations correctes, d'échanges sur l'aspect physiologique (Lalman, 2010).

¹ Insites est une asbl qui favorise l'apprentissage, la croissance et le changement via l'enquête et la collaboration (insites.org)

² MSD est un laboratoire pharmaceutique mondial fondé sur la recherche (<http://www.msd-belgium.be>)

³ FPS, « Les stratégies des firmes pharmaceutiques en matière de contraception », 2013

⁴ FPS, « Femmes et contraception : quel véritable choix? », 2013

⁵ Belga, « Une femme sur cinq n'est pas satisfaite de son contraceptif actuel », 17 novembre 2015

⁶ « Le *counseling* désigne un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer ou traiter. » (Vincent et Hamad, 2001).



2^e frein : une atteinte à la virilité

Le second frein à l'élaboration et à la diffusion d'une contraception masculine, plutôt d'ordre symbolique, est la peur ressentie par les hommes d' « une atteinte à la virilité, une castration symbolique, une perte du statut social dominant, et surtout une crainte remarquable de la féminisation, du bouleversement des rôles et des frontières entre les genres » (Baulier et al, 1999 : 51).

Soufir et Mieusset (2012) citent également comme véritable frein au développement d'une contraception masculine ce risque d'atteinte à la virilité et à l'intégrité même de la sphère génitale de l'homme.

Ceux-ci craignent en outre une « féminisation » de leur corps ou une « dévirilisation » qui ferait suite au fait d'adopter une pratique pour l'instant pensée comme féminine. La dichotomie des rôles sociaux et notamment ce renvoi constant de la femme à son rôle de mère et de responsable de la fertilité enferment celle-ci dans son devoir d'utiliser un contraceptif, devoir qui ne concerne pour l'instant pas les hommes. Subsiste d'ailleurs toujours aujourd'hui ce stéréotype de l' « homme irresponsable », indifférent au risque de grossesse et de contamination d'infections sexuellement transmissibles (IST)¹.

Toute la symbolique à l'œuvre autour de l'appareil génital masculin retient également certains hommes d'utiliser une contraception hormonale puisque dans leur imaginaire, ils incarnent la « position biologique du géniteur »², l'élément fertile qui va permettre la reproduction. Une impossibilité de féconder, ainsi qu'une éventuelle baisse de la libido, ne colleraient donc pas avec la symbolique de la virilité (Lalman, 2010). Le « désir masculin », signe de virilité, entrerait également en contradiction avec une contraception prise par les hommes, la norme étant que ce soit les femmes qui soient disponibles sexuellement, et donc qui auraient le devoir de se protéger (Lalman, 2013).

Ensuite, certains hommes se soucient du spectre de l'impuissance qui semble accompagner la contraception masculine³. Quand on leur parle par exemple de vasectomie (forme de contraception irréversible), beaucoup d'hommes pensent qu'ils ne pourront plus éjaculer alors qu'il a été prouvé que vasectomie et éjaculation n'avaient aucun lien. Les spermatozoïdes ne constituent en effet que 3% de la semence, et la vasectomie ne consiste pas à empêcher l'éjaculation.

Enfin, les hommes sont réticents à une certaine « technicisation » de leur corps, c'est-à-dire un encadrement médical que la contraception impliquerait tant au niveau du suivi médical, que des effets secondaires. « Ce rejet de la technicisation du corps peut également apparaître chez les femmes. Cependant, ce rejet n'est pas marqué par le même contexte médical. Ces dernières entrent de plus en plus tôt dans un long parcours, de plus en plus banalisé, de surveillance gynécologique, qui comprend le suivi permanent de leur pratique contraceptive et est jalonné par les grossesses, les

¹ Genre, politique et sexualité, « La contraception masculine », 1 mars 2013

² ibidem

³ Slate.fr, « Pourquoi la vasectomie a-t-elle mauvaise presse ? », 10 août 2014



éventuels avortements et les traitements hormonaux substitutifs à la ménopause » (Soufir et Mieusset, 2012).

3^e frein : la contraception, une « responsabilité féminine »

Le dernier frein touche à la responsabilité en matière de contraception. Actuellement, la responsabilité reproductive incombe toujours aux femmes¹ et, de ce fait, la contraception est perçue comme une responsabilité féminine. Selon Françoise Héritier, « accorder la liberté contraceptive aux femmes n'était [...] qu'une manière de laisser encore à leur seule responsabilité toutes les charges qui relèvent de la fécondité et de la procréation » (Baulieu et al., 1999 : 49).

Ce phénomène de responsabilisation à l'encontre des femmes commence tôt. A l'école déjà, l'on peut voir que « la société n'offre pas, pas plus aux garçons qu'aux filles d'ailleurs, un choix égal face à la prise en charge de leur fertilité [...]. Et, encore une fois, les garçons sont moins encouragés à s'y intéresser... » (Lalman, 2013)

Aujourd'hui s'offre aux hommes l'opportunité d'avoir une plus grande implication dans la contraception de leur couple, grâce à la possibilité de prendre une contraception hormonale masculine. Celle-ci pourrait contribuer à la mise en place d'un partage de la contraception et d'une responsabilité commune de la fertilité. Par exemple, si un des deux partenaires est sous contraception hormonale pendant un long moment, l'autre partenaire pourrait offrir de soulager son corps en décidant de prendre à son tour un contraceptif.²

En dehors de la possibilité de participer à la responsabilité de la contraception via la prise d'un contraceptif hormonal, l'homme peut tout à fait s'impliquer via d'autres canaux : en partageant le coût de la contraception par exemple, en servant d'aide-mémoire, ou en prenant l'initiative d'une discussion sur la question (Lalman, 2010). De nos jours, on observe que les couples discutent davantage du type de contraceptif qu'ils vont utiliser. En 2017, ils étaient 80% à aborder le sujet.³

Il faudrait toutefois se demander dans un premier temps, comme Soufir et Mieusset (2012) nous le suggèrent, « si les hommes veulent bien assumer la responsabilité contraceptive et si les femmes veulent bien la leur laisser car un investissement scientifique et financier dans la recherche fondamentale clinique et comportementale n'est valable que si le but visé est estimé réaliste, utile, pertinent et rentable. Si ces conditions ont été largement réunies au cours des dernières décennies pour la contraception féminine, il convient de se demander pourquoi il n'en a pas été de même pour les méthodes masculines. »

Si l'on s'interroge ici sur la possibilité d'accroître la responsabilité des hommes dans le devoir de contraception du couple, l'on devrait de prime abord se demander si les femmes accepteraient de la leur laisser, les conséquences d'un échec de la contraception se répercutant naturellement d'une manière prépondérante sur leur corps!

¹ Lalman (2013)

² The Guardian, « Sex is a shared responsibility. So why not contraception? », 28 octobre 2016

³ Enquête Contraception de l'UNMS (2017)



Il ne coule pas non plus de source que les hommes désirent prendre une contraception. « La ‘paternité heureuse’ ne constitue pas une revendication prioritaire des hommes » et « les hommes ne sont pas encadrés par le corps médical dans une pratique corporelle de santé qui leur rappellerait sans cesse leur identité sexuée » (Lalman, 2010), comme c’est le cas pour les femmes. De plus, les hommes se retrouvent face à un dilemme : entre l’aspiration aux changements et l’inertie du confort de la situation de dominant.

L’on pourrait ainsi penser que les hommes ne désirent pas prendre de contraception hormonale. Pourtant, des sondages nous montrent qu’il en est tout autrement : « En 1978, alors qu’il n’existe officiellement aucune méthode de contraception hormonale masculine, un sondage de l’IFOP¹ auprès de 938 hommes indique que 66 % des hommes sont d’accord avec la proposition suivante : « c’est une bonne chose que l’on ait mis au point une pilule contraceptive masculine, il n’y a pas de raison que les femmes soient seules concernées par la contraception ». En 1990, Louis Harris² réalise un sondage auprès de 483 hommes faisant apparaître que 59% d’entre eux trouvaient que la contraception masculine était une bonne idée et 54% se disaient prêts à essayer » (Soufir et Mieusset, 2012). En 2001, 2004 et 2009, de nouveaux sondages montrent une même tendance : les hommes sont prêts à utiliser une contraception hormonale masculine³. Aujourd’hui, selon les derniers chiffres de l’UNMS (2017), au moins 40% des hommes se disent prêts à utiliser d’autres méthodes contraceptives masculines, comme des pilules masculines, si elles venaient à être commercialisées. 29% ne savent pas et 31% y sont réticents. Parmi les personnes ayant répondu oui, leur première motivation est le souhait du partage de la contraception (52%), la seconde est de permettre à leur partenaire de ne plus devoir prendre de moyen contraceptif (37%).

Un article paru récemment - « la vasectomie séduit de plus en plus d’hommes entre 35 et 40 ans »⁴ - corrobore également ce souhait d’implication dans la contraception du couple. L’an dernier, plus de 8000 hommes se sont fait stériliser en Belgique, ce qui constitue une augmentation de 20% par rapport à 2010⁵. Selon Thomas Adams, de l’association belge des urologues, cité dans l’article, « la vasectomie a l’avantage de libérer la femme des effets secondaires des traitements hormonaux ». Selon Thibaud Saussez, urologue aux cliniques universitaires de Saint-Luc, « une stérilisation définitive chez la femme est beaucoup plus lourde d’un point de vue chirurgical » et « les hommes parlent plus facilement [de la contraception] entre eux ».

Lalman (2010) constate enfin une plus grande implication des jeunes garçons dans la contraception. Ceux-ci semblent plus enclins à utiliser un préservatif. Les femmes, surtout plus jeunes, sont également plus favorables à l’implication de leur partenaire, en raison de l’aspect contraignant de la

¹ IFOP (Institut français d’opinion publique)

² Louis Harris est un entrepreneur américain travaillant dans le domaine des sondages d’opinion.

³ Soufir et Mieusset (2012)

⁴ RTL info, « La vasectomie séduit de plus en plus d’hommes entre 35 et 40 ans : « Ils repartent après une demi-heure en clinique » », 8 décembre 2016

⁵ Ce chiffre est à relativiser : il y eut une augmentation de 20% du nombre de vasectomies en 4 ans en effet, entre 2011 et 2015. Toutefois, de 2002 à 2010, la tendance a tout d’abord été inverse : le nombre de vasectomies avait diminué de 12 %. Il s’élevait à 8311 en 2002 et à 7334 en 2010. Depuis 10 ans, le nombre de vasectomies évolue donc peu en Belgique. De plus, il existe de fortes disparités régionales : en 2011, 6288 vasectomies ont eu lieu en Flandre, contre 1086 seulement en Wallonie et 88 à Bruxelles! (Le Soir, « Des milliers d’hommes recourent à la stérilisation », Le Soir, 27 août 2012)



contraception. Selon l'enquête de l'UNMS toujours, 51% des femmes seraient disposées à ce que leur partenaire utilise des méthodes contraceptives masculines. 25% ne savent pas et 22%, non. Celles qui y sont favorables le sont afin de pouvoir partager la charge de la contraception et de ne plus devoir prendre de moyen contraceptif.

Conclusion

A travers cette analyse, nous avons mis en exergue l'importance de l'élaboration d'une contraception hormonale masculine afin que les désagréments liés à la contraception ne soient plus uniquement à charge des femmes mais puissent être partagés au sein du couple. Nous avons également pointé d'une manière générale la nécessité de considérer la gestion de la fertilité comme une responsabilité commune.

Après avoir examiné la question, nous désirons porter un regard optimiste sur l'avenir : les hommes sembleraient selon les sondages s'intéresser à une contraception hormonale et être prêts à l'utiliser. Les femmes aussi paraissent enclines à leur faire confiance en leur cédant une part de la responsabilité liée à la contraception.

Reste la réticence des firmes pharmaceutiques à investir dans le développement d'une contraception hormonale masculine. Peu s'y sont intéressées jusqu'à aujourd'hui, malgré les progrès réalisés ces dernières années, qui se révèlent être très prometteurs, et malgré une prédisposition apparente des hommes à utiliser une telle contraception.

Ce sujet nous a en outre permis de revenir sur les effets indésirables de la contraception hormonale qui touchent les femmes et au sujet desquels celles-ci ne sont toujours pas bien informées. D'où l'importance de permettre un accès à l'information et de sensibiliser les médecin-e-s/gynécologues et firmes pharmaceutiques (principalement) à la nécessité de proposer un éventail de moyens contraceptifs aux femmes.

L'accès à l'information en matière de contraception devrait avoir lieu dès l'entrée des jeunes en secondaire dans le cadre des projets d'Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS)¹ promus par la Fédération Wallonie-Bruxelles dans les écoles. Il est nécessaire que tant les filles que les garçons soient sensibilisé-e-s sur le sujet, le thème de la contraception devant constituer une responsabilité commune, impliquant chacun-e de nous.

¹ Fédération des Centres de Planning Familial, « EVRAS, Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle »



Bibliographie

Livres :

BAULIEU, Etienne-Emile, HERITIER, Françoise et LERIDON, Henri, *Contraception : contrainte ou liberté?*, Edition Odile Jacob, Paris, 1999.

SOUFIR, Jean-Claude et MIEUSSET, Roger, *La contraception masculine*, Springer, 2012.

Articles scientifiques - Etudes:

BEHRE, Hermann M., ZITZMANN, Michael, ANDERSON, Richard, HANDELSMAN, David J., LESTARI, Silvia, MCLACHLAN, Robert I., MERIGGIOLA, M. Cristina, MISRO, Man Mohan, NOE, Gabriela, WU, Frederick C.W. Wu, FESTIN, Mario Philip R., HABIB, Ndema A., VOGELSONG, Kirsten M., CALLAHAN, Marianne M., LINTON, Kim A. & COLVARD, Doug S., « Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men », *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 10.1210/jc.2016-2141.

COGLIANO, V., GROSSE, Y., BAAN, R., STRAIF, K., SECRETAN, B., EL GHISSASSI, F., Carcinogenicity of combined oestrogen-progestagen contraceptives and menopausal treatment, *Lancet Oncology*, 6, p 552-553, 2005.

VINCENT, Denise et HAMAD, Nazir, « Le counseling. Entretien avec Catherine Tourette-Turgis », *Journal français de psychiatrie*, 1 (12), p. 38-38, 2001. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2001-1-page-38.htm>

Analyses :

BRAUN, Frédou, « Gérer sa fertilité, un art de vivre », 2011.

FPS, « Femmes et contraception : quel véritable choix? », 2013.

FPS, « Les stratégies des firmes pharmaceutiques en matière de contraception », 2013.

LALMAN, Lara, « Contraceptions : quels choix pour les femmes aujourd'hui? », 2010.

LALMAN, Lara, « De la puberté à la fin des règles », 2013.



Articles de presse :

Belga, « Une femme sur cinq n'est pas satisfaite de son contraceptif actuel [en ligne], 17 novembre 2015. Disponible sur : <<http://www.belga.be/fr/press-release/details-50909/?langpr=FR>> (consulté le 20.02.2017)

Courrier international, « Contraception. La pilule pour homme, ce n'est pas pour demain » [en ligne], 2 novembre 2016. Disponible sur : <<http://www.courrierinternational.com/article/contraception-la-pilule-pour-homme-ce-nest-pas-pour-demain>> (consulté le 20.02.2017)

DH.net, « 1 femme sur 5 n'est pas satisfaite de sa contraception » [en ligne], 17 novembre 2015. Disponible sur : <<http://www.dhnet.be/actu/sante/1-femme-sur-5-n-est-pas-satisfaite-de-sa-contraception-564b76ba3570ca6ff8f69a7b>> (consulté le 20.02.2017)

EurekAlert !, « Non-hormonal male contraceptive Vasalge™ has proven efficacy in rabbits » [en ligne], 29 mars 2016. Disponible sur : <https://www.eurekalert.org/pub_releases/2016-03/pf-nmc032916.php> (consulté le 20.02.2017)

Global news, « Birth control for men: is there gender inequality in health research? » [en ligne], 1 novembre 2016. Disponible sur : <<http://globalnews.ca/news/3035870/birth-control-for-men-is-there-gender-inequality-in-health-research/>> (consulté le 20.02.2017)

Independent, « Yes contraceptives have side effects – and it's time for men to put up with them too » [en ligne], 28 octobre 2016. Disponible sur : <<http://www.independent.co.uk/voices/male-contraceptive-injection-successful-trial-halted-a7384601.html>> (consulté le 20.02.2017)

La Recherche, « Nouvelle donne pour la pilule masculine » [en ligne], juin 2007. Disponible sur : <<http://www.larecherche.fr/nouvelle-donne-pour-la-pilule-masculine>> (consulté le 20.02.2017)

Le Figaro.fr, « Contraception hormonale masculine : des résultats prometteurs » [en ligne], 3 novembre 2016. Disponible sur : <<http://sante.lefigaro.fr/article/contraception-hormonale-masculine-des-resultats-prometteurs>> (consulté le 20.02.2017)

Le Figaro.fr, « La pilule masculine contraceptive existe-t-elle ? » [en ligne], 4 mars 2013. Disponible sur : <<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/03/04/19961-pilule-masculine-contraceptive-existe-t-elle>> (consulté le 20.02.2017)

RTL.be, « La vasectomie séduit de plus en plus d'hommes entre 35 et 40 ans : « Ils repartent après une demi-heure en clinique » » [en ligne], 8 décembre 2016. Disponible sur : <<http://www.rtl.be/info/belgique/societe/les-hommes-sterilises-atteignent-un-nombre-record-ils-ont-entre-35-et-40-ans-en-moyenne--873357.aspx>> (consulté le 20.02.2017)

Science et avenir, « Contraception : la pilule pour homme à portée de main ? » [en ligne], 17 mars 2016. Disponible sur : <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/sexualite/contraception-la-pilule-pour-homme-a-portee-de-main_12652> (consulté le 20.02.2017)

Slate.fr, « Et si on reparlait de la contraception pour hommes ? [en ligne], 23 mai 2014. Disponible sur : <<http://www.slate.fr/france/87141/contraception-pour-hommes>> (consulté le 20.02.2017)



Slate.fr, « Pourquoi la vasectomie a-t-elle mauvaise presse ? » [en ligne], 10 août 2014. Disponible sur : <<http://www.slate.fr/story/90617/vasectomie>> (consulté le 20.02.2017)

Sites internet :

EndoFrance, « Définition de l'endométriose », <http://www.endofrance.org/definition-de-lendometriose/>, consulté le 20.02.2017.

Fédération des centres de planning familial, « EVRAS - Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle », <http://www.planningsfps.be/CPF/animations/Pages/EVRAS.aspx>, consulté le 20.02.2017.

Fédération des centres de planning familial, « La contraception », http://www.planningsfps.be/federation/publications/Documents/contraception_1809.pdf, consulté le 20.02.2017.

Fédération du Québec pour le planning des naissances, « Contraceptif oral combiné », <http://www.fqpn.qc.ca/?methodes=contraceptif-oral-combine>, consulté le 20.02.2017.

Inserm, « Endométriose », <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/endometriose>, consulté le 20.02.2017.

Parsemus Foundation, « Vasalgel, a multi-year contraceptive », <https://www.parsemusfoundation.org/projects/vasalgel/>, consulté le 20.02.2017.

Solidaris Institut, « Grande enquête Contraception », <http://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-contraception/>, consulté le 24.05.2017.

QUI SOMMES-NOUS ?

Nous sommes un mouvement féministe de gauche, laïque et progressiste, actif dans le domaine de la santé et de la citoyenneté. Regroupant 10 régionales et plus de 200 comités locaux, nous organisons de nombreuses activités d'éducation permanente sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En tant que mouvement de pression et de revendications politiques, nous menons des actions et militons pour les droits des femmes: émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité, etc.

Nous faisons partie du réseau associatif de Solidaris. En tant que mouvement mutualiste, nous menons des actions et militons contre les inégalités de santé.

Toutes nos analyses et nos études sont disponibles sur notre site :

www.femmesprevoyantes.be



Avec le soutien de :

