

1 La contraception, une affaire de femme

1.1 Paysage contraceptif français

1.1.1 Historique

1.1.1.1 *L'Antiquité*

Dès l'antiquité, la régulation des naissances se plaçait au cœur des problèmes de santé publique (1). Ainsi, du fait de la nécessité de contrôler le nombre d'enfants, la contraception s'est développée en Egypte, en Grèce, dans l'Empire romain et en Chine. Certaines de ces méthodes sont encore utilisées aujourd'hui.

Dans la Grèce antique l'abstinence ainsi que le retrait (ou coït interrompu), bien qu'évoqués par Platon (2), n'étaient que peu répandus.

Dans son ouvrage de gynécologie obstétrique Maladie des femmes, Soranos d'Ephèse a exposé différentes pratiques permettant de prévenir les grossesses notamment lorsque la santé de l'épouse ou son jeune âge ne les permettaient pas. Ses « prescriptions » ont pour objectif d'empêcher le sperme de stagner dans la cavité vaginale voire même d'être expulsé. Pour cela il conseille de sauter ou de marcher après les rapports (3). Il y a donc déjà une certaine médicalisation de la reproduction et donc, de la régulation des naissances.

L'usage du « préservatif » est présent dans les écrits romains notamment dans *Les Métamorphoses* (4). On y décrit une gaine faite d'une vessie de chèvre que la femme applique au niveau du vagin. Ce procédé s'est décliné sur différents continents.

En Chine, la contraception s'appliquait sous la forme de pilule à base d'huile et de mercure, ingérée par les femmes (5).

Les Egyptiens, utilisaient déjà des spermicides, réalisés à base de citron et de miel (6).

1.1.1.2 *Le Moyen-âge*

Le Moyen-âge, période de régression scientifique et de pauvreté, conduisait bien souvent les femmes à l'infanticide et à l'abandon. Il apparaît à cette époque que les contraceptifs étaient considérés comme « Perversions sexuelles » par le droit médiéval. Toutefois, on suppose que dans les milieux favorisés et aisés, la contraception était tout de même employée (7).

1.1.1.3 *La révolution contraceptive*

Les méthodes locales et naturelles se développèrent donc jusqu'au XX^{ème} siècle. Les préservatifs s'imposèrent dans les années 1700. S'en suit l'apparition d'éponges introduites dans le vagin puis des dispositifs intra-utérins et des spermicides (3).

La révolution en matière de contraception s'est produite en 1950 avec le développement, par Gregory Pincus, d'une contraception hormonale orale (8).

Ainsi, dès sa création, on se rend compte que la contraception s'orientait vers les femmes. Aujourd'hui, au vu de l'offre proposée en France, ce postulat semble perdurer.

1.1.2 Contraception réversible masculine

1.1.2.1 *Abstinence*

« Abstinence périodique, méthode contraceptive faisant appel à l'abstinence sexuelle durant la période de fécondité de la femme¹ ». Bien qu'il s'agisse d'une méthode contraceptive très efficace et gratuite, les répercussions sur la sexualité du couple sont considérables. Les couples y ont généralement recours lorsqu'il n'y a pas d'autres moyens (oubli de pilule, pas de préservatifs, période d'ovulation...) (9).

1.1.2.2 *Coït interrompu*

Il est présent dès le XVII^{ème} siècle (9). Il s'agit, pour l'homme, d'interrompre le coït en se retirant du vagin avant l'émission de sperme. Cette technique nécessite de la part de l'homme une parfaite connaissance de son corps et de ses réactions. Elle impose à la femme une confiance absolue en son partenaire. Bien que gratuite par principe, elle reste assez peu pratiquée. En effet, lors d'une utilisation courante, le taux d'échec en France est de 10% (22% aux USA) (10). Ceci conduit donc à un abandon fréquent après un an (45%) ou à l'utilisation d'un contraceptif en complément.

1.1.2.3 *Préservatif masculin*

C'est la méthode la plus utilisée lors des premiers rapports et chez les jeunes. Il s'agit d'une enveloppe fine, appliquée sur le pénis en érection (11) permettant une efficacité contraceptive ainsi qu'une protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (12). Le taux de grossesses en utilisation courante est estimé à 15% (10) alors que l'indice de Pearl est de 0.6-5% (13).

Bien qu'il s'agisse de la seule contraception réversible proposée aux hommes et qu'elle protège des IST, cette méthode n'est pas remboursée. Sur le long terme, il s'agit donc d'une contraception onéreuse.

1.1.2.4 *Méthodes en développement*

Le faible choix en matière de contraception masculine pousse depuis plusieurs dizaines d'années les chercheurs ainsi que les laboratoires, à développer de nouvelles méthodes. Ainsi, quatre nouvelles approches sont en cours de développement et d'expérimentation (11,14).

La première est, comme pour les femmes, hormonale. Celle-ci conduit à une azoospermie. Différentes combinaisons ont été testées : utilisation d'androgènes seuls, le couplage entre antagonistes de la GnRH et androgènes, progestatifs, inhibine B...(15-21). Bien que ces méthodes soient efficaces, leur utilisation en pratique courante n'a pas été validée.

L'immuno-contraception a également été testée (22). Cependant cette technique se heurte à des problèmes importants notamment la variabilité de réponse vaccinale des sujets (11).

Un testicule ectopique, exposé à une chaleur supérieure à 35°C conduit à une stérilité (23). Ce constat connu depuis longtemps a conduit au développement de la contraception thermique (24).

Enfin, la dernière approche est moléculaire (11,23).

Ces différents abords, futuristes, permettraient enfin aux hommes de participer un peu plus à la contraception du couple et à la maîtrise de leur propre fécondité.

¹ Définition d'après le Dictionnaire de Français Larousse 2016

1.1.2.5 Vasalgel®, l'espoir récent

Cette méthode, décrite initialement par le docteur S. Guha sous le nom de RISUG (Reversible inhibition of sperm under guidance), se développe en ce moment aux Etats-Unis. Le procédé est semblable à celui de la vasectomie sans bistouri : il s'agit d'injecter au niveau des canaux déférents, un gel à base de polymères. Ce dernier va se solidifier, formant une barrière semi-perméable non franchissable par les spermatozoïdes. L'objectif étant à présent de développer une solution permettant de dissoudre ce gel, rendant ainsi cette contraception réversible (25,26).

Les essais sur l'homme ont débuté depuis 2015 aux Etats-Unis. La commercialisation en France serait prévue pour 2020.

En 2016, la contraception proposée aux hommes reste donc très limitée. Ils ont le choix entre une méthode non efficace (le retrait) ou le préservatif qui, dans des relations de couple stables et durables, ne convient qu'en de rares cas. Les autres méthodes sont toujours en phase de recherche.

1.1.3 Contraception réversible féminine

La contraception féminine est très largement développée en France. La femme peut choisir une contraception naturelle ou hormonale dont l'efficacité est largement supérieure aux contraceptifs masculins (10).

1.1.3.1 Méthodes non hormonales

Parmi les méthodes non hormonales, on trouve les contraceptifs naturels et les contraceptifs dits « barrière ».

La contraception féminine naturelle regroupe la Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA), la méthode Ogino, l'étude de la glaire cervicale ou méthode Billing et la méthode par les courbes de température.

Ces méthodes ne concernent que 3% des femmes (27).

- La MAMA ou LAM (Lactation Amenorrhea Method) présente une bonne efficacité lorsqu'elle est bien respectée. Un allaitement maternel, à raison de six tétées minimum par 24 heures jamais espacées de plus de 6 heures et l'aménorrhée, empêchent la reprise des cycles ovulatoires. La MAMA n'est applicable que jusqu'à 6 mois après l'accouchement (28).
- L'observation de la glaire cervicale nécessite pour les femmes une parfaite connaissance de leur corps. Une étude a montré que les femmes ont confiance en cette méthode bien qu'elle nécessite les conseils préalables d'un professionnel de santé (29).
- La réalisation d'une courbe de température permet d'identifier après plusieurs cycles, l'ovulation. Celle-ci est identifiable par un pic de température.
- La méthode Ogino ou d'abstinence périodique a été décrite par le gynécologue japonais Kyusaku Ogino. Elle fut très utilisée dans les années 1960. Le couple doit s'abstenir de tout rapport sexuel durant la période de fécondité féminine².

Ces quatre méthodes ont une efficacité qui reste relative avec huit grossesses pour cent femmes (10). Seule la MAMA montre une bonne efficacité.

² Définition d'après le Dictionnaire Larousse Médicale édition 2006

Les méthodes dites « barrière » décrites et utilisées depuis des siècles, regroupent divers dispositifs. Bien que leur efficacité soit nettement inférieure aux contraceptifs hormonaux, elles retrouvent une place auprès des patientes qui sont dans une démarche du « sans hormone », « naturel », « moins mauvais pour le corps ».

Il existe donc :

- Les capes cervicales et les diaphragmes. Il s'agit de dispositifs intra-vaginaux, placés au niveau du col utérin, empêchant le passage des spermatozoïdes dans l'utérus. Pour une meilleure efficacité, il est conseillé d'associer ces méthodes à des spermicides. Ces dispositifs doivent être maintenus en place plusieurs heures après le rapport. L'indice de Pearl est de 4-6%.
- Les spermicides ont pour but l'inactivation et la destruction des spermatozoïdes. Ils se présentent sous forme de crème, d'ovule ou de tampon. L'indice de Pearl est établi à 6-20%. La fiabilité de cette méthode est donc très mince. Leur utilisation ne concerne que très peu de femmes en âge de procréer en France. Toutefois, leurs propriétés démontrées *in vitro* (protection contre les IST et action anti-VIH) font, qu'aujourd'hui, on leur porte un plus grand intérêt (30).
- Les éponges, qui figurent parmi les méthodes contraceptives les plus anciennes, agissent sur trois plans : blocage théorique de l'orifice cervical, libération de spermicide et absorption des spermatozoïdes. En France, le dispositif n'est plus commercialisé depuis 2009 en lien avec un fort taux d'échec (30).
- Le préservatif féminin, comme son analogue masculin, est un contraceptif protégeant des IST. Il a une mauvaise acceptabilité en France.
- Les dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre agissent sur différents niveaux : le cuivre présente une toxicité pour les spermatozoïdes et il induit une réaction inflammatoire de l'endomètre, nuisant ainsi à une éventuelle nidation. Le DIU est posé pour trois à dix ans en fonction du type. Il s'agit de la méthode non hormonale la plus efficace avec un indice de Pearl à 0.4-0.6% similaire à celui des méthodes hormonales. Elle est remboursée à l'échelle de 65% par l'Assurance maladie.

1.1.3.2 Contraception hormonale

La contraception hormonale regroupe deux types de molécules : les contraceptifs à base d'œstrogènes et de progestérone et les progestatifs seuls. Elles sont délivrées en pharmacie sur prescription médicale.

L'efficacité de ces méthodes hormonales est largement supérieure aux dispositifs cités précédemment. Toutefois, elles ont diverses contre-indications et entraînent généralement des effets indésirables (aménorrhée, modifications métaboliques et lipidiques, hypertension artérielle, accidents thromboemboliques, mastodynies, prise de poids, etc.).

Contraception œstroprogestative

L'association d'œstrogène et de progestérone (naturels ou de synthèse) permet un blocage de l'ovulation, un épaissement de la glaire cervicale ainsi qu'une atrophie endométriale (13).

En France, on retrouve cette association sous trois formes :

- La pilule présente un indice de Pearl à 0.01-0.3% mais en utilisation courante, le taux de grossesse est de 2.4-8%. En France, on trouve des pilules de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} génération selon le dosage progestatif ; mono-bi-tri-quadrphasique. Elles ont un schéma continu (28 jours) ou discontinu (21 jours puis arrêt de 7 jours) et la prise du comprimé doit se faire à heure fixe. Elle est jugée inefficace en cas d'oubli supérieur à 12 heures.

La grande majorité de ces pilules est remboursée à 65% par l'Assurance maladie.

- L'anneau vaginal commercialisé sous le nom Nuvaring® permet une diminution de certains effets qu'on pourrait remarquer lors d'une administration orale. Placé au niveau vaginal, il permet la diffusion des molécules durant 3 semaines. Son indice de Pearl est de 0.4-0.6%. Il n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie.
- Le patch transdermique Evra®, appliqué durant une semaine et renouvelé deux fois, délivre en continu l'association œstroprogestative. L'indice de Pearl est égal à 0.72%. Il n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

Contraception progestative

Au titre de contraceptif, seuls les microprogestatifs sous différentes formes et les progestatifs injectables ont l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en France. La contraception progestative présente moins de contre-indications.

Les microprogestatifs ont été développés sous forme orale (pilule), implant sous-cutané et DIU. Ils ont une action plurielle : action antigonadotrope et action périphérique. En périphérie ils diminuent la mobilité tubaire, modifient la glaire cervicale et atrophie l'endomètre, le rendant impropre à une éventuelle nidation.

- La pilule est prise en continu durant 28 jours à heure fixe. A l'heure actuelle on trouve sur le marché Cérazette® et ses génériques ainsi que Microval®. La première tolère un oubli de moins de 12 heures, pour la seconde, ce délai est établi à 3 heures. Cérazette® n'est pas prise en charge par l'Assurance maladie à l'inverse de ses génériques et de Microval®. L'indice de Pearl est de 0.1-0.3%.
- L'implant est disponible en France depuis 2001. Aujourd'hui, il est commercialisé sous le nom de Nexplanon®. Il s'agit donc d'un petit bâtonnet cylindrique, placé sous la peau pour une durée maximale de 3 ans. Son efficacité est légèrement inférieure à celle d'une stérilisation à but contraceptif puisque l'indice de Pearl est de 0.05%. Il est pris en charge à 65% par l'Assurance maladie.
- Le DIU Mirena® permet une diffusion locale du progestatif. Celle-ci inhibe la prolifération endométriale, induit un épaissement de la glaire cervicale et, pour certaines femmes, un arrêt de l'ovulation. A ces processus, s'ajoute l'action inflammatoire propre à tous les DIU. Il a une très bonne efficacité avec un indice de Pearl à 0.2% (1.1% en utilisation courante). Il est également remboursé à 65%.
- Les injections de progestatifs se sont développées il y a une cinquantaine d'années. Elles permettent un blocage de l'ovulation pour une durée de 3 mois. En France cette méthode est désuète.

La France offre donc aux femmes un large éventail en matière de contraception. C'est donc dans ce cadre que l'homme doit, au sein du couple, trouver s'il le souhaite, une place en matière de contraception.

1.2 Implication de l'homme dans la contraception

L'offre contraceptive en France expose donc la population à une inégalité homme femme. Malgré cela, on voit depuis plusieurs années maintenant, une sensibilisation des hommes vis-à-vis de la contraception avec une plus grande implication.

1.2.1 Evolution des mentalités

« *La décision de se reproduire recouvre une signification plus importante pour les femmes que pour les hommes* » (1). Bien que ce principe soit indéniable, les hommes aujourd'hui veulent s'impliquer davantage dans la contraception. Dans les années 1980, la contraception masculine correspondait plus à un acte de revendication. Aujourd'hui, l'implication des hommes est réelle au niveau de la sexualité et de la fécondité.

Pour la plupart des français, la contraception concerne les deux partenaires (31). Ce partage de la responsabilité contraceptive est motivé par un souci d'égalité homme femme, le choix d'un relais à la contraception féminine. Certains hommes évoquent également la crainte d'un « enfant dans le dos » (32).

Même si certains hommes ne souhaitent pas endosser la responsabilité contraceptive, ils peuvent participer activement à la contraception de leur compagne. Cette participation se traduit de différentes manières : participation financière, rappel pour la prise contraceptive, utilisation d'une contraception masculine en cas de défaillance contraceptive féminine, accompagnement aux consultations gynécologiques (32).

Cette place occupée par l'homme dans le couple est fonction du cadre posé par la femme.

Ce changement a pu être possible grâce à une information et une communication auprès de la population générale.

1.2.2 Connaissances des hommes

1.2.2.1 Prévention et sensibilisation

Au fil des années, les multiples campagnes de prévention en matière de contraception ont intégré l'homme dans ce domaine dont il était « exclu ».

L'éducation à la sexualité, mise en place dans les collèges et les lycées, vise à apporter aux élèves les connaissances scientifiques relatives à la physiologie féminine et masculine, à prévenir les risques (grossesses non désirées, IST, comportements à risques) mais aussi à apporter des réflexions sur le respect mutuel. Ainsi, il est conseillé d'aborder le thème de la contraception et du désir d'enfant. Cette information permet une prise de conscience dès la puberté.

A cette première approche de la contraception s'ajoute toutes les campagnes de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Une de leurs enquêtes, menée en 2007, montrait que les femmes connaissaient en moyenne 7.7 méthodes contraceptives contre 7 pour les hommes.

En 2007, la campagne « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » s'adressait essentiellement aux adolescents.

Puis en 2009, la nouvelle campagne de prévention mettait en avant le manque d'implication des hommes dans la contraception avec un slogan accrocheur « faut-il que les hommes soient enceints pour que la contraception nous concerne tous ? ». C'est donc au travers de vidéos que

l'INPES a essayé de sensibiliser les hommes aux situations vécues par la population féminine (grossesse non désirée, accouchement...).

Puis en 2013, « la contraception qui vous correspond existe » a voulu mettre en lumière le fait que la contraception est un processus évolutif qu'il se doit d'adapter et de réévaluer en fonction des moments de la vie. Cette campagne a été renforcée par les affiches et brochures éditées en 2015 « la mienne est... ». On y voit figurer deux hommes. Le premier met en lumière l'utilisation du préservatif, le second a recours à la contraception définitive.

Cette information porte ses fruits puisque N. Bajos et M. Bozon, dans leur enquête sur la sexualité en France de 2008, nous exposent le fait que seuls 14.2% des hommes âgés de 18 à 34 ans n'ont utilisé aucune contraception lors du premier rapport sexuel.

Nous savons qu'il est plus aisé de discuter d'un sujet lorsque nous en connaissons les tenants et les aboutissants. Ainsi cette meilleure information auprès des hommes leur permet une meilleure communication ultérieure au sein du couple.

1.2.2.2 Communication

La discussion au sein du couple apparaît comme un facteur primordial de réussite d'une méthode contraceptive.

Ainsi, plusieurs études ont montré que l'efficacité de la méthode contraceptive et la prévention de grossesses non désirées dépendaient de l'implication du partenaire dans la contraception (33).

La Haute Autorité de Santé (HAS) évoque ce principe dans ses fiches mémo à destination des professionnels : « *l'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode* » (34).

Outre les informations délivrées par les institutions françaises, on se rend compte qu'une certaine sensibilisation des hommes, se fait au travers des femmes (35). Les femmes peuvent tout d'abord avoir un rôle d'éducatrice notamment grâce à une démarche d'information et d'explication sur la sexualité et la contraception. C'est bien souvent un rôle tenu par la mère. Lors des premières expériences sexuelles, les femmes assurent un rôle d'initiatrice. Cette place concerne généralement les femmes de même génération (amies ou famille). Elles permettent aux hommes d'approfondir leurs connaissances en fournissant des explications plus précises. Enfin, en relation de couple, la partenaire a un rôle de prescriptrice. La communication sur ses difficultés contraceptives et son ressenti par rapport à la contraception peuvent être perçus comme une sollicitation amenant l'homme à s'investir.

Cette sollicitation permet donc au couple de discuter de la contraception afin de faire le choix à deux. Une contraception imposée par l'un des partenaires n'est pas sans conséquences. Cela risque d'induire ou d'aggraver un conflit conjugal à long terme (36).

1.2.3 Freins

Aujourd'hui encore cette évolution se heurte à de nombreux obstacles. En effet, même si certains hommes sont désireux de s'investir davantage dans la maîtrise de la fécondité, ils restent limités par différents facteurs.

L'industrie pharmaceutique dans un premier temps, reste en marge quant au développement des contraceptifs masculins. Ainsi leur offre se limite à l'utilisation du préservatif ou à la réalisation d'une vasectomie. Les essais et recherches ont pourtant débuté dès 1930 mais n'ont à l'heure

actuelle toujours pas abouti à la commercialisation de contraceptifs masculins médicalisés. Cette stagnation résulte du fait que le développement ne serait pas rentable (32).

Ce manque de rentabilité s'explique par le manque de « candidats » à une contraception médicalisée. Les représentations négatives présentes dans l'imaginaire collectif ainsi que celles véhiculées par les médias freinent les hommes dans une éventuelle prise de contraception médicale. En effet, d'un point de vue symbolique, l'emploi d'une contraception masculine remet en cause la virilité des hommes au niveau biologique (fertilité), mental et social (rôle du père). Elle toucherait donc à leur fécondité et leur sexualité, générant ainsi diverses craintes (35,37). La pilule masculine, en elle-même provoque deux réactions auprès des hommes. La première s'inscrit dans une notion de partage de responsabilité, la seconde rejoint l'idée précédente où l'homme se verrait « féminisé » (38).

Le manque d'acceptabilité n'est pas uniquement transmis par les hommes. Les femmes évoquent de fortes réticences quant au fait de laisser l'homme gérer la contraception. Elles font part d'un manque de confiance envers leur partenaire quant à la prise régulière et assidue d'un contraceptif ou d'une volonté de ne pas laisser l'homme prendre le relai à la contraception. (31,39,39). En France, les avis sont partagés : 61% des femmes se disent prêtes à laisser la responsabilité contraceptive à leur partenaire (31).

La contraception déclinée au masculin a encore du chemin à parcourir. Les hommes, les femmes, les industries pharmaceutiques, tous gardent des réticences quant à son développement.

2 Désir d'enfant et régulation des naissances

La contraception a donc permis aux couples une maîtrise de leur fécondité. Le moment des naissances est maintenant anticipé, choisi et programmé. Cette maîtrise du corps et de la maternité s'inscrit donc dans une logique propre aux sociétés occidentales actuelles.

2.1 Contraception et modifications sociétales

2.1.1 Emancipation féminine

En France, les femmes ont dû faire un long parcours avant d'obtenir la maîtrise de leur vie.

En 1804, le Code Civil consacre l'incapacité juridique totale de la femme mariée. S'en suit les lois relatives à la scolarité des filles (lois de Jules Ferry) et au travail des femmes.

Ce n'est qu'en 1907 que les femmes mariées se voient autorisées à disposer librement de leur salaire. Mais c'est en 1938 qu'on supprime l'incapacité juridique de la femme. Le mari peut toujours imposer le lieu de résidence et autoriser ou non le travail de son épouse. Il faudra attendre 1966 pour que la femme n'ait plus besoin de l'accord de son époux.

En 1942, l'avortement est considéré comme un crime contre la sûreté de l'Etat et est puni de mort. Il sera légalisé et autorisé pour raison thérapeutique en 1955.

La loi Neuwirth de 1967 autorisait la vente et l'utilisation de la contraception. La publicité était toujours interdite en dehors des revues médicales. Son décret d'application ne voit le jour que quatre ans plus tard.

Enfin, en 1975 une loi provisoire autorise l'IVG. Elle sera adoptée de façon définitive en 1979. Le remboursement de cet acte sera légiféré en 1982.

C'est essentiellement la loi de 1967 autorisant la contraception qui offre aux femmes le choix de devenir mère ou non. A partir de là, la contraception a pris un versant très médical. Cette médicalisation a permis aux femmes de s'émanciper de la domination masculine.

Ces modifications auraient pu conduire à une baisse de la natalité. Pourtant les femmes continuent à avoir des enfants.

2.1.2 Nouvelles normes sociales ?

La société actuelle évolue selon de nouveaux modèles féminins basés sur une vision égalitaire et personnelle. En effet, l'identité féminine, autrefois fondée sur la maternité, s'appuie désormais sur trois aspects : la maternité, l'épanouissement professionnel et la sexualité.

Ce contrôle de la maternité permet aux mères un épanouissement professionnel. Pourtant, quand elles sont confrontées aux choix de mater ou de travailler, les réponses sont multiples. Ainsi, les femmes ne sont pas prêtes à renoncer à la maternité pour favoriser leur carrière. Les hommes eux, restent indifférents face à ce choix : l'activité professionnelle n'est en rien perturbée par des changements familiaux. L'homme, dans la parentalité, garde une place sociale en assurant le bien-être financier de la famille. Ainsi, bien qu'aujourd'hui les femmes assurent un travail, leur rôle au sein de la famille n'a pas beaucoup évolué. Elles doivent à la fois assurer tant au niveau familial, dans leur rôle de mère en se chargeant des travaux domestiques, qu'au niveau professionnel. L'égalité au sein du couple n'est donc pas encore acquise (40).

En France, le choix de ne pas avoir d'enfant est encore mal perçu. On constate donc une certaine pression sur les femmes, leur imposant un devoir de maternité. Les normes sociales peuvent donc expliquer pourquoi en France, on observe une stabilité des naissances (41).

2.2 Fécondité et sexualité

2.2.1 Contraception masculine : une régression ?

Alors que les femmes se sont battues pour faire valoir leur droit sur leur corps, la contraception masculine vient-elle leur reprendre ce droit ? Avant le développement de contraceptifs médicaux et efficaces, c'est l'homme qui maîtrisait la fécondité.

L'homme en contrôlant sa propre fécondité impose à la femme son désir de ne pas avoir d'enfant, la privant ainsi de disposer librement de son propre corps. Ce contrôle s'inscrit donc dans une dynamique de « paternage » (42). La contraception masculine, à ce titre peut être perçue comme une régression pour les femmes.

Il est donc intéressant de s'interroger sur les droits dont disposent les hommes en matière de paternité. Est-ce légitime d'imposer une paternité à un homme si celui-ci ne l'envisageait pas ?

De même, lors de la réalisation d'une IVG, quel droit accorder au conjoint ?

Peut-il y avoir une égalité contraceptive dès lors que physiquement, la maternité ne concerne que la femme ?

2.2.2 Partage « des fonctions »

Les hommes et les femmes ne sont pas égaux face à la reproduction et à la sexualité. D'un point de vue physiologique, ce sont les femmes qui endossent toutes les conséquences liées à une grossesse. Néanmoins, les hommes aussi interviennent dans le processus. C'est pourquoi depuis quelques années, les hommes sont sollicités lors d'enquêtes sur la fécondité, la sexualité et la contraception.

2.2.2.1 Fécondité et désir d'enfant

La contraception permet une maîtrise de la fécondité qui peut se voir sous trois angles : fécondité féminine, fécondité masculine et fécondité conjugale. Ainsi, la première exclut l'homme, la seconde la femme. La maîtrise de la fécondité au sein du couple implique la participation des deux partenaires dans la contraception qu'elle soit féminine ou masculine. Cet investissement de l'homme fait apparaître une volonté d'égalité dans la relation. C'est dans ce contexte que les hommes perçoivent la contraception masculine médicalisée. Pour eux, elle s'inscrit dans une démarche de couple, à l'inverse du préservatif qui est utilisé lors de rapports occasionnels avec une dimension de plaisir (43).

Ce partage de la responsabilité procréative s'impose aujourd'hui dans un souci égalitaire. Les femmes qui autrefois ne laissaient pas de place à l'homme dans la gestion de la contraception, s'ouvrent davantage à cette possibilité. En effet, la contraception, symbole d'émancipation dans les années 70, est aujourd'hui vécue comme une contrainte par certaines (44).

C'est potentiellement ce caractère contraignant qui explique qu'en France, une grossesse sur trois n'est pas désirée. Ce constat chez les femmes se retrouve aussi chez les hommes puisque 5% des hommes de 15 à 49 ans, évoquent une grossesse non désirée durant les 5 dernières années.

Aujourd'hui le désir d'enfant se construit à partir d'une relation stable qui dure. Pour C. Desjeux, ce désir d'enfant comporte trois phases pour l'homme : tout d'abord l'homme ne se questionne pas sur ça, puis une fois la prise de conscience débutée, il va mûrir de façon interne ce désir. Ce n'est qu'après ça qu'il abordera la question avec sa partenaire.

*« A faveur de la révolution contraceptive, le désir d'enfant se substitue à la peur d'avoir un enfant. La liberté de décider du moment et du nombre d'enfants réduit l'espace de la procréation et la rend marginale dans le vie du couple ».*³

2.2.2.2 Sexualité

La contraception, en occultant le processus de fécondité, a permis aux hommes et aux femmes de différencier la fonction de reproduction de la fonction de sexualité. Pour les hommes, cette dissociation permet le passage d'une sexualité pulsionnelle, répondant à un besoin physiologique, à une sexualité relationnelle basée sur l'affect (42). Pour les hommes et les femmes, elle permet de privilégier le plaisir et le désir.

La contraception chez les hommes et chez les femmes peut donc être utilisée dans le but d'avoir une sexualité épanouie plutôt que dans un but anticonceptionnel. Les comportements sexuels s'uniformisent : l'âge des premiers rapports tend à s'égaliser, la durée de la vie sexuelle s'est allongée pour les hommes et les femmes, et ces dernières prennent à présent plus souvent l'initiative du rapport. Pour les femmes, on constate donc une évolution importante en matière de sexualité. Malgré cette libération, la sexualité est toujours soumise à des rapports de

³ Bozon M. dans Sociologie de la sexualité, Paris, Nathan 2002, 128p.

générations, de classes sociales et de genres. On notera par exemple que la sexualité chez les femmes est indissociable de l'affectivité (40).

2.2.3 IVG, la France en échec

On ne peut parler de contraception sans aborder le sujet de l'IVG. Depuis des décennies, son chiffre de 200 000 est stable en France.

Malgré l'offre contraceptive importante, il semble persister dans notre pays, une inégalité d'accès à ces contraceptions (45).

Le désinvestissement des hommes en matière de contraception peut expliquer aussi ce taux inamovible d'IVG. C'est peut-être vers eux qu'il faut donc se tourner afin d'essayer de faire diminuer son incidence.

L'INPES, en 2009, souligne aussi le fait que le recours à la contraception d'urgence est encore méconnu et son utilisation inadéquate. Cela résulte d'un manque d'information de la part des professionnels, de leurs réticences et de la circulation d'informations erronées.

3 Place de la vasectomie

3.1 Généralités

3.1.1 Epidémiologie (46)

3.1.1.1 Dans le monde

Les dernières statistiques concernant la contraception nous indiquent que dans le monde, 64% des femmes mariées ou en union utilisent une contraception. La contraception définitive est la méthode la plus utilisée.

Parmi ces 64%, la contraception masculine se retrouve à l'échelle de 10.4% (incluant le préservatif masculin et la vasectomie).

La vasectomie ne concerne que 2.4% des couples dans le monde. On notera que la méthode n'est pas représentée en Afrique.

En Asie, Europe et Amérique latine, l'incidence est équivalente avec un taux autour de 2%.

Grâce au Canada, la fréquence en Amérique du Nord est largement supérieure aux autres continents.

3.1.1.2 En Europe : exemple de la Grande Bretagne

En Europe, la contraception masculine définitive définit un gradient Nord-Sud. En effet, dans les pays latins, ce procédé est très peu utilisé.

Au Royaume-Uni, la vasectomie concerne 21% des couples contre 8% de ligatures tubaires. L'intervention est prise en charge par le système de soin (25).

3.1.1.3 En France

En France, la méthode ne concerne que 0,8% des femmes en couples. Les derniers chiffres français font état de 2008 procédures de vasectomie contre 35 498 procédures de contraception définitive féminine (système Essure® et ligature tubaire) (47).

La vasectomie reste donc encore très marginale dans notre pays.

3.1.2 Historique et législation

Les premiers essais de ligature des déférents ont été effectués par A. Cooper en 1823. Il avait démontré que ce procédé était sans conséquence sur les testicules.

Son application à l'homme se développa à la fin du XIX^{ème} siècle. La vasectomie fut tout d'abord réalisée à des fins thérapeutiques pour les pathologies prostatiques. Sa réalisation s'opéra jusqu'en 1940 (48). Cette utilisation première fut détournée au début du XX^{ème} siècle à des fins eugéniques (stérilisations des personnes atteintes ou porteuses de maladies héréditaires, souffrant de pathologies psychiatriques ou de déficiences mentales...) (49). Son but contraceptif apparut après 1945.

Cependant en France elle resta interdite jusque 2001. Avant cette date, l'intervention était perçue comme une mutilation volontaire et par conséquent, était rejetée par le corps médical.

Il faudra donc attendre la loi du 4 juillet 2001, relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la stérilisation à visée contraceptive pour que la France légalise ce procédé (50).

La stérilisation à visée contraceptive peut s'appliquer à toute personne majeure, capable de donner un consentement écrit libre et éclairé après une information précise de la part d'un professionnel médical et suite à un délai de 4 mois. Elle est prise en charge à hauteur de 80% par l'Assurance maladie.

Toutes les informations relatives à la contraception définitive sont regroupées dans un livret rédigé par le Ministère de la santé, à destination des usagers (cf. annexe VIII).

3.1.3 Techniques

La vasectomie a donc pour but d'empêcher de façon définitive la procréation. Il s'agit d'un geste chirurgical réalisé le plus souvent sous anesthésie locale et donc en chirurgie ambulatoire. Il existe différentes techniques ; cependant leur efficacité est identique (51).

3.1.3.1 Chirurgicale classique

Il s'agit de la technique de référence en France. L'acte en lui-même ne dure qu'une trentaine de minutes. Dans un premier temps, il faut inciser le scrotum en regard des canaux déférents. Il existe trois façons de pratiquer cette intervention (cf. annexe VII) (11,25):

- La ligature résection,
- La méthode par électrocoagulation,
- Interposition du fascia.

La peau sera ensuite suturée.

3.1.3.2 Sans bistouri

La méthode dite « sans bistouri ou « sans scalpel » a été introduite en Chine dès 1974. De par son aspect rassurant pour les hommes, elle s'est vite étendue dans le monde. La France reste une fois encore en retrait puisque la technique n'y est pas encore appliquée.

Cette technique nécessite l'emploi d'une pince permettant le maintien du canal déférent que l'on souhaite sectionner. Ainsi, le scrotum n'a pas besoin d'être suturé puisque le geste ne laisse qu'une petite plaie qui cicatrisera sans peine (51).

Des études ont montré que cette technique est moins douloureuse, diminue les saignements, le risque d'hématome et le risque infectieux (25). Elle dure également moins de temps (10 à 15 minutes).

3.1.3.3 Les suites

En post-opératoire, les patients retrouvent une activité normale dans les trois jours qui suivent l'intervention. De légères douleurs peuvent survenir durant cette période. La reprise des rapports peut se faire dès le 4^{ème} ou 5^{ème} jour en s'assurant toutefois de l'utilisation d'une contraception autre. Il est conseillé d'attendre deux à quatre semaines pour reprendre une activité sportive (25).

L'efficacité n'est pas effective de suite puisque les spermatozoïdes sont stockés dans les vésicules séminales entre les éjaculations (cf. annexe VI). Il est donc nécessaire de s'assurer que la vidange soit complète. Un spermogramme réalisé classiquement trois mois après l'intervention, permet d'attester de la réussite. Durant cette période il est conseillé d'avoir recours à une autre méthode contraceptive afin d'éviter toute grossesse non souhaitée. On considère que la vasectomie est efficace après 24 éjaculations au minimum.

Il s'agit donc d'une contraception très efficace puisque son taux d'échec ne concerne que 0.5 à 2% des patients selon les études (51). Ces échecs sont attribués soit à un phénomène de reperméabilisation par accolement des canaux déférents soit à des spécificités anatomiques propres aux individus (11).

Ainsi, bien que la vasectomie représente une intervention mineure, la durée entre la prise du premier rendez-vous et la confirmation de sa réussite est proche d'un an.

3.2 Les freins actuels

3.2.1 Les patients

3.2.1.1 Facteurs socio-culturels et idéologiques

Le terme en lui-même n'est parfois pas connu de la population générale. Quand il l'est, il est bien souvent associé à une image très négative, assimilant l'intervention à une castration (48).

La vasectomie « *crystallise les peurs latentes quand on pense moyen de contraception masculine* » (D. Jodelet). Ainsi la contraception masculine, touche à l'état naturel de l'homme dans sa fertilité. En effet, l'homme peut procréer tant qu'il le souhaite, à l'inverse des femmes. Ainsi la faible acceptabilité de la vasectomie repose peut-être sur le fait qu'elle entrave la physiologie naturelle de l'homme alors que pour la femme une ligature tubaire peut être perçue comme une anticipation du processus naturel.

L'aspect religieux est également à prendre en compte. Quelle que soit la religion, la contraception est décrite comme contre nature. On note tout de même une certaine évolution dans le discours des Instances religieuses du fait de l'existence du VIH. La stérilisation à visée contraceptive reste donc contre les lois divines, de quelques natures qu'elles soient.

3.2.1.2 Crainte de l'intervention

Comme toute intervention chirurgicale, il réside une certaine crainte et appréhension. Les complications décrites et évoquées qui concernent la vasectomie peuvent expliquer en partie les réticences des hommes.

Les complications à court terme sont :

- Hématome
- Infections cutanées, urinaires, testiculaires
- Granulome ou nodule
- Hydrocèle
- Douleurs

Les études ont prouvé qu'à long terme, la vasectomie est sans conséquence. Des méta-analyses ont prouvé qu'il n'y a aucun lien de causalité entre la réalisation d'une vasectomie et la survenue d'un cancer de la prostate, des testicules ou d'un athérome. C'est également sans conséquence sur la sexualité (érection, désir et plaisir sexuel, pas de modification de l'éjaculat) (52,53).

Le caractère irréversible de la méthode peut également dissuader certains couples à l'heure où le divorce concerne un tiers des mariages.

3.2.1.3 Des regrets

De par son caractère irréversible, la contraception définitive peut être une source importante de regrets. Pour 1 à 6% des hommes vasectomisés, cette décision va être remise en question manifestant ainsi le souhait de retrouver une fertilité (54). Certains patients sont plus enclins à évoquer des regrets et on peut donc définir des critères de prédictibilité pour les hommes (25):

- Agés de moins de 30 ans
- Sans enfant
- Faisant ce choix lors d'une grossesse
- Faisant ce choix après une rupture conjugale
- Etant contraint par l'entourage (la partenaire, familial, professionnel de santé)

Du fait de cette volonté de « retour en arrière » émanant des patients, la France a fait le choix de proposer systématiquement, comme le recommande la HAS et la Direction Générale de la Santé (DGS), la conservation de gamètes auprès d'un Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Spermé (CECOS). Cette cryoconservation permettra à l'homme d'avoir recours à des techniques d'Aide médicale à la procréation (AMP) s'il le souhaite.

Dans le cas où le patient a refusé cette autoconservation, deux autres possibilités sont envisagées :

- Une chirurgie peut être proposée afin de lever l'obstruction des canaux déférents. Pour ce faire, une vasovasostomie ou une vaso-épididymostomie peuvent être effectuées. Le taux de réussite est très variable en fonction des études. Si l'on considère qu'un succès correspond à la présence de spermatozoïdes dans l'éjaculat, il est estimé entre 44 et 97%. Toutefois, le taux de grossesse spontanée suite à cette reperméabilisation se situe entre 26 et 70% (en fonction des études) (11,55).
- On peut proposer au patient des techniques d'AMP après ponction intra-testiculaire ou intra-épididymaire de spermatozoïdes (11). Cette technique est beaucoup plus onéreuse que la reperméabilisation chirurgicale. Elle est cependant plus demandée par les couples (48,55).

C'est donc dans un certain contexte d'incertitude de la part des patients que les professionnels de santé doivent se positionner quant à la réalisation ou non de cette intervention.

3.2.2 Les professionnels

3.2.2.1 Économiques

A l'heure de la T2A et des lobbies pharmaceutiques, la vasectomie n'est pas une source assez importante de profit. En effet, dans la tradition française du « tout pilule » et du DIU, la vasectomie ne parvient pas à s'imposer. L'abord scrotal de la vasectomie est coté à 60,27€ dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). La technique « sans scalpel » est cotée à 65.23€. En comparaison, une ligature tubaire par voie coelioscopique a une cotation CCAM de 196€.

Outre la tarification même de l'intervention, certains professionnels peuvent être réticents du fait de l'éventuelle prise en charge en AMP, qui, on le sait, représente un coût important.

3.2.2.2 Un manque d'intérêt

Au fil des années le nombre de praticiens réalisant l'intervention diminue. En effet, il semble que les nouvelles générations s'en désintéressent. Bien que la contraception fasse partie du quotidien des français, la santé sexuelle n'est que très peu enseignée dans les facultés (48).

De plus, les professionnels concernés et confrontés à la contraception sont essentiellement gynécologues-obstétriciens, sages-femmes ou médecins généralistes. La contraception féminine est donc privilégiée délaissant son versant masculin. La vasectomie est encore très peu proposée puisque les professionnels concernés (urologues et andrologues) ne sont consultés qu'en seconde intention. Une étude de 2004, bien qu'elle ne puisse s'appliquer à l'ensemble des praticiens en France a montré que 4 urologues sur 10 sollicités pour une vasectomie, ne répondent pas à cette demande 18 mois après la loi de 2001 (56).

Ainsi la vasectomie perd au fil des années l'intérêt de ses prescripteurs (43).

3.2.2.3 Principes moraux

Pour les professionnels aussi, les facteurs culturels ou philosophiques peuvent être un frein à la vasectomie.

A cela s'ajoute tous les débats relatifs à des méthodes d'eugénisme. Au fil des siècles, des stérilisations ont été réalisées dans ce but. Les débats actuels se portent sur la stérilisation à but contraceptif des personnes vulnérables. La loi impose, lorsqu'un tiers présente cette demande, que la décision soit rendue par un juge des tutelles.

Pour certains encore, la contraception définitive chez des patients jeunes, sans enfant, peut-être perçue comme un confort et une facilité du fait de l'existence des autres méthodes contraceptives. Cette volonté anticonceptionnelle reflète pourtant une évolution sociétale importante. Le Comité Consultatif National d'Éthique, en 1996, exposait le fait que « *Dans cette perspective, c'est au sujet moral qu'il revient d'assumer de manière libre mais aussi responsable ses conduites sexuelles et leurs conséquences procréatrices. Ainsi cette position affirme que le droit de la personne au libre exercice de sa capacité de procréer inclut la possibilité légitime de limiter cette capacité, voire de la supprimer. Ce droit ne contrevient pas au principe de l'inviolabilité du corps, à la condition essentielle qu'il y ait information pertinente et délai de réflexion pour garantir une prise de décision libre et éclairée* ».

Ainsi « *le spectre de l'eugénisme hante en filigrane les débats sur la stérilisation* »⁴.

⁴ Alain Giami dans Les enjeux de la stérilisation, 2000.

3.2.3 Stérilisation féminine

3.2.3.1 Définition

Pour les femmes, il existe de nombreuses techniques assurant une contraception définitive.

La ligature tubaire peut être réalisée par différentes voies d'abord (laparotomie, mini-laparotomie, cœlioscopie, colpotomie...) et par différentes techniques chirurgicales (coagulation, section, ligature).

Cependant, la HAS recommande la proposition en première intention, de la voie hystérocopique avec le système Essure[®]. Celle-ci permet de limiter les complications de l'intervention. Le but est d'obstruer les trompes de Fallope au moyen de ressorts en nickel. Après la pose des dispositifs, une réaction inflammatoire se fait, fermant la lumière tubaire et donc, rendant la fécondation impossible.

En 2014, le recours à la contraception définitive concerne 4.3% des femmes de 15 à 49 ans, en France. Parmi elles, 11.6% sont âgées de 45 à 49 ans et 10.4% ont entre 40 et 44 ans.

3.2.3.2 Comparatif

Le système Essure[®] a une efficacité effective trois mois après sa pose. Durant cette période, comme pour la ligature des canaux déférents, il est nécessaire d'utiliser un autre contraceptif. Après ce délai, l'indice de Pearl est de 0.5% (contre 0.2% pour la vasectomie).

La durée du geste est estimée à 10-15 minutes. L'opérateur doit être formé à cette méthode.

Les complications associées à cette technique sont les suivantes :

- Echec de pose du système
- Hémorragie
- Perforation utérine ou tubaire
- Infection
- Allergie au nickel
- Douleur

Contrairement à une ligature tubaire chirurgicale, le dispositif Essure[®] ne permet pas un retour ultérieur de la fertilité.

Depuis 2012, son remboursement à 80% par l'Assurance Maladie est possible pour toutes les femmes. Avant ça, il n'était applicable qu'aux femmes âgées de plus de 40 ans.

Sa cotation CCAM est fixée à 167.2€. Au total, la pose des dispositifs Essure[®] coûte entre 1420€ et 1710€. Le coût de revient d'une vasectomie est estimé à 521€ (47).

Du fait de l'importance de l'offre contraceptive proposée aux femmes en France, des difficultés pour l'homme à trouver sa place dans la maîtrise de la fécondité et du cadre qui entoure la vasectomie, on comprend un peu mieux pourquoi elle reste très peu réalisée.

Nous allons donc par notre étude, essayer de mettre en évidence le profil et les motivations des hommes ayant recours à cette méthode contraceptive afin de répondre à une interrogation : la vasectomie serait-elle une contraception faite pour les femmes ?