

Lara Lalman¹

Faut-il repenser notre approche du contrôle de la fertilité ?

Le 26 septembre, journée mondiale pour la contraception, est l'occasion depuis quelques années pour la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial² d'amener une réflexion approfondie dans la pratique des centres de planning familial.

En 2018, la question du rejet de la contraception hormonale a été mise en débat sous différents angles.

Une question qui nous semble particulièrement pertinente a été amenée par Brenda Spencer³ : faut-il repenser notre approche du contrôle de la fertilité ?

Elle repère en effet une « hiérarchie implicite aux approches possibles de contrôle de la fertilité », c'est-à-dire qu'il existe des présupposés socio-culturels tels que le contrôle de la fertilité, c'est la contraception ; le rapport sexuel équivaldrait d'office à une pénétration vaginale avec éjaculation ; les méthodes médicales féminines sont les plus efficaces ; et les femmes restent responsables du contrôle de la fertilité dans le couple.

Or contrôler la fertilité passe par trois options (rapport sexuel sans éjaculation intra-vaginales, contraception, IVG), elles-mêmes déclinées en plusieurs possibilités.

Le rapport sexuel sans éjaculation intra-vaginale prend trois formes : le coït interrompu, le rapport sans pénétration et l'abstinence totale, partielle et/ou périodique.

Mais les rapports sans éjaculation intra-vaginale ont mauvaise presse. En effet le retrait, en tant que méthode masculine, a été largement discrédité. La maîtrise de l'éjaculation s'apprend mais il n'est pas évident de déterminer le risque de « fuite » de spermatozoïdes « éclaireurs » avant l'éjaculation. Le mythe du pré-éjaculat qui grossirait le risque de fécondation est largement répandu chez les professionnels : or cela ne concernerait pas tous les hommes. D'autant plus qu'aucune étude scientifique, selon Brenda Spencer, ne démontre la présence de spermatozoïdes dans le liquide séminal de ce fameux pré-éjaculat. Il manque donc d'études sur ce point.

Les rapports dits « sans pénétration », est-ce bien normal ? Selon Brenda Spencer⁴, si près de 50% des hommes et des femmes de moins de 35 ans considèrent qu'un rapport sexuel ne veut pas nécessairement dire pénétration, c'est le cas pour 85 à 90% des hommes et des femmes de plus de 55 ans. Même si les rapports buccogénitaux et anaux sont de plus en plus

¹ Chargée de projet pour Corps écrits

² <https://www.planningfamilial.net/>

³ Ph.D., Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

⁴ Spencer B. Contexte normatif du comportement sexuel et choix des stratégies de prévention. *Population* 1993;5:1411-36. Spencer B. Le *safer sex* et les rapports dits « sans pénétration » : est-ce bien normal ? *Sociétés* 1993;39:57-63.

pratiqués, il n'est pas encore évident de se détacher - merci Freud - de la « complétude » de l'acte sexuel « adulte » qui passe par la génitalité.

Le discours dominant discrédite également la simple évocation d'abstinence et de période fertile comme antithèse de la modernité et de l'émancipation : s'abstenir appartiendrait à la morale religieuse contre laquelle le siècle précédent a lutté pour accéder à la libération sexuelle, et il est obsolète voire contre-indiqué pour une femme de tenter d'identifier sa période fertile, vu les moyens médicaux modernes qui nous épargnent ce souci au regard du risque encouru, faute de précision et de connaissances suffisantes dans le chef des individus lambda. Le savoir reste du côté de la science et des médecins. Quelle place pour d'autres savoirs, d'autres lieux de transmission ?

Comme deuxième option, la contraception peut être : mécanique ; demander l'utilisation d'un spermicide ; supprimer l'ovulation ou la spermatogenèse ; recourir à la chirurgie ou à l'inhibition de la migration des spermatozoïdes.

Enfin, l'interruption de grossesse requiert quant à elle de soit empêcher l'implantation, soit stimuler l'expulsion, soit enlever le contenu ou mixer plusieurs techniques.

L'efficacité comme système

Quels messages extrait-on des études menées sur l'efficacité contraceptive ? Celles-ci ont en effet des limites et biais méthodologiques. Elles se focalisent sur un classement des méthodes selon une utilisation théorique ou pratique (indice de pearl). Or la méthode utilisée n'est pas le seul facteur déterminant : il y a le produit, plus ou moins en interaction avec l'organisme qui l'absorbe, la personne qui l'utilise, l'attitude du/de la partenaire et le contexte général où l'utilisation est souhaitée.

L'efficacité se compose donc de l'efficacité théorique, de l'acceptabilité a priori, de l'acceptabilité lors de l'utilisation, et enfin de l'accessibilité.

Il est intéressant de noter que l'efficacité diminue proportionnellement à la longueur d'utilisation d'une méthode, de ce fait il est nécessaire de tenir compte du délai dans lequel elle est abandonnée, au profit d'une autre, ou pas.

Enfin, les méthodes médicales ne résolvent pas le problème de grossesses non-désirées en ce sens que l'apparition d'une grossesse non désirée est multifactorielle et ne dépend pas uniquement de la méthode encore une fois⁵. Preuve en est : les chiffres des IVG sont stables depuis que des relevés sont effectués⁶ malgré une information qui est évaluée assez positivement.

⁵ Cf. Frédou Braun, *Dépasser le pour ou contre : l'avortement vu autrement*, analyse CEFA, 2012

⁶ Les relevés existent depuis la loi de 1991 qui prévoit l'évaluation par une commission. A titre indicatif, les centres pratiquant l'IVG en Belgique en déclarent entre 15 et 16000 par an depuis une dizaine d'années.

La contraception pour les hommes, une cause perdue ?

La médicalisation de la contraception a eu pour effet de déresponsabiliser les partenaires masculins. En effet, la maîtrise de la fertilité leur revenait jusque-là via le retrait ou le port de préservatifs. Même si la responsabilité in fine restait celles des femmes (de prendre le risque en ne restant pas « chastes »). Et que cela allait de pair avec un contexte où les femmes avaient finalement peu voix au chapitre que ce soit sur le choix d'avoir des rapports sexuels⁷, ou de gérer leur fertilité⁸.

Dès lors, le problème se pose-t-il en termes de demande ou d'offre ? C'est là qu'interviennent l'industrie pharmaceutique qui va analyser le meilleur marché potentiel selon les tendances socio-culturelles et renforcer celles-ci, le corps médical avec ses croyances et résistances, les bailleurs internationaux de fonds de recherche et les médias : autant de véhicules des représentations de genre, tous plus ou moins imprégnés d'une vision essentialiste de la masculinité.

Ainsi prestations de soins, intérêt et financement des recherches, mise de produits sur le marché relèvent d'une conception de la sexualité masculine et de la sexualité féminine comme deux pôles opposés : l'un motivé par le sexe, l'autre par l'amour, l'un irresponsable, l'autre responsable, l'un oppresseur, l'autre victime, l'un actif, l'autre passive, l'un séducteur, l'autre séduite, l'un simple, l'autre compliquée, etc.

Sans oublier le fait que les hommes échappent totalement au contrôle médical au niveau de la contraception, à l'espace où cela est le plus abordé : le cabinet médical. Alors que les femmes y sont soumises de la puberté à la fin des règles, en passant par les avortements et les post partum.

Pourtant, selon l'enquête de Solidararis⁹ en 2017, 40% des hommes interrogés seraient prêts à prendre une pilule hormonale (si elle existait sur le marché) dans le but d'être pleinement impliqués. Les hommes ne sont pas informés, ou mal. Les recherches sont insuffisantes, arrêtées faute de moyens ou d'intérêts¹⁰, et les produits mis au point non commercialisés¹¹. Les LARC¹² non hormonaux chez les hommes sont en effet largement méconnus : les polymères intra-déférentiels (Vasalgel, Contraline, VASdeBlock) seront, espérons-le, comme le Dr Murillo¹³ l'espère lui aussi, mis sur le marchés dans les années à venir.

⁷ Le devoir conjugal existait toujours dans le contrat de mariage, et les relations hors mariage étaient condamnées socialement.

⁸ L'accès à l'information a été permis par la loi en 1973.

⁹ 2017 : <http://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-contraception/>

¹⁰ Le programme de l'OMS pour la régulation de la fertilité masculine, initié en 1972, a stoppé sept ans plus tard par manque d'intérêts des industries pharmaceutiques, des médecins, et des hommes eux-mêmes.

¹¹ Comme par exemple le RISUG (Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance, c'est-à-dire inhibition réversible des spermatozoïdes sous supervision médicale), inventé en Inde en 1979 !

¹² Long-Acting Reversible Contraception

¹³ Gynécologue-Andrologue au CHU St Pierre de Bruxelles

Il existe bien entendu la contraception permanente, c'est-à-dire la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions endocrines et sexuelles. Contrairement à la ligature des trompes, la vasectomie chez les hommes est d'une facilité déconcertante sans effets secondaires. Daniel Murillo souligne, dans son intervention¹⁴ lors du colloque, que ce n'est pas une castration, qu'il n'y a pas de changement dans le volume éjaculatoire, ni dans le comportement sexuel ou la libido. C'est la 4^e méthode « contraceptive » utilisée aux Etats-Unis¹⁵ après les préservatifs, les contraceptifs oraux et la ligature des trompes. En Belgique, le nombre de vasectomies a augmenté, mais les ligatures sont toujours plus utilisées, alors que leurs inconvénients sont plus nombreux.

Cependant, il existe actuellement plus que le préservatif ou la vasectomie comme option. Si la pilule n'est pas encore tout à fait au point, une injection hebdomadaire d'hormones est disponible (testostérone et progestatif), efficace au bout de trois mois. Les effets secondaires sont assez proches de ceux de la pilule. Autre piste : le slip chauffant. Un collectif d'hommes l'a testé et informe sur cette technique¹⁶ qui altère la production de spermatozoïdes par la chaleur (grâce à une remontée des testicules pour qu'ils gardent la température du reste du corps pendant 15h par jour). Cela s'avère efficace au bout d'un à trois mois. Même la Dernière Heure en parle¹⁷... Une progression des mœurs est donc en marche. Mais le corps médical ne prend pas pour autant en charge la prescription de contraception masculine là où elle est disponible¹⁸.

Comme pour la contraception féminine, il manque une mobilisation collective des hommes suffisante pour créer un mouvement social qui revendique l'accès à des moyens de contraception fiables, non nocifs, réversibles et à moindre coût... pour eux comme pour elles ! Il est temps de surmonter les obstacles culturels, de genre et a priori moraux par la prise de conscience de l'implication masculine dans toute relation sexuelle, dans toute grossesse.

Quant aux femmes, c'est sur base des droits acquis qu'il est possible aujourd'hui de poser un regard critique sur ce qui est proposé, de prendre du recul pour interroger ce qui permettrait un nouveau paradigme de la fertilité, répondant davantage aux besoins exprimés par les premières concernées et valorisant réellement l'égalité et le choix libre et éclairé.

Car s'il est possible de refuser la contraception hormonale sans refuser la contraception, refuser la contraception sans renoncer au contrôle de sa fertilité, il y a toujours des barrières

¹⁴ Contraceptions non hormonales : quelles alternatives à la « sacro-sainte » pilule ?

¹⁵ Aux Etats-Unis, l'acceptation des hommes pour les moyens de contraception masculine est plus élevée qu'en Europe, de l'ordre de 55% contre 40%.

¹⁶ Thomas Boulou : <http://boulocho.free.fr/> et <http://www.contraceptionmasculine.fr/vie-de-lassociation/rendez-vous-a-venir/>

¹⁷ <http://www.dhnet.be/actu/societe/contraception-la-pilule-masculine-en-bonne-voie-5aea0101cd7028f079bd3250>

¹⁸ Excepté quelques cas rares comme le docteur Soufir à Paris ou le Docteur Mieuxet à Toulouse.

d'accès à d'autres choix que la contraception hormonale comme l'hégémonie du modèle dominant de la sexualité évoqué plus haut ; le manque de disponibilité, un discours simpliste sur l'efficacité, une absence d'informations fiables sur les méthodes non-médicales et... les représentations de genre dans la santé sexuelle et reproductive.