

Journée Scientifique sur la Contraception Masculine
20 janvier 2023 – Société d'Andrologie de Langue Française
(Paris, Cité Internationale Universitaire, Salle Victor Lyon)

[Notes prises par Aurélien]

Jeanne Perrin rappelle en introduction qu'une précédente Journée Scientifique sur la Contraception Masculine avait été organisée par la SALF en 2018 ; depuis, de nombreux travaux ont été publiés, aujourd'hui il s'agit de faire le point sur l'état des pratiques & l'évolution des recherches, ainsi que sur la demande sociale qui s'exprime.

1) La contraception masculine : objectifs & méthodes actuellement utilisées.

Jeanne PERRIN¹ : État des lieux des pratiques actuelles.

<https://www.salf.fr/wp-content/uploads/2023/01/1-J-PERRIN-etat-des-lieux-des-pratiques-0905.pdf>

Aux XVIII^e & XIX^e siècles, la contraception relevait d'une coopération entre partenaires sexuels (technique du retrait = « coïtus interruptus »). À partir de 1967 (pilule & stérilet), la contraception est devenue médicalisée & contrôlée par la femme. Le préservatif « masculin » était utilisé pour les rapports sexuels hors-mariage...

À partir de 2012 (crise de la pilule), la contraception des femmes s'est reportée sur le stérilet (classes sup.) ou sur le préservatif & retrait (classes pop.) ; depuis 10 ans, la médicalisation est remise en question, les pratiques féminines se modifient, les hommes sont de plus en plus impliqués dans les choix contraceptifs du couple, et se disent intéressés par des solutions masculines...

Eric HUYGHE² : Contraception Différentielle, principes & évolution des pratiques en France.

La vasectomie est pratiquée sur tous les continents, dans une optique de contraception permanente, pour les hommes qui ne veulent plus d'enfant. Elle se développe en Afrique anglophone, est très pratiquée en Chine et en Inde comme dans le reste de l'Asie, ainsi qu'en Amérique du Nord ; au Canada, 1/3 des hommes sont vasectomisés à 50 ans.

À Toulouse, ces dernières années, on constate l'augmentation d'une demande émanant d'hommes trentenaires, sans enfants, ayant vécu une IVG dans le couple & désireux de prendre la charge contraceptive ; ils font peu le choix de la conservation de sperme.

De manière générale, l'utilisation du sperme congelé et/ou le recours à une vasovasostomie sont rarissimes ; le délai de 4 mois de réflexion semble demander une motivation forte & réfléchie, et donc opérer une bonne « sélection » des patients...

1) Exposition du Canal Déférent : la méthode conventionnelle a un taux de complications post-opératoires plus élevé que la méthode mini-invasive dite « sans scalpel » (qui est aussi efficace, plus rapide... et la plus répandue dans le monde) ; l'AFU va faire en 2023 une recommandation d'utilisation de la méthode « sans scalpel » (du matériel est désormais disponible pour la pratiquer) ainsi que de l'anesthésie locale.

2) Occlusion du Canal Déférent : section + cautérisation ; les ligatures & clips sont moins fiables.

1 Professeure de biologie & médecine de la reproduction et du développement au CHU de Marseille ; membre du Comité Scientifique de la SALF.

2 Urologue au CHU de Toulouse avec Boris Delaunay.

Roger MIEUSSET³ : La notion de « Seuil Contraceptif ».

<https://www.salf.fr/wp-content/uploads/2023/01/3-R-MIEUSSET-Seuil-0935.pdf>

La notion de « Seuil Contraceptif » est propre aux méthodes basées sur l'inhibition de la spermatogenèse ; elle est basée sur le comptage & le calcul de la concentration (spz/ml) – sachant que seuls les « mobiles progressifs » peuvent féconder l'ovule.

L'OMS a mené 2 grandes études de CMH entre 1989 et 1996. L'objectif théorique de la contraception était au départ l'azoospermie ; mais 35 % des hommes ne l'atteignaient pas. Il a été décidé de déterminer un « seuil », associé à un risque de grossesse fortement réduit : ça a d'abord été 5 millions/ml, puis 3 millions/ml, et finalement on s'est arrêté (en 2007) sur 1 million/ml.

Mais en réalité, la concentration n'est pas un calcul suffisant pour évaluer la fertilité d'un individu ; il serait important de prendre en compte les autres caractéristiques du sperme : le volume qui peut être très variable & la proportion de spermatozoïdes mobiles (1 million/ml avec 50 % de mobiles progressifs ne signifie pas la même chose que 1 million/ml avec 5 % de mobiles progressifs...). Pourquoi ne pas définir un seuil contraceptif en se basant plutôt sur le nombre total de spermatozoïdes mobiles dans l'éjaculat ?

Roger MIEUSSET : La CMT, principe & questions.

<https://www.salf.fr/wp-content/uploads/2023/01/4-R-MIEUSSET-Principes-questions-0945.pdf>

La position supra-scrotale (PAS *dans* le canal inguinal !) élève la température des testicules de 2°C environ, faisant chuter la concentration & la mobilité des spermatozoïdes, tout en augmentant leur proportion d'anormaux. Lors du retour à la normale, la mobilité revient en 3 mois, la conformité en 6 mois. D'autres paramètres de la spermatogenèse sont affectés par la chaleur : elle augmente en particulier l'aneuploïdie (nombre anormal de chromosomes dans le noyau des cellules) de manière identique au processus de fièvre ; l'ADN est fragmenté dès le 20ème jour (ça revient à la normale en 3 mois).

Ces modifications apportent des risques de fausse-couche et/ou d'anomalies du développement embryonnaire. Il est recommandé d'arrêter la CMT au moins 6 mois avant tout essai de grossesse (en utilisant une autre contraception) et de vérifier le retour à la normale de tous les paramètres de spermogramme. En cas de grossesse (non-programmée) en cours d'utilisation de la CMT, il est conseillé de recourir à l'IVG.

Jean-Claude SOUFIR⁴ : Les Androgènes seuls, une faisabilité immédiate ?

Dès 1939 est formulée l'hypothèse que l'apport de testostérone induirait une baisse de l'activité du testicule. Mais c'est en 1977 que la première véritable étude est menée sur l'enantate de testostérone en injections hebdomadaires ; il est montré que ce traitement entraîne un dysfonctionnement de la Cellule de Sertoli. Peut-on appliquer cette méthode ? Oui, mais dans le cadre d'une étude !

Si le seuil contraceptif n'est pas atteint au bout de 3 mois, on interrompt le protocole, l'homme étant considéré comme « non-répondant ». Pourquoi cette résistance à la CMH ? Il n'y a rien de sûr, même si quelques études évoquent des pistes d'explication... (En tout cas, la cinétique de la courbe de spz/ml est un facteur prédictif d'efficacité : quand il y a beaucoup de spermatozoïdes au début, si la concentration passe sous les 12 millions/ml en 2 mois, c'est que ça va fonctionner.)

3 Andrologue au CHU de Toulouse jusqu'à 2021 ; membre du Comité Scientifique de la SALF.

4 Andrologue & endocrinologue à Paris ; membre du Comité Scientifique de la SALF.

La durée maximale de 18 mois est une précaution... même si on sait que les hypogonadiques utilisent le même dosage pendant des années sans problème.

Éléments de la discussion :

- La détermination d'un « seuil » basé sur la concentration est issue d'études menées par des endocrinologues, et non par des biologistes de la reproduction... D'autant que c'est le 1^{er} jet d'une éjaculation qui est responsable d'une grossesse : il est plus riche en spermatozoïdes que ce qui dit le spermogramme !

- Aujourd'hui, la recherche sur la contraception masculine est dans une situation de confort, il n'y a pas d'urgence comme c'était le cas pour le développement de la contraception féminine, on peut donc prendre nos précautions et notre temps pour bien faire...

2) Demandes, acceptabilité et vécu des utilisateurs et des prescripteurs.

Jeanne PERRIN : Acceptabilité & vécu de la CMT.

<https://www.salf.fr/wp-content/uploads/2023/01/6-J-PERRIN-acceptabilite-et-vecu-de-la-contraception-masculine-thermique-1100.pdf>

La CMT est peu connue, et mieux connue par les femmes que par les hommes. Nous avons peu de données sur son acceptabilité.

En 2022, l'équipe de Toulouse a publié une étude sur le vécu de 63 hommes (suivis entre 2011 et 2019) : population diplômée (80 % ont au minimum un niveau bac+3), surqualifiée pour les emplois qu'elle occupe (53 % à niveau bac), peu pratiquante sur le plan religieux (3 % contre 14 % dans la population française) ; les couples utilisaient déjà le préservatif & le retrait plus que la population générale (mais n'appréciaient pas ces méthodes qui limitaient leur plaisir sexuel). La CMT était perçue comme une méthode « naturelle » par ces hommes ; leur principale crainte était de ressentir des douleurs ou de l'inconfort (cette crainte disparaît pour la plupart pendant la phase d'habituation – en moins de quinze jours).

Sur 63 hommes suivis, 3 ont arrêté pendant la phase d'habituation, pour cause de rupture dans le couple ; 60 ont suivi la phase d'inhibition jusqu'au spermogramme de contrôle (à 3 mois) : 44 ont atteint le seuil en 3 mois, 6 l'ont atteint en 4 mois (2^{ème} contrôle), 9 en 6 mois (3^{ème} contrôle), un seul homme a arrêté au bout de 3 mois (seuil non-atteint) à cause de difficultés liées au slip (qui n'empêchait pas ses testicules de se loger sous le périnée plutôt qu'en position supra-scrotale). Sur les 59 hommes qui ont suivi la phase d'utilisation, 15 ont arrêté avant la fin pour différentes raisons personnelles...

Principales difficultés rencontrées dans la CMT : inconfort, irritations, ajustements nécessaires du sous-vêtement... 24 % ont été gênés pendant la phase d'utilisation (c'est le principal point négatif).

Motifs de satisfaction :

- Partage de la responsabilité
- Simplicité/facilité de la méthode
- Action non-hormonale
- Efficacité

Autres apports positifs : soutien de la conjointe ; confiance renforcée dans le couple & meilleure image de soi chez les hommes ; satisfaction sexuelle augmentée significativement ; satisfaction globale très bonne...

Perspectives : étude de Phase III => manque de financements !
& étude de satisfaction des partenaires (en cours...)

Safouane HAMDI⁵ : Acceptabilité & vécu de la CMH.

<https://www.salf.fr/wp-content/uploads/2023/01/7-S-HAMDI-Acceptabilite-CMH-version-18-janvier-2023-1115.pdf>

L'acceptabilité fait partie du cahier des charges de la CMH, mais a été peu étudiée depuis 50 ans dans la littérature médicale. Cadre conceptuel de « l'acceptabilité des soins » : pas encore appliqué à la CM ; à utiliser dans une étude associant les sciences sociales ?

Acceptabilité théorique/hypothétique plutôt haute en Occident. Acceptabilité vécue plutôt bonne également (mais il s'agit d'hommes engagés dans des études cliniques, avec un suivi rapproché et une utilisation « idéale »... => acceptabilité surestimée).

Facteurs d'acceptabilité :

- Identité masculine non-affectée
- Autonomie
- Égalité H/F
- Fiabilité & Confiance de la partenaire

Depuis les années 2000 : émergence d'un souhait des femmes de partager la « charge contraceptive ».

Conclusion : l'acceptabilité est supérieure à 50 % dans les hypothèses & essais, sans doute moindre dans la vie réelle... d'où l'importance d'avoir une variété de méthodes.

Jeanne PERRIN : Connaissances & acceptabilité des prescripteurs.

<https://www.salf.fr/wp-content/uploads/2023/01/8-J-PERRIN-connaissances-et-acceptabilite-prescripteurs-1130.pdf>

Importance de la formation des médecins : ce sont les gynécologues qui informent les femmes, et les femmes qui informent les hommes...

2022 : enquête auprès de 427 praticiens (dont beaucoup de sages-femmes, et une majorité de femmes). La majorité ne propose jamais/rarement la CM ou vasectomie. Pourquoi ? 76 % déclarent connaître la vasectomie, 10 % la CMH, 40 % la CMT ; le principal facteur d'intérêt pour la CM – et donc de connaissance – c'est la spécialisation dans la demande de contraception (consultation dédiée). Il n'y a pas d'évolution notable chez les jeunes praticiens par rapport aux plus âgés, sauf chez les jeunes femmes qui connaissent mieux la CMT.

Conclusion : la CM est rarement abordée en consultation (à part le préservatif et la vasectomie) car il y a un niveau de connaissances insuffisant chez les médecins. La demande de formation est très importante, en particulier chez les Médecins Généralistes. Le SALF propose depuis 2018 une formation continue...

5 Biologiste au CHU de Toulouse ; membre du Comité Scientifique de la SALF.

Erwan TAVERNE (GARCON) : présentation PowerPoint sur l'actualité de la CM, du point de vue du mouvement militant/associatif...

<https://www.salf.fr/wp-content/uploads/2023/01/10-GARCON%201200.pdf>

Aurélien LE GAL (« Thomas Boulou ») :

Depuis 2015 : recherches sur la contraception testiculaire & création de dispositifs de remontée testiculaire (« jockstrap ») ; diffuser des fruits de ce travail. Dès le début : rejoint le GTCM formé par ARDECOM & le PF pour l'élargissement de l'offre contraceptive, avec qui nous avons créé de la documentation, des outils, des formations, etc. Depuis 2018 : à Quimper, permanence/atelier d'information (sur les différentes méthodes), discussion et mise en pratique de la contraception thermique (atelier de couture/auto-confection sur-mesures).

Nous avons contribué à faire naître la demande sociale qui s'exprime aujourd'hui, mais c'est presque un effet « secondaire » de notre action, qui vise avant tout à mobiliser les hommes pour la responsabilité & l'égalité dans les relations hétérosexuelles ; la contraception testiculaire est un outil pour amener des questionnements & remises en question – c'est une pratique concrète et quotidienne, porteuse de changement... Plus que la croissance rapide de la demande, ce qui nous réjouit c'est la naissance de groupes locaux un peu partout, qui font de l'information entre pairs, témoignent, s'accompagnent, fabriquent ensemble, etc., et surtout discutent & agissent dans un cadre féministe, souvent en lien avec le PF.

La demande que nous rencontrons émane de couples jeunes (autour de 30 ans) ; les femmes jouent un rôle important dans la recherche d'informations et la naissance de l'idée dans le couple. La motivation exprimée est le « partage de la charge contraceptive ». La CMT intéresse particulièrement : critique des hormones & de la médicalisation ; la possibilité de maîtriser sa propre fertilité, de se prendre en charge personnellement avec un suivi médical réduit/léger, séduit la plupart de ces hommes. Les résistances & peurs du côté des hommes témoignent surtout de leur méconnaissance du fonctionnement de leur corps & de préjugés – d'où l'importance de l'éducation populaire ! Les obstacles/freins rencontrés sont liés aux médecins (qui découragent la pratique) & à la difficulté d'accès aux dispositifs de remontée testiculaire – d'où l'importance des ateliers ! Nous pouvons revendiquer une expérience solide dans la vulgarisation, sensibilisation, information, le conseil, l'accueil, la discussion... (acceptabilité) comme dans la confection (accessibilité).

Conclusion : invitation aux scientifiques, professionnel.le.s de santé, représentant.e.s des Institutions, etc. à reconnaître ce travail effectué sur le terrain par le réseau « militant » – loin du péjoratif « bricolage » des associations...

« DISCUSSION » :

Jean-Claude SOUFIR : Il n'y a pas d'effets secondaires avec la CMH, parce que j'ai élargi volontairement les contre-indications préconisées par l'OMS, ce qui m'a amené à refuser/exclure 45 % des consultants. Seuls 30 % des consultants ont été traités (les autres ont refusé les injections). Sur 35 personnes traitées, il n'y a eu aucun effet indésirable ; 2 seulement ont interrompu en cours de traitement : 1 gros fumeur qui avait menti sur son arrêt du tabac, et 1 homme souffrant de sur-libido qui n'avait pas signalé ses antécédents psychiatriques... Le développement actuel de la CMT fait craindre des complications importantes à moyen ou long terme : problèmes de santé par le stress occasionné au corps, par l'utilisation de trucs bricolés soi-même et pas du tout adaptés... En cas d'échec de la contraception, et donc de grossesse, qui va accompagner ces couples ? Vous n'êtes pas médecins ! Sauriez-vous expliquer les effets cellulaires de la température sur la lignée germinale ?!

Safouane HAMDI : Attention à ne pas sortir à tort & à travers les arguments fallacieux contre la contraception féminine...

Jeanne PERRIN : Les dispositifs de remontée testiculaire ne sont pas équivalents (en termes d'efficacité, d'innocuité, de réversibilité) ; il faut des études cliniques pour le prouver.

Erwan TAVERNE : Nous travaillons avec des médecins et sommes sollicités par des pros de santé pour de la formation ; nous parlons de la CMT comme d'une méthode « expérimentale », prenons des précautions, renvoyons vers la SALF... Nous incitons les utilisateurs à ne pas rester seuls, notre démarche relève de la réduction des risques ; nous avons conscience de ce que nous ignorons & de nos responsabilités dans la transmission... C'est la mise en place de la pratique qui pousse les médecins & les Institutions à avancer : nous pouvons être fiers de notre action !

Jean-Claude SOUFIR : En matière de communication, l'impact du mouvement est frappant, mais en matière scientifique c'est consternant ! Cette diffusion en dehors de tout contrôle médical est dangereuse & irresponsable – même si elle a des aspects sympathiques (voir des hommes qui se mettent à la couture...).

3) Méthodes en cours de développement & freins rencontrés.

A. Différentes méthodes hormonales :

H. BEHRE⁶ : Androgènes injectables sous forme retard.

Cellule de Sertoli = spermatogénèse. Cellule de Leydig = testostérone.

1996 OMS : 200 mg/semaine ; seuls 2,2 % ne sont pas descendus sous le seuil de 3 millions/ml. Il y a eu 1,4 grossesse pour 100 utilisateurs sous ce seuil, aucune chez ceux qui étaient en azoospermie. Le problème principal réside dans l'injection hebdomadaire, qui amène un niveau de testostérone élevé, au-dessus de la normale...

Jean-Claude SOUFIR : Association *acetate de medroxyprogesterone* & androgènes.

Au départ, il s'agissait d'un bricolage pour contrer les effets secondaires des contraceptions féminines. Les contraintes : éviter l'injection (car les gens voulaient une pilule) & garder des niveaux normaux/physiologiques de testostérone. La solution a consisté en l'association d'un comprimé (progestatif) & d'un gel (testostérone). L'effet contraceptif était obtenu dès 2 mois (donc plus rapidement qu'avec l'*enanthate* utilisée aujourd'hui).

Cet essai ouvre la voie à une contraception masculine plus efficace & mieux tolérée ; cela nécessite des essais multicentriques.

Régine SITRUK-WARE⁷ : Gel *nestorone* & *testosterone* transdermique.

La combinaison *testostérone* & *nestorone* (progestatif) permet de rester dans les normes physiologiques. Des essais cliniques de Phase IIB sont menés actuellement avec la *Food & Drugs Administration* sur 461 couples. 200 couples finiront l'essai en septembre 2024 ; une négociation est en cours pour commencer la Phase III avant la fin de la Phase IIB (dès 2023).

Il y a toujours des non-répondants avec la CMH. Attention : on constate 10 % de « rebond » en cours d'essai.

Ce produit sera prêt au plus tôt dans 6 ans...

⁶ Allemagne ; travaille avec Pr Nieschlag.

⁷ USA, Population Council.

Régine SITRUK-WARE : Le financement du développement de la CM.

30 millions de \$ ont déjà été investis dans la Phase IIB du gel transdermique ; la recherche de financement est en cours pour la Phase III. Le *Population Council* vit de donations ; c'est le *National Institute Child Health & Human Development* qui a financé essentiellement jusqu'à maintenant. Les Firmes ne s'impliquent pas, car elles pensent qu'il n'y a pas de marché...

« DISCUSSION » :

M. FELLOUS : En tant que généticien, quand j'entends parler de « non-répondeurs », je pense que ça dépend sûrement des lignées !

D. SERFATY : C'est un domaine qui n'a jamais été abordé, même à l'ICMC !

B. Autres méthodes en cours de développement :

Eric HUYGHE : Méthodes différentielles réversibles.

- RISUG = 40 ans de travaux en Inde. Actuellement, l'AMM a été obtenue pour l'Inde uniquement, en tant que contraception définitive. La Phase III a débuté en 2020 pour valider sa réversibilité. Il s'agit d'un gel poly-électrolytique, qui perturbe le pH des spz (il n'agit donc pas seulement par obstruction physique du canal déférent) ; l'équipe de recherche propose des hypothèses d'explication de son fonctionnement, mais rien n'est très sûr... Le gel migre avec le temps vers l'intérieur du corps. Avantage : il n'est pas plus invasif que la vasectomie « sans scalpel », ne présente pas d'effets secondaire, et est tout aussi efficace que la vasectomie (il n'y a eu aucune grossesse depuis 1992 pour plus de 200 couples). Problème : réversibilité non prouvée/vérfiée.

- Smart-RISUG = variante qui permet un suivi en imagerie radio (grâce au fer & cuivre rajoutés dans le produit injecté).

- VASALGEL = adaptation du RISUG pour le marché américain ; projet lancé par *Parsemus Foundation* (USA). Le fonctionnement est différent (plus obstructif mécaniquement). La réversibilité a été étudiée : elle est progressive sur 6 mois, mais avec une difficulté à retrouver la mobilité. Il peut y avoir des réactions inflammatoires. En 2022, l'entreprise *NEXT Life Sciences* a pris le relais de *Parsemus* ; un essai humain devrait démarrer sous peu...

- ADAM = gel bloquant (à la formule chimique totalement différente) à durée de vie d'1 an. Les essais ont débuté en novembre 2022 (en Australie).

Roger MIEUSSET : Le sous-vêtement contraceptif thermique (SVC).

Expérience de la consultation « contraception de couple » de 2011 à 2021 au CHU de Toulouse :

- Bilan clinique & Spermogramme
- Choix de modèle SVC
- 20 jours d'apprentissage (phase d'habituatation)
- 3 mois (phase d'inhibition de la spermatogenèse)
- Spermogramme de contrôle

Si concentration <1M/ml, autorisation d'utilisation en tant que contraception.

Bilan publié en 2022 dans la revue « Andrologie » :

- 277 hommes consultants, dont 19 % (53) ont présenté des contre-indications : antécédents de cryptorchidie, etc. (26) ; problèmes à l'examen = varicocèles, hydrocèles, hernie, surpoids... (13) ; spermogramme anormal = concentration & mobilité < à la normale, mobilité progressive < à la normale, nombre total < à la normale... (14).

- 224 sont passés au choix du SVC, dont 8 n'ont pas réussi à remonter leurs testicules en position supra-scrotale (descente vers le périnée).

- 56 ont arrêté pendant la phase d'essai : douleurs, irritations, eczémas... ; défaut de suivi du protocole ; incompatibilité avec les conditions de travail ; séparation du couple.

- 4 ont arrêté pendant la phase inhibitrice (3 mois) : inconfort, mycoses... ; séparation ou problèmes de famille.

- 5 n'ont pas atteint le seuil : port quotidien difficile, irrégulier, inférieur à 15h/jour...

- Il y a eu au final 140 utilisations contraceptives (50 % de la cohorte de départ), dont 119 pendant au moins 6 mois, ce qui représente 2 507 cycles d'exposition.

Éléments de la discussion :

- Le port du SVC (15 heures sur 24, de minuit à minuit) doit être diurne, pendant l'éveil, assis ou debout ; le risque pendant le sommeil est d'exercer une pression sur les testicules.

- Risques d'irréversibilité en portant le SVC 24h/24 ; ça n'a pas été testé sur plus d'1 an. Ne pas aller au-delà de 18h/jour.

- Pratique au-delà de 4 ans ? C'est OK si on se fout de la réversibilité !

- Pourquoi un slip ? Pour ne pas manipuler les testicules (risques de torsion, etc.).

- Varicocèles : il s'agit surtout d'un problème d'encombrement ; mais si ça ne fait pas mal, pas de souci...

Mireille LE GUEN⁸ : Freins sociaux au développement et à la diffusion de la CM.

Le coût de la recherche a augmenté depuis 50 ans. Les laboratoires pharmaceutiques sont frileux : la contraception féminine rapporte beaucoup d'argent, au mieux ils peuvent envisager de remplacer un marché par un autre, pas d'augmenter leurs bénéfices grâce à la CM.

Le calcul du bénéfice/risque n'est pas le même pour les hommes et les femmes : pour elles, il est basé sur le risque d'être enceinte, pour eux il est comparé au fait de ne rien faire ; l'effet sur la libido est un critère décisif pour les hommes.

Depuis le milieu des années 1980 (Sida), le préservatif est devenu une norme (genrée) en début de relation. Depuis le milieu des années 2000, la pilule est de moins en moins acceptée par les femmes. La norme contraceptive est remise en question depuis une dizaine d'années.

Ces dernières années, on constate une augmentation des demandes de vasectomie.

La recherche & le développement de la CM ont besoin d'investissement étatique & de formation médicale... ce qui pose la question du mode de diffusion : par quel type de professionnel ?

8 Démographe ; membre du laboratoire « Genre & Contraception ».

4) Comment mieux répondre à la demande des couples et des praticiens ?

Eric HUYGHE : Développer la formation médicale.

Recherches sur *Google* : rien sur la CM dans les programmes des sociétés de médecine du monde entier, dans les rencontres, formations proposées, etc. En France, dans la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2021-2024, il n'y a rien d'explicite non plus... mais il y a plusieurs points dans lesquels la CM pourrait se retrouver.

Dans la formation initiale en Médecine (universités, écoles), il n'y a rien en 1^{er} cycle, seulement 1 item/367 sur la contraception en 2^e cycle ; les programmes du 3^e cycle sont définis par les collèges DES (spécialités) : c'est là qu'on pourrait ouvrir des brèches...

La formation continue est assurée par les sociétés savantes (SALF, AFU...) ; les programmes de maïeutique (sage-femme) sont définis école par école (le passage de 5 à 6 ans d'études à partir de la rentrée 2024 peut offrir des possibilités) ; d'autres professions médicales peuvent être intéressées par la CM : infirmières, pharmaciens, sexologues...

Guillaume DAUDIN : Favoriser la prise de conscience des pouvoirs publics.

<https://www.salf.fr/wp-content/uploads/2023/01/19-G-DAUDIN-1615.pdf>

BD « Les Contraceptés » : + de 10 000 ventes à ce jour !

Travail journalistique sur le mouvement émergent ; document grand-public sur cette histoire méconnue : la responsabilisation des individus d'un côté & le rôle des pouvoirs publics de l'autre – car rien n'a bougé depuis 1980 ! Cercle vicieux de l'immobilité dans lequel sont enfermés hommes hétéros, recherche scientifique et État : pas d'offre => pas de demande => pas d'offre... Des décennies de « oui, mais... » à droite comme à gauche.

Depuis #MeToo, les nouvelles générations sont plus sensibles à l'Égalité H/F, et on assiste à l'essor des ateliers collectifs, à des ventes massives d'Andro-switch, à l'intérêt des médias internationaux, au succès de la BD (dont les droits ont été vendus en japonais !)... On peut s'appuyer sur ce succès pour interpeller les pouvoirs publics & faire pression pour intégrer la CM aux cours d'éducation sexuelle (participation des garçons à la contraception) comme à la formation médicale. Au moins, dire aux hommes : « Ça vous concerne ! »

« DISCUSSION » :

Jean-Claude SOUFIR : Il n'y a pas de problème d'AMM pour l'Androtardyl, c'est secondaire, ça veut juste dire que ce n'est pas remboursé (ça coûte 30 €). Les médecins ont le libre choix de donner un traitement hors-AMM, sous leur responsabilité... mais il faut que ce soit organisé : formation des médecins & centralisation des résultats ; cela nous amène aux liens avec les Ministères – qui refusent toujours de s'y intéresser ! Quant à l'Androtardyl, c'est au laboratoire qui en est propriétaire de faire la démarche pour l'AMM.