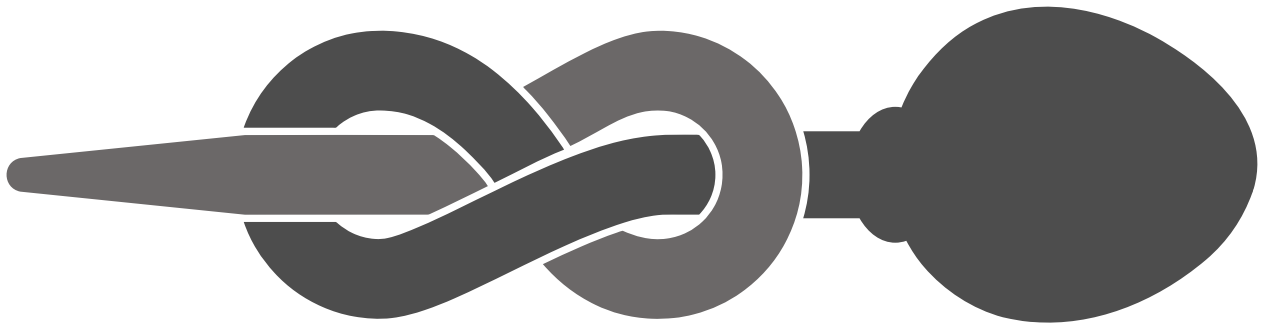


“ Les hommes veulent  
que ça soit leur médecin traitant  
qui prescrit leur contraception<sup>1</sup> ”



# La contraception masculine

---

Point sur la contraception masculine  
en France en 2024

un outil | **CMG**  
du



1 - Cette source est disponible en scannant le code QR en dernière de couverture  
ou en vous rendant à l'adresse suivante : [cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france](https://cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france)

# Aborder le conseil contraceptif auprès des hommes

---

On estime à 350 000 le nombre de grossesses non planifiées par an en France<sup>2</sup> qui peuvent impacter négativement la santé des femmes et celle des enfants à naître<sup>3,4,5,6,7</sup>.

Ce constat invite à révolutionner notre approche du conseil contraceptif.

Toute femme et tout homme a le droit d'être informé.e sur l'ensemble des méthodes de contraception disponibles (masculines et féminines) et d'en choisir une librement (articles L5134-1 et R4127 du code de santé publique).

**Idéalement, le conseil contraceptif doit aborder toutes les contraceptions, masculines et féminines, que l'on soit face à un couple, à un homme ou à une femme.**

**La notion de risque partagé d'une contraception au sein d'un couple est fondamentale à aborder.** Chaque personne doit avoir l'opportunité de maîtriser sa fertilité, à un niveau individuel, ou pour soulager son-sa partenaire de cette charge.

La contraception est un domaine où les inégalités femme-homme sont importantes : **88% des méthodes contraceptives utilisées en France sont des méthodes considérées comme "féminines"<sup>8</sup>.**

Les couples sont demandeurs de méthodes de contraception masculine<sup>9</sup>.

**Le conseil contraceptif est valorisé par un acte CCAM.**

La première consultation de contraception, de prévention en santé sexuelle (cotation CPP à 47,50€ prise en charge à 100%), mais uniquement pour les jeunes femmes et les jeunes hommes de moins de 26 ans<sup>10</sup>.

**Chaque consultation de contraception offre l'opportunité d'aborder d'autres questions relatives à la santé sexuelle (IST, violences conjugales ou sexuelles, sexualité), mais aussi de faire le point sur la santé globale de l'homme.**

---

**2,3,4,5,6,7,8,9,10** - Ces sources sont disponibles en scannant le code QR en dernière de couverture ou en vous rendant à l'adresse suivante : [cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france](http://cmg.fr/point-sur-la-contraception-masculine-en-france)

## Abréviations

**ANDPC** : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu • **CMG** : Collège de la Médecine Générale • **CMH** : Contraception Masculine Hormonale • **CTRT** : Contraception Thermique par Remontée Testiculaire • **DPC** : Développement Professionnel Continu • **FAF-PM** : Fond d'Assurance de Formation de la Profession Médicale • **IST** : Infection Sexuellement Transmissible • **MIV** : Mini Invasive Vasectomy, anciennement appelée "no scalpel vasectomy" • **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé • **SALF** : Société d'Andrologie de Langue Française.

# 8 méthodes de contraception masculine disponibles ou utilisées en France en 2024

Parmi les huit méthodes suivantes, les 4 premières détaillées ici sont connues, validées et d'efficacité très variable.



## La vasectomie



Efficacité : **haute**



**0,5%** des hommes en France contre **2,1%** en Allemagne et **3,7%** en Belgique<sup>11</sup>

**Le nombre de vasectomies réalisées par an en France a été multiplié par 10 lors de la dernière décennie** (chiffres de la caisse nationale d'assurance maladie).

La méthode est efficace au bout de 3 mois, à vérifier avec un spermogramme.

Les études ont évalué le risque de grossesse à 0,15% au bout de la première année<sup>12,13</sup>, soit **3 fois plus efficace que la ligature des trompes**.

La vasectomie est un acte de chirurgie mineure qui cause **20 fois moins de complications chirurgicales que la ligature des trompes**<sup>14</sup>.

Plusieurs techniques existent. L'OMS recommande la technique MIV (Mini Invasive Vasectomy, anciennement appelée "no scalpel vasectomy") sous anesthésie locale<sup>15</sup>.

**Il faut la présenter comme une méthode définitive**, mais **possiblement réversible** par vasovasostomie, technique qui nécessite une expertise qui n'est pas encore acquise par tous les urologues en France. Le taux de succès dépend de l'ancienneté et de la technique de vasectomie.

**Érection et éjaculation restent inchangées**. La sexualité des couples est identique voire meilleure après la vasectomie<sup>16,17,18,19</sup>.

**Cadre légal** : être **majeur**, avoir respecté un **délai de 4 mois de réflexion** et s'être vu proposer une **cryopréservation de sperme** (frais de conservation restants à charge de la personne : 40,50€ / an).



## Le préservatif externe (dit « masculin »)



Efficacité : **faible** (peu de médecins le savent)



10% des couples en France<sup>20</sup>

Les études ont évalué le risque de grossesse à 18% par an<sup>21,22</sup>.

Le préservatif reste **indispensable pour se protéger contre les IST**. Les moins de 26 ans peuvent se procurer en pharmacie des préservatifs des deux marques « Eden® » et « Sortez couverts!® », **sans ordonnance et sans avance de frais**. Ils sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie<sup>23</sup>. Ils sont en latex.

**Pour les 26 ans et plus**, ces mêmes préservatifs sont **remboursés à 60% par l'Assurance Maladie** sur ordonnance<sup>24</sup>. À ce jour, **aucune marque de préservatif sans latex n'est remboursée**.



## Le retrait



Efficacité : **faible**



1% des couples en France<sup>25</sup>

Les études ont évalué le risque de grossesse à 22% par an<sup>26,27</sup>.

Respecter le choix des hommes/couples qui utilisent cette méthode. Il faut accepter le fait que la meilleure contraception est toujours celle qui a été choisie par la personne ou le couple<sup>28</sup>.



## L'abstinence périodique



Efficacité : **faible**



1% des couples en Europe de l'Ouest<sup>29</sup>

Les études ont évalué le risque de grossesse à 24% par an<sup>30,31</sup>.

On compte également 2 méthodes non évaluées, d'efficacité totalement inconnue<sup>32</sup> :

- **L'injaculation (ou éjaculation sèche)** qui consiste à provoquer une éjaculation rétrograde au moment de l'orgasme. Pour cela l'homme exerce une pression sur l'urètre à un point équidistant entre l'anus et le scrotum.
- **Les pratiques non-vagino-pénétrantes** permettent aussi d'éviter les grossesses non-désirées. Il est important d'expliquer aux personnes et aux couples qu'il existe des alternatives à la sexualité avec pénétration vaginale. En effet, une approche sexologique différente de la sexualité du couple peut permettre d'avoir accès à une sexualité épanouissante sans risque de grossesse.

Enfin, il existe 2 méthodes bloquant la spermatogenèse de manière réversible en cours de développement, **non encore validées scientifiquement**. L'ANSM a interdit d'en faire la promotion. Elles sont néanmoins utilisées par certains hommes (cf. ci-dessous).



## La contraception masculine hormonale (CMH)



Efficacité : **haute**<sup>33</sup>



**Très peu d'hommes** (quelques dizaines en France)

**Les études ont évalué le risque de grossesse à 0,8% par an** (niveau de preuve moyen: 2++ selon les critères SIGN 2008).

Atteinte du seuil contraceptif (< 1 million de spermatozoïdes/mL)<sup>34</sup> **au bout de 3 à 6 mois**, à vérifier avec des **spermogrammes trimestriels**.

Le protocole suivant a été **validé par 2 études menées par l'OMS** dans les années 1990<sup>35,36</sup> : injection IM hebdomadaire de 200 mg d'énanthate de testostérone (Androtardyl®) pendant **18 mois maximum**.

**Primoprescription hors AMM par spécialiste d'organe** (urologue, andrologue, gynécologue, endocrinologue) puis renouvellement par le médecin traitant.

La testostérone, via un rétrocontrôle négatif sur l'axe gonadotrope, est responsable d'un **blocage de la fonction exocrine** (spermatogenèse) des testicules, sans altérer leur fonction endocrine (production des hormones).

Pour en savoir plus, consultez le **“Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique”** de Jean Claude Soufir et Roger Mieusset<sup>37</sup>.

Les effets secondaires décrits<sup>38</sup> de la CMH : acné, agressivité, modification de la libido, trouble de l'humeur, asthénie, prise de poids, modification des lipides ou de l'hématocrite. L'utilisation à long terme de testostérone à des doses supraphysiologiques pourrait avoir des effets secondaires cardiovasculaire ou prostatiques<sup>39</sup>. L'évaluation de ces risques est à réaliser.

L'avenir de la CMH pourrait être un gel combinant testostérone et un progestatif en applications cutanées bi-quotidiennes.



## La contraception thermique par remontée testiculaire (CTRT)



**Efficacité : moyenne<sup>40</sup>**



**Plusieurs milliers d'hommes en France**

**Les études ont évalué le risque de grossesse à 2,3% par an.**

Atteinte du seuil contraceptif (<1 million de spermatozoïdes/mL)<sup>41</sup> au bout de 3 à 6 mois, à vérifier avec des **spermogrammes trimestriels**.

Cette méthode est 4 fois plus efficace que la contraception orale féminine (9% de grossesses/an)<sup>42</sup>.

Le protocole a été **validé par plusieurs études réalisées par l'équipe d'andrologie du CHU de Toulouse** depuis les années 1980 : port d'un dispositif de remontée testiculaire pendant 15 heures par jour, tous les jours.

L'exposition des testicules à une élévation modérée de leur température (de l'ordre de la température corporelle) **bloque la spermatogenèse de manière réversible, sans altérer la fonction endocrine des testicules**.

Plusieurs dispositifs, **non certifiés**, sont actuellement utilisés pour pratiquer la remontée testiculaire : l'anneau en silicone, le slip "toulousain" et le jockstrap (sous-vêtement de fabrication artisanale).

**Interdiction de l'ANSM en 2021<sup>43</sup> : ne pas en faire la promotion**, mais savoir accompagner les hommes dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques (cf pages suivantes).

L'anneau en silicone est dans le parcours pour obtenir sa certification<sup>44</sup>. Une arrivée sur le marché est envisageable d'ici 5 à 10 ans.

**La CTRT est à différencier de la contraception thermique par utilisation d'une source exogène de chaleur (slip avec une résistance électrique), dont l'efficacité et l'innocuité cliniques n'ont pas encore été étudiées.**

# Accompagner à la réduction des risques un homme qui souhaite pratiquer la contraception thermique par remontée testiculaire (CTRT)

---

Selon l'étude Testis 2021, étude rétrospective réalisée entre décembre 2021 et mars 2022 auprès de 970 utilisateurs de CTRT<sup>45</sup>, moins de 5% des utilisateurs respectent strictement le protocole établi<sup>46</sup>, d'où l'importance d'accompagner ces hommes dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques.

Face à un homme en demande d'accompagnement à la CTRT, il faut :

- Livrer une information loyale sur l'état actuel des connaissances.
- S'assurer de sa bonne compréhension de la balance entre les bénéfices et les risques.
- Mettre en place une stratégie de suivi et de réduction des risques si l'homme confirme sa volonté de recourir à la CTRT.

État actuel des connaissances sur la CTRT à présenter au patient :

- Décision d'interdiction sanitaire de l'ANSM en 2021 pour les motifs suivants<sup>47</sup>:
  - Absence de certification des dispositifs médicaux utilisés.
  - Insuffisance des données scientifiques, notamment sur l'efficacité et sur les risques suivants : cancer du testicule, réversibilité, tératogénicité, sténose de l'urètre.
- **Concernant le risque de cancer du testicule** lié à l'exposition à la chaleur, aucune étude n'a jamais retrouvé d'élévation de ce risque pour les testicules post-pubères exposés à des chaleurs de l'ordre de la température corporelle<sup>48</sup>. **Ce risque est à considérer comme faible** et devra faire l'objet d'une surveillance après mise sur le marché des dispositifs de CTRT.

- **Concernant la réversibilité**, les études réalisées au CHU de Toulouse ont suivi des hommes (faibles effectifs) jusqu'à 4 ans d'utilisation de CTRT **sans constater de trouble de réversibilité**<sup>49</sup>. Par ailleurs les connaissances en sciences fondamentales sont rassurantes quant à la préservation du stock de cellules souches germinales lors de l'exposition des testicules à des températures de l'ordre de la température corporelle<sup>50</sup>. **Ces éléments, bien que rassurants, ne suffisent pas à affirmer aux hommes une totale réversibilité de la CTRT. Des études doivent encore être menées pour confirmer ce point.** Dans l'attente, pour les hommes qui souhaitent la pratiquer, on peut également proposer une auto-conservation de sperme avant de débiter la CTRT.



- **Concernant la tératogénicité**, les données actuelles<sup>51,52</sup> font état de de l'apparition d'anomalies du matériel génétique des gamètes à partir de la douzième semaine de pratique de la CTRT et jusqu'à 6 mois après l'arrêt. **Il est conseillé de mettre en place un relais contraceptif dans les 6 mois suivant l'arrêt de la CTRT**, et jusqu'à l'obtention d'un spermogramme normal. À ce jour **il n'existe aucune recommandation sur la prise en charge d'éventuelles grossesses** survenant pendant la période d'utilisation de la CTRT ou dans les 6 mois suivant son arrêt. Dans pareil cas de figure, le CRAT (Centre de Référence des Agents Tératogènes) peut être sollicité pour définir la conduite à tenir.
- **Concernant la sténose de l'urètre**, ce risque est évoqué principalement avec l'anneau en silicone. Nous ne disposons d'aucune donnée factuelle concernant ce risque.
- **Concernant l'efficacité**, aucune étude n'a été construite pour mesurer spécifiquement l'indice de Pearl de la CTRT. Les données actuelles sont rassurantes et font état d'une **efficacité de niveau moyen et 4 fois meilleure que la contraception orale féminine**<sup>53,54</sup>. À noter que dans les études réalisées (faibles effectifs), aucune grossesse n'est survenue chez les partenaires des hommes dont le spermogramme est sous le seuil contraceptif<sup>55</sup>. Il n'existe pas de données probantes concernant la gestion des oublis.
- **Stratégie d'accompagnement d'un homme désireux de pratiquer la CTRT**
  - Suivre les recommandations du **"Guide pratique d'une contraception masculine hormonale ou thermique"** de Jean Claude Soufir et Roger Mieusset<sup>56,57</sup>.
  - En complément, et d'après les résultats de l'étude Testis 2021<sup>58</sup>, on peut recommander aux hommes de **retirer leur dispositif pendant les mictions**.
- **Points de vigilance :**
  - L'accès au spermogramme représente, dans certains territoires, un véritable frein au suivi des hommes pratiquant la CTRT. Il est important d'identifier dans son réseau professionnel un laboratoire qui serait prêt à faire ces analyses. Le spermogramme est pris en charge par l'Assurance maladie (coût d'environ 37 €) sur prescription d'un-e médecin.
  - À noter que dans le commerce, on peut trouver uniquement des autotests avec des seuils à 0,25 million/mL (SpermCheck Vasectomy®), qui **ne permettent pas** de réaliser le suivi des hommes pratiquant la CTRT.
  - **La CTRT est à différencier de la contraception thermique par utilisation d'une source exogène de chaleur (slip avec une résistance électrique - Spermopause®) pour laquelle il n'existe aucune étude clinique et dont la balance bénéfice/risque est totalement inconnue.**







# La contraception masculine

Scannez ce code QR  
pour télécharger  
**la version numérique**  
de ce document.



Scannez ce code QR  
pour découvrir **toutes les**  
**références et notes** qui  
complètent ce document.

