

La contraception pour les hommes – une cause perdue ?

Contraception for men – a lost cause ?

B. Spencer

Reçu le 12 mars 2012 ; accepté le 10 juillet 2012
© SALF et Springer-Verlag France 2012

Résumé Avant la disponibilité de la contraception hormonale féminine, les hommes des pays d'Europe occidentale, à travers l'utilisation du préservatif et la pratique du coït interrompu, avaient une grande partie de la responsabilité pour la régulation des naissances. En dépit de ce fait, le développement des méthodes hormonales masculines a reçu peu de soutien des divers acteurs qui pourraient favoriser leur arrivée sur le marché et leur distribution : l'industrie pharmaceutique, le corps médical, les bailleurs internationaux de fonds de recherche et les médias. Une déconstruction des représentations et valeurs sous-jacentes, mais rarement explicites, relatives aux rapports du genre nous permet de comprendre pourquoi la contraception hormonale masculine reste coincée dans le marasme qui prévaut depuis plusieurs décennies.

Mots clés Contraception masculine · Rapports du genre · Régulation des naissances · Naturalisme

Abstract Before the advent of female hormonal contraception, men in Western European countries had a large share of responsibility for birth control through the use of condoms and the practice of *coitus interruptus*. Despite these practices, development of hormonal male contraception has not received support from the various players responsible for its finally reaching the market and being distributed: the pharmaceutical industry, the medical profession, international research funding agencies and the media. A deconstruction of underlying, but rarely explicit, representations and values, largely linked to an essentialist reading of gender relations, allows us to understand why male hormonal contraception remains blocked in the quagmire that has prevailed for several decades.

Keywords Male contraception · Gender relations · Birth control · Biological determinism

Introduction

Une revue centrée sur la contraception masculine doit obligatoirement se confronter à la question de savoir s'il vaut la peine d'investir dans cette approche de la régulation des naissances. Cela ne va pas de soi puisqu'il n'y a de demande clairement établie ni de la part des hommes, ni de celle des femmes. La littérature à ce sujet est ambiguë [1-5] et on ne voit pas de revendication de la part de la société civile, telle qu'on a pu le constater en ce qui concerne la contraception féminine. Les hommes veulent-ils assumer cette responsabilité ? Les femmes veulent-elles la leur laisser ? En 1964, Johnson a décrit la vasectomie comme « un acte chirurgical pratiqué sur une personne (le mari) au bénéfice d'une autre (l'épouse) » [6]. Au fond, dans une société donnée, à un moment donné, quelles sont les normes relatives à l'attribution de la responsabilité pour la régulation des naissances ? Est-ce une préoccupation légitime pour un homme ou revient-elle uniquement aux femmes ? Ces questions montrent à quel point les enjeux de la contraception masculine ne relèvent pas simplement des défis techniques, mais également des questions de valeurs, même si le plus souvent celles-ci restent implicites.

Un concept tiré de la théorie économique permet une analyse intéressante. Au premier abord, on ne constate pas une *demande* importante pour la contraception masculine, mais d'un autre côté, l'*offre*, elle aussi, a été très peu développée. Par rapport à la dynamique entre l'offre et la demande, comment connaître le poids relatif de la contribution de chacune à la situation constatée ? Si on trouve des études scientifiques sur la demande, à savoir les attitudes et comportements des hommes et des femmes, la recherche focalisée sur la qualité de l'offre (par exemple, la diffusion et la pertinence des méthodes et des prestations) est plutôt rare. De façon intéressante, lorsque des programmes spécifiques pour

B. Spencer (✉)

Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP),
centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne,
Biopôle 2, route de la Corniche 10, CH-1010 Lausanne, Suisse
e-mail : brenda.spencer@chuv.ch

la diffusion des méthodes contraceptives auprès des hommes ont été mis en place, la demande en réponse a plutôt surpris par son ampleur. À titre d'exemple, citons les programmes de marketing social des préservatifs en Afrique subsaharienne [7], où la demande a fini par dépasser l'offre. Ceci laisse supposer que la demande potentielle est sous-estimée et que des freins peuvent se trouver du côté de la qualité de l'offre.

Une cause perdue pour la recherche ?

La disponibilité élargie d'un choix de méthodes contraceptives suppose en amont un investissement financier et scientifique dans la recherche fondamentale, clinique et comportementale. Un tel investissement a lieu seulement si le but visé est estimé faisable, utile, pertinent et rentable. En ce qui concerne les méthodes destinées aux femmes, ces conditions ont été largement réunies au cours des dernières décennies, comme en témoignent les développements constatés dans le choix des méthodes, la formation des professionnels et la mise en place des centres et des programmes spécialisés. En ce qui concerne les méthodes destinées aux hommes, ces conditions sont loin d'avoir été réunies et il convient de se demander pourquoi. Ce chapitre propose une déconstruction de ce constat, en identifiant plusieurs éléments explicatifs.

Un historique complet de l'évolution de la recherche sur la contraception masculine instiguée par l'OMS analyse les freins à son développement [8]. Comparé aux efforts démontrés pour le développement de la contraception féminine, le programme (« *Task Force* ») de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la régulation de la fécondité masculine, commencé en 1972, a rencontré de nombreux freins à son développement : manque d'intérêt de l'industrie pharmaceutique dû au rendement attendu trop faible étant donné les risques ; manque d'intérêt de la médecine lié à la faible reconnaissance de la spécialité d'andrologie, les questions de fécondité restant la chasse gardée de la gynécologie et de l'urologie ; doute généralisé sur le fait que les hommes accepteraient de voir supprimer la production de leur sperme. Le programme a même été suspendu en 1979, l'une des raisons avancées étant « des réserves concernant la motivation des hommes à utiliser une méthode ». Les expériences vécues au cours du programme de l'OMS sur la régulation de la fécondité masculine ont par ailleurs mis en évidence des obstacles rencontrés au niveau du terrain dus aux attitudes négatives concernant la contraception masculine chez les décideurs et les prestataires de service, limitant l'accessibilité aux méthodes ainsi que la diffusion des connaissances et des pratiques [9].

L'un des arguments récurrents avancé pour expliquer l'absence de méthode contraceptive hormonale masculine

est la complexité du défi, comparé au défi qui a été relevé pour le développement des méthodes féminines [10]. Néanmoins, quelles que soient les difficultés rencontrées au niveau strictement biologique et pharmacologique, il reste clair que les avancées possibles dépendent des moyens investis. En l'occurrence, la proportion du budget total pour le développement des méthodes de régulation des naissances dévolue aux méthodes masculines a toujours été minime, relativement à celle attribuée aux méthodes féminines. Waites [8] indique pour l'OMS une proportion allant de 6,8 % à 10,4 %, même lorsque des études importantes étaient en cours entre 1987 et 1992 ; pour USAID (*United States Agency for International Development*), pendant cette période, elle s'élevait à 14,7 %, et pour NICHHD (*United States National Institute for Child Health and Human Development*) à 7,5 %. D'autres ont estimé la part du budget sur le plan global à 6 % [11].

Enfin, ces constats au fil des années témoignent de réticences importantes à investir dans ce domaine, avec en filigrane un questionnement sur l'intérêt même du but visé. Si la légitimité de développer l'offre contraceptive dans son ensemble n'est plus remise en question, pourquoi l'est-elle spécifiquement lorsqu'il est question d'utilisateurs plutôt que d'utilisatrices, lorsque la population visée est de sexe masculin ? La situation s'explique en large partie par les représentations des rapports du genre des diverses parties prenantes ; les déconstruire rend plus explicites les besoins, motivations, attitudes et comportements attribués aux femmes et aux hommes par les décideurs, les chercheurs, les professionnels de la santé et les activistes du domaine. On y voit également dans quelle mesure ces positions se fondent sur une lecture naturaliste ou sur une lecture constructiviste des rapports du genre.

Une cause perdue pour les services de santé ? Le cas du Royaume-Uni

Une analyse des possibilités de régulation des naissances offertes aux hommes effectuée en 1987 décrit et identifie divers éléments constitutifs de la situation constatée au Royaume-Uni à cette époque [3,12]. Présentée ici comme étude de cas, la situation reprise dans cette analyse illustre comment les représentations du genre peuvent avoir une influence sur les prestations. Même si le contexte a passablement évolué depuis, notamment à cause de l'épidémie du sida, force est de constater que les mécanismes identifiés en termes de représentations du genre restent toujours valables et peuvent être généralisés à d'autres aspects de la santé sexuelle et reproductive [13-15].

Un article publié en 2009 [5] commence avec l'affirmation fréquemment rencontrée : « Traditionnellement, la contraception a été la responsabilité des femmes, ce qui

explique leur accès à une diversité d'options ». La prise en compte de la tradition en question est de courte durée puisque, même si certaines méthodes féminines (cape, diaphragme) existent depuis le XIX^e siècle, les statistiques montrent qu'avant la diffusion du contraceptif oral, les hommes avaient des responsabilités plus importantes dans ce domaine. La baisse du taux de natalité en Europe au cours du XIX^e siècle est largement attribuée à la pratique du coït interrompu [16,17]. L'emploi de cette méthode est resté fréquent en Europe [18,19]. À titre d'exemple, lors d'une enquête nationale des pratiques contraceptives menée en France en 1978, le coït interrompu se trouve en deuxième position après le contraceptif oral [20].

En 1970 encore, la méthode de régulation des naissances la plus utilisée au Royaume-Uni était toujours le préservatif [21]. Concernant les pratiques contraceptives, il est possible, en reprenant les données disponibles, de suivre l'évolution de l'utilisation des méthodes masculines (préservatif, retrait, stérilisation), comparée à celle des méthodes féminines (diaphragme/cape, stérilet, pilule, stérilisation). En 1965, l'utilisation des méthodes masculines a été rapportée par 42 % des personnes enquêtées contre 11 % pour les méthodes féminines ; en 1970, les méthodes masculines restent toujours en tête avec 43 % contre 30 %. Le changement de rang a eu lieu entre 1970 et 1973, date à laquelle on constate 34 % des personnes utilisatrices de méthodes masculines et 55 % de méthodes féminines. Pour des raisons liées à la méthodologie des études, il est par ailleurs probable que la proportion de méthodes masculines est même sous-estimée [3].

Le coït interrompu et le préservatif ont fait l'objet de nombreuses critiques, particulièrement de la part du corps médical [16,17,22-24], leurs désavantages ayant été mis en avant et leurs avantages sous-évalués. Il convient de demander dans quelle mesure le fait que ces méthodes soient d'une part non médicales et d'autre part utilisées par les hommes ait pu être à l'origine de ce positionnement.

C'est en 1921 que le premier centre de planning familial ouvre ses portes en Angleterre. Celui-ci, ainsi que les autres qui ont suivi, ont été établis par des sociétés bénévoles, motivées à la fois par un souci pour l'état de santé des femmes à l'époque et par l'esprit eugénique. Les méthodes proposées au départ étaient la cape cervicale et le diaphragme. En 1930, le ministère de la Santé a formellement encouragé les autorités locales à créer des centres pour les femmes dont une grossesse supplémentaire poserait un risque de santé. Dans les années 1930, les centres dépendant des autorités locales coexistaient avec ceux du réseau bénévole ; le préservatif réutilisable (jusqu'en 1945) y était également distribué, même si la population se rendant aux centres était essentiellement féminine. En 1972, le gouvernement adopte une législation permettant aux autorités locales de financer les conseils contraceptifs, proposés également en l'absence de motif médical et quel que soit l'état civil de la personne.

Lorsqu'en 1974 la contraception est formellement intégrée au système de santé national, devenant ainsi disponible sans frais, le cadre de sa distribution reste néanmoins celui des services de santé maternelle et infantile ; les objectifs annoncés sont « la prévention de grossesses non désirées, une amélioration de la santé physique de la famille, une réduction du taux de mortalité périnatale et le soulagement du stress affectif de la mère » [25].

Logiquement, ce changement législatif impliquerait que toute méthode contraceptive rentre dans le cadre des services de santé, mais ceci n'a pas été le cas. Il y avait des exceptions, notamment celles destinées plus particulièrement aux hommes. Les centres de planning familial ne dispensaient pas gratuitement les préservatifs aux hommes, l'ensemble des prestations étant orienté vers les femmes. En 1975, les généralistes sont aussi intégrés à ce système et sont autorisés à prescrire la contraception, mais uniquement à leurs patientes. Les hommes sont donc de nouveau exclus. Par ailleurs, les généralistes refusent collectivement de prescrire le préservatif. Expliquant leur point de vue, un généraliste écrit au *British Medical Journal* en 1973 : « Le gouvernement ne va quand même pas nous faire l'affront d'envoyer des tas de types attendre devant nos cabinets pour des préservatifs ; ce serait vraiment le comble » [26].

On trouve le même écho dans le discours public autour de la stérilisation masculine. Lorsqu'une municipalité londonienne pionnière met en place un service de vasectomies gratuit, le journal *The Daily Telegraph* réagit : « Combien de libertins, au début de leur carrière, n'ont pas fantasmé sur les avantages d'une immunité contre la paternité. Un tel luxe, si envisageable, ne devrait sûrement pas être aux frais du contribuable ». En 1972, un projet de loi proposant d'inclure la vasectomie dans les prestations gratuites du service de santé est débattu au parlement et se voit surnommé « La Charte des Boucs » par un parlementaire [27]. Une étude en Écosse sur les attitudes des médecins à la régulation des naissances constate que les hommes doivent davantage justifier leur demande pour une stérilisation que les femmes ; un généraliste explique que les chirurgiens ne sont pas d'accord « d'encombrer leur liste » avec des vasectomies, à moins qu'il ne s'agisse de raisons médicales importantes [28]. Une décennie environ après l'intégration des services de stérilisation, une étude constate que les hommes demandeurs de stérilisation sont plus fréquemment informés qu'ils doivent la payer, que ne le sont les femmes qui demandent une stérilisation [29], une situation confirmée par les statistiques nationales [30]. Par contre, les femmes rapportaient plus souvent se sentir traitées avec condescendance et que les professionnels leur faisaient moins confiance pour savoir ce qu'elles voulaient [31]. Ce résultat a par la suite été confirmé par d'autres chercheurs [32].

Les hommes restent donc en marge, voire invisibles ; la santé sexuelle et reproductive du couple est négociée entre la

femme et son médecin ou un autre professionnel de conseil. La motivation d'une femme cherchant à obtenir une contraception est perçue comme une demande responsable, relevant d'un souci pour la gestion de sa propre santé et de celle de la famille. Par contre, l'homme cherchant à obtenir la contraception n'est pas perçu comme faisant preuve d'un acte responsable, mais comme manifestant la volonté d'obtenir son plaisir sans risques et aux frais de l'État. Essentiellement, la demande est la même, mais la perception du sens de cette demande varie selon le genre de la personne qui la pose.

Il est intéressant de noter à quel point la sexualité est mise en avant lorsqu'il s'agit de la contraception masculine et à quel point elle reste en retrait lorsqu'il s'agit de la contraception féminine. Les services sont proposés dans le cadre d'un « paradigme de santé », comme le confirme les objectifs, et à ce stade la notion d'épanouissement sexuel est absente. L'intégration des hommes semble troubler ce paradigme, leur intérêt étant posé dans un « paradigme de sexualité ». À titre d'exemple, on peut comparer les questionnaires utilisés dans deux études d'acceptabilité d'un nouveau contraceptif dirigées par l'OMS à la même époque, le début des années 1980. Le questionnaire destiné aux hommes expérimentant une contraception hormonale comportait pas moins de 30 questions différentes susceptibles d'évaluer l'impact de la méthode sur leur sexualité [33]. Le questionnaire destiné aux femmes expérimentant un nouveau contraceptif hormonal, l'anneau vaginal, comportait une seule question à ce sujet [34]. Par ailleurs, van Kammen et al. [32] relèvent que dans la recherche sur les méthodes masculines, la question de la sexualité et du bien-être des utilisateurs a d'emblée été un souci majeur, or ceci n'a pas été le cas lors du développement de la contraception médicale féminine ; pour cette recherche, ce sont les utilisatrices potentielles, en l'occurrence les associations pour la santé des femmes, qui avaient mis ces questions en avant.

Des études qualitatives auprès des usagères d'un service de stérilisation ont aussi mis en évidence un discours chez certains médecins travaillant dans le domaine indicateur d'une non-prise en compte du désir féminin [31]. La femme ne risque donc pas de voir sa demande d'une contraception mise en question. Par contre, le déni de la sexualité féminine que révèlent ces éléments peut également avoir un impact sur les prestations de santé qui sont disponibles pour les femmes.

Quel rôle pour l'homme dans la régulation des naissances ?

Quelle est la place de l'homme dans la régulation des naissances ? Son rôle doit-il se limiter à l'utilisation de la contraception masculine et, au fond, cette catégorisation des

méthodes, entre la contraception féminine et la contraception masculine, est-elle valable ?

Une typologie de la contraception en termes de genre proposée par Diller et al. en 1977 [35] apporte des précisions. Selon cette typologie, une contraception peut être « féminine » ou « masculine » de trois manières. Les auteurs distinguent en effet : le sexe du partenaire qui prend l'initiative pour que la méthode soit utilisée (*male or female-initiated*), le sexe de la personne sur la physiologie de laquelle la méthode agit (*male or female-directed*) et le sexe de la personne dont le consentement est nécessaire pour que la méthode soit appliquée (*male or female-complied*).

Leur analyse est importante, d'une part, car elle apporte un bémol à la pratique habituelle de classer de façon binaire les méthodes contraceptives, et d'autre part, car elle illustre bien à quel point il est important de dépasser le niveau purement technique de la contraception. La plupart du temps, pour qu'une méthode soit utilisée de façon efficace, les deux partenaires sont concernés. Certaines méthodes nécessitent plus de coopération que d'autres. Les méthodes naturelles de planification, par exemple, nécessitent un haut degré d'entente entre les partenaires pour être efficaces. Mais même la stérilisation nécessite l'accord de l'autre partenaire lorsque l'utilisateur/l'utilisatrice vit en couple, ce qui est généralement le cas dans le contexte de ce type de demande. De façon générale, et ainsi dans le présent article, les préservatifs sont classés comme une « méthode masculine ». Plusieurs auteurs ont insisté sur la nécessité de développer des méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH sur lesquelles la partenaire féminine aurait le contrôle, offrant comme raison le fait que le préservatif serait une méthode masculine [13-15]. Or, quand on examine plus dans le détail l'utilisation du préservatif, du moins dans un contexte européen, on trouve que lors du dernier rapport sexuel avec préservatif, entre 16 % et 32 % des préservatifs sont achetés par la partenaire féminine, que la décision d'utiliser le préservatif est essentiellement prise à deux, et qu'une fois sur cinq le préservatif a été posé par la partenaire féminine, et entre 15 % et 19 % des fois par les deux partenaires [36].

À maintes reprises, divers organismes internationaux et non gouvernementaux responsables pour la mise en place des programmes de contraception ont découvert à quel point il est nécessaire d'associer et de faire adhérer les partenaires des femmes incluses dans le programme pour que celui-ci soit efficace. Divers travaux ont présenté une analyse détaillée de la question de l'implication des partenaires masculins dans la régulation des naissances [37-44]. La découverte de nouvelles méthodes visant la physiologie masculine est un moyen d'inclure des hommes mais elle n'est pas la seule. D'ailleurs, un nouvel outil technique n'apporterait pas de solution miracle à un problème de société qui se pose à plusieurs niveaux : psychologique, social et économique.

Si l'intérêt des hommes à s'impliquer davantage a été remis en question, la position des femmes sur cette question n'est pas non plus très claire. D'une part, l'implication des hommes a souvent été réclamée afin que toute la responsabilité pour la régulation des naissances et tous les risques liés à la prise de la contraception n'incombent pas aux femmes. Par contre, le développement de la contraception féminine, notamment la diffusion du contraceptif oral hormonal, a été identifié comme un des éléments centraux permettant la maîtrise par les femmes de leur corps, une revendication-clé du mouvement féministe. L'utilisation de la contraception par les hommes ne pourrait-elle pas être vécue par les femmes comme une reprise de pouvoir, déposédant de nouveau les femmes de la maîtrise de leur corps ? Ainsi, on retrouve une pluralité des discours dans ce domaine de la part des femmes. L'ambiguïté et la complexité de ces différentes prises de position a fait l'objet d'une analyse approfondie par Oudshoorn [45]. Elle montre la construction et la déconstruction de diverses alliances entre les mouvements féministes, les chercheurs et les médias et les représentations qui sous-tendent les divers discours.

Dans les sociétés occidentales, les représentations de la sexualité féminine ont considérablement évolué au cours du dernier siècle. Plusieurs auteurs ont décrit cette évolution. Bland, par exemple, montre comment au début du xx^e siècle le désir sexuel chez une femme est considéré comme pathologique ; vers les années 1930, il devient admissible, sous condition d'avoir été éveillé par son époux [46]. De nos jours, la presse féminine regorge de conseils sur la sexualité et le désir et la satisfaction sexuelle sont clairement devenus des attentes légitimes, si ce n'est pas obligatoires. Qu'en est-il des représentations de la sexualité masculine ? Certains rôles du genre de l'homme dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ont évolué, notamment le rôle du père : les hommes assistent maintenant à l'accouchement de leur partenaire et s'occupent de leur bébé, ce qui n'aurait pas été considéré comme normal il y a cent, voire soixante ans. Mais la vision de la sexualité masculine même n'a que peu évolué. L'expression « le mal nécessaire » utilisée pour parler de la prostitution [47] s'avère particulièrement révélatrice de la vision naturaliste souvent adoptée lorsqu'il s'agit de la sexualité masculine : « nécessaire », puisqu'il s'agit d'un besoin incontournable d'ordre biologique. Comme les décrivent Giami et Spencer [15], les objets techniques de la sexualité, comme le contraceptif oral, le préservatif ou encore les traitements pour troubles sexuels, sont aussi révélateurs des rapports du genre, à savoir des rôles spécifiques attribués aux hommes et aux femmes. À titre d'exemple, lorsque des publications concernant des médicaments censés stimuler l'activité sexuelle des femmes sont apparues dans la presse médicale, elles ont déclenché un tollé de réactions mettant en cause la faisabilité de réaliser un tel objectif avec un médicament ; de par sa nature complexe et diverse, la

sexualité féminine ne pourrait pas être « soignée » par un produit pharmacologique. Par contre, « aucune des réticences et des critiques adressées à la médicalisation de la fonction sexuelle de la femme, à la recherche des facteurs organiques et neurophysiologiques [...] n'avaient été évoquées lors de l'apparition du ViagraTM ». Ici encore, on constate que les représentations sont fondées sur une idée selon laquelle « la sexualité masculine est principalement déterminée par des processus biologiques et physiologiques plutôt que par des processus psychosociaux ou relationnels ».

Plusieurs hypothèses peuvent être élaborées concernant la volonté des hommes et des femmes à utiliser un contraceptif hormonal masculin, si un jour un tel produit devenait accessible. Plusieurs études ont été menées afin de cerner les attitudes actuelles de la population envers un produit de ce genre. Néanmoins, les questions posées aux enquêté(e)s restent hypothétiques et les réponses à des questions hypothétiques ne restent-elles pas elles-mêmes hypothétiques ? En tout cas, il est évident, quelle que soit l'évolution du développement de la contraception masculine, qu'une réflexion s'impose pour rendre explicites les valeurs et représentations des acteurs en position de façonner cette offre potentiellement disponible, que se soit en termes de méthodes ou de contexte des prestations fournies.

Remerciements André Jeannin pour sa relecture attentive.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, et al (2005) Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Hum Reprod* 20:549–56
2. Grady WR, Tanfer K, Billy JO, et al (1996) Men's perceptions of their roles and responsibilities regarding sex, contraception and childrearing. *Fam Plann Perspect* 28:221–6
3. Spencer B (1987) Studies in birth control provision for men (PhD thesis). In: Faculty of Medicine, University of Manchester, Manchester, p 2-87
4. Spencer B (1984) Young men: their attitudes towards sexuality and birth control. *Br J Fam Plann* 10:13–9
5. Eberhardt J, van Wersch A, Meikle N (2009) Attitudes towards the male contraceptive pill in men and women in casual and stable sexual relationships. *J Fam Plann Reprod Health Care* 35:161–5
6. Johnson MH (1964) Social and psychological effects of vasectomy. *Am J Psychiatry* 121:482–6
7. UNAIDS (2000) Condom social marketing: Selected case studies. In: UNAIDS, Geneva
8. Waites GM (2003) Development of methods of male contraception: impact of the World Health Organization Task Force. *Fertil Steril* 80:1–15
9. Ringheim K (1993) Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men. *Stud Fam Plann* 24:87–99

10. Segal SJ (1972) Contraceptive research: a male chauvinist plot? *Fam Plann Perspect* 4:21–5
11. Stokes B (1980) Men and family planning. Worldwatch Inst, Washington / USA
12. Spencer B (1988) La participation masculine à la planification familiale. *Bulletin Médical de l'IPPF* 22:2–3
13. Spencer B (1999) La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes Rech Sci Soc* 128:29–32
14. Spencer B (2001) Et Dieu créa... le genre. *Infothèque Sida* 2:4–9
15. Giami A, Spencer B (2004) Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitements des troubles sexuels. *Rev Epidemiol Sante Publique* 52:377–87
16. Potts M (1994) *Coitus interruptus*. In: Corson SL, Derman RJ, Tyrer LB (eds) *Fertility Control*. Goldin Publishers, London, p 395-404
17. Potts M (1997) Sex and the Birth Rate: Human Biology, Demographic Change, and Access to Fertility-Regulation Methods. In: *Population and Development Review*. Population Council, New York, pp 1-39
18. Deys C, Potts D (1972) Condoms and things. *Adv Biosci* 10:287–97
19. Corradini A (1986) Brushing up the image of the Italian man. *People* 13:18–9
20. Leridon H, Sardon J-P, Collomb P, et al (1979) La contraception en France en 1978. Une enquête INED-INSEE. *Population* 34:1349–90
21. Wellings K (1986) Trends in contraceptive method usage since 1970. *Br J Fam Plann* 12:57–64
22. Aitken-Swan J (1977) *Fertility control and the medical profession*. Croom Helm, London
23. Trussell TJ, Faden R, Hatcher RA (1976) Efficacy information in contraceptive counseling: those little white lies. *Am J Public Health* 66:761–7
24. Rogow D, Horowitz S (1995) Withdrawal: a review of the literature and an agenda for research. *Stud Fam Plann* 26:140–53
25. Meredith P (1982) Pharmacy, contraception and the health care role. Family Planning Association, London
26. Sub-committee of the Royal College of General Practitioners' working party on prevention (1981) Family Planning: an exercise in preventive medicine. In: Royal College of General Practitioners, London
27. Wellings K (1984) Defining the problem. In: *Men, Sex and Contraception*. Birth Control Trust - Family Planning Association, London, pp 5-15
28. Aitken-Swan J (1977) *Fertility control and the medical profession*. Croom Helm Ltd, London
29. Allen I (1981) Family planning, sterilisation and abortion services. In: Policy Studies Institute, London
30. Wellings K (1986) Sterilisation trends. *Br Med J (Clin Res Ed)* 292:1029–30
31. Allen I (1985) Counselling services for sterilisation, vasectomy and termination of pregnancy. In: Policy Studies Institute, London
32. van Kammen J, Oudshoorn N (2002) Gender and risk assessment in contraceptive technologies. *Sociology of Health & Illness* 24:436–61
33. No authors listed] (1982) Hormonal contraception for men: acceptability and effects on sexuality. World Health Organization Task Force on Psychosocial Research in Family Planning, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Stud Fam Plann* 13:328–42
34. Spencer B, Jones V, Elstein M (1986) The acceptability of the contraceptive vaginal ring. *Br J Fam Plann* 12:82–7
35. Diller L, Hembree W (1977) Male contraception and family planning: a social and historical review. *Fertil Steril* 28:1271–9
36. Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, et al (1999) Évaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse : sixième rapport de synthèse 1996-1998. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
37. No authors listed] (1996) Men's needs and responsibilities. In: *International Planned Parenthood Federation*, London
38. No authors listed] (2002) Choices. Involving men and boys in sexual and reproductive health and rights. In: *International Planned Parenthood Federation - European Network*, Brussels
39. No authors listed] (1998) Literature Review for the Symposium on Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms. In: *AVSC International and IPPF-Western Hemisphere Region*, New-York
40. No authors listed] (1998) Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms. Symposium Report. In: *AVSC International and IPPF-Western Hemisphere Region*, New York
41. No authors listed] (1998) Male involvement: An annotated bibliography. In: *International Planned Parenthood Federation*, London
42. No authors listed] (1998) Population Reports. La participation des hommes vue sous un nouvel angle. *Population Reports XXVI - Numéro 2*
43. Green CP, Cohen SI, Belhadj-El Ghouayel H (1995) Male involvement in reproductive health, including family planning and sexual health. In: *United Nations Population Fund Technical Report (New York)*. United Nations Population Fund, New York, pp 1-104
44. No authors listed] (2003) In their own right: Addressing the sexual and reproductive health needs of men worldwide. In: *The Alan Guttmacher Institute*, New York
45. Oudshoorn N (1999) Contraception masculine et querelles de genre. *Cahiers du Genre* 139-66
46. Bland L (1983) Purity, motherhood, pleasure or threat? Definitions of female sexuality 1900-1970s. In: *Cartledge S, Ryan J (eds) Sex and love: New thoughts on old contradictions*. The Women's Press, London, pp 8-29
47. Garcia R, Renshaw DC (1987) A contemporary prostitution accepting culture. *Br J Sex Med* 14:72–7