

54

LES CAHIERS

SEXUER LE CORPS

HUIT ÉTUDES SUR
DES PRATIQUES MÉDICALES
D'HIER ET D'AUJOURD'HUI

Sous la direction de
Hélène Martin et Marta Roca i Escoda

**HE
TSL**

Haute école de travail social
et de la santé Lausanne

Hes-so

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

SEXUER LE CORPS

**HUIT ÉTUDES SUR DES PRATIQUES MÉDICALES
D'HIER ET D'AUJOURD'HUI**

SEXUER LE CORPS

HUIT ÉTUDES SUR DES PRATIQUES MÉDICALES D'HIER ET D'AUJOURD'HUI

Sous la direction d'Hélène Martin et Marta Roca i Escoda

Avec les contributions de :

Hélène Martin,

Haute école spécialisée de Suisse occidentale

Marta Roca i Escoda, Université de Lausanne

Thierry Delessert, Université de Lausanne

Taline Garibian, Université d'Oxford

Rebecca Bendjama,

Haute école spécialisée de Suisse occidentale

Raphaëlle Bessette-Viens,

Maîtrise universitaire en études genre, Université de Genève ;

Master 2 Cinéma anthropologique et documentaire, Université
Paris Nanterre

Cynthia Kraus, Université de Lausanne

Véronique Mottier, Université de Lausanne

Vincent Barras, Université de Lausanne

Marilène Vuille, Université de Genève

Alexandra Afsary, Université de Lausanne

Edmée Ballif,

Haute école spécialisée de Suisse occidentale

Anastasia Meidani, Université de Toulouse 2 Jean-Jaurès

Arnaud Alessandrin, Université de Bordeaux

Les Éditions HETSL présentent les travaux de professeur-e-s, de praticien-ne-s et de diplômé-e-s de la Haute école de travail social et de la santé Lausanne. Elles existent depuis 1988.

Pour plus d'informations : www.hetsl.ch/editions



Comité d'édition HETSL : Élisabeth Baume-Schneider, Isabelle Csupor, Pierre Gobet, Joëlle Longchamp, António Magalhães de Almeida, Gil Meyer, Jean-Pierre Tabin

Coordinateur financier : Martin Schnorf

Secrétariat d'édition : Séverine Holdener

Mise en page : Éditions Antipodes, www.antipodes.ch

Maquette et couverture : Tassilo Jüdt, www.tassilo.ch

Correction : Isabelle Sbrissa

L'ouvrage a été publié avec le soutien de la HES-SO et du Fonds national suisse de la recherche scientifique.

© 2019, Éditions HETSL, ch. des Abeilles 14, CH-1010 Lausanne
www.hetsl.ch

doi : 10.26039/x3hm-r733

(La reproduction est soumise à autorisation préalable)

ISBN : 978-2-88284-073-8



La Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL) fait partie de la HES-SO. Elle offre à plus de 1000 étudiant-e-s des formations en travail social et en ergothérapie au niveau bachelor. La HETSL coanime les masters proposés par les domaines travail social et santé de la HES-SO et développe des offres de troisième cycle. Ses missions comprennent également la formation continue et postgrade, la recherche et les prestations de service.

www.hetsl.ch

Les Éditions HETSL veulent favoriser la diffusion régulière des connaissances développées au sein de la Haute école de travail social et de la santé et offrir des points d'ancrage au dialogue indispensable entre un lieu de formation professionnelle supérieure et ses partenaires du champ social, éducatif et sociosanitaire.

TABLE DES MATIÈRES

.....	POUR UNE SOCIOHISTOIRE DES PRATIQUES DE SEXUATION DU CORPS ET DE LA SEXUALITÉ PAR LA MÉDECINE EN SUISSE	11
I	DES TESTICULES AU CERVEAU. CONVERTIR CHIRURGICALEMENT UN CORPS HOMOSEXUEL (1916-1960)	17
.....	L'EXPÉRIENCE DE STEINACH ET LICHTENSTERN (1916).....	19
.....	LA FABRIQUE D'UN CORPS HOMOSEXUEL	21
.....	LES « SÉCRÉTIONS INTERNES » COMME DES AGENTS DE JOUVENCE DU CORPS MASCULIN	24
.....	LES EXPÉRIENCES DE VON ORTHNER AU COURS DES ANNÉES 1960	29
.....	CONCLUSION.....	32
II.....	LA FABRIQUE CHIRURGICALE DU SEXE. UNE HISTOIRE DE LA SEXUATION DES CORPS TRANS EN SUISSE ROMANDE (1940-1960) ...	35
.....	CHANGER DE SEXE : DE LA SALLE D'OPÉRATION AU TRIBUNAL.....	36
.....	DES PRATIQUES CLINIQUE ET JURIDIQUE EN CONSTRUCTION	40
.....	EXPERTISER DES SEXES ET CONSTRUIRE UNE NORME SOCIALE ET CHIRURGICALE.....	42
.....	LES MÉDECINS ET L'IDÉE DE TRANSITION.....	48

III....	DU SEXE GÉNITAL AU SEXE SUBJECTIF DU LES RECONFIGURATIONS DU DIMORPHISME SEXUEL.....	51
.....	DU SEXE GÉNITAL... ..	54
.....	... AU SEXE SUBJECTIF	57
.....	CONCLUSION.....	66
IV....	LA SEXOLOGIE AMÉRICAINE <i>MADE IN SWITZERLAND</i> : NAISSANCE D'UNE CLINIQUE DES TROUBLES SEXUELS (LAUSANNE, 1950-1980).....	69
.....	INTRODUCTION ET ÉLÉMENTS DE « PRÉHISTOIRE »	69
.....	TRAITER LE COUPLE « À L'AMÉRICAINE »: QUOI DE NEUF DOCTEURS?.....	75
.....	SUR LE TERRAIN DE LA THÉRAPEUTIQUE: AUTRES CONDITIONS DE POSSIBILITÉ ET OPPORTUNITÉS.....	79
V.....	LE JEU DE L'AMOUR ET DU DÉTERMINISME: COMPRÉHENSIONS EXPERTES ET PROFANES DU DÉSIR DES FEMMES.....	83
.....	DE L'INTIMITÉ AVANT TOUT: CYCLE SAVANT DU DÉSIR, CIRCULARITÉ DU RAISONNEMENT ET RECYCLAGE DU SENS COMMUN	85
.....	L'APPÉTIT VIENT EN MANGEANT: LE DISCOURS EXPERT.....	89
.....	« CE SOIR, IL VA FALLOIR LE FAIRE »: L'EXPÉRIENCE DU MANQUE DE DÉSIR SEXUEL RAPPORTÉE SUR DES FORUMS INTERNET	92
.....	CONCLUSION.....	98
VI....	PRATIQUES SOUS SURVEILLANCE: LE VÉCU DE LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION FÉMININE EN SUISSE ROMANDE.....	101
.....	STANDARDISER, NORMALISER: PRODUIRE DES CORPS CONTRACEPTÉS	104
.....	RÉSISTER AUX EFFETS DE LA NORMALISATION.....	111
.....	REMARQUES CONCLUSIVES	115
VII...	LA GROSSESSE, UNE AFFAIRE DE FEMMES? ENJEUX DE GENRE DANS LA PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL AUPRÈS DES FUTURS PARENTS.....	119
.....	TABAC ET ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE QUESTIONS DE SANTÉ, QUESTIONS DE MORALE	121
.....	FAIRE DE LA PRÉVENTION, CONSTRUIRE DES RÔLES SEXUÉS.....	125
.....	FŒTUS VULNÉRABLES, FEMMES RESPONSABLES?.....	131
.....	CONCLUSION.....	135

VIII .. LA FABRIQUE DES CORPS SEXUÉS,
ENTRE MÉDICALISATION ET PATHOLOGISATION:
LA PLACE DU CORPS DANS LES *TRANS STUDIES* EN FRANCE 137

..... CE QUI EST FAIT AUX CORPS TRANS 140

..... CE QUE FONT LES CORPS TRANS DE CE QUI EST FAIT D'EUX 144

..... CONCLUSION..... 149

..... CONCLUSION 153

..... BIBLIOGRAPHIE..... 157

INTRODUCTION

POUR UNE SOCIOHISTOIRE DES PRATIQUES DE SEXUATION DU CORPS ET DE LA SEXUALITÉ PAR LA MÉDECINE EN SUISSE

HÉLÈNE MARTIN ET MARTA ROCA I ESCODA

Dès le début des études féministes, les a priori sexistes des savoirs établis sur le « sexe » ont été mis en perspective (Bleier, 1984; Fausto-Sterling, 1985). La recherche a désormais montré qu'« il n'existe pas de vérité naturelle sur le corps qui soit donnée directement et sans intermédiaire » (Oudshoorn, 2000, p. 34). Les savoirs produits sur le corps dépendent en effet du travail scientifique réalisé, c'est-à-dire d'une idéologie « déjà là » et de techniques spécifiques (Haraway, 1988, 1991), comme l'illustrent les « multiples façons dont les scientifiques "au travail" contribuent à créer, modeler et renégocier la naturalité du corps féminin » (Gardey, 2006, p. 668). C'est précisément à l'analyse des productions médicales des corps et de la sexualité que nous consacrons cet ouvrage, en nous concentrant sur des changements récents avec un intérêt particulier porté à des terrains suisses.

Si un ouvrage réunissant une majorité de contributions issues de recherches menées en Suisse nous paraît important, c'est d'une part en regard de leur relative marginalisation de la recherche francophone européenne, passablement centrée sur la France. Et, d'autre part, parce que les discours et les pratiques médicaux qui ont émergé en Suisse durant ce dernier siècle s'inscrivent dans un contexte plus large: la médecine et d'autres disciplines concernées par les normes de sexe et

de sexualité travaillent les corps et les sexualités en fonction d'enjeux et de trajectoires locales mais en étant motivées par des questionnements et des expériences qui traversent bien entendu les frontières nationales. Aussi, en contribuant à une sociohistoire des pratiques médicales de sexuation du corps et de la sexualité en Suisse, cet ouvrage permet également de documenter par la marge et d'éclairer à partir d'un nouvel angle des savoirs institutionnalisés qui n'en sont pas moins, eux aussi, spécifiques.

L'analyse de discours et pratiques médicaux sur le corps et la sexualité au cours des dernières décennies conduit en outre à prendre la mesure des hésitations et des débats qui ont accompagné la constitution d'un savoir médical qui, bien que faisant autorité, n'est ni linéaire ni monosémique. En effet, si comme le montrent les études genre, la binarité et l'asymétrie des sexes constituent des fondements implicites relativement solides de ce savoir, ces derniers ne cessent pour autant d'être revisités : en particulier, les causes du sexe se déplacent dans et en dehors du corps, conduisant la médecine à observer et à tenter de transformer tel organe ou telle fonction, pour ensuite s'en désintéresser ; les transgressions aux normes de la sexualité féminine passent d'inquiétantes manifestations d'hypersexualité à des formes d'hyposexualité, les corps et les sexualités féminisés demeurant néanmoins pathologisés ; l'argument de la détermination biologique de la différence des sexes est ainsi affirmé, relativisé et revisité. Les huit chapitres de cet ouvrage analysent différentes constructions médicales du corps et de la sexualité en portant leur attention sur les processus de sexuation et de pathologisation, sur les circulations et les appropriations de théories et modèles dont elles relèvent ainsi que sur leurs effets sur les personnes directement concernées, lesquelles adhèrent plus ou moins aux traitements qui leurs sont proposés.

Les trois premiers chapitres portent sur des pratiques de modifications corporelles par lesquelles la médecine tente de conformer les corps et les sexualités aux normes en vigueur. Thierry Delessert s'intéresse à la castration thérapeutique réalisée sur les hommes homosexuels des années 1920 aux années 1970. Il montre que la médecine s'est d'abord centrée sur les testicules, prenant pour modèle l'opération réalisée en 1916 par les Viennois Eugen Steinach et Robert Lichtenstern, qui a consisté en l'implantation d'un testicule d'un homme hétérosexuel sur

un homosexuel castré; cette intervention aurait eu pour résultat la réorientation hétérosexuelle du sujet. Toutefois, après la Seconde Guerre mondiale et à l'aune de la neurologie, la castration thérapeutique se déplace dans l'une des zones internes du cerveau: l'implantation intracrânienne d'électrodes, réalisée par le neurologue et psycho-chirurgien Hans von Orthner à Göttingen, aurait en effet transformé cinq « pédophiles homosexuels incontrôlables » en des hétérosexuels. En retraçant le développement de connaissances scientifiques sur l'homosexualité, Thierry Delessert met en évidence l'influence de conceptions germaniques sur le paysage médical suisse et il montre comment la castration, sous différentes formes, a participé aux dispositifs suisses de répression et de régulation des délinquances sexuelles dans la première moitié du XX^e siècle.

Comme le montre Taline Garibian dans le deuxième chapitre de cet ouvrage, la castration a également été utilisée dans le cadre des premières opérations de changement de sexe, pratiquées en Suisse dès les années 1940 par Charles Wolf. L'auteure constate qu'en l'absence de catégorie diagnostique précise et de protocole médical, la justice saisie par les patientes qui demandent une modification de leur état civil doit trancher une question qui relève autant de la médecine que du droit: s'agit-il d'un homme ou d'une femme? Taline Garibian met en évidence le trouble que suscitent ces demandes; les juges et les médecins débattent en effet sur le sexe anatomique, qu'ils considèrent comme nécessaire mais non suffisant pour accepter un changement d'état civil. Afin de saisir les enjeux que pose la détermination des sexes au regard des normes scientifiques, l'auteure analyse les procédures judiciaires engagées et les expertises médicales qui stipulent des « critères objectifs ».

Les transformations que la médecine réalise sur les morphologies sexuées sont également l'objet du troisième chapitre de cet ouvrage. Interrogeant la chirurgie esthétique des organes génitaux telle qu'elle est présentée par des médecins qui la réalisent dans des hôpitaux et cliniques de Suisse romande et par des internautes qui se renseignent ou témoignent à son sujet, Hélène Martin, Rebecca Bendjama et Raphaëlle Bessette-Viens sont conduites à historiciser les pratiques de modifications des organes génitaux. Les auteures montrent qu'en un peu plus d'un siècle, ces chirurgies ont passé d'un objectif de correction du sexe

à une finalité de soutien à la production individuelle de soi : alors que, dans le premier cas, la chirurgie consiste à corriger tout à la fois un comportement déviant et son expression morphologique, la chirurgie contemporaine se présente comme une technologie améliorative mise à disposition des individus pour composer leur genre et améliorer leur sexualité. Cette chirurgie est aujourd'hui renvoyée à la responsabilisation individuelle, mais elle reconduit la binarité des sexes ainsi que, via les discours qui l'accompagnent, la construction médicale de la défaillance du corps et de la sexualité féminine.

Les quatrième et cinquième chapitres analysent les cadres d'appréhension de la sexualité qui orientent le développement de la médecine sexuelle. Cynthia Kraus, Véronique Mottier et Vincent Barras retracent les dynamiques institutionnelles, professionnelles et cliniques qui sous-tendent l'introduction, au milieu des années 1970, d'une sexothérapie à l'américaine dans la capitale du canton de Vaud. En réinscrivant la naissance d'une clinique des troubles sexuels dans une histoire plus longue de la sexologie et des psychothérapies, les auteur·e·s éclairent le processus d'invention d'une sexologie américaine *made in Switzerland*, montrant ce que les pseudo-nouvelles méthodes américaines revendiquées à Lausanne, et plus généralement hors des États-Unis, doivent à cet américanisme, à savoir un gage de scientificité et de modernité, mais aussi leur américanité même. Les modèles de Kinsey et de Master et Johnson associés à la sexologie américaine sont actuellement remis en question, comme le montre Marilène Vuille dans le chapitre suivant. L'auteure constate qu'au cours des deux dernières décennies, une part importante de la recherche sur la sexualité féminine s'est concentrée sur le désir faible, défini comme la « difficulté sexuelle » la plus commune chez les femmes. La médecine sexuelle s'est dès lors attachée à caractériser ce trouble et à y remédier, en s'appuyant principalement sur la recherche pharmacologique. Marilène Vuille identifie le modèle circulaire de Basson comme le plus utilisé aujourd'hui au sein de la communauté sexologique internationale pour décrire la place et le mode d'intervention du désir sexuel des femmes. Or, pour l'auteure, ce modèle jugé plus adéquat que le modèle de Masters et Johnson témoigne d'un renforcement des stéréotypes de genre. Contrastant ces constructions médicales sur le « manque » d'investissement sexuel avec les manières dont il est thématiqué sur des forums de discussions sur Internet, Marilène

Vuille montre qu'il semble être vécu sur le mode de la culpabilité, qu'il soit expliqué par des facteurs hormonaux ou présenté comme contrarié par l'investissement maternel et domestique.

Les deux chapitres suivants se penchent sur le contrôle des corps féminins par la médecine au travers de la contraception et de la gestation. Alexandra Afsary revisite la consultation gynécologique qu'elle envisage comme un espace de régulation des corps et des conduites contraceptives, où les femmes sont invitées à se raconter. En se basant sur les récits de jeunes femmes vivant en Suisse romande interrogées sur les pratiques de contraception, l'auteure met au jour les décalages entre les comportements attendus par le corps médical et ceux rapportés par les patientes. À la figure du « bon » sujet contracepté (une personne en mesure de s'autocontrôler et s'autosurveiller), les femmes interrogées opposent des résistances, non seulement dans l'incorporation du fonctionnement même de la consultation, mais aussi dans leurs pratiques en matière de contraception et de sexualité, exprimant ainsi leur agentivité. Aussi, pour l'auteure, l'incorporation et la répétition des normes permettent le maintien des dispositifs de pouvoir tout en étant également des points d'appui à leur transgression. Dans le septième chapitre, Edmée Ballif interroge la construction sexuée du corps à partir de l'exemple de la prévention de la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse; elle se fonde sur l'observation de consultations psychosociales offertes par des sages-femmes et des assistantes sociales aux futurs parents dans le canton de Vaud et sur l'analyse des brochures concernant la prévention. L'auteure montre, d'une part, que les images de corps reproductifs indisciplinés fonctionnent comme agents de surveillance et de disciplinarisation des femmes enceintes; et, d'autre part, comment les liens organiques et psychologiques supposés entre fœtus et femmes enceintes contraignent et responsabilisent ces dernières, tout en occultant les influences d'autres acteurs et actrices, en particulier les pères ou les partenaires des femmes enceintes.

Le huitième et dernier chapitre opère un léger écart géographique par rapport aux autres contributions de l'ouvrage. Anastasia Meidani et Arnaud Alessandrin rendent compte de témoignages de personnes ayant réalisé un parcours de transition en France. Ces témoignages conduisent les auteur·e·s à confronter le « corps objet » de la médecine avec le « corps-projet », envisagé dans sa dimension expérientielle de

corps en devenir, des personnes rencontrées, et à montrer comme ces dernières sont capables d'orienter, dans une certaine mesure, et parfois de conclure le processus de modifications corporelles entamé par la médecine. Le décentrement que propose ce dernier chapitre est voulu : il permet de faire explicitement bouger des frontières imaginaires, y compris entre sujet et objet de connaissances, et d'ouvrir à un champ, celui des *trans studies*, encore peu exploré par la recherche francophone. S'attachant à montrer non seulement comment les normes de genre sont incarnées mais aussi comment les sujets les incorporent (l'*embodiment* de Ziemke, 2003) et les transforment, ces études devraient enrichir la sociologie du corps et nous semblent constituer un apport fondamental pour l'analyse des transformations contemporaines du système de genre.

16 Cet ouvrage invite ainsi à s'interroger sur la production des corps et des sexualités (corps féminins, masculins, homosexuels, trans, etc.) en fonction des processus sociaux et des courants de pensée qui ont traversé l'histoire récente. Il permet de réfléchir sur les frontières ainsi que sur les débats concernant les frontières entre le « normal » et le « pathologique ». Il revisite les liens que des diagnostics et des traitements établissent entre des attributs corporels (qu'il s'agisse de morphologies génitales ou de leurs fonctionnalités internes) et des comportements sexu(al)isés. Enfin, l'ouvrage fait une bonne place à l'agentivité des personnes concernées par ces pratiques, dont les trajectoires et les expériences intéressent plusieurs chapitres.

CHAPITRE I

DES TESTICULES

AU CERVEAU. CONVERTIR

CHIRURGICALEMENT

UN CORPS HOMOSEXUEL

(1916-1960)

THIERRY DELESSERT

A partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, l'homosexualité se voit comprise comme une maladie mentale. En Suisse, cette conception est particulièrement nette, car la Société suisse de psychiatrie en a fait son objet de compétence quasi exclusif en matière d'incidences pénales dès 1893 (Delessert, 2005, 2016). D'autres théories médicales entrent toutefois en concurrence ou en complément avec la psychiatrie. Conçues par des médecins légistes, des physiologistes et des chirurgiens, elles situent la cause de l'homosexualité dans des origines biologiques et proposent des traitements de conversion.

Ce chapitre se fonde sur deux types d'opérations chirurgicales menées sur des homosexuels dans le but de les transformer en des hétérosexuels. La première, réalisée en 1916 à Vienne, consiste en l'implantation d'un testicule d'un hétérosexuel sur un homosexuel castré (Steinach & Lichtenstern, 1918). Le second type d'intervention passe par l'insertion intracrânienne d'une électrode qui est effectuée à Göttingen au cours des années 1960 (Roeder *et al.*, 1971). Selon les parutions scientifiques des médecins ayant réalisé ces traitements, les homosexuels sont devenus des hétérosexuels. Ces techniques de conversion sont la face émergente d'un ensemble disparate de sciences ancêtres de l'actuelle sexologie dont les conceptualisations sur les causes de

l'homosexualité trouvent une résonance en Suisse tout le long du XX^e siècle. En concevant l'homosexualité comme une altérité biologique, des expérimentations invasives et mutilantes deviennent possibles dans le but de la transformer ou, à défaut, de la contenir.

Le socle de compréhension de la première opération chirurgicale plonge ses racines dans les conceptions de la médecine légale qui, dès la seconde moitié du XIX^e siècle, invente un corps homosexuel distinct de l'hétérosexuel. L'analyse de la parution scientifique sur cette opération montre en outre l'influence de la découverte des sécrétions produites par les glandes sexuelles et de leurs pouvoirs supposés de régénération du corps masculin. Avec la découverte des hormones sexuelles, l'endocrinologie naissante tente de naturaliser les binarités hommes-femmes, ainsi qu'hétérosexuelles-homosexuelles. Ce faisant, elle légitime une pratique débutant avec le XX^e siècle: la castration thérapeutique des déviants sexuels. En vogue en Allemagne et en Suisse alémanique en tant que mesure judiciaire pouvant concerner des homosexuels, cette forme de traitement souvent jugée suffisante tend à renforcer l'idée d'un primat des hormones sur le tempérament et l'orientation sexuelle. Après la Seconde Guerre mondiale, l'opération intracrânienne s'inscrit dans une profonde continuité théorique en tentant de modifier les sécrétions endocrines dans une zone de l'hypothalamus chez des individus catégorisés comme des altérités sexuelles.

18

Cette contribution s'insère dans le cadre de la recherche « Homosexualités en Suisse de la fin de la Seconde Guerre mondiale aux années sida »¹. Cette étude montre un paysage médical suisse influencé par des conceptions germaniques. En raison de la fragmentation cantonale des systèmes de santé et de la rareté des publications sources et des recherches académiques en Suisse sur ces questions, il n'est possible de voir que des effets partiels. Par ailleurs, les dispositifs pénaux poursuivent en priorité les hommes homosexuels et les lesbiennes sont absentes du champ médical analysé dans ce chapitre. Pourtant, sous les couverts d'ovariectomie, d'hystérectomie et de stérilisation des « hystériques » et des « asociales », combien d'entre elles ont été concernées par des opérations tout aussi mutilantes de conversion de l'orientation

1 Cette recherche est financée par le Fonds national suisse pour la recherche scientifique, N° FNS 100017_144508/1. Elle est soutenue financièrement pour sa réalisation par la Fondation Homo Liberalis.

sexuelle ? Ce questionnement reste sans réponse par manque de sources. Aussi ce chapitre ne peut-il que contribuer à éclairer la construction d'une masculinité subalterne par une masculinité hégémonique au sens de Raewyn Connell (2014, pp. 65-87).

L'EXPÉRIENCE DE STEINACH ET LICHTENSTERN (1916)

En 1918, le physiologiste viennois Eugen Steinach (1861-1944) et son confrère urologue Robert Lichtenstern (1874-?) font paraître un article dans la *Münchener Medizinische Wochenschrift* intitulé « *Umstimmung der Homosexualität durch Austausch der Pubertätsdrüsen* » (traduction personnelle: Corriger l'homosexualité par le remplacement des glandes pubertaires). Dans cette parution scientifique, ils affirment que l'implantation d'un testicule d'un homme hétérosexuel dans le corps d'un homosexuel castré a eu pour résultat la réorientation hétérosexuelle de W., âgé de 30 ans. Celui-ci est hospitalisé à Vienne le 17 mai 1916 pour une suspicion de réapparition d'une tuberculose contractée au cours de son enfance. Ses poumons soignés, les médecins sont interpellés par d'autres éléments de son anamnèse. En effet, W., de taille moyenne, au pénis de forme normale, mais plutôt petit, et à la pilosité inchangée depuis l'âge de 17 ans, présente une « nervosité féminine ». W. « avoue », au sens de Michel Foucault (1976, pp. 78-92), avoir une orientation homosexuelle depuis ses 14 ans. Elle est demeurée inchangée, en dépit d'une relation hétérosexuelle de moins d'une année qui ne lui a procuré aucun plaisir. Par ailleurs, ses seules érections et éjaculations se sont produites alors qu'il avait un rôle passif lors de relations sexuelles monnayées, ce que l'examen du rectum et de la prostate tendrait à prouver par des lésions encore présentes (Steinach & Lichtenstern, 1918, pp. 146-147). En outre, un seul de ses cinq frères et sœurs est hétérosexuel et marié. Confronté à un grave dilemme personnel, son désir est homosexuel, mais il n'a eu que des relations platoniques depuis cinq années. Aussi consent-il à s'en faire délivrer par une intervention chirurgicale : « [Le] patient accepte l'implantation qui lui est proposée et il exprime le désir d'être libéré de son éternel conflit. » (Steinach & Lichtenstern, 1918, p. 147)².

19

2 Traduction personnelle de « *Pat. ist mit der ihm vorgeschlagenen Implantation einverstanden und drückt dem Wunsch aus, von den ewigen Konflikten befreit zu werden.* »

Le 11 juillet 1916, Lichtenstern pratique l'opération. Celle-ci consiste en l'ablation totale des testicules de W., puis à l'implantation d'un testicule coupé en deux d'un donneur hétérosexuel dans les deux caves herniaires sous abdominales du receveur. L'examen microscopique des testicules de W. tend à démontrer une faiblesse des cellules productrices de spermatozoïdes, ce qui confère à ses gonades une proximité avec des ovaires féminins selon les deux médecins. Steinach et Lichtenstern relatent ensuite des effets probants : douze jours après l'opération, W. a des érections matinales qui sont attestées par les médecins de garde, puis il exprime des désirs sexuels pour les infirmières. Six semaines après son opération, W. a une relation sexuelle avec une dénommée Puella, ce qui prouve sa guérison aux yeux des deux médecins. À la suite de sa sortie de l'hôpital, W. entretient une correspondance épistolaire avec eux. En juin 1917, il s'est marié et, après une courte période de mobilisation dans l'armée impériale, il a repris son métier dans le secteur tertiaire sans avoir manifesté une quelconque attirance pour ses collègues masculins (Steinach & Lichtenstern, 1918, pp. 147-148).

20 Dans la cinquième édition en français de *La Question sexuelle* parue en 1922, le psychiatre, entomologiste et réformateur social suisse Auguste Forel (1848-1931) mentionne l'expérience de Steinach et de Lichtenstern de manière enthousiaste :

« [...] des horizons nouveaux nous sont ouverts par là sur la genèse des sexes et sur l'origine des caractères sexuels corrélatifs. En même temps, un traitement efficace des invertis encore jeunes nous apparaît plein d'espoir, surtout si l'implantation de testicules ou d'ovaires d'animaux peut parvenir à donner de bons résultats. Je parle ici d'invertis de naissance et non de l'homosexualité acquise par hystérie ou par émotions enclavées dans le sous-conscient. Cette dernière est guérissable par la psychanalyse et l'hypnose, comme l'ont prouvé Graeter à Bâle et Frank à Zurich. » (Forel, 1922, pp. 27-28)

La même expérience est relatée par Sigmund Freud (1856-1939) dans l'édition révisée en 1920 de ses *Trois essais sur la théorie sexuelle*, mais en revanche pour mieux valider sa théorie d'une bisexualité fondamentale et d'un arrêt du développement psychoaffectif des homosexuels

(Freud, 1987, p. 53, note de bas de page). En effet, Freud se montre en opposition avec la conception d'une homosexualité innée et pose le primat d'une expérience vécue dans l'enfance, refoulée et exerçant une pression sur l'orientation de la libido. Selon le psychanalyste viennois, l'homosexuel est un névrosé dont la prédisposition survient après une période plus ou moins éphémère de fixation sur sa mère, puis par une identification à celle-ci se caractérisant par un blocage sur lui-même comme objet sexuel (Freud, 1987, pp. 42-44). Par ailleurs, son rejet de la théorie de l'innéité s'inscrit comme un contrefort de son opposition à la théorie de la dégénérescence. Cette double position est explicable d'après David F. Greenberg (1998, pp. 422-425), d'un côté, par l'influence de ses patients privés qui étaient souvent issus de l'aristocratie et de la haute bourgeoisie viennoise, et, de l'autre, par le fait que la théorie de la dégénérescence était également utilisée à l'encontre de personnes de religion juive. Dans tous les cas, l'homosexuel se voit cantonné dans une altérité psychobiologique et inséré dans un schéma genré qui trouve ses origines dans la médecine légale.

21

LA FABRIQUE D'UN CORPS HOMOSEXUEL

Depuis les travaux de Johann Ludwig Casper (1796-1864), à Berlin, et d'Auguste Ambroise Tardieu (1818-1879), à Paris, le corps homosexuel est conçu comme une altérité par la médecine légale. En 1852, Casper, alors médecin pour les tribunaux berlinois, publie un article, « *Über Notzucht und Päderastie* » (« Sur le viol et la pédérastie »), traduit en français en 1860. Dans cette parution, il révèle l'existence d'une « confrérie » (« *Brüderschaft* ») homosexuelle dans le Berlin de la moitié du XIX^e siècle et il décrit des formes de contacts « pédérastiques », au sens de coïts anaux. Selon les observations de Casper, les verges des partenaires actifs deviennent progressivement déformées par l'étroitesse du sphincter anal de leurs partenaires passifs. En découlent des modifications psychiques et comportementales : ces hommes deviennent de plus en plus attirés par d'autres hommes et développent même une « monomanie » irrépressible à leur égard.

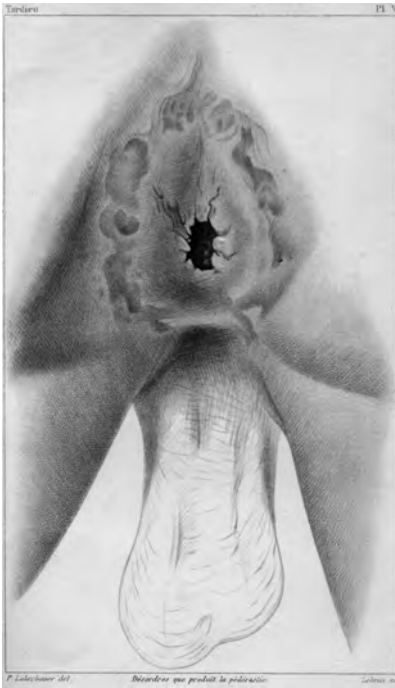
Le tournant vers la conception de l'homosexualité comme une maladie mentale se fait par son disciple, le médecin chef de l'Asile de la Charité à Berlin Carl Westphal (1833-1890). Dans son article « *Die conträre*

Sexualempfindung » (« La sensation sexuelle inverse »), publié en 1869, ce dernier fait émerger une nouvelle conception posant le comportement homosexuel comme le symptôme d'une maladie mentale (Weber, 2008, pp. 44-50). Il est à souligner que le paradigme de la maladie mentale s'inscrit dans le contexte du paragraphe 175 du code pénal allemand qui poursuit les actes sexuels commis entre des hommes ou sur des animaux. La psychiatrisation de l'homosexualité vise à déterminer une responsabilité restreinte lors de procès dans une perspective de judiciarisation du droit, c'est-à-dire d'atténuation de la portée pénale du paragraphe 175 par des expertises médico-légales individualisées. Le concept de la maladie mentale est repris en Suisse par la psychiatrie légale et mène à la dépénalisation partielle des homosexualités par le Code pénal de 1942. En revanche, cette reprise s'inscrit dans une logique de juridicisation du droit, soit d'inscription dans la loi d'actes admissibles entre adultes consentant-e-s dans le double but de limiter des scandales liés à des procès et de prévenir tout militantisme visible (Delessert, 2005, 2016).

22

La France ne connaît pas un tel développement de la psychiatrisation de l'homosexualité. Au contraire, face à l'absence de possibilité de poursuites pénales, les juges demandent aux médecins légistes une expertise sur « les traces matérielles et les effets physiques » des actes commis afin de condamner les concernés pour des « attentats à la pudeur » (Tardieu, 1878, pp. 194-195). En 1857, Tardieu publie une « Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs » traduite en allemand en 1860. S'inspirant de Ludwig Casper, Tardieu décrit la « pédérastie », au sens du coït anal, alors que les médecins français emploient plus volontiers le terme de « perversité », au sens chrétien du « vice », pour qualifier autant la masturbation que les actes sexuels commis entre des hommes (Muchembled, 2005, pp. 270-271). Par ailleurs, cette irruption de la médecine légale dans le champ de l'expertise pénale s'inscrit dans le contexte du développement d'un réseau de sociabilité homosexuel de plus en plus visible à Paris, mais aussi d'une répression policière particulièrement virulente sous le Second Empire (Revenin, 2007, pp. 30-32).

À l'inverse de Casper, Tardieu détaille les caractéristiques des anus des « pédéastes ». L'emblème le plus célèbre est « l'anus infundibuliforme », « un signe presque constant et le plus probant des habitudes passives des pédéastes [...], en forme de cornet des fesses vers l'anus » (Tardieu, 1878, p. 224).



Source : Tardieu, 1878, p. 224, planche V.

Selon le médecin légiste parisien, la forme d'entonnoir de l'anus et le sphincter relâché sont le plus souvent accompagnés d'un développement de fesses et de hanches similaires à celles de femmes. Ces modifications corporelles influencent en retour des attitudes et des modes de fonctionnement psychiques qualifiés de féminins. Ce faisant, Tardieu ancre dans la chair des prévenus leur différence de mœurs. La pénétration anale passive se confond avec l'homosexualité, et la médecine légale invente un corps homosexuel distinct de l'hétérosexuel (De Busscher, 2003; Bénézech, 2009). Sur le plan des sexualités, ce processus est parallèle à l'invention de l'hystérie plaçant les femmes dans une position morphopsychologique tout aussi inférieure à celle des hommes « normaux » en raison de leurs risques de dysfonctionnements utérins (Edelmann, 2003, pp. 36-53). Comme l'analyse Foucault (1976, pp. 137-139), l'hystérisation du corps des femmes et la médicalisation des plaisirs pervers s'insèrent dans un dispositif de sexualité bourgeois commun à tout

l'Occident qui renforce des rapports de pouvoir édictés par les nouvelles classes sociales éduquées dès la moitié du XIX^e siècle. En Suisse, ces classes correspondent aux trois professions reconnues au niveau fédéral, les polytechniciens, les juristes et les médecins, alors surreprésentées politiquement lors des constructions des normes de genre et de sexualité inscrites dans le Code Civil de 1907 et dans le projet de Code Pénal de 1918.

La conception d'une binarité corporelle entre homosexuels et hétérosexuels, imprimant une conformation quasi féminine à l'homosexuel, est présente dans l'étude de cas publiée par Steinach et Lichtenstern. Pour rappel, la pilosité de W. est rare, son rectum présente des lésions consécutives à des pénétrations et ses testicules disséqués sont considérés comme proches d'ovaires. Cette dernière considération s'inscrit dans la primo découverte des hormones sexuelles et non dans des conceptions de médecine légale. Avec les hormones, les physiologistes cherchent à valider scientifiquement la naturalité de la binarité homme-femme, puis hétéro-homosexuelle.

24

LES « SÉCRÉTIONS INTERNES » COMME DES AGENTS DE JOUVENCE DU CORPS MASCULIN

Un changement dans les idées sur le fonctionnement des glandes sexuelles voit le jour à la fin du XIX^e siècle en conférant à des sécrétions chimiques un rôle de régulations biologiques. Le physiologiste français Charles Brown-Séquard (1817-1894), le découvreur de la composition de la moelle épinière, donne l'impulsion à ce mouvement. À l'âge de 72 ans, il s'injecte des extraits de testicules d'animaux et du sperme de jeunes hommes. En retour, il observe sur lui-même un rajeunissement, un regain de vigueur physique et intellectuelle et une amélioration de son état de santé. Les résultats de son auto-expérimentation sont publiés dans le *British Medical Journal* en 1889 et déclenchent des polémiques, notamment au Royaume-Uni. D'une part, les antivivisectionnistes sont indigné·e·s, puisque cela suppose des mutilations d'animaux. D'autre part, une sensibilité anglo-saxonne en lutte contre l'onanisme juvénile est heurtée, car Brown-Séquard n'a pu obtenir du sperme qu'en sollicitant une masturbation de ses donneurs (Sinding, 2003, pp. 43-44).

L'expérience de Brown-Séquard va initier l'organothérapie, puis l'actuelle endocrinologie, dont l'essor n'a été possible qu'à la suite de la production industrielle des hormones sexuelles dès les années 1920 (Oudshoorn & Morel, 1998). Steinach lui emboîte le pas à Vienne en débutant d'abord ses expérimentations sur des animaux dans le but d'étudier la différenciation sexuelle et les effets hormonaux des glandes sexuelles sur le corps humain. En 1920, dans son ouvrage *Verjüngung durch experimentelle Neubelebung der alternden Pubertätsdrüse* (Rajeunissement par revitalisation expérimentale du vieillissement de la glande pubertaire), il préconise la vasectomie chez les hommes âgés afin d'augmenter leur production hormonale, alors supposée affaiblie par la production des spermatozoïdes. Ses conceptions vont inspirer plusieurs physiologistes. Par exemple, à Paris, le médecin d'origine russe Serge Voronoff (1866-1951) pratique la transplantation de tissus testiculaires de singes dans la prostate de ses patients, suivie d'une série d'injections intraveineuses, dans des cas de dysfonctions érectiles. Aux États-Unis, le médecin légiste de la prison californienne de San Quentin, Leo L. Stanley (1886-1976), pratique la réimplantation de testicules de condamnés à mort et d'animaux sur des violeurs de femmes. Cette fois-ci, l'implantation est faite dans les bourses des violeurs et le médecin observe un retour à une libido « normale » (Schultheiss & Engel, 2003, p. 357).

25

L'expérimentation de Steinach et Lichtenstern est poursuivie sur sept autres hommes homosexuels par le chirurgien berlinois Richard Mühsam (1872-1938). En raison du manque de preuves d'un changement d'orientation sexuelle avéré, cette pratique est abandonnée en 1923. Néanmoins, deux de ses « patients » lui auraient été adressés par le psychiatre berlinois Magnus Hirschfeld (1868-1935). Théoricien d'un « Troisième sexe » homosexuel, dans le but de prouver la naturalité de cette orientation, Hirschfeld reprend au juriste berlinois Karl Heinrich Ulrichs (1825-1895) sa conception d'une « âme d'une femme emprisonnée dans un corps d'homme », ce qui valorise une image féminine de l'homosexuel (Tamagne, 2000, pp. 28-31 et pp. 107-113). Selon Rainer Herrn (2013, pp. 45-46), ces deux homosexuels sont probablement des personnes transgenres « *M to F* » selon nos terminologies actuelles. Aussi Mühsam doit-il être vraisemblablement considéré comme étant le premier chirurgien à avoir réalisé une reconstruction plastique vaginale. Dans tous les cas, la castration, au sens de l'ablation totale des testicules,

est incontournable. Cette intervention est considérée de manière durable comme une thérapie à l'encontre de l'homosexualité masculine. Elle se fonde sur des observations profanes avérées : un animal castré devient plus calme.

LA CASTRATION COMME MOYEN DE CONTENTION

26 Il n'est pas anodin que Steinach et Lichtenstern aient pratiqué leur opération en castrant au préalable W. En effet, le pensable de la castration des homosexuels comme procédé thérapeutique remonte au début du XX^e siècle. Ainsi, Ernst Rüdin (1874-1952), le directeur de l'hôpital psychiatrique bâlois de la Friedmatt entre 1923 et 1928, et son beau-frère Alfred Ploetz (1860-1940) fondent l'*Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie* (« Archive pour la biologie sociale et raciale ») à Berlin en 1904. La même année, Rüdin y publie un article en réponse à la théorie du « Troisième sexe » d'Hirschfeld et préconise la castration des homosexuels. Sa conceptualisation est utilisée comme une prévention de la transmission d'une dégénérescence, ce que salue Forel dans sa *Question sexuelle*, mais aussi comme un moyen de contention efficace face à une sexualité jugée anormale en raison d'un « appétit sexuel, en général très violent et précoce » (Forel, 1906, p. 266). Au cours des années suivantes, Rüdin renforce sa collaboration avec Emil Kräpelin (1856-1926), le fondateur du *Deutscher Verband für Psychische Hygiene und Rassenhygiene* (Institut allemand pour l'hygiène psychique et raciale) à Munich et concepteur d'une homosexualité classée au sein des psychoses (Mendelson, 2003, pp. 679-680). En juin 1933, Rüdin reprend la direction de l'institut, puis le gouvernement nazi le mandate pour l'élaboration de lois visant la reconstruction de la race allemande. Rüdin est le coauteur, avec les chefs ministériels Arthur Gütt (1891-1949) et Falk Ruttke (1894-1955), de la « loi sur la prévention des maladies héréditaires chez la jeune génération du 14 juillet 1933 » (« *Gesetz zur Verhütung Erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933* ») entrée en vigueur le 5 janvier 1934. Cette disposition médico-légale stipule dans son premier article :

« Celui qui est atteint d'une maladie héréditaire peut être rendu non fertile (stérilisé) par intervention chirurgicale, s'il est à

attendre avec une grande vraisemblance d'après les expériences de la science médicale que ses descendants souffriront de lourds dégâts héréditaires physiques ou intellectuels.» (retranscrite dans Friedli, 1988, p. 209)³

Bien que non cités, les homosexuels tombent également sous le coup de cette loi (Lüthy, 1937, pp. 89-90). Administrée par des tribunaux médico-légaux spécifiques, elle concerne les malades mentaux, les aveugles congénitaux, les épileptiques, les handicapé·e·s psychiques et moteurs et les alcooliques chroniques. En continuité avec la théorie de la dégénérescence, cette disposition rend politiquement et juridiquement possible la modification du code pénal allemand autorisant, la même année, la castration « volontaire » des homosexuels, avant sa généralisation par ordre du chef de la Gestapo et de la police criminelle, Heinrich Himmler (1900-1945), en 1939 (Grau, 1990; zur Nieden, 2005).

LA CASTRATION COMME MESURE JUDICIAIRE

27

En Suisse, la castration dite « thérapeutique » s'inscrit dans une « politique criminelle » édictée par la Société suisse de psychiatrie (SSP, 1925). Elle concerne des délinquants sexuels masculins récidivistes: exhibitionnistes, pédophiles sur des jeunes filles, violeurs de femmes et homosexuels agissant sur des mineurs de moins de 20 ans. En l'absence d'une loi fédérale, la castration est pratiquée sur un mode « volontaire » qui peut s'obtenir par des « contraintes extra-légales », soit sous la menace d'un jugement ou d'un internement à vie (Ruggli, 1943, pp. 44-45). Les psychiatres se substituent donc aux juges dans la détermination des peines et s'arrogent un pouvoir de contrainte supplémentaire sur les sexualités jugées déviantes. Plus encore, le « consentement éclairé du patient » s'inscrit dans le cadre d'une « institution totale », au sens d'Erving Goffman (1968), au sein de laquelle le « malade » ne peut que se conformer aux injonctions médicales – ce qui se retrouve pleinement dans l'étude de Steinach et Lichtenstern.

3 Traduction personnelle de « *Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.* »

Le nombre de castrations thérapeutiques le plus important se situe à Zurich et dans les cantons immédiatement avoisinants. Cette forme de traitement remonte à Forel, alors directeur de l'hôpital psychiatrique du Burghölzli entre 1878 et 1898, qui l'applique en 1892 « dans un cas d'imbécillité avec éréthisme sexuel ». La pratique de la castration thérapeutique plus systématique « des perversis sexuels » débute en 1906, sous l'égide de son successeur, Eugen Bleuler (1857-1939). Elle se poursuit sous la direction d'Hans Wolfgang Maier (1882-1945) au cours des années 1930-1940, puis se renforce sous celle de Manfred Bleuler (1903-1994) – la majorité des castrations faites au Burghölzli l'étant entre 1945 et 1955 (Stuker, 1998, p. 159).

28

Une étude menée à Zurich dans les années 1940 postule que le taux de réussite de cette opération – calculé en termes d'absence de récurrences et de diminution des capacités érectiles – est de 100 % chez les exhibitionnistes, 85 % chez les homosexuels, 82 % chez les pédophiles sur des jeunes filles et de 55 % chez les violeurs de femmes (Thürlimann 1946). Bien que le pouvoir de castrer des hommes soit, en Suisse, dans les mains des psychiatres, l'endocrinologie apporte son concours pour le légitimer. L'exemple probant est la thèse du chirurgien bernois Charles Wolf sur la castration thérapeutique des hommes commettant des délits sexuels, parue en allemand en 1934 et résumée en 1935 en français dans les *Annales médico-psychologiques* éditées à Paris. Comme le démontre le chapitre 2 de Taline Garibian dans cet opus, Wolf pratique au cours des années 1940 les premières opérations de réassignation de sexe à l'hôpital de La Chaux-de-Fonds. Dans les années 1930, Wolf postule que la libido est secondaire à une intersexualité de base, car les attributs sexuels masculins ou féminins s'acquièrent à partir du même mésoderme embryonnaire au cours de la maturation fœtale. La différenciation sexuelle est engendrée par la sécrétion de testostérone chez les garçons et d'œstrogène chez les filles. Ainsi, la testostérone influence, chez les hommes, autant le tempérament sexuel que l'orientation, d'où un appétit sexuel plus fort chez les homosexuels selon Wolf (1934, pp. 122-123 et 278-279; 1935, p. 415).

Cette hypothèse d'une plus forte influence de la testostérone sur le comportement homosexuel est à relever. En effet, elle contraste avec la conception américaine de l'hormonothérapie étudiée par Nelly Oudshoorn (1994, pp. 57-58). Dans le prolongement des conceptions d'Hirschfeld

sur le « Troisième sexe », la neuropsychiatrie américaine naissante postule une plus forte production d'œstrogène pour expliquer l'inversion de l'orientation sexuelle. Ainsi, plusieurs homosexuels, qualifiés d'« acquis » et potentiellement curables, ont été traités par un apport de testostérone de synthèse durant les années 1930-1940. Enfin, la conception soutenue par Wolf inféode la vie psychique et les besoins sexuels à un système de régulation du corps humain. La démarche est tautologique : la testostérone influence la libido et celle-ci, en retour, influence sa sécrétion endocrine (pour plus de développements : Delessert, 2012, pp. 313-339).

De manière plus générale, l'introduction des hormones dans la théorie de la causalité biologique des déviations sexuelles permet de transformer la prévention de la transmission d'une tare dégénérative en une élimination des pulsions sexuelles par une même mutilation génitale. Cependant, les hormones sont ambiguës, tout autant que leurs suppressions ou prescriptions. En effet, les glandes surrénales sécrètent de la testostérone et de l'œstrogène chez les individus des deux sexes, ce qui brise le rêve de binarité idéale des endocrinologues. Les administrations actuelles de l'acétate de cyprotérone sont révélatrices de ces ambivalences. Ce composé de deux hormones de synthèse féminines peut être préconisé comme un contraceptif et un traitement pour des jeunes femmes ayant une forte acné (Compendium, 2017a). À plus forte dose, il est commercialisé comme une « castration chimique » en Suisse depuis 1973, sous le nom d'Androcur, « en cas de déviations sexuelles chez l'homme » (Compendium, 2017b). Son action vise les diminutions de la libido et des capacités érectiles via la réduction de la production de testostérone par les testicules. Si sa prescription s'inscrit dans la continuité des observations profanes, elle tend également à renforcer une *épistémè* tout autant plurisécularaire : les femmes sont considérées sexuellement moins prédatrices que les hommes.

LES EXPÉRIENCES DE VON ORTHNER AU COURS DES ANNÉES 1960

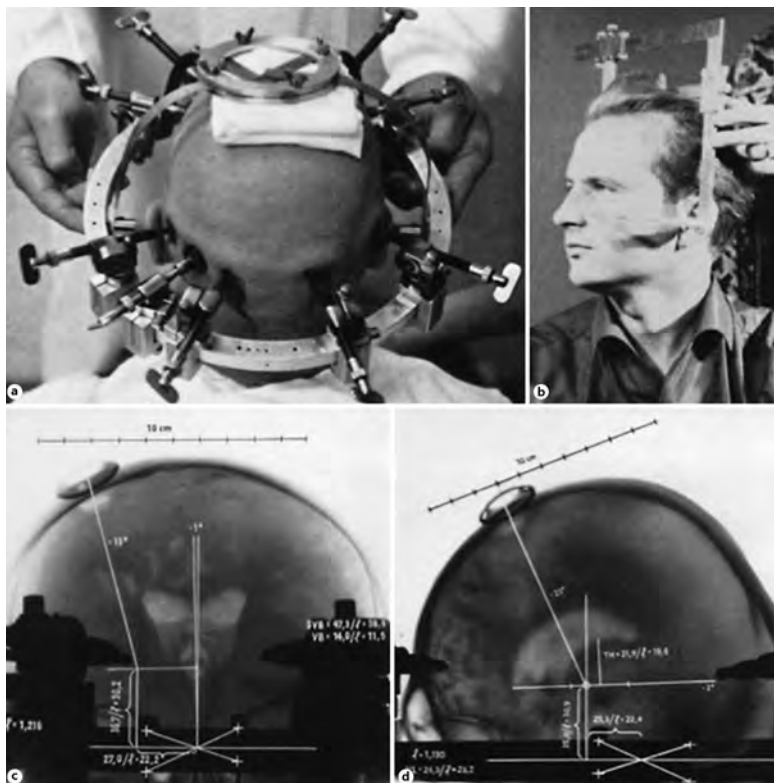
L'Allemagne est le pays où le plus grand nombre de castrations d'hommes, homosexuels ou non, a été pratiqué : au moins 2800 entre 1934 et 1944, puis environ 800 entre 1955 et 1977 en République fédérale allemande (RFA) (Weinberger & al., 2005, p. 18). Néanmoins, il se produit un déplacement théorique et pratique dans la conception

de la régulation de la testostérone des testicules vers l'hypothalamus au cours des années 1960. Ainsi, Hans von Orthner, professeur en neurologie et psycho-chirurgien à l'Université ouest-allemande de Göttingen, s'est spécialisé dans la stimulation électrique de certaines zones du cerveau par l'implantation intracrânienne d'électrodes pour traiter des maladies mentales (photos reproduites dans Hamel & al. 2016, p. 242).

Cette forme de psychochirurgie s'inscrit dans la continuité des électrochocs expérimentés dès les années 1920 et se développe en parallèle des techniques de lobotomie et de sections neuronales en vogue après la Seconde Guerre mondiale. Aussi la sous-spécialité de l'électrostimulation intracrânienne connaît-elle une forme de renaissance dès la fin des années 1960, non seulement en RFA, mais aussi aux États-Unis, au Royaume-Uni, ou encore en URSS. Von Orthner et son collègue Fritz Douglas Roeder se spécialisent dans la conception d'une électrode spécifique et ils débent leurs expérimentations cliniques par son implantation dans l'hypothalamus d'un pédophile homosexuel en 1961. Leur traitement mène au décès du patient dans les jours suivants (Sigusch, 1977, pp. 7-10).

30 Après cet échec, des interventions similaires sont réalisées, mais cette fois-ci au niveau du *Tuber Cinereum*, à la base de l'hypothalamus, dans le troisième ventricule cérébral, identifié par von Orthner et ses confrères comme étant le « centre du comportement sexuel ». Celles-ci ont l'air d'avoir été couronnées de succès, car les résultats sont publiés dans le *Journal of Neuro-Visceral Relations* en 1971. Cet article scientifique affirme que cinq « pédophiles homosexuels incontrôlables » sont devenus hétérosexuels après leur traitement, mais il ne fait que présenter les angles et degrés de l'implantation de l'électrode sans relater une quelconque preuve de l'hétérosexualisation des sujets ainsi traités (Roeder & al., 1971, pp. 317-318). Celui-ci donne suite à un symposium de la *Deutsche Neurovegetative Gesellschaft* (Société allemande de neuropsychologie) qui s'est déroulé à Göttingen du 30 septembre au 2 octobre 1969. Le quotidien *Die Zeit* lui donne un écho médiatique en consacrant une pleine page d'interview à von Orthner.

Bien que relativisant l'existence d'un unique centre de régulation du comportement sexuel et soulignant les influences hormonales, von Orthner y valorise les faibles incidences cognitives et extrapyramidales de sa « méthode stéréotactique » (« *stereotaktische Methode* »), moins invalidante que la section neuronale en raison de la faiblesse des voltages



Source : Hamel & al., 2016, p. 242.

employés. Le journaliste de *Die Zeit* relève une proximité des effets observés avec la castration, ce que von Orthner réfute en arguant que le réflexe coïtal, l'érection et l'éjaculation demeurent entiers, mais que l'orientation du désir sexuel a été modifiée chez les cinq sujets. En conséquence, sa méthode stéréotactique pourrait devenir une alternative à une castration ou à un traitement psychothérapeutique pour traiter une homosexualité qu'il considère comme un « syndrome organique cérébral » (« *hirnorganisches Psychosyndrom* ») et pouvant reconvertir des individus considérés cérébralement malades (Rockmann, 1969).

L'âge des victimes n'est pas mentionné dans *Die Zeit*, ni dans le *Journal of Neuro-Visceral Relations*. En conséquence, la notion de

« pédophilie » devient fort relative. En effet, la poursuite pénale des homosexuels masculins par le paragraphe 175 a été modifiée par les nazis en 1935 pour rester en vigueur en RFA jusqu'à fin 1969. Depuis 1935, les actes sexuels commis entre des hommes de tout âge ou sur des animaux sont considérés comme des crimes. La commission d'actes sur des jeunes hommes de moins de 21 ans est, en outre, une circonstance aggravante, tout comme la prostitution et l'abus de détresse. Plus fondamentalement, la suppression de la notion pénale de la « débauche contre nature » (« *Widernatürliche Unzucht* ») par celle de la « débauche » (« *Unzucht* ») a élargi le champ des actes répréhensibles. Le contact physique n'est désormais plus nécessaire pour une condamnation, ce que la Cour constitutionnelle fédérale de Karlsruhe a confirmé en 1957 (Tamagne, 2000, pp. 533-542; Grau, 1990).

32

En Suisse, les expériences de von Orthner sont communiquées par Rudolf Wyss, le directeur de l'hôpital psychiatrique bernois de Münsingen entre 1963 et 1982, au sein de la commission chargée de réviser les dispositions pénales contre les « infractions aux mœurs » en novembre 1974. Sans se prononcer sur le bien-fondé de ces expériences, le but de Wyss est de faire valoir une origine biologique des homosexualités résultant d'une complexe combinaison chromosomique, neuropsychologique et hormonale (AFS, 1974). Son propos s'inscrit également dans le contexte d'une remise en cause de ces formes de traitement des maladies mentales. Les opérations invasives intracrâniennes se voient en effet vivement critiquées en RFA à la suite de plusieurs reportages écrits, radiophoniques et télévisés. En mars 1977, une commission de l'Office fédéral de la santé ouest-allemand interdit toute opération chirurgicale de conversion de l'orientation sexuelle. Des décisions similaires sont prises au cours du même laps de temps aux États-Unis, au Japon, au Canada, au Royaume-Uni et en Australie, alors que l'OMS statue en 1976 que la psychochirurgie est à proscrire en raison de ses résultats incertains et de ses fondements éthiques douteux (Sigusch, 1977, pp. 23-24).

CONCLUSION

Ce chapitre a étudié une forme de somatisation de l'homosexualité masculine bien antérieure au Virus de l'immunodéficience humaine (VIH ou sida) par la médecine. Bien que l'homosexualité soit considérée comme

une maladie mentale, des tentatives de la convertir, ou de la calmer, par des moyens chirurgicaux ont eu cours. Le panorama proposé dans ces lignes tend à démontrer que la sexuation et les conversions du corps homosexuel s'inscrivent dans une nébuleuse majoritairement nordique. Se fondant sur de profonds référentiels de genre, la castration ressort comme un horizon incontournable. En effet, cette mutilation génitale est jugée comme un moyen de contention des homosexuels « suffisant » dans la sphère germanophone, alors que le Code pénal français la considère comme un crime depuis 1832 (Wolf, 1935, p. 406).

Comme le démontrent les historien-ne-s étudiant les mécanismes politiques et économiques suisses, Zurich est la métropole du pays. De manière similaire, les conceptions médicales sur les homosexualités, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques, sont profondément germaniques et relayées par des médecins formés à Zurich. S'il est avéré que des castrations ont été pratiquées en Suisse, il est impossible de déterminer si des opérations visant une réorientation sexuelle ont été pratiquées dans des institutions helvétiques.

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

AFS. (1974). Archives fédérales suisses, E4800.3#1993/17#127*, « Expertenkommission für die Revision des Strafgesetzbuches; Protokoll, 22. Sitzung vom 22./23. November 1974 in Zurich, Muraltengut ».

Forel, A. (1906). *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés*. Paris : G. Steinheil 2^e édition.

Forel, A. (1922). *La question sexuelle*. Paris : Masson, 5^e édition.

Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard (traduction française de l'édition allemande de 1920).

Lüthy, G. (1937). *Die Bedeutung der Kastration im Strafrecht*. Zurich : Feldegg.

Rockmann, H. (1969, 24 novembre). Hirn-Operation bei Triebtätern? Erste Erfolge in Fällen anomaler Sexualität – Gespräch mit Professor Hans Orthner. *Die Zeit*, 43, 80.

Roeder, F.D., Müller, D., & Orthner, H. (1971). Weitere Erfahrungen mit der stereotaktischen Behandlung sexueller Perversionen. *Journal of Neuro-Visceral Relations*, 10, 317-324.

Ruggli, P. (1943). *Les résultats de la castration thérapeutique sur les aberrations sexuelles*. Genève: Imprimerie du commerce.

SSP. (1925). Schweiz. Verein für Psychiatrie – Société Suisse de Psychiatrie. Protokoll der 68. Versammlung den 13. und 14. Juni 1925 in Kreuzlingen und Münsterlingen, *Archiv für Neurologie und Psychiatrie – Archives de neurologie et de psychiatrie*, 17, 352-356.

34 Steinach, E., & Lichtenstern, R. (1918). Umstimmung der Homosexualität durch Austausch der Pubertätsdrüsen. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 6, 145-148.

Tardieu, A. (1878). *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*. Paris: Baillière, 7^e édition).

Thürlimann, R. (1946). Ueber die Indikation und den therapeutischen Erfolg der Kastration bei sexuell Perversen. *Archiv für Neurologie und Psychiatrie – Archives de neurologie et de psychiatrie*, 57, 193-199.

Wolf, C. (1934). *Die Kastration bei sexuellen Perversionen und Sittlichkeitsverbrechen des Mannes*. Basel: Schwabe.

Wolf, C. (1935). La castration de l'homme pour perversion sexuelle ou délits de mœurs. *Annales médico-psychologiques*, 402-437.

CHAPITRE II

LA FABRIQUE CHIRURGICALE DU SEXE UNE HISTOIRE DE LA SEXUATION DES CORPS TRANS EN SUISSE ROMANDE (1940-1960)¹

TALINE GARIBIAN

C'est l'initiative individuelle d'un médecin exerçant à La Chaux-de-Fonds (NE), Charles Wolf, qui bouscule dès le début des années 1940 la compréhension, les traitements médicaux et la prise en charge administrative de certaines paraphilies². Chirurgien formé à Berne, Wolf procède dès le début des années 1940 à des opérations de changement de sexe sur des patientes ne présentant aucune « ambigüité » génitale connue³. Jusque là, le chirurgien était surtout

35

1 Ce chapitre est issu d'une recherche menée dans le cadre d'une thèse de doctorat intitulée *De la question sexuelle à la sexologie médicale: une histoire des savoirs sur les sexualités, (Suisse-romande, 1890-1970)* et soutenue à l'Université de Lausanne en juin 2017.

2 Le terme paraphilie renvoie ici aux comportements sexuels – entendus au sens large – ou identités associées jugées pathologiques par le corps médical. Cette catégorie n'est évidemment pas anhistorique, elle reflète les conceptions médicales en vigueur à l'époque qui nous occupe et charrie avec elles un système de valeurs qui dépasse largement le seul cadre médical.

3 À notre connaissance, toutes les opérations pratiquées par Charles Wolf se sont faites sur des personnes assignées hommes à la naissance, mais dont l'identité était féminine. Sachant qu'elles ont toutes vécu socialement comme des hommes jusqu'à leur opération, puis comme des femmes quelle que soit l'issue des procédures de changement d'état civil engagées, nous choisissons par souci de lisibilité de parler d'elles au masculin pour la période qui précède l'opération puis au féminin pour la période postérieure. Ce choix rend plus aisée la construction d'un récit sur leur trajectoire, puisqu'il permet de se référer à ces personnes en fonction de leur genre « social » à un moment donné. Lorsqu'il s'agit d'évoquer des généralités, le genre féminin sera préféré.

connu pour ses travaux sur la castration de personnes poursuivies pour des délits sexuels (voir chapitre I de cet ouvrage)⁴.

Ce chapitre s'intéresse aux premiers pas de la prise en charge médicale des transidentités en Suisse, initiée par Wolf, et aux modalités de définitions du sexe qu'elle implique. Certaines patientes ayant bénéficié de ce type d'opération entament par la suite des démarches afin de faire modifier leur prénom et leur état civil. Les tribunaux font alors appel à des experts – souvent psychiatres – chargés de se prononcer sur l'« effectivité » du changement de sexe. Ces procédures judiciaires révèlent les tensions inhérentes à la définition civile du sexe – entendu comme une identité univoque et immuable. La période retenue court des premières opérations pratiquées en Suisse à la formalisation d'une procédure de prise en charge, au milieu des années 1960⁵.

Le corpus de sources sur lequel repose ce travail comprend les jugements rendus par les cours civiles, l'expertise psychiatrique réalisée sur l'une des patientes, ainsi que l'importante correspondance du service sanitaire cantonal vaudois concernant le recours à ce type d'opérations et les questions qu'il pose aux autorités médicales, politiques et judiciaires⁶. Ces documents rendent compte des points de tension qui surgissent entre les normes juridiques et médicales et les contingences administratives ou sociales⁷.

36

CHANGER DE SEXE : DE LA SALLE D'OPÉRATION AU TRIBUNAL

Les premières opérations de changement de sexe pratiquées en Suisse s'inscrivent dans un contexte particulier puisque la castration fait alors, dans certains cantons protestants, partie intégrante du dispositif de répression/

4 C'est le sujet auquel il consacre sa thèse de doctorat (Wolf, 1934).

5 Cette formalisation est principalement le fait de psychiatres qui précisent les conditions d'accès aux opérations et déterminent les contours d'une catégorisation nosographique (Stockhammer, 1962 et Gunn-Séchehaye 1965).

6 Ces documents pour l'essentiel produits par les autorités – juridique, politique ou médicale – ne peuvent donc, de par leur nature, éclairer le point de vue des patientes sur leur propre trajectoire qui demeure difficile à étayer.

7 Les sources réunies pour cette étude ne peuvent prétendre à l'exhaustivité et il est possible que d'autres procédures similaires aient été menées en Suisse romande pendant cette période. Nous pensons toutefois que les documents consultés éclairent de manière convaincante les modalités de sexuation des corps trans.

régulation en matière de délinquance sexuelle. Reste que les opérations pratiquées par Wolf sont totalement expérimentales et se font en l'absence de tout protocole encadrant les prises en charge médicale et juridique.

Né à La Chaux-de-Fonds (canton de Neuchâtel) en 1912, Arnold L. a fait son école de recrues (formation militaire suisse destinée aux jeunes hommes dès 20 ans) au début des années 1930 à Genève dans le service sanitaire, avant d'être réformé. En 1938, il se présente pour la première fois à la Policlinique psychiatrique de Berne pour demander un changement de sexe. On ignore si c'est sur une base volontaire ou non qu'il fait alors un séjour dans cette policlinique avant de passer une semaine à la clinique Waldau (clinique psychiatrique à Berne). À sa sortie, il commence un traitement hormonal, vraisemblablement de son propre chef, et fait une demande de changement de sexe auprès des autorités bernoises, qui la lui refusent. Après avoir eu quelques déboires avec la justice, il s'installe dans le canton de Neuchâtel et consulte à nouveau deux médecins. L'un d'eux, Harald Schmid, psychiatre à Berne, entreprend un traitement psychothérapeutique visant à faire « accepter son sexe à Arnold » et lui administre un traitement hormonal, avant d'estimer finalement que la castration est nécessaire. Il l'adresse à Wolf, spécialiste de la question. À en croire l'expertise rédigée par Otto Riggenschach après l'opération, Arnold L. aurait prié le Chaux-de-Fonnier de pratiquer sur lui une opération de changement de sexe. Ce serait sur l'insistance et devant les menaces de suicide de son patient que Wolf y aurait consenti⁸.

L'intervention s'est faite en trois temps, une ablation des testicules à la fin de l'année 1941, puis une ablation du pénis en janvier 1942 avant une vaginoplastie réalisée au mois d'octobre de la même année. Arnold L., qui se fait désormais appeler Arlette L., entreprend des démarches auprès des autorités cantonales pour changer civilement de sexe et de prénom. Le Tribunal cantonal de Neuchâtel, chargé de statuer sur la question, confie à Otto Riggenschach et à Jean Clerc, professeur de médecine légale à l'Université de Neuchâtel, la tâche de produire chacun une expertise. Le jugement rendu en première instance fait date, puisqu'il accède à la demande d'Arlette L. et entérine par la même occasion le

⁸ Archives du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), Rapport d'expertise de Otto Riggenschach, 7 juin 1945.

principe du facteur psychique dans la détermination du sexe. Le juge, Max Henry, conclut en effet qu'« à côté de cet élément physique, il existe un élément psychique qui est bien différent selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme. Or, en l'espèce, L. a – ou avait – le corps d'un homme et le psychisme d'une femme » (Henry, 1946). Il ajoute en outre qu'un changement d'état civil est plus à même de garantir la sauvegarde de « l'ordre public » ainsi que des « bonnes mœurs ». Notons que ce jugement fait l'objet de plusieurs comptes rendus dans diverses revues juridiques et médicales suisses dans lesquelles de longs passages sont cités (Changement de sexe, 1946; E. T., 1946; Th. E. 1946). L'argumentation développée par le juge Henry est également citée dans plusieurs publications juridiques étrangères (Smith, 1971).

C'est également Wolf qui opère Roger C., devenu officieusement Gilda C., en 1956. La trajectoire de C. révèle les errements des autorités face à ces demandes inédites. Originaire de La Sallaz (VD), C. est né en 1924 à Besançon. C'est vraisemblablement pour faire soigner une infection pulmonaire qu'il se rend en Suisse, où il est hospitalisé à la clinique des Sapins, à Leysin (VD). Le docteur Steiner qui y officie prend fait et cause pour le jeune homme et intercède auprès du chef du Service sanitaire cantonal vaudois, Francis Payot, afin que C. puisse bénéficier d'un « traitement » et éventuellement d'un changement d'état civil. L'éventualité d'une vaginoplastie est alors également évoquée. Finalement, une castration bilatérale et une pénisectomie sont pratiquées le 19 mai 1956.

Lors d'un premier jugement survenu en 1957, le Tribunal civil de Cossonay, compétent pour juger la chose, ordonne la modification des actes de l'état civil et l'inscription de Gilda C. comme étant de sexe féminin⁹. Peu convaincu par les attendus du jugement, le Ministère public fait appel de la décision et mène l'affaire devant le Tribunal cantonal. L'autorité cantonale fait valoir que ce sont avant tout les caractéristiques somatiques qui déterminent le sexe et que « toute autre solution ébranlerait les fondements mêmes de l'ordre juridique, la condition des personnes devant dépendre exclusivement de critères clairs et stables, et non des aspirations et du psychisme qui peuvent se manifester chez

9 Pour rendre sa décision, la cour se base sur les rapports de médecin produits avant l'opération, sur l'expertise menée par le psychiatre Norbert Béno et sur les précisions apportées par Wolf lors de son audition.

l'être humain »¹⁰. Elle se refuse également à tenir compte des arguments « humanitaires » et « psychologiques » retenus en première instance¹¹. Déboutée en deuxième instance donc, Gilda C. se tourne vers la plus haute juridiction suisse pour faire entendre sa cause. Manifestement frileux à l'idée de trancher la question, le Tribunal fédéral déclare le recours de C. irrecevable et entérine de ce fait le second jugement vaudois¹².

Cette décision n'est pas sans effet sur la prise en charge médicale de Gilda, qui était jusqu'alors assumée financièrement par l'assistance publique. La patiente attend encore des interventions chirurgicales complémentaires telles qu'une vaginoplastie, une rhinoplastie, ainsi qu'une chirurgie mammaire. De fait, le jugement met les autorités vaudoises, qui ont financé les premières opérations et se sont engagées auprès de Gilda C. à les poursuivre, dans une situation inconfortable. Les autorités font donc face à une alternative que la consultation de la correspondance contenue dans l'épais dossier de C. permet de mettre au jour. Les deux options de cette alternative reposent sur deux interprétations différentes du cas. La première postule que la décision du Tribunal fédéral sonne le glas de cette tentative thérapeutique de changement de sexe et préconise le « retour » aux solutions psychiatriques et administratives préexistantes pour régler l'affaire – soit un traitement psychiatrique, éventuellement assorti d'un internement. La seconde part du principe que le changement d'état civil est possible dans l'absolu, mais que les conditions de sa réalisation ne sont pas (encore) réunies. En clair, il faudrait que les opérations encore en suspens soient réalisées pour que C. obtienne le droit d'être considérée par l'État comme une femme.

C'est finalement en se réunissant autour d'une table et en l'absence de la principale intéressée et de son conseil que les différents acteurs choisissent de régler cette situation. Lors de l'une des séances tenues dans les locaux du service sanitaire, le professeur de médecine légale Marc-Henri Thélin soutient qu'une dernière opération permettra sans doute au Tribunal de revoir son jugement¹³. Finalement, aucun consensus ne se dégage et la voie intermédiaire qui se dessine alors n'est pas

10 Archives cantonales vaudoises (ACV), S 73/1176/618.02, Tribunal cantonal du canton de Vaud, Chambre des recours, séance du 16 avril 1958, p. 3.

11 Archives cantonales vaudoises (ACV), S 73/1176/618.02, Tribunal cantonal du canton de Vaud, Chambre des recours, séance du 16 avril 1958, p. 7.

12 ACV, SC 43/13 dossier n. 49, Deuxième cour civile, séance du 13 novembre 1958.

13 ACV, SC 43/13 dossier n. 49, Deuxième cour civile, séance du 13 novembre 1958, p. 1.

très claire. Il s'agit d'interner C. pour la mettre à l'épreuve; on ignore toutefois si elle est autorisée à garder ses habits féminins et si, en cas de « réussite », l'opération qu'elle réclame pourra avoir lieu¹⁴.

La pratique juridique demeure donc relativement versatile. De fait, les cas sont rares, le Tribunal fédéral refuse de trancher pour des questions de forme, et aucun consensus ne semble se dégager. Ces premières transitions révèlent les difficultés conceptuelles que posent les changements de sexe à la médecine et au droit. Mais, malgré les réticences des autorités à entériner légalement l'identité revendiquée de ces patientes, les opérations pratiquées par Wolf sont constitutives des premiers pas d'une clinique des transidentités.

DES PRATIQUES CLINIQUE ET JURIDIQUE EN CONSTRUCTION¹⁵

La démarche de Wolf, qui consiste à préférer une opération chirurgicale et un changement d'état civil à un traitement psychiatrique, demeure au début des années 1940 largement marginale dans le champ de la médecine¹⁶. Il est difficile de retracer l'histoire des opérations chirurgicales visant à modifier le sexe¹⁷, il est probable que Magnus Hirschfeld, auteur en 1910 d'un ouvrage intitulé *Die Transvestiten*, ait été l'un des premiers à en pratiquer pendant l'entre-deux-guerres, avant que son institut basé à Berlin ne ferme en raison de la répression nationale-socialiste.

Ce n'est qu'au début des années 1950, lorsque la transition de Christine Jorgensen est largement médiatisée, que cette voie thérapeutique connaît un retentissement mondial (Meyerowitz, 2006). En décembre 1952, le *New York Daily News* relate l'opération pratiquée au Danemark sous le titre *Ex-GI Becomes Blonde Beauty*. L'intervention fait également l'objet d'une publication scientifique qui a pour titre « *Transvestism: Hormonal, Psychiatric and Surgical Treatment* » (Hamburger, Stürup & Dahl-Iverson,

14 ACV, S 73/1176/618.02, Procès-verbal de la séance tenue au Service de la santé publique le 29 mars 1960.

15 Notons que l'histoire des transidentités n'est pas entièrement contenue dans celle de leur prise en charge médicale. Voir par exemple: Sutton, 2012.

16 À notre connaissance, Wolf n'a publié aucun article sur les opérations de changements de sexe auxquelles il a procédé; il semble avoir fait preuve d'une certaine discrétion au sujet de ce pan de son activité clinique.

17 Pour une présentation des principaux textes scientifiques produits sur la question au XX^e siècle, on peut se reporter à Stryker et Whittle, 2006 et Bland et Doan, 1998.

1953). À la suite de cette transition, les recherches sur l'identité de genre connaissent un essor considérable notamment aux États-Unis. En 1954, Harry Benjamin précise le diagnostic de « transsexualité » dans « *Transsexualism and Transvestism as Psycho-Somatic and Somato-Psychic Syndromes* » publié dans l'*American Journal of Psychotherapy*. Parallèlement, les travaux de John Money et Robert Stoller, tous deux psychologues de formation, popularisent la notion de genre ou *gender* (Germon, 2009). L'entrée en 1980 dans la troisième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou *DSM* édité par l'Association américaine de psychiatrie d'un diagnostic spécifique le « transsexualisme » est donc le fruit d'un lent développement (Bullough & Bullough, 1993).

En France, il semble que le corps médical ait fait preuve d'une plus grande réticence à l'égard de ces opérations (Foerster, 2012). Deux ans après la publication de Benjamin sur le « transsexualisme », le psychiatre français Jean Delay publie avec quelques-uns de ses collègues un article sur cette question. S'il reprend à son compte le terme « transsexualisme » en y incorporant un tiret, il critique vivement le recours à la chirurgie. Le psychiatre admet ainsi que « l'on peut distinguer de l'homosexualité et du travestissement sexuel un groupe nosographique, désigné sous le nom de trans-sexualisme », mais se refuse à envisager les opérations de changement de sexe comme une option thérapeutique. Au contraire, il juge néfaste la « publicité » faite autour des opérations. « Il faut se rappeler que le trans-sexualisme, dans sa phase active de revendication est la conséquence directe du fait que les malades ont été informés des possibilités thérapeutiques prêtées à la chirurgie et à l'endocrinologie : ouvrir la voie à ces traitements c'est provoquer par là-même la multiplication des demandes » (Delay, Deniker, Volmat & Alby, 1956). Cet article reflète le climat particulièrement hostile qui règne en France vis-à-vis des opérations de changement de sexe. C'est donc notamment à Casablanca, où officie le gynécologue français Georges Burou, que se dirigent dès le milieu des années 1950 un certain nombre de personnes résidant en France (Hage, Karim & Laub, 2007). Ce qui n'empêche pas forcément ces personnes de faire modifier ultérieurement leur état civil par les autorités françaises comme le regrette un médecin dans *La Presse médicale* au début des années 1960 (Troques, 1962).

Les premières transitions précèdent donc l'établissement d'une catégorie nosographique spécifique et semblent être le fruit d'initiatives

personnelles de chirurgiens ou de médecins, ce qui rend l'accès à ce type de prise en charge relativement aléatoire. À cet égard, les trajectoires de patientes présentées ici nuancent la chronologie proposée par Éric Macé. Celui-ci explique : « À partir du moment où la médecine perfectionne ses catégories de diagnostic, son étiologie des syndromes et ses techniques de transformation corporelle ; c'est-à-dire rend possible médicalement et légalement les opérations de la transsexualité, les personnes concernées vont investir cette médicalisation [...] » (2010, p. 503). Comme le montrent les patientes de Wolf, il semble au contraire que les personnes concernées s'adressent au corps médical et réclament une prise en charge avant le perfectionnement des catégories de diagnostic et ce sans aucune garantie concernant l'issue légale¹⁸. Si les opérations pratiquées par Wolf ne sont pas à proprement parler inédites, les procédures auxquelles elles donnent lieu semblent constituer un matériau rare pour comprendre la modalité de définition du sexe et les tensions que soulève cette nouvelle possibilité chirurgicale.

42

EXPERTISER DES SEXES ET CONSTRUIRE UNE NORME SOCIALE ET CHIRURGICALE

Déterminer le sexe d'un individu selon des critères objectifs, c'est en somme ce que la justice demande lorsqu'elle confie à un médecin la tâche de produire une expertise après une opération de changement de sexe. Cette exigence traduit en premier lieu une nécessité judiciaire, puisque les autorités sont soucieuses du caractère « stable » et « incontestable » de l'identité sexuée.

Les psychiatres qui sont donc consultés une fois l'opération réalisée se livrent dans leur expertise à une forme de gymnastique discursive. Plutôt favorables au changement d'état civil puisqu'il entérine une situation effective, ils appuient majoritairement les demandes des patientes. Toutefois, ils font reposer leur argumentation sur les critères « objectifs » et « stables » attendus par la justice, et non sur les éléments avancés par les requérantes. Riggenbach maîtrise parfaitement l'exercice.

¹⁸ En fait, on pourrait même soutenir que ce sont les demandes insistantes et constantes des patients qui poussent les médecins à préciser leurs catégories de diagnostic et à améliorer leur technique chirurgicale.

Il explique: «Tout en faisant encore abstraction du comportement de L. et de ses explications subjectives, nous avons le droit d'admettre, en nous appuyant sur des données assez objectives, la probabilité que les anomalies de sa vie sexuelle s'expliquent en partie au moins par une constitution biologique intersexuelle.»¹⁹

Cette volonté d'ancrer la détermination du sexe sur des bases anatomiques ou biologiques est également visible dans l'expertise menée par Jean Clerc lors de la même procédure. Celui-ci estime que le trouble d'Arlette L. réside dans «une contradiction absolue entre le sexe anatomique et le sexe cérébral, différence qu'il sera peut-être possible dans l'avenir de déceler anatomiquement puisque nous constatons déjà actuellement des différences entre les cerveaux masculins et féminins» (Expertise de Clerc citée dans Henry, 1946, p. 23).

Toujours est-il que ce sont tout d'abord les organes génitaux internes et externes qui retiennent l'attention des médecins. Si le corps médical s'accorde sur le fait que la réalisation d'une vulvoplastie et d'une vaginoplastie ne suffit pas à faire des personnes qui en bénéficient des «femmes», cet élément, à la base de la demande de changement d'état civil, donne fréquemment lieu à discussions. Dans le cas d'Arlette L., Jean Clerc estime qu'elle «n'a pas changé de sexe anatomiquement parlant, car les diverses opérations [...] subies ne lui ont conféré que l'apparence féminine (absence d'ovaire et d'utérus)»²⁰. Pour celui qui souhaitait distinguer les différences entre les sexes dans le cerveau, c'est finalement l'absence d'organes génitaux internes qui constitue l'obstacle principal à une assignation féminine.

Les péripéties qu'a rencontrées Gilda C. lorsqu'elle a demandé à changer d'état civil et à obtenir une vaginoplastie témoignent également de l'ambivalence de la donnée «anatomique» dans la détermination du sexe, notamment lorsque l'anatomie interne ne «correspond» pas à l'anatomie externe. Quelques semaines après avoir procédé à la castration et l'ablation du pénis, et alors que Gilda C. suit un traitement aux œstrogènes, Wolf explique que dès lors «les conditions requises pour introduire une action en changement d'état civil [...] paraissent remplies» et ajoute que «la confection d'un vagin

19 Archives du CNP, Rapport d'expertise de Otto Riggenbach, 7 juin 1945, p. 33.

20 Expertise de Jean Clerc citée dans le rapport d'expertise de Otto Riggenbach du 7 juin 1945, p. 12.

artificiel demeure réservée, mais elle est à [son] avis superflue »²¹. Pour le chirurgien, l'absence des attributs anatomiques externes du sexe masculin suffit donc à motiver une demande de changement d'état civil. Lors de son audition dans la procédure de changement d'état civil entamée par Gilda C., il est un peu moins catégorique. Ou plutôt, il dissocie la possibilité d'une modification de l'état civil et celle d'une modification « réelle » du sexe. En effet, il affirme alors : « Un changement de sexe complet et absolu est impossible. On ne peut donner à un homme tous les organes de la femme, notamment la matrice. »²² Il ajoute que si elle est possible, l'implantation d'ovaires présente nombre d'inconvénients, et n'est donc pas indiquée, et réitère enfin ses réticences quant à la création d'un vagin : « Un organe inutile et dont l'intéressé ne pourrait pas se servir, si ce n'est probablement au prix de douleurs plus ou moins vives. »²³

Notons que les médecins sont prompts à admettre qu'une opération de ce type – ablation des testicules et du pénis – est de nature à exclure les personnes sur qui elle a été pratiquée de la catégorie des hommes. Pour autant, ces interventions semblent loin de répondre aux exigences de l'incorporation dans l'autre catégorie, celle des femmes, abandonnant de fait les personnes concernées dans un « entre-deux » fort insatisfaisant pour les autorités. C'est également l'avis de Norbert Béno, qui se prononce sur le cas de Gilda C. à la demande du tribunal. Il explique alors : « Dans l'état somatique et psychique actuel, C. ne peut pas être considéré comme un sujet de sexe masculin. Mais il ne peut pas davantage être assimilé à un être de sexe féminin. »²⁴

Dans cette affaire, c'est autour de l'absence de vagin que se cristallisent un certain nombre d'enjeux. Outre l'influence qu'une telle chirurgie peut avoir sur l'opinion des juges, les médecins s'interrogent sur la signification d'une telle demande. Pour Thélin, il ne fait aucun doute que l'insistance avec laquelle Gilda C. réclame cette opération

21 ACV, S 73/1176/618.02, Lettre de Charles Wolf au Docteur P. Steiner, La Chaux-de-Fonds, 14 juin 1956.

22 ACV, SC 43/13 dossier n. 49, Tribunal du district de Cossonay, séance du 18 décembre 1957.

23 ACV, SC 43/13 dossier n. 49, Tribunal du district de Cossonay, séance du 18 décembre 1957, p. 4.

24 ACV, SC 43/13 dossier n. 49, Tribunal du district de Cossonay, séance du 18 décembre 1957, p. 5.

est suspecte : « Un vagin est le seul élément de démonstration du caractère réel de ce qu'il prétend être. Il veut pouvoir « montrer » [...] qu'il est réellement une femme, et cela j'insiste encore, parce que précisément il sait fort bien qu'il n'est pas une femme. »²⁵

Alors qu'elle apparaît secondaire et souvent contre-indiquée pour certains médecins, la vaginoplastie semble primordiale pour les patientes²⁶. Thélin, moins convaincu que Wolf de l'inutilité d'une telle opération, explique en outre que l'absence d'organes génitaux « anatomiquement » francs n'est pas une solution satisfaisante pour le médecin, qui estime cruel de laisser la patiente « entre deux eaux »²⁷. Il semble ici que l'absence d'utérus et d'ovaires ne revête pas grande importance dans la détermination du sexe. D'ailleurs, Thélin considère que l'absence de vagin constitue effectivement une sorte de dernier rempart contre l'obtention d'un état civil féminin et, partant, contre la conclusion d'un mariage dont le médecin redoute la publicité. L'absence de vagin chez Gilda C. a néanmoins l'inconvénient, toujours selon Thélin, d'empêcher un internement dans la division féminine d'un établissement.

Les experts mandatés lors d'une troisième procédure entamée à Genève et dont il n'a pas encore été question ici sont également peu enclins à admettre qu'une opération chirurgicale puisse modifier véritablement le « sexe ». Le vocabulaire qu'ils emploient témoigne de la réelle réticence des experts à admettre que les organes génitaux créés chirurgicalement aient une « valeur » équivalente à ceux sur lesquels aucune intervention n'a été pratiquée. Les trois médecins genevois chargés de rédiger l'expertise, William Geisendorf, René Mach et Sylvain Mutrux parlent volontiers d'organes « fémininoïdes » et de « pseudo-vulve »²⁸. Pour autant, là encore ils sont favorables au changement d'état civil, arguant qu'« actuellement l'appelant présente psychologiquement, socialement et dans une large mesure anatomiquement, toutes les

25 ACV, S 73/1176/618.02, Lettre du professeur Marc-Henri Thélin au médecin cantonal, Lausanne, le 19 mai 1960, p. 5.

26 Dans un ouvrage publié en 1958, le médecin américain Eugène de Savitsch, qui relate longuement le parcours d'Arlette L., souligne également l'importance psychologique d'une telle opération (1958, p. 60).

27 ACV, S 73/1176/618.02, Lettre du professeur Marc-Henri Thélin au médecin cantonal, Lausanne, le 19 mai 1960, p. 8.

28 Archives du pouvoir judiciaire, canton de Genève (APJGE), audience du 21 décembre 1965, cause n. 502, p. 3.

caractéristiques de la femme »²⁹. Malgré un avis médical plutôt favorable donc, le procureur général genevois s'oppose avec véhémence à la cause de la demandeuse. « [Celui-ci] ne conçoit pas qu'un être humain, par des artifices, apporte à son organisme des modifications qui, selon lui, ne peuvent être qu'apparentes, en vue d'obtenir des autorités qu'elles ratifient ce que l'appelant croit être constitutif d'un nouvel état psychosomatique dans le sens d'une transformation du masculin vers le féminin. »³⁰ Au final, la cour estime que les organes internes sont déterminants. « Ces opérations n'ont donc pas fait de lui une femme car il lui manque l'élément essentiel, soit les ovaires. »³¹ L'anatomie génitale est donc loin de permettre de trancher la question. D'une part parce qu'elle n'apparaît pas déterminante pour tous et, d'autre part, parce que même lorsque c'est le cas, les médecins sont loin d'être unanimes sur les critères « anatomiques » à remplir pour entériner médicalement un changement de sexe.

46

Les caractères sexuels secondaires sont également quelquefois invoqués par les médecins, mais l'attention que leur portent les tribunaux reste aléatoire. À Genève, les modifications intervenues suite au traitement endocrinologique suivi par la patiente ne semblent pas convaincantes aux yeux de la cour³². En revanche, les caractéristiques psychiques des requérantes semblent retenir plus particulièrement l'attention. L'argument d'un sexe « cérébral » a en effet été jugé recevable par le Tribunal de Neuchâtel et semble le mieux placé pour faire pencher la balance en faveur des requérantes, puisque les effets de la chirurgie peinent à convaincre les médecins eux-mêmes. D'ailleurs, si les tribunaux s'intéressent en premier lieu au sexe anatomique, ce n'est pas le cas des médecins amenés à prendre en charge les demandes de changement de sexe, puisque ces derniers se basent avant tout sur les éléments psychiques pour accéder, ou non, aux demandes de transition qui leur sont faites.

Les psychiatres soulignent bien que ces « dispositions féminines » sont constitutionnelles et non produites par une quelconque influence extérieure. Il s'agit ici d'écarter la possibilité que cette disposition découle d'un « choix » ou d'une sociabilité particulière, ainsi que

29 Archives du pouvoir judiciaire, canton de Genève (APJGE), audience du 21 décembre 1965, cause n. 502, p. 5.

30 *Idem.*

31 *Ibid.*, p. 11.

32 *Idem.*

l'affirme Rigggenbach à propos d'Arlette L.: « L'anamnèse montre à l'évidence qu'il s'agit chez L. d'un vrai travesti chez qui les prédispositions constitutionnelles sont plus fortes que les influences extérieures. »³³

En l'absence de diagnostic spécifique, c'est bien au diagnostic d'homosexualité, ou éventuellement de travesti, que les psychiatres ont recours. En fait, l'identité paraît indissociable des préférences sexuelles. Ainsi, lorsque Béno soutient par exemple que « pour l'heure, C. est resté l'homosexuel mâle qu'il a toujours été »³⁴, il s'agit en fait d'affirmer que les relations que pourrait entretenir Gilda avec des hommes après son opération ne peuvent en aucun cas être qualifiées d'hétérosexuelles, et ce même si Béno est favorable à un changement d'état civil: « En favorisant certaines tendances qui ont préexisté à l'émascation (exhibitionnisme et travestisme manifeste), l'intervention chirurgicale n'a en somme, que « légalisé » une activité homosexuelle manifeste. »³⁵ D'ailleurs, les partenaires de Gilda C. constituent une « preuve » supplémentaire du caractère résolument homosexuel de ces rapports: « Le seul intérêt qu'elle [...] déclencha depuis son opération est exclusivement un intérêt d'homosexuel à homosexuel. »³⁶ Au contraire, à Genève, le procureur soutient que la vie maritale que F. a menée avant son opération prouve qu'il est un homme: « Fondamentalement et essentiellement, F. est un homme, puisqu'il s'est marié, a eu des rapports sexuels normaux avec son épouse et a engendré deux enfants. »³⁷ Ici l'identité sexuée est entièrement contenue dans ce qui est considéré comme l'identité sexuelle d'une part et la fonction sexuelle d'autre part.

Bien qu'elle ne soit pas reprise par les tribunaux vaudois et genevois, l'idée que le sexe civil puisse être modifié au cours de la vie, comme l'a affirmé le tribunal neuchâtelois, rencontre un certain écho. Dans une thèse de droit soutenue à l'Université de Lausanne, en 1949, Pierre Jaques, sans doute inspiré par ce premier jugement, évoque les opérations chirurgicales comme motif de changement de sexe. Plus tard, les tribunaux de Laupen (BE) et du district de Vevey (VD) rendent

³³ Archives du CNP, Rapport d'expertise de Otto Rigggenbach, 7 juin 1945, p. 20.

³⁴ *Idem.*

³⁵ *Idem.*

³⁶ *Idem.*

³⁷ APJGE, Audience du 21 décembre 1965, cause n. 502.

également des décisions favorables à des demandes de modification de l'état civil (Changement de sexe, 1974, p. 309).

LES MÉDECINS ET L'IDÉE DE TRANSITION

Les sources permettant de retracer le parcours d'Arlette L. et Gilda C. témoignent des difficultés rencontrées et des attermolements liés à l'absence d'encadrement légal de telles transitions. Mais ces trajectoires, dont l'écho au sein des administrations fut parfois retentissant, posent également les jalons d'une véritable prise en charge médicale des changements de sexe en Suisse romande, qu'il importe également de restituer. Car au-delà des cas individuels, parfois tragiques, c'est un changement notable dans l'offre thérapeutique qui se joue autour du recours à la chirurgie. Les opérations de changement de sexe suscitent encore largement l'appréhension parmi le corps médical. Ce point de vue explique pourquoi les médecins sont particulièrement réticents à voir ce type d'interventions faire l'objet d'une certaine publicité.

48 Dans un ouvrage sur l'histoire de la transsexualité aux États-Unis, Meyerowitz (2002) indique que plusieurs facteurs peuvent expliquer l'émergence et le développement d'une médecine et d'une chirurgie dévolues aux changements de sexe au début du XX^e siècle. À ce propos, elle note que l'hypothèse formulée par Hausmann (1995) – invoquant le développement des techniques chirurgicale et pharmaceutique – ne peut à elle seule expliquer la naissance d'une clinique de la transsexualité, notamment parce que les toutes premières opérations pratiquées en Allemagne lui sont antérieures. Meyerowitz explique que cette clinique découle d'une part, d'une volonté d'émancipation sexuelle initiée notamment par Hirschfeld, et d'autre part sur une nouvelle définition du sexe. Au tournant du siècle, la stricte distinction des sexes est en effet l'objet de nombreux travaux, non seulement en sciences naturelles, mais également en médecine et en psychologie.

Le développement de techniques chirurgicales, tout comme l'évolution des conceptions relatives au sexe, peuvent expliquer la naissance d'une clinique de la transsexualité dès les années 1940. Löwy (2003) évoque pour sa part les « frontières floues entre le traitement médical de l'intersexualité et celui de la transsexualité ». Mais il ne faut pas oublier qu'en Suisse, le traitement de cette dernière prend également

racine dans une politique médico-légale de répression des déviances, qui recourt notamment à la castration. Rappelons que Wolf était connu pour ce type d'opérations pratiquées sur les pervers sexuels bien avant de proposer des vaginoplasties, c'est d'ailleurs dans cette optique que lui fut envoyé Arlette L. On peut donc supposer que sa démarche s'inscrit dans un processus de « normalisation » de ses patientes. Bien sûr, ce sont elles qui demandent ce type d'opération, mais l'avis favorable qu'elles rencontrent de la part du médecin peut s'expliquer par une volonté de rendre ces patientes conformes à une norme. Le médecin Bättig (1952), dans une thèse réalisée à Zurich sous la direction de Bleuler, soutient de même l'intérêt d'une castration pour celles qu'il qualifie de « vrais » trans, mais préconise la plus grande retenue quant à l'ablation du pénis et à la vaginoplastie. L'opération qu'il préconise vise donc – outre à procéder à une castration – essentiellement à permettre à ces personnes de vivre dans un genre féminin sans troubler l'ordre public. Ainsi, la prise en charge des patientes s'accompagne d'une forme de contrôle social. Dans le cas d'Arlette L., le changement d'état civil implique d'ailleurs une mise sous tutelle et une interdiction de mariage (Aubert, 1947).

49

L'histoire des premiers changements de sexe en Suisse lève le voile sur l'ambivalence qui caractérise les pratiques médicales inédites. Alors que la désignation diagnostique est encore balbutiante, la solution proposée par les chirurgiens ressemble plus à un expédient qu'à un véritable traitement. Car les psychiatres considèrent que seule une thérapie visant à faire « accepter » aux patientes leur « véritable » identité sexuelle peut être qualifiée de traitement. Dès lors, l'opération s'apparente à une castration, à laquelle est adjointe une sorte de traitement « cosmétique » dont l'utilité ne fait pas l'unanimité, en dépit du fait que ces opérations sont, dans l'immense majorité des cas, ardemment réclamées par les patientes.

CHAPITRE III

DU SEXE GÉNITAL AU SEXE SUBJECTIF OU LES RECONFIGURATIONS DU DIMORPHISME SEXUEL

HÉLÈNE MARTIN, REBECCA BENDJAMA ET RAPHAËLLE BESSETTE-VIENS

Depuis les années 1990 dans les pays occidentaux, différentes cliniques ou cabinets médicaux de gynécologues proposent des interventions de chirurgie esthétique des organes génitaux (Braun, 2010; Erlich, 2007; Foldès, Droupy, & Cuzon, 2013). Il s'agit par exemple de réduire la taille des petites lèvres, de resserrer le vagin, de reconstruire l'hymen, d'élargir la circonférence ou d'allonger la taille du pénis, etc. dans l'objectif d'améliorer le bien-être, au sens d'avoir une meilleure image de soi et de favoriser l'accès à une sexualité souhaitée et au plaisir. En Suisse, selon une enquête récente menée auprès de médecins spécialistes de gynécologie et de chirurgie plastique (Umbricht-Sprüngli & Gsell, 2016)¹, la population majoritairement concernée par ces chirurgies sont des femmes de 26 à 50 ans; la réduction des petites lèvres est la chirurgie la plus demandée, avec une forte augmentation entre 1992 et 2012², tandis que d'autres interventions

51

1 Cette enquête a été réalisée en 2013 et a traité 272 questionnaires envoyés à 1740 membres de la Société suisse de gynécologie et obstétrique et à la Société suisse de chirurgie plastique.

2 Les auteures évoquent une augmentation de en moyenne 11 opérations par année entre 1992 et 2012 et 30 opérations par année entre 2008-2012; elles relèvent également une diminution des raisons d'intervenir liées à un problème fonctionnel (50 à 40 %) au profit d'une augmentation de celles liées à l'esthétique (20 à 40 %) (Umbricht-Sprüngli & Gsell, 2016).

comme l'agrandissement des grandes ou des petites lèvres, la réduction de l'entrée du vagin, le repositionnement du clitoris ou la réduction du capuchon clitoridien sont déclarées plus rares par les médecins.

Dans ce chapitre, nous proposons de comprendre l'émergence de cette chirurgie, qui apparaît dans une époque – la fin du XX^e siècle – où pourtant différentes chirurgies de modification des organes génitaux sont critiquées. En particulier, les chirurgies de (ré)assignation sexuelle³ ainsi que des chirurgies plus ordinaires comme l'épisiotomie en tant que pratique systématique ou le « point du mari »⁴ sont mises en question, y compris de la part d'institutions médicales.

Pour comprendre cette émergence, nous nous basons sur une recherche⁵ menée entre octobre 2015 et février 2017. Nous avons conduit une revue de la littérature sociologique et historique, plus particulièrement celle qui adopte une perspective de genre sur les pratiques chirurgicales de normalisation des organes à partir de la médicalisation de la sexualité au XIX^e siècle. Nous avons restreint les articles aux contextes suisse-romand et proches ou l'ayant influencé, à savoir français, allemand et étatsunien. Nous nous basons également sur quelques sources originales issues des archives médicales suisses romandes. Parallèlement à ce travail de revue et d'analyse de la littérature, nous avons effectué l'analyse de 16 entretiens approfondis avec des médecins (7 chirurgiens esthétiques et 9 gynécologues) opérant en Suisse romande, de 28 pages issues de 11 sites web de cliniques et cabinets qui promeuvent cette chirurgie (en Suisse romande toujours) et de 29 discussions à son propos, issues de deux sites largement utilisés en Suisse romande et en francophonie voisine (10 discussions issues du site *auféminin.com* et 19 discussions issues du site *doctissimo.fr*) et, enfin, nous avons réalisé une revue de la presse suisse romande qui les évoque depuis les années 1990.

3 Sur les différentes appellations et frontières que ces chirurgies ont reçues en fonction des catégories diagnostiques établies dans les versions successives du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*, voir Alessandrin (2014a), Macé (2010) et Kraus (2015).

4 Ces pratiques sont toutefois très peu renseignées et elles ne sont de ce fait pas l'objet du présent chapitre. Pour le cas particulier du « point du mari », il s'agit d'un point de suture supplémentaire destiné à resserrer l'ouverture du vagin suite à une épisiotomie (Braun & Kitzinger, 2001).

5 Intitulée « Chirurgie sexuelle cosmétique : quelles représentations du corps sexué ? Une approche en étude genre », la recherche a été financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (N° FNS 100017_143753) et soutenue par la HES-SO.

La littérature consultée montre que les morphologies génitales sont une surface d'interventions chirurgicales visant à « corriger » des transgressions aux normes de sexe et de sexualité dès la naturalisation du sexe (Laqueur, 1992) et la médicalisation de la sexualité (Foucault, 1976) au XIX^e siècle. Ces corrections contribuent ainsi à fabriquer, matériellement et socialement, des corps sexués (Jaunait, Raz, & Rodriguez, 2014). L'analyse de la littérature permet également de constater que les normes de sexe et de sexualité varient passablement dans le temps, tout en drainant certaines constances, par exemple l'asymétrie et la naturalisation des sexes; de plus, dans un même moment historique, les pratiques médicales de modification des organes génitaux peuvent suivre des développements sensiblement différents selon les contextes nationaux⁶. Ce sont ces variations et ces constances que nous souhaitons mettre au jour dans ce chapitre. Notre objectif est de comprendre les reconfigurations des normes de sexe et de sexualité dont témoigne l'émergence contemporaine, plus ou moins récente et affirmée, des chirurgies esthétiques des organes génitaux. À cette fin, nous avons comparé la chirurgie esthétique des organes génitaux avec d'autres chirurgies de modification des organes génitaux dans l'objectif de comprendre les spécificités de chacun de ces cas, mais aussi leurs apparentements, et enfin les conceptualisations du sexe et de la sexualité dont ils témoignent.

53

L'analyse de la littérature nous conduit à comprendre les reconfigurations des normes de sexe et de sexualité en fonction d'une périodisation en deux temps⁷. Au cours du XIX^e siècle et jusqu'aux années 1930 environ, nous identifions une chirurgie qui vise à corriger le sexe et la sexualité en fonction d'une analogie entre des caractéristiques morphologiques et les comportements sexués: le corps *est* le sexe, si bien que les modifications des organes génitaux sont supposées engendrer par effet de causalité directe une modification du comportement sexué et sexuel. Puis, au cours du XX^e siècle, des approches distinguent différentes dimensions (morphologiques, psychologiques, sociales, etc.) du sexe; les chirurgies des organes génitaux ne visent dès lors plus une

6 Bien qu'elles répondent à des standards internationaux comme le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*.

7 Ces périodes ne se présentent évidemment pas sous forme de ruptures: les conceptions du sexe et de la sexualité font l'objet de débats à chaque époque et elles se réarticulent dans le temps tout en se superposant partiellement.

transformation simultanée de la morphologie et des comportements, mais une mise en cohérence de différentes dimensions subsumées du sexe. D'abord réalisée de manière imposée par la médecine, cette nécessité de mise en cohérence tend à s'individualiser vers la fin du siècle; c'est dans ce contexte qu'émerge une chirurgie esthétique des organes génitaux qui se présente comme un soutien à la production de l'identité sexuée, envisagée comme une dimension largement subjective.

DU SEXE GÉNITAL...

Dans la perspective naturaliste du sexe qui prévaut au XIX^e siècle, la médecine envisage qu'à chacun des deux sexes pensés comme incomensurables correspond une sexualité spécifique (Gardey, 2006). Ancrée dans la nature, s'exprimant à la fois dans la biologie et dans la psychologie, la différence sexuelle engendrerait en effet des comportements sexuels contrastés :

54 *« La pudeur, la modération, l'absence de désir se mettent à être considérées comme des qualités naturelles des femmes. Inversement, le désir, l'agressivité et l'activité sont définis comme le propre du masculin. »* (Bozon, 2013, p. 21)

Considérée comme « à la fois essentielle et absolue » (Epstein, 2014) la différence des sexes exprime non seulement le dimorphisme sexuel (Laqueur, 1992) mais également la position des femmes et des hommes sur « l'échelle de l'évolution », justifiant la subordination des premières aux seconds (Epstein, 2014; Harvey, 2010). L'observation de différences naturelles au sein du genre humain et leur qualification en fonction de l'échelle de l'évolution intervient également dans l'appréhension des races (Epstein, 2014): les scientifiques se passionnent par exemple pour les sexes supposés hypertrophiés des femmes africaines et proéminents des hommes africains (Gilman, 1985; Nurka & Jones, 2013; Peiretti-Courtis, 2015; Taraud, 2011), considérant cette supposée moindre différenciation entre les sexes comme l'expression d'un degré moindre de civilisation (Dorlin, 2010). Ou encore, dans les contextes allemand et autrichien marqués par l'antisémitisme, la reconstruction du prépuce est pratiquée dans le but d'effacer une marque d'altérité qui

associe à une morphologie des défauts moraux tels que l'efféminement (Erich, 2007; Gilman, 1997).

Aux natures masculines et féminines correspondent des déviations spécifiques. Dans la France du XIX^e siècle par exemple, le saphisme, l'hystérie ou la nymphomanie sont compris comme des perversions, parce qu'ils manifestent un désir et une activité sexuelle jugés impropres à la nature féminine :

« L'érection des chairs, le durcissement des petites lèvres ou du clitoris, l'humidification du vagin, l'échauffement des organes, les images et les scénarios érotiques, tous ces signes de l'excitation génitale sont qualifiés de crise, d'accident, de désagréments ou bien de symptômes. » (Chaperon, 2008, p. 24)

Une série de transgressions à la norme de l'hétérosexualité masculine sont également repérées et qualifiées de perversions :

« La nosographie médico-légale de la sexualité au XIX^e siècle, qui répertorie les troubles des conduites sexuelles, range l'homosexualité, le transvestisme et les états intersexuels⁸ dans un même pandémonium. » (Erich, 2007, p. 185).

55

Dans une conception où le sexe – la catégorie de sexe et la sexualité – s'exprime par et sur le corps, ces perversions sont mises en lien avec les morphologies génitales, qui en sont considérées soit comme la cause soit comme la conséquence (Nurka & Jones, 2013). L'hypersexualité féminine est associée, comme cause ou conséquence, à une morphologie « excessive », par exemple le surdéveloppement de différentes parties de la vulve (Peiretti-Courtis, 2015). Pour corriger ces excès morphologiques et moraux, la médecine procède à des corrections chirurgicales qui touchent principalement des femmes européennes de milieux modestes (Chaperon, 2008). Au Royaume-Uni, puis en Amérique du Nord au début du XX^e siècle (Perrot, 1998; Scull & Favreau, 1987),

⁸ Le corps « mal sexué » de l'hermaphrodite est en effet considéré comme un « raté » de l'évolution : « Celui qui [en] est atteint n'est pas seulement une "erreur de la nature" [...] mais encore un type retardé, le vestige d'une étape du développement normalement perdue dans les ténèbres de l'évolution et de l'embryogénèse » (Salle, 2010, p. 125).

la clitoridectomie est utilisée pour traiter la nymphomanie et la castration féminine est effectuée chez des femmes présentant des « affections nerveuses ou présumées symptomatiques des ovaires (névralgies, dysménorrhée, hystérie) » (Erlich, 2007, p. 183), dans des proportions qui augmentent avec les politiques eugénistes, en particulier aux États-Unis, en Allemagne et en Suisse. Les comportements sexuels des hommes qui témoignent d'une libido « contre-nature » sont également traités chirurgicalement : « Une variété de castrations médico-pénales, appliquée à titre "curatif" à des jeunes masturbateurs, apparaît aux États-Unis à la fin du XIX^e siècle, inaugurant une pratique qui va s'étendre à certains délinquants sexuels en Suisse (1906), au Danemark (1929) dans certains États américains et dans l'Allemagne nazie (1934) » (Erlich, 2007, p. 183)⁹.

Dès le début du XX^e siècle, le processus d'individuation qui marque les sociétés modernes occidentales transforme les perceptions de la sexualité qui devient un élément de l'identité du sujet (Chaperon, 2004). La sexualité se met à exprimer l'amour et l'attirance réciproque, passant d'une centration sur la reproduction à une activité déterminée par l'attirance réciproque et la recherche de plaisir, pour les hommes comme pour les femmes. Elle demeure toutefois fortement sexuée, les femmes étant supposées éprouver un plaisir diffus et orienté vers la maternité (Bozon, 2013 ; Chaperon, 2004). La valorisation du plaisir entraîne de nouvelles transgressions : à la norme du plaisir partagé s'opposent désormais l'abstinence, l'éjaculation précoce ou la frigidité (Chaperon, 2007), qui donnent lieu à de nouvelles interventions visant toujours à rectifier à la fois la morphologie et le comportement. Dans la lignée de la théorie freudienne qui considère que le clitoris, associé à la sexualité infantile, doit être désinvesti à l'âge adulte au profit du vagin et d'une sexualité génitale correspondant au rôle de mère, Marie Bonaparte préconise dans les années 1930 en France une opération de rapprochement du clitoris et du vagin de sorte à « faciliter la migration interne de l'orgasme » (Chaperon, 2002, p. 104). Avec de mêmes visées d'accès au plaisir, mais en fonction d'un modèle validant le plaisir clitoridien, certaines publications médicales américaines recommandent l'ablation du prépuce clitoridien comme remède à la frigidité (Erlich, 2007 ; Gilman, 1997).

9 Voir également chapitre 1 dans cet ouvrage.

Au cours de la première moitié du XX^e siècle, suite à leur utilisation par le régime nazi et avec la fin des empires coloniaux (Peiretti-Courtis, 2015), les théories raciologiques et eugénistes sont peu à peu abandonnées au profit de nouvelles approches qui identifient différentes origines, organicistes ou sociales, aux comportements sexués et sexuels.

... AU SEXE SUBJECTIF

L'IMPÉRATIF DE COHÉRENCE ENTRE LE SEXE BIOLOGIQUE ET L'IDENTITÉ DE SEXE

Dès la fin du XIX^e siècle, le dimorphisme sexuel est l'objet de théories alternatives, qui ne dérogent cependant pas à une appréhension naturaliste du sexe. En Allemagne, le juriste Karl Heinrich Ulrich propose la théorie du troisième sexe : en plus des hommes et des femmes existeraient les uraniens, qui « sont des hommes par leur corps mais aussi des femmes par leur âme : en eux cohabitent les deux sexes et cet état de fait suffit à faire des uraniens un sexe à part entière, le troisième sexe » (Foerster, 2012, p. 29). S'inspirant de cette théorie, le médecin allemand Magnus Hirschfeld propose la catégorie des « intermédiaires sexuels » pour décrire celles et ceux qui « ne rentrent pas dans l'ordre sexuel », c'est-à-dire les « femmes et les hommes dont le corps présente des signes atypiques en matière de sexuation » et « toutes les personnes dont la sexualité ne cadre pas avec l'hétérosexualité » (Foerster, 2012, pp. 34-35). Dans le Berlin des années 1920, Hirschfeld propose les premiers traitements hormonaux et chirurgicaux de changement de sexe (Foerster, 2012). Mais les guerres mondiales déplacent la production théorique sur le transsexualisme aux États-Unis, en particulier avec l'exil du médecin allemand Harry Benjamin, disciple de Hirschfeld (Foerster, 2012). Il y promeut le terme de « transsexualisme »¹⁰ pour décrire les cas d'individus dont le sexe psychologique ne correspond pas au sexe biologique. Pour lui, différents sexes (chromosomique, anatomique, génital, psychologique, etc.) s'accordent plus ou moins bien (Bon, 2014) en fonction des aléas du développement sexuel lors de l'embryogenèse

¹⁰ Selon Hérault (2010, p. 279), ce terme est apparu pour la première fois « comme catégorie nosographique en 1949 dans l'article d'un psychiatre-sexologue américain David Cauldwell ».

(Macé, 2010). Sous son influence et grâce aux développements des techniques chirurgicales avec la Seconde Guerre mondiale et à la production industrielle d'hormones sexuelles (Löwy, 2003), l'offre pour une chirurgie de changement de sexe se développe, aux États-Unis surtout¹¹ : cette chirurgie vise à « rétablir la correspondance sexe/genre nécessaire à l'équilibre mental et à l'intégration sociale des personnes » (Macé, 2010, p. 501) en fonction d'une appréhension organiciste du sexe psychologique. Investie et encouragée par les personnes qui se considèrent transsexuelles, cette chirurgie n'est entreprise que sur les personnes dont les symptômes sont compris par les médecins comme résultant d'un « hermaphroditisme psychique » (Macé, 2010, p. 501).

De mêmes considérations caractérisent les premières prises de décisions sur les demandes de changement de sexe en Suisse : comme le montre Taline Garibian au chapitre 2 de cet ouvrage, ces dernières apparaissent dès les années 1940. Les discussions juridiques et médicales qui ont lieu pour autoriser un changement d'état civil s'intéressent tantôt au « sexe anatomique » et tantôt aux « dispositions [...] constitutionnelles » (ou à ce que les médecins appellent le « sexe cérébral »), c'est-à-dire à des facteurs excluant que la demande soit issue d'un choix ou d'une sociabilité particulière¹².

Aux États-Unis, parallèlement au travail de Benjamin, le psychiatre George Money et le psychologue Robert Stoller développent la thèse selon laquelle l'identification de sexe résulte d'une imprégnation psychologique précoce, si bien qu'elle est malléable et indépendante du sexe biologique. Le sexe biologique et l'identification de sexe doivent se superposer pour des raisons symboliques et sociales (Löwy, 2006 ; Macé, 2010). Ces médecins encouragent dès lors des traitements chirurgicaux et hormonaux permettant, en particulier en cas d'intersexuation, « un alignement parfait entre le sexe assigné à l'enfant, son identité sexuelle, son rôle sexuel et son orientation sexuelle » (Löwy, 2003, p. 87). De fait, les corps « ambigus » du point de vue du dimorphisme sexuel vont être massivement « corrigés » en Occident entre les années 1950 et 1990 :

11 Toutefois, la première intervention ayant eu un retentissement mondial a lieu en 1952 au Danemark sur l'ancien GI George/Christine Jorgensen (Foerster, 2012 ; Macé, 2010).

12 Ce n'est pas le cas de la France, où l'appréhension psychiatrique et psychanalytique du transsexualisme fait obstruction aux traitements chirurgicaux ; les premières interventions de réassignation sexuelle ne seront réalisées qu'à la toute fin des années 1970 (Erlich, 2007 ; Foerster, 2012).

la médecine assigne un sexe dans lequel élever les individus, le plus souvent des nourrissons¹³, et travaille la morphologie dans le but d'une existence dans une identité de sexe clairement identifiable (Kraus, Perrin, Rey, Gosselin, & Guillot, 2008), établissant « un ordre des sexes et des genres » (Espineira, 2011a, p. 194) qui respecte la binarité de genre et l'hétéronormativité.

L'analyse de sources primaires suisses romandes témoigne de cette « fabrique médicale des corps sexués » (Dorlin, 2005, p. 122) en fonction de la croyance dans le dimorphisme. Toutes sortes d'anomalies morphologiques repérées dans le cadre du suivi gynécologique, obstétrique et post-partum font l'objet d'interventions chirurgicales à partir des années 1950 : par exemple, des kystes, des prolapsus, ou encore des morphologies présentées dans les ouvrages médicaux comme des malformations, telles qu'un « hymen imperforé et fibreux », une « absence de vagin » accompagnée d'une vulve normale – malformation qui est traitée notamment « pour des raisons psychiques, car elle rend impossible une vie sexuelle normale et conduit fréquemment au suicide » –, des « malformations qui correspondent chez l'homme à l'épispadias et à l'hypospadias » ou une « hypertrophie clitoridienne » à laquelle on « [...] remédie par l'amputation et les plastiques » (Association des candidats en médecine suisse, 1955, pp. 23-25). Dans ce même ouvrage de médecine, le traitement chirurgical des personnes hermaphrodites est considéré comme nécessaire en raison de la souffrance psychique qui en découle : « Ils font des complexes qui les conduisent souvent au suicide. On y remédie en faisant des opérations plastiques qui font disparaître les organes du sexe dont ils ne sont pas. » (Association des candidats en médecine suisse, 1955, p. 26).

Une dissociation entre éléments biologiques et sociaux imprègne également les approches de la sexualité : à des dimensions physiologiques innées s'ajoutent des facteurs psychologiques et sociaux acquis (Chaperon, 2010, p. 12). Sur la base de leur étude en laboratoire de centaines de couples pratiquant une activité sexuelle, les Américains William Masters et Virginia Johnson produisent la théorie du « cycle normal de la sexualité » qui se déroule, tant chez les hommes que chez les femmes, au travers de quatre phases, similaires sur le plan physiologique : l'excitation,

13 Des diagnostics d'intersexualité sont réalisés dans la période anténatale, à la puberté et à l'âge adulte (Phang-Hug & al., 2016).

le plateau, l'orgasme et la résolution. Quant aux comportements sexuels et amoureux des hommes et des femmes, ils sont renvoyés à la socialisation (Bozon, 2013; Gardey & Hasdeu, 2015). En fonction de ce modèle, différentes déviances, telles que l'anorgasmie, le vaginisme, l'éjaculation précoce ou retardée ou la baisse du désir, sont considérés comme acquis et donnent lieu à des thérapies comportementales (Kraus & Pache, 2016; Recordon & Köhl, 2014), y compris en Suisse romande où la sexologie s'inspire de ce « tournant épistémique et ontologique » (Mottier, 2008).

La dissociation entre des dimensions biologiques et sociales du sexe et de la sexualité invalide les pratiques chirurgicales qui prétendaient agir tout à la fois sur la morphologie et le comportement sexuel déviant, considérés comme une seule et même entité. En effet, alors que la valorisation de l'accès à une sexualité souhaitée et source de plaisir pour les deux sexes a fait disparaître différentes déviances qui avaient été traitées par la modification morphologique (par exemple la nymphomanie), nombre de (nouvelles) déviances sont désormais considérées comme relevant de l'acquis et traitées en thérapies comportementales¹⁴. Mais, dans le dernier tiers du XX^e siècle, une individualisation et une diversification de modalités d'identification de genre vont à la fois engendrer une vive critique des interventions imposées de (ré)assignation sexuelle et permettre à une chirurgie électorale des organes génitaux de se développer.

60

SOUTENIR LA PRODUCTION INDIVIDUELLE DU SEXE

Dès les années 1970, différentes perspectives militantes et scientifiques se positionnent « contre les normativités psychiatriques, sociales, culturelles et politiques relatives aux identités de genre » (Macé, 2010, p. 507) : les mouvements féministes, d'abord, qui travaillent à dénaturaliser le sexe puis, dès les années 1980 aux États-Unis et une dizaine d'années plus tard en France (Espineira, 2011b; Foerster, 2012) et en Suisse (Bon, 2014), des mouvements désessentialisants homosexuels, trans ou *queer* (Califia, 2003; Espineira, 2011b).

¹⁴ Si les discours et pratiques médicales débiologisent les déviances sexuelles des femmes, leur sexualité reste néanmoins globalement perçue comme déviante : « Sans revendiquer explicitement un intérêt particulier pour les femmes, la sexologie diffuse un discours médical qui est censé contribuer à transformer les femmes en leur apprenant une sexualité "moderne" » (Gardey & Hasdeu, 2015, p. 84).

En France, des mouvements trans revendiquent une dépathologisation et une dépsychiatriation de la transidentité, tout en conservant la possibilité de recourir à la médecine¹⁵ (Alessandrin, 2014a; Macé, 2010; Thomas, 2013) au nom de la liberté des individus à disposer de leur propre corps; ces mouvements revendiquent également la possibilité de réaliser des chirurgies partielles – par exemple une mammectomie sans qu'elle soit suivie d'une chirurgie destinée à construire un néopénis – ou encore de définir son identité de sexe en dehors de toute modification chirurgicale, voire de vivre en dehors d'une classification en termes d'appartenance à l'une ou l'autre des catégories sociales de sexe. L'apparition dans certaines législations nationales (par exemple dès 2006 en Australie) de la catégorie « x » ou « indéterminé » en plus des catégories « f » ou « m » permet des identifications non binaires, y compris en accueillant les individus intersexués et trans* et en différant sinon même en n'entrant pas en matière sur la question de la modification de leur morphologie génitale. La notion d'« identité sexuelle » est remplacée dans différents textes européens par celle d'« identité de genre » (Alessandrin, 2016a), ce qui témoigne d'une dissociation entre sexe et identité sociale. Les standards de soin eux-mêmes (comme la World Professional Association for Transgender Health), auxquels se réfèrent les médecins, envisagent qu'une diversité d'identités de genre peut exister (Bon, 2014).

61

Ce tournant critique concerne également les pratiques de modification systématique et médicalement imposée des intersexes. En témoignent l'émergence d'écrits critiques (Raz, 2016), d'actions militantes et de nouvelles pratiques médicales, y compris sur un plan international¹⁶. Les traitements doivent en effet être poursuivis sur des années pour des résultats non satisfaisants en termes fonctionnels, psychologiques et sociaux, si bien que différentes personnes aboutissent au constat que

¹⁵ Les législations nationales sont diverses et les mises en application ne correspondent pas toujours au droit. En France, il n'existe pas de loi sur la question trans; changer d'état civil dépend de chaque tribunal, une stérilisation pouvant être demandée alors qu'elle n'apparaît pas dans les textes (Alessandrin, 2016a); voir également Alessandrin (2014a), Giami (2016). En Suisse, un changement de nom peut avoir lieu sans qu'une intervention chirurgicale soit réalisée, mais celle-ci est parfois demandée par les tribunaux; les coûts d'une réassignation sexuelle ne sont remboursés par l'assurance qu'à la condition d'un diagnostic, que les médecins sont plus ou moins disposé-e-s à faire, etc. (voir TGNS, 2017; Ziegler, 2016).

¹⁶ Par exemple la mise sur pied de l'Organisation internationale des intersexes: <https://oiifrancophonie.org/>, consulté le 14.12.2017.

les « tentatives, notamment depuis les années 1950, de donner une vie dite normale aux enfants nés avec un sexe atypique se sont soldées par un relatif échec » (Raz, 2016, p. 146). Certain-e-s médecins relativisent sinon la nécessité du moins l'urgence d'intervenir médicalement¹⁷, de sorte que les personnes concernées puissent être consultées sur leur souhait d'être ou non opérées et sur la catégorie de sexe à laquelle elles souhaitent adhérer le cas échéant (Phang-Hug & al., 2016).

Dans les discours militants, la catégorie « cisgenre », qui définit les personnes dont le sexe attribué à la naissance correspond au sentiment d'appartenance sociale de sexe, particularise et dans le même mouvement déshégémonise la norme, légitimant en retour d'autres identifications sociales: des appellations telles que « Ft, FtX ou Mt* [...] soulignent que le genre d'arrivée ou de destination est estimé inconnu ou indéterminé, l'astérisque ou le X marquant un refus d'assignation » (Espineira, 2014, p. 106), la labilité du genre venant contrer la binarité socialement et historiquement construite du genre (Thomas, 2013). En Suisse romande, des associations portent de telles revendications; par exemple l'association 360° ou la fondation Agnodice prennent position à l'égard de différentes discriminations (intersexualité, transidentité, bi et homosexualité, etc.) liées aux normativités de sexe et de sexualité¹⁸.

Dans une vision plus commune et moins politique, des positionnements suggèrent que, dans une certaine mesure, les individus devraient pouvoir composer leur identité de sexe comme souhaitée (Macé & Rui, 2014), le recours à la chirurgie devenant une option pour composer sa morphologie sexuée en fonction d'identifications de genre variées et singulières (Alessandrin, 2014a). L'identité sexuée apparaît dans cette perspective comme une dimension largement subjective, définie de l'intérieur (Hausman, 1995), mais qui demeure « en phase avec la version occidentale classique [...] où le genre est conçu comme une propriété des personnes » (Hérault, 2014, p. 283).

Du côté de la sexologie, les approches psychologiques et psychanalytiques de la sexualité perdent de leur influence au profit des

17 En Suisse par exemple, la question de ces chirurgies a été amenée au Parlement en 2011 (www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20113286) et un groupe interdisciplinaire de spécialistes s'est mis sur pied afin de proposer une prise en charge adaptée (Phang-Hug & al., 2016).

18 Les sites des deux associations suisses romandes: (<http://association360.ch>); (<http://www.agnodice.ch>).

neurosciences, le centre de la sexualité se déplaçant des organes génitaux au cerveau (Gardey & Hasdeu, 2015). En d'autres termes, le processus de « dégénitalisation du sexe » (Alessandrin, 2014a, p. 4) s'accroît, les morphologies génitales apparaissant moins comme le lieu ou l'origine de l'appartenance sociale de sexe que comme l'une de ses expressions.

Ces transformations dans l'appréhension de l'identité de sexe et de la sexualité préfigurent ce que Macé définit comme un nouveau paradigme qui dissocie sexe, genre et sexualité :

« Rompant avec ce qui est au fondement de l'ensemble des théories médicales, psychologiques et psychanalytiques, c'est-à-dire à la fois le binarisme et la nécessaire correspondance sexe/genre, ce nouveau paradigme semble entériner l'idée plus générale selon laquelle le sexe, le genre et l'orientation sexuelle sont certes liés, mais de façon idiosyncratique, propre à chaque individu plutôt que par des nécessités naturelles ou sociales. » (Macé, 2010, p. 508)

La question de la correspondance entre différentes dimensions du sexe (caractéristiques morphologiques observables, identité de genre, sexualité, etc.) tend ainsi à se déplacer du registre de la maladie à celui de la santé (Alessandrin, 2014a), dans sa définition contemporaine d'accès au bien-être. Ce déplacement correspond aux transformations de la définition de la santé qui a passé, au cours du XX^e siècle, de l'idée d'absence de maladie à un état de bien-être physique, psychologique et social¹⁹ demandant à « être maintenu, conquis et développé par différentes méthodes » (Giami, 2007a, p. 56), y compris le recours à des technologies permettant d'améliorer les performances sexuées (Gardey, 2013). L'apparition d'une médecine « sur mesure » pour laquelle il y aurait une « multiplicité de normes » (Clarke, Fishman, Fosket, Mamo & Shim, 2000, p. 30) répond d'ailleurs à cette approche d'un individu impliqué dans sa propre santé et elle légitime la critique adressée à une médecine normalisant les corps au nom de critères supposés universels.

¹⁹ Ce dont témoigne la définition contemporaine de la santé de l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>, consulté le 17 février 2016.

C'est dans ce contexte responsabilisant les individus face à leur santé – dans le double sens de leur permettre de faire des choix et de leur faire porter la charge de leur santé – que la chirurgie esthétique des organes génitaux se développe. Elle s'inscrit, comme les chirurgies d'assignation ou de changement de sexe, dans une zone intermédiaire entre la correction et l'amélioration de l'identité sexuée, mais aussi de la sexualité : l'appréciation de la morphologie génitale devient une affaire personnelle. Cette « nouvelle chirurgie sexuelle » que l'anthropologue Michel Erlich (2007, p. 186) définit comme une « chirurgie de l'apparence et du plaisir » se médiatise dans les années 1990 aux États-Unis²⁰ (Tiefer, 2008) et en France (Erlich, 2007). En Suisse romande, la presse s'empare réellement du sujet à partir des années 2010²¹, c'est-à-dire lorsque s'accroissent la demande et la réalisation de ces chirurgies (Umbricht-Sprüngli & Gsell, 2016).

La chirurgie esthétique des organes génitaux investit surtout les morphologies génitales féminines (Umbricht-Sprüngli & Gsell, 2016), mais elle propose également des interventions sur les organes génitaux masculins, en particulier les opérations d'allongement ou d'élargissement du pénis. Dans les médias, dans les discours ordinaires et dans le discours médical, cette chirurgie est soumise à controverse – celle réalisée sur les hommes plus encore que celle réalisée sur les femmes²². Notre recherche montre que ces controverses portent avant tout sur son caractère normatif, au même titre que la critique adressée aux chirurgies de (ré)assignation sexuelle. La controverse dénonce en effet l'aliénation à une standardisation des morphologies génitales au nom de normes sexuées, tout en reconnaissant une légitimité à la chirurgie esthétique réalisée au nom du bien-être de la personne qui la demande²³. Elle s'inscrit, encore une fois au même titre que d'autres interventions

20 Deux chirurgiens de Los Angeles, Gary Adler et David Matlock, sont régulièrement cités comme les médecins qui ont développé et publicisé les interventions de la nymphoplastie, la vaginoplastie, la réduction du capuchon clitoridien et les augmentations du point G en les présentant comme des pratiques d'embellissement du sexe et d'amélioration de la sexualité (Tiefer, 2008).

21 Le sujet donne lieu à quelques articles au cours de la décennie 2000 jusqu'à l'année 2012 où nous avons repéré plus d'une dizaine d'articles dans la presse écrite et Internet, le sujet demeurant régulièrement traité au cours des années suivantes.

22 Voir Le Hennaf (2013); nous développons également cette question dans Martin, Bendjama & Bessette-Viens, 2017.

23 La controverse répète exactement le débat sur la chirurgie esthétique en général (Davis, 2002).

de modification de la morphologie génitale, dans une appréciation de la santé qui est en partie subjective. Le développement, y compris en Suisse, d'une « médecine sexuelle » qui se base sur « une prise en charge unifiée des troubles sexuels, avec une approche focalisée sur le patient », en tenant compte de son « contexte socio-culturel » (Bianchi-Demicheli, 2016, p. 531) et plus généralement l'attention accordée aux soins centrés sur la personne laissent la place à cette subjectivité.

Les entretiens que nous avons menés avec des médecins qui pratiquent cette chirurgie confirment que celle-ci se propose de travailler des morphologies en fonction des exigences esthétiques et fonctionnelles des individus qui la demandent. Par exemple, une vaginoplastie peut être réalisée pour permettre à telle femme dont le vagin se serait élargi après plusieurs accouchements de le « rajeunir » et de maximiser l'accès à la sexualité épanouie qu'elle revendique ; une nymphoplastie permettrait à telle autre femme de ne pas souffrir du frottement de ses petites lèvres « trop » grandes lorsqu'elle a des relations sexuelles, fait du vélo ou de l'équitation, ou à une autre de porter avec aisance des vêtements comme des leggings ou des strings qu'elle n'ose pas porter parce que l'« hypertrophie » de ses petites lèvres se verrait. Ces interventions ne sont jamais jugées nécessaires du point de vue médical, ni même généralement souhaitables : certaines femmes ne ressentent aucune détérioration de leur sexualité suite à leur(s) accouchement(s) ; pour d'autres, l'accès à l'épanouissement sexuel n'est pas entravé par telle ou telle caractéristique morphologique, ou encore n'est pas une exigence, etc. Le recours à la chirurgie esthétique des organes génitaux se justifie ainsi moins par la nécessité de posséder un sexe « normal », l'existence de normes morphologiques faisant d'ailleurs débat, que par la nécessité, qui quant à elle fait consensus, de disposer d'un sexe à soi et pour soi, qui permet l'estime de soi et le « goût de plaire » (Meidani, 2005, p. 176)²⁴.

Le discours médical analysé euphémise l'aspect normatif de ces interventions : les morphologies post-opératoires visées s'alignent, malgré les oppositions à un modèle de normalité, sur des stéréotypes de sexe. Les interventions cherchent à produire un sexe masculin visible, long, large, mature, extérieur et un sexe féminin intériorisé (Bramwell,

²⁴ Que les chirurgies doivent être entreprises pour soi-même est une opinion qui sous-tend généralement les discours sur la chirurgie esthétique (Fraser, 2003 ; Heyes, 2007).

Morland, & Garden, 2007; Braun, 2010; Liao & Creighton, 2007) « jeune, rose, lisse et imberbe, exempt de traces d'âge ou de grossesses » (Piazza, 2014, p. 30). Améliorer la morphologie génitale consiste donc à inscrire des caractéristiques de genre sur les organes génitaux, en fonction de motivations collant « aux imaginaires stéréotypés qui distribuent les valeurs érotisées du genre » (Liotard, 2003, p. 319). En conformant les morphologies à ces imaginaires, la chirurgie vise à augmenter le bien-être des personnes qui souhaitent améliorer leur sentiment d'appartenance à leur catégorie sociale de sexe. Plus encore, le discours des médecins qui pratiquent des interventions de chirurgie esthétique des organes génitaux reproduit, à sa manière, la mise en asymétrie des sexes, ce dont témoigne le ciblage des interventions sur les morphologies génitales féminines en raison de causalités qui les signifient comme tendanciellement défailtantes. Cette chirurgie actualise ainsi le constat plus général que « dans le langage de la chirurgie cosmétique contemporaine, le corps féminin est constamment remodelé en raison des anomalies qu'il présenterait et que des interventions chirurgicales corrigeraient, améliorant l'apparence en réalisant des nez, des cuisses, des poitrines, des mentons, etc. apparemment naturels »²⁵ (Garland-Thomson, 2002, p. 12). Travailler à son bien-être consiste dès lors à agir sur « des corps jugés malléables que l'on peut transformer pour atteindre divers idéaux corporels » (Rail, 2016, p. 21) en termes de santé et de genre, les individus étant situés plus ou moins loin de l'idéal du bien-être en fonction de leurs positions dans les hiérarchies sociales, ici dans le rapport social de sexe.

CONCLUSION

Les chirurgies de modification des organes génitaux travaillent le genre en « produi[sant] et interv[enant] dans la construction et la déconstruction de la différenciation des humains entre hommes et femmes » (Cervulle, Duroux, & Gaignard, 2009, p. 149) en fonction de normes de sexe et de sexualité qui, depuis la médicalisation de la sexualité au

25 Notre traduction de : « *In the language of contemporary cosmetic surgery, the unreconstructed female body is persistently cast as having abnormalities that can be corrected by surgical procedures which supposedly improve one's appearance by producing ostensibly natural-looking noses, thighs, breasts, chins, and so on* » (Garland-Thomson, 2002, p. 12).

XIX^e siècle (Foucault, 1976), n'ont cessé d'être discutées et revisitées. Ces pratiques ont été développées par une médecine qui s'est fixée différentes missions dans le domaine de la santé : réprimer une sexualité jugée excessive, clarifier l'appartenance sexuelle des individus, ajuster la morphologie des organes génitaux à l'identité de genre et favoriser une (hétéro)sexualité (pénétrative) de plaisir. Ces missions répondent à des conceptions normatives du sexe et de la sexualité qui se transforment dans le temps, mais aussi à diverses évolutions techniques et au développement de marchés dans le domaine de la santé. L'idée que les morphologies génitales illustrent l'appartenance de sexe apparaît comme une constante de la construction scientifique des sexes. Mais, au dualisme sexuel ancré dans le corps du XIX^e siècle se substitue, au cours du XX^e siècle, un dualisme sexuel tributaire de différentes entités biologiques, psychologiques ou sociales, en fonction d'un lent déplacement du lieu d'identification du sexe de la morphologie génitale à la subjectivité. En fin de XX^e siècle, et comme le montrent tant la littérature que notre recherche, la chirurgie de modification des organes génitaux tend à devenir une option relevant de la responsabilité individuelle, au nom de la liberté des individus de disposer de leur propre corps. Toutefois, cette liberté revient peu ou prou, dans ce contexte médicalisé, à conformer les corps à l'ordre hétérosexuel, à savoir une construction binaire et hiérarchique des sexes et une sexualité hétéropénétrative.

L'émergence d'une chirurgie esthétique des organes génitaux témoigne d'un déplacement du lieu d'identification du sexe des organes génitaux à la subjectivité. Mais ce déplacement ne remet pas en question le dimorphisme sexuel, qui parvient à se reproduire en dépit de ses mises en cause : remis en question par différentes instances (y compris médicales), il constitue néanmoins à la fois le cadre et l'horizon des pratiques chirurgicales de modification des organes génitaux. Si la médecine entrait en matière sur des souhaits individuels de produire, ou de conserver, des morphologies génitales originales ou inédites, les chirurgies de même que les refus de chirurgie pourraient alors également devenir des outils de subversion de la bi-catégorisation sexuelle et de relativisation du dimorphisme sexuel dont la stabilité, depuis le XIX^e siècle, repose pourtant sur des investigations et des contestations scientifiques et sociales qui n'ont cessé de le revisiter, et peut-être également des outils d'une plus concrète « libération sexuelle ».

CHAPITRE IV

LA SEXOLOGIE AMÉRICAINE

MADE IN SWITZERLAND:

NAISSANCE D'UNE CLINIQUE

DES TROUBLES SEXUELS

(LAUSANNE, 1950-1980)¹

CYNTHIA KRAUS, VÉRONIQUE MOTTIER ET VINCENT BARRAS

69

INTRODUCTION ET ÉLÉMENTS DE « PRÉHISTOIRE »

Ce chapitre analyse les conditions de possibilité et les modalités de réception des travaux pionniers de la sexologie américaine (*sex research* et clinique) des années 1950 à 1980 à Lausanne: les Rapports Kinsey qui inaugurent le champ de la *sex research* à la fin des années 1940; les recherches de laboratoire que le gynécologue, William

¹ Ce chapitre présente une version abrégée d'un article original intitulé « Kinsey, Masters & Johnson, et Kaplan en Suisse: naissance d'une clinique des troubles sexuels (Lausanne, 1950-1980) » paru dans le numéro 12 de la revue *Histoire, médecine et santé*, 2017, p. 99-129. Ce texte paraît ici avec la permission de la revue *HMS*. Ces publications sont issues du projet « Façonner l'hétérosexualité: histoire des 'troubles' du désir féminin en Suisse romande de 19[5]0 à nos jours », financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (n° 100011_153080; requérante responsable: C. Kraus; co-requérant-e-s: V. Barras et V. Mottier). Elles ont aussi été présentées sous la forme d'une communication orale au Colloque international « Sexologies et théories de la sexualité », The American University of Paris, 30-31 octobre 2017 dans le cadre du réseau international Sexologies européennes lancé par Sylvie Chaperon en 2016, <http://sexologies.hypotheses.org/>. Nous en profitons pour remercier ici Alain Giami pour l'organisation du colloque à Paris, ainsi que Nahema Hanafi et Sylvie Chaperon qui ont dirigé le numéro de *HMS*.

Masters, et son associée, Virginia Johnson, initient au milieu des années 1950, ainsi que leur *sex therapy* que le duo commence à pratiquer dès la fin des années 1950; enfin, la *new sex therapy*, alliant behaviorisme et psychanalyse, que proposera la psychiatre Hélène Kaplan au milieu des années 1970². Nous retraçons l'histoire de cette réception transatlantique à la croisée de deux domaines en quête de (nouvelle) légitimité, de scientificité et d'efficacité: la sexologie³ et les psychothérapies analytiques. Nous retraçons cette histoire en proposant une analyse critique de l'américanisme comme un « moteur de découverte » (Hacking, 2006) de la sexologie en tant que nouvelle discipline scientifique, laquelle se développe à la fin des années 1960 en se spécialisant progressivement dans l'étude de la sexualité normale et le traitement des « troubles sexuels mineurs » (Gloor, 1978a, p. 88), distincts des paraphilies et des perversions⁴.

L'américanisme est un référentiel imaginaire, né au milieu du XIX^e siècle, qui se trouve réactivé dans l'Europe de l'après-guerre, y compris dans la Suisse « neutre ». Ce référentiel fonctionne comme un miroir flatteur et prometteur: l'« image de l'Amérique serait [...] celle du futur de l'Europe, de sa modernité, l'Europe de demain, “en avance” » (Musso, 2003, p. 231). L'américanisme par lequel les sexologues lausannois-e-s s'approprient les « nouvelles méthodes venues de la prestigieuse Amérique » (Gloor, 1982, p. 3213) implique un processus de traduction culturelle et de réinvention des traditions locales, autrement dit des pratiques d'intéressement et de légitimation à des fins stratégiques et non plus seulement programmatiques. Notre analyse centrée sur l'américanisme stratégique de nos acteurs et actrices vise trois buts: réinscrire la naissance d'une clinique des troubles sexuels dans une histoire plus longue de la sexologie et des psychothérapies; éclairer les relatives continuités et les affinités électives, préexistantes et savamment construites, entre la sexologie américaine et la sexologie lausannoise; enfin, préciser ce que lesdites nouvelles

2 Cette réception passe par la traduction française très rapide, voire instantanée, de leurs travaux [éd. originale anglaise entre crochets]. Voir Kinsey, Pomeroy & Martin (1948 [1948]); Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard (1954 [1953]); Masters & Johnson (1968 [1966]; 1971 [1970]); Kaplan (1979 [1974]; 1975 [1975]).

3 Nous avons retracé par ailleurs cette histoire sous l'angle du désir et de ses problèmes, voir Gummy et Kraus (2016).

4 Pour éviter d'alourdir le texte, nous ne mettons pas de guillemets (citations exceptées) à des termes tels que « troubles », « dysfonctions », « anomalies », ni du reste à « normalité », etc., sachant que ces notions ne vont pas de soi et se trouvent (re-)définies dans l'histoire de la sexologie et de la sexothérapie que nous retraçons ici.

méthodes américaines revendiquées à Lausanne – et plus largement « *out of America* » – doivent à cet américanisme, c'est-à-dire un gage de scientificité et de modernité, mais aussi leur américanité même⁵.

Notre recherche constitue une contribution originale à la littérature en langue anglaise et française. Si l'influence internationale de Kinsey, Masters & Johnson, et Kaplan dans l'histoire de la sexologie est reconnue, les études ont eu tendance à se focaliser sur les débats dans le contexte étasunien (par exemple Irvine, 1990; Bullough, 1994; Morrow, 2006; pour une discussion, voir Mottier, 2008). Par contraste, les études sociohistoriques sur la réception outre-atlantique de ces auteur·e·s sont rares et celles qui les considèrent ensemble plus rares encore. S'il faut signaler trois études sur la réception des Rapports Kinsey en France (Chaperon, 2002), en Allemagne (Herzog, 2006) et en Italie (Morris, 2013), les travaux de Masters & Johnson ont suscité un moindre intérêt (Herzog, 2014, 2016). Cette lacune historiographique est d'autant plus frappante pour ce qui concerne leur pratique clinique en tant que thérapeutes de couple: celle-ci se trouve le plus souvent éclipsée au profit de leurs recherches de laboratoire. Il en va de même pour Kaplan, la sexothérapeute étant surtout citée pour avoir révisé le modèle physiologique de Masters & Johnson et introduit le désir et ses troubles comme une variable majeure du (dys-)fonctionnement sexuel (Fishman, 2004; Vuille, 2014; Gardey & Hasdeu, 2015).

En outre, l'américanisme n'a pas été étudié dans l'historiographie de la sexologie, y compris en Suisse romande. Notre angle d'analyse permet d'enrichir les rares travaux qui se sont intéressés à une période particulière de la réception de la sexologie américaine à Genève et à Lausanne. Il permet de nuancer l'idée selon laquelle l'histoire de cette réception en Romandie serait marquée par une sorte de décalage culturel thématique dans les travaux existants en termes de « retard » (Burgnard, 2015, p. 55), autrement dit de « ce qui résiste » (Garibian, 2017, p. 343) au nouvel empire de l'« orgasmologie ». Ces termes reprennent à leur compte le néologisme d'André Béjin et la rupture radicale qu'il pose entre d'une part l'orgasmologie qui caractériserait la sexologie moderne née avec Kinsey et dont l'« orgasmothérapie » de Masters & Johnson serait emblématique; et d'autre part, la périsexualité qui s'occupe de

5 Pour une analyse du même type sur un autre objet qui a pour enjeu à la fois l'« américanité » et la « francité », voir Kraus (2005).

« contraception, grossesse, avortement, maladies vénériennes » (Béjin, 1982, p. 160). Dans notre perspective, cette opposition ne peut constituer un point de départ pour étudier la réception de la sexologie américaine, parce qu'elle admet a priori une étrangeté fondamentale entre deux types de cultures scientifiques : l'orgasmologie américaine versus la sexologie romande, laquelle serait plutôt une périsexologie parce qu'elle ne serait pas encore ou autant orgasmologique que « l'original » américain. Ce genre d'interprétation relève encore à notre sens de l'américanisme que nous étudierons ici de manière critique.

Les idées de retard et de résistance liés à une étrangeté culturelle sont des tropes américanistes qui constituent avant tout des catégories de la pratique plutôt que des catégories d'analyse (pour reprendre la distinction de Pierre Bourdieu). En témoigne par exemple la manière dont l'Américaine et Suisse d'adoption, Mary Anna Barbey, qui a joué un rôle actif dans l'histoire du planning familial, retrace rétrospectivement l'histoire de la sexologie romande. En 1967, elle écrit :

72

« La sexologie n'existait pas encore ; si les noms de Forel et de Kinsey étaient vaguement connus, ils n'apportaient rien d'intéressant à la Romandie contemporaine. Masters et Johnson attendaient la notoriété... et la traduction. Soupçonnées de confondre sexualité et mécanique, leurs recherches seraient de toute façon jugées longtemps trop pragmatiques pour être applicables dans le contexte européen. Et si l'œuvre pionnière des sexologues genevois allait peu à peu faire tomber ces préventions, leur approche n'a pénétré que très lentement en territoire vaudois et reste aujourd'hui encore [1981] teintée d'exotisme. » (Barbey, 2009 [1981], pp. 19-20)⁶

Faute de place, nous n'analyserons pas ici les enjeux entre Lausanne et Genève durant la période considérée (pour une discussion, voir Kraus, Mottier & Barras, 2017). Il importe par contre de souligner pour notre propos qu'une analyse critique de l'américanisme dans nos sources ne permet pas de confirmer la thèse d'un retard vaudois

6 Les « sexologues genevois » auxquels réfère Barbey ici sont Willy Pasini et Georges Abraham « tous deux psychiatres et mondialement réputés pour avoir adapté et développé les techniques sexologiques de Master /sic/ et Johnson en Europe » (Barbey, 2009, p. 136, note 4).

– y compris par rapport à la sexologie genevoise – et encore moins celle d'un exotisme qui aurait compliqué la réception de la sexologie américaine, en particulier de la *sex therapy*.

Notre recherche se base sur des sources originales qui comprennent les archives du Centre médico-social Pro Familia de Lausanne⁷, et divers documents administratifs et scientifiques produits par les acteurs et les actrices les plus impliquée·e·s dans le développement de la sexologie romande. Le centre ouvre en 1967 dans un contexte où la régulation des naissances et les avortements illégaux⁸ constituent des préoccupations sociales majeures. Il intègre la « consultation médico-sociale de mariage » créée en 1952 à l'initiative de la Ligue vaudoise Pro Familia (Chavan, 1952, p. 2). Cette consultation sera d'abord dirigée par le Dr Theodor Bovet (1900-1976), célèbre pour sa « médecine conjugale » qui renouvelle les conceptions chrétiennes de la sexualité en valorisant le plaisir sexuel dans le mariage (Bovet, 1952). Fermée en 1962, cette consultation rouvrira en 1965 et sera renommée « consultation conjugale » en 1972. Le centre inclut une consultation de planning familial et, dès 1969, une section « éducation sexuelle de la jeunesse ». Avec la création de cette institution, les questions sexuelles ne seront plus l'apanage de médecins hommes, mais aussi des conseillères conjugales, des conseillères en planning familial et des animatrices en éducation sexuelle, qui sont d'abord et en majorité des femmes non médecins⁹.

La sexologie en tant que nouvelle discipline va se développer sur les mêmes problématiques que celles qui ont motivé la création du Centre Pro Familia. Pour le dire vite, médecins et conseillères travaillent à dissocier sexualité et procréation tout en promouvant l'entente sexuelle dans les couples dans des termes hérités de la médecine conjugale de Bovet. Deux psychiatres et psychothérapeutes freudiens jouent ici un rôle clé : le Dr Pierre-André Gloor (1922-1992) qui initie en 1964 la

7 Archives cantonales vaudoise (ACV), Fonds « Fondation PROFA » : ACV, N13. Ce fonds doit son intitulé au fait que le Centre médico-social Pro Familia de Lausanne se constituera en fondation indépendante de la ligue Pro Familia en 1984 et prendra officiellement le nom de Fondation PROFA en 1988.

8 Le Code pénal de 1942 en vigueur admet, sous certaines conditions très restrictives, l'interruption de grossesse. Les débats ont été nombreux jusqu'à l'adoption en 2001 de la « solution des délais » qui dépénalise l'avortement pendant les douze premières semaines de gestation.

9 D'où l'emploi du féminin générique dans ce texte pour parler de ce nouveau groupe d'acteurs et d'actrices.

première étude sur la sexualité normale, introduit en 1968 le premier cours facultatif de sexologie dans le cursus de médecine et, la même année, la sexologie comme une discipline digne de paraître dans les revues médicales suisses (Gloor, 1968a, 1968b, 1968c); son mentor, le professeur Pierre-Bernard Schneider (1916-2005), directeur de la Polyclinique universitaire psychiatrique depuis sa création (1942-1982¹⁰), lequel a introduit à Lausanne la psychiatrie psychosomatique et les groupes Balint¹¹, la psychologie médicale dans les études de médecine, et qui s'est également intéressé aux traitements de l'impuissance et de la frigidité en recommandant en 1954 déjà des « psychothérapies plus simples » que la cure analytique.

La recommandation de Schneider se base sur une lecture des Rapports Kinsey peu orthodoxe pour un freudien : il redéfinit l'impuissance et la frigidité comme des problèmes liés à la « faculté d'arriver à l'orgasme » et l'orgasme comme un « réflexe conditionnel » susceptible d'être rétabli grâce à une psychothérapie qui prodiguerait essentiellement des informations et des conseils, y compris techniques, sur le coït hétérosexuel (Schneider, 1954, p. 3 ; p. 10). Cette recommandation est, sur les grands principes, similaire à la nouvelle thérapie psychosexuelle que proposera Kaplan au milieu des années 1970. Cette « similarité » (évidemment rétrospective) attire notre attention sur de nouvelles inflexions thérapeutiques perceptibles à Lausanne avant que Masters & Johnson (1971 [1970], p. 3) ne commencent à pratiquer leur *sex therapy* à la fin des années 1950. La manière dont Schneider propose de réformer la cure analytique à partir des Rapports Kinsey, au nom de l'efficacité thérapeutique et de l'entente sexuelle dans le couple, contribue déjà à rendre soluble le behaviorisme dans la médecine conjugale et la tradition psychanalytique solidement implantée en Suisse. Pris ensemble, ces éléments tracent les premiers contours de ce que nous avons appelé

10 Voir Barras Vincent, « Pierre-Bernard Schneider », Dictionnaire historique de la Suisse, Fiche n° 34. Récupéré le 27 mai 2017 de www.hls-dhs-dss.ch/textes/f/F14633.php?topdf=1.

11 Les groupes Balint ont été créés par les époux Balint, Michael (1986-1970) et Enid (1903-1994) à la fin des années 1940 en Angleterre. Ce dispositif, conçu comme un outil de formation continue des médecins, propose une modalité de supervision entre pair-e-s (avec l'aide d'un-e animateur ou animatrice) qui vise à leur offrir un espace de discussion et de réflexion sur le rôle de soignant-e, la relation thérapeutique avec les patient-e-s et le cas échéant, les difficultés rencontrées dans leur pratiques professionnelles.

une « hétérosexologie américaniste » (Kraus, Mottier & Barras, 2017), autrement dit d'une « niche écologique » (Hacking, 2002 [1998]) pour l'introduction de la *sex therapy*.

TRAITER LE COUPLE « À L'AMÉRICAINE » : QUOI DE NEUF DOCTEURS ?

En octobre 1976, la première consultation de thérapie sexuelle pour couples ouvre à la Maternité du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) sous la responsabilité conjointe de Gloor, de Schneider, et du professeur Willy Merz, directeur de la Policlinique de gynécologie au CHUV. Gloor, qui en est l'initiateur, dirigera la consultation jusqu'à son départ à la retraite en 1987¹². Cette consultation proposera une « sexothérapie analytique » (ACV, 1988, p. 3) qui combine, comme le faisait déjà Kaplan, des exercices comportementaux inspirés de la *sex therapy* à un cadre de référence psychanalytique (Gloor, 1976). Cela dit et malgré la traduction que Schneider a effectuée dans ce sens deux décennies plus tôt, l'intérêt de traiter le couple « à l'américaine » est loin d'être évident en Suisse romande jusqu'au milieu des années 1970 (la niche écologique n'est pas prête).

Gloor poursuit la construction d'une hétérosexologie américaniste entre le milieu des années 1960 et le début des années 1970. Il mobilise les Rapports Kinsey pour légitimer l'intérêt scientifique et prophylactique de la sexologie. S'il introduit aussi très tôt les travaux de Masters & Johnson dans la discussion, il ne s'approprie pas tout de suite leurs techniques thérapeutiques. C'est le cas même lorsqu'il entreprend avec Schneider des démarches pour créer un institut de sexologie dont l'un des buts serait la thérapeutique: au début des années 1970, Gloor continue de prioriser ce qu'il appelle « le versant préventif de la thérapeutique », en particulier l'éducation sexuelle et la prévention des grossesses non désirées (Gloor, n.d. [1971], p. 9)¹³. Dans le contexte d'un débat intense autour de « l'initiative

¹² Lettre du prof. W. Bettschart à Michel Dolivo, doyen de la Faculté de médecine et Charles Kleiber, chef de service, SSPS (à propos de la succession de Gloor), 27 mai 1987. Archives de l'Université de Lausanne (UNIRIS), 03002.250, fonds « Ancienne Faculté de médecine, 1889-1990 », dossier « Pierre-André Gloor ».

¹³ Sans doute 1971 car ce document – un rapport rédigé par Gloor pour motiver l'ouverture d'un institut de sexologie à Lausanne – est joint à la lettre de soutien du 15 avril 1971 que Schneider adresse à des confrères dont les Drs P. Magnenat (Doyen), M. Cevey (Médecin cantonal) et C. Bugnon (Pro Familia). UNIRIS 03002.250.

populaire pour la décriminalisation de l'avortement »¹⁴, l'ouverture d'une consultation de thérapie sexuelle ne semble pas à l'ordre du jour.

En mai 1976, Gloor plaide pour la mise sur pied rapide d'une telle consultation. On peut se demander pourquoi il souhaite désormais importer la *sex therapy*, alors qu'il n'en faisait pas grand cas et doutait même de son efficacité jusqu'ici (Gloor, 1968b, p. 18). Son intérêt apparaît à un moment particulier. À l'échelle internationale, les années 1970 constituent l'âge d'or de Masters & Johnson. Ce succès, qui s'accompagne d'une multiplication des approches, ne laisse pas Gloor indifférent. Les méthodes mixtes de Kaplan, lesquelles allient behaviorisme et psychanalyse, retiennent son attention, parce qu'il les considère comme « une façon de procéder plus acceptable à notre sensibilité européenne » (Gloor, 1976, p. 3).

76 Cette rhétorique culturaliste, adossée à un américanisme stratégique, est la signature de Gloor. Il prend appui sur la traduction que Schneider a faite des Rapports Kinsey pour mieux la « doubler » (dans les deux sens du terme) par une autre traduction : celle de la *sex therapy* de Masters & Johnson. Contrairement à Schneider, Gloor estime que Kinsey n'est guère utile à la clinique (Gloor 1968b, p. 17) : il ne le mentionne du reste pas dans son argumentaire pour l'ouverture de la consultation. La traduction de Gloor est deux fois double si l'on peut dire, puisqu'il s'approprie la *sex therapy* via la version « enrichie » de Kaplan. Cette double traduction offre un point d'entrée privilégié pour analyser les enjeux institutionnels, professionnels et cliniques qui sous-tendent l'introduction des « méthodes américaines ».

En 1976, Gloor reprend la distinction de Masters & Johnson entre « les activités d'éducation, de conseil (*counseling*) et de thérapie » (Gloor, 1976, p. 3). Il invoque un prétendu retard vaudois dans le domaine de la thérapeutique et ce faisant, la nouveauté que constituerait une consultation spécialisée :

« Pour l'instant la thérapie de couples, qui constitue l'apport original de la sexologie américaine, n'a pas été pratiquée chez nous (à part quelques exceptions épisodiques). Nous proposons ici

¹⁴ Gloor a été un acteur important de ces débats et a soutenu l'initiative (refusée en votation populaire en 1977); voir par exemple Gloor (1972, 1974).

la mise en train de ce mode de thérapie, avec recherche d'une collaboration avec les activités déjà existantes et d'un mode de triage des situations particulières en vue d'indications plus précises. » (Gloor, 1976, p. 4)

Cette distinction lui permet d'inscrire la *sex therapy* dans le cadre d'activités préexistantes qui sont principalement assurées par le Centre Pro Familia (consultation conjugale, planning familial, éducation sexuelle), mais aussi le planning familial de la Maternité du CHUV. La collaboration entre la sexologie et les autres types d'interventions dites médico-sociales est activement recherchée et Gloor les considérera toujours comme complémentaires.

Au milieu des années 1970 toutefois, le fait que les conseillères conjugales et les médecins partagent un objet commun qui ne relève pas d'un traitement psychiatrique – les mésententes sexuelles dans le couple – deviendra un enjeu majeur de distinction professionnelle. Gloor cherchera à autonomiser « l'approche sexologique des problèmes de couples » (Gloor, 1985a) à partir d'une pratique proprement thérapeutique et distincte du *counseling*: la *sex therapy*. Il verra dans les méthodes américaines l'opportunité d'introduire une forme de thérapie de couples qui ne fait pas encore partie de l'offre et d'opérationnaliser une pratique clinique qu'il promeut depuis longtemps et dont il fera l'un des buts de la consultation: le triage de cas (Gloor, 1968b, p. 2; 1986). Par ce triage, il s'agit d'identifier les cas susceptibles de répondre positivement à une « sexothérapie », c'est-à-dire les « situations de mésentente sexuelle "pure", idéalement sans conflits [...], et où les intéressés déclarent sans équivoque qu'ils ont un avenir de couple » (Gloor, 1985a, p. 44).

Les compétences de conseil conjugal et de planning familial continueront à être sollicitées pour les troubles sexuels associés à des problèmes de couple ou de contraception. Mais elles relèveront désormais d'une approche jugée indirecte ou périphérique par rapport à une approche plus directe: celle de la sexothérapie, nouveau *definiens* de la sexologie conçue dans un sens plus strict. En même temps, l'objet et le but de cette forme particulière de thérapie de couple se marient bien avec les termes médico-sociaux dans lesquels les sexologues lausannois-e-s conçoivent depuis les années 1950 le plaisir et d'autres questions psychosexuelles dans leurs différents types d'intervention (consultation de mariage,

consultation conjugale, planning familial, éducation sexuelle). La sexothérapie opère sur un idéal hétéronormatif qui ne semble guère avoir évolué depuis la consultation de mariage des années Bovet, renommée consultation conjugale en 1972. Dans les mots de Gloor :

« Les sexothérapeutes parlent quelquefois de reprise d'une cour en règle ou même de nouvelles fiançailles, et pour eux les conseils techniques, malgré leur efficacité et leur utilité, sont toujours d'importance secondaire vis-à-vis de la nécessité d'un enrichissement des échanges amoureux (si l'on ose employer un terme aussi galvaudé. » (Gloor, 1985b, p. 3).

78

La sexothérapie se révèle être un script thérapeutique qui actualise un script sexuel genré : celui de la romance hétérosexuelle et du « bonheur dans le couple » – pour reprendre le titre du manuel illustré de Kaplan (1975 [1975]), qui est l'ouvrage le plus cité dans nos sources. Ce script permet d'éclairer en retour une problématique politique qui sous-tend le développement de la sexothérapie comme *trademark* d'une sexologie en quête de légitimité, de scientificité et d'efficacité : l'invention de « troubles sexuels mineurs » (selon la formule précitée de Gloor) et de nouveaux types de traitement « à l'américaine » ont pour effet et enjeu majeur de façonner des sujets de sexe, de genre et de désir adéquats à l'hétérosexualité comme institution de reproduction sociale (par exemple : Butler, 2005 [1990]; Wittig, 2007 [2001]). Le dispositif même de soins recommandé par Masters & Johnson peut être analysé comme une technologie de façonnage de l'hétérosexualité conjugale : la sexothérapie doit être pratiquée par « des couples de thérapeutes hétérosexuels et hétéroprofessionnels (un gynécologue-une psychiatre, ou l'inverse) » comme l'écrit Gloor (1977a, p. 47) à propos de « sa » consultation. À la suite de Kaplan, le psychiatre lausannois et son équipe opérationnaliseront ce dispositif tout en le recadrant comme une relation de type psychanalytique. En effet, les sexothérapeutes sont censé-e-s incarner la figure des bons parents et être évincé-e-s de la chambre à coucher par le couple de client-e-s qui a, le temps du traitement, accepté de régresser au « statut d'adolescents » (Gloor, 1980a, p.1).

SUR LE TERRAIN DE LA THÉRAPEUTIQUE : AUTRES CONDITIONS DE POSSIBILITÉ ET OPPORTUNITÉS

La logique de distinction professionnelle entre la sexologie et les interventions dites médico-sociales rejoint pour une part celle qui se joue depuis plusieurs décennies entre médecins et non-médecins autour de l'exercice légitime de la psychothérapie (Fussinger, 2008, pp. 171-188 ; pour plus de détails : Kraus, Mottier & Barras, 2017). Mais pour ce qui concerne la sexologie, les collègues de Gloor et Schneider ne sont pas d'emblée des allié·e·s « naturel·le·s ». De fait, la consultation semble avoir pu se concrétiser grâce à un arrangement informel entre Merz et Schneider¹⁵ et ne bénéficiera guère de moyens supplémentaires (par exemple Gloor, 1979).

Face à ces difficultés, Gloor va invoquer le grand public qui vient consulter avec une demande précise, celle « d'être traité selon des 'méthodes américaines' » (Gloor, 1978b, p. 1838). L'idée que la consultation répondrait à une demande de la clientèle est un bon argument de vente dans un contexte où le corps médical s'interroge sur « la psychiatrie de consommation » et « la demande du patient » (Lalonde, Denis & Carrière, 1976). Pour créer l'offre, Gloor vise large en intégrant des variations sur le « thème » américain dans un contexte où la psychanalyse cohabite déjà avec d'autres approches thérapeutiques (Gloor, 1976, p. 3).

Le psychiatre ne manque pas de valoriser cet éclectisme comme une opportunité de pratiquer l'interdisciplinarité, mais aussi d'inventer une sexothérapie culturelle qui soit « adapté[e] aux mentalités de Suisse romande et de Lausanne sans imitation ou allégeance à une école » (Gloor, 1978b, p. 1838). En retour, cette rhétorique culturaliste lui permet de réaffirmer la primauté théorique de la psychanalyse au moment même où il en souligne les limites thérapeutiques pour mieux éclairer la nouveauté et les mérites des méthodes américaines :

¹⁵ Hurni Maurice, entretien mené par Christel Gummy le 14.04.2016. Hurni est un psychiatre psychothérapeute, formé à la sexologie par Gloor et qui reprendra la direction *ad interim* de la consultation en 1987. Il reprendra en 1990 la direction du Service de consultation conjugale de la Fondation PROFA mais sera amené à démissionner en 2001, voir Gummy & Kraus (2016, pp. 97-99).

centrées sur le couple, plus directes, avec un taux de réussite spectaculaire (80 % selon Masters & Johnson, 1971 [1970]).

Le développement d'une sexothérapie analytique à Lausanne s'inscrit dans une tendance plus large. Au milieu des années 1970, les thérapies comportementales commencent à être diffusées en Suisse romande (en particulier via les travaux de collègues québécois·e·s) et promues au nom d'une « psychiatrie plus scientifique » (Lamontagne, 1976). Par ailleurs, des « centres de psychothérapies brèves » se sont développés aux « États-Unis, à Montréal, à Oslo et Lausanne également » pour citer ici le Dr Edmond Gilliéron (1976, 1980) qui pratique, sous l'égide de Schneider, les « psychothérapies brèves d'inspiration psychanalytique » à la Polyclinique psychiatrique. L'intérêt grandissant de certains médecins – dont Gloor et, avant lui, Schneider – pour les psychothérapies brèves participe de la même volonté de faire science. Ces intérêt et volonté constituent à la fois une condition de possibilité d'introduire la *sex therapy* dans l'offre thérapeutique qui est en train de se diversifier et une opportunité de réinventer la psychanalyse avec « les méthodes américaines ». À la fin des années 1970, Gloor s'interroge sur les affinités entre « psychothérapie analytique brève et sexothérapie » (Gloor, 1980b [1979]). Quelques années plus tard, il affirmera : « La sexothérapie pour couples peut être rangée dans la catégorie des thérapies brèves » (Gloor, 1982, p. 3216).

L'épilogue de notre histoire critique de l'américanisme comme moteur de découverte de la sexologie en tant que nouvelle discipline – et l'on ajoutera, de réinvention de la psychanalyse – est à chercher en marge des documents sur la consultation et la sexothérapie. Dans un numéro de la section « éducation sexuelle » du Centre Pro Familia consacré au plaisir et à l'amour, qui paraît en 1977, Gloor rédige un texte sur « Reich et la révolution sexuelle » où il écrit ceci :

« Sur le plan scientifique, Reich nous a donné une nouvelle approche thérapeutique des résistances caractérielles à l'analyse. Sa description du plaisir sexuel et de l'orgasme est sans doute une des bases des thérapies sexuelles mises au point en Amérique ; au cours de son activité en polyclinique, il a lancé

l'étude psychosociologique de la sexualité des adolescents par questionnaire. » (Gloor, 1977b, p. 15)

Cette citation est particulièrement intéressante car Gloor « finit » par européeniser la sexologie américaine en faisant de Reich le précurseur non seulement de la *sex therapy* de Masters & Johnson, mais aussi de la *sex research* fondée par les Rapports Kinsey. Le psychiatre se montre ici bon historien¹⁶. Mais le fait que d'après Gloor lui-même la sexologie américaine ait des racines non américaines, autrement dit que l'« original » américain soit déjà une « copie », constitue un indice particulièrement fort des modalités stratégiques et performatives sur lesquelles l'américanisme produit de l'américanité, à savoir : une forme prestigieuse et désirable d'exotisme qui permet de revendiquer la scientificité, la modernité, des identités (personnelles et professionnelles), et de reconfigurer des savoirs pratiques dans deux domaines (pour notre étude de cas) : la sexologie et les psychothérapies analytiques.

¹⁶ Par exemple, Béjin (1982, p. 159) voit aussi dans Reich l'un des précurseurs de l'orgas-mologie. Sur la sexologie de Reich, voir Mayer (2017).

CHAPITRE V

LE JEU DE L'AMOUR ET DU DÉTERMINISME : COMPRÉHENSIONS EXPERTES ET PROFANES DU DÉSIR DES FEMMES

MARILÈNE VUILLE

Dans les représentations savantes et médiatiques de la sexualité féminine, le désir fait problème. Dès leur apparition dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association américaine de psychiatrie en 1980, les « troubles du désir sexuel » ont été perçus comme touchant plus les femmes que les hommes (Vuille, 2014). Depuis deux décennies, une part importante de la recherche produite sur la sexualité féminine et ses « dysfonctions » se concentre sur le désir. Chez les femmes, un désir faible serait la « difficulté sexuelle » la plus commune (Brotto & Smith, 2014)¹.

Une spécialité médicale en plein essor, la médecine sexuelle, s'attache à caractériser les « troubles » du désir sexuel féminin et à y remédier en s'appuyant sur la recherche pharmacologique. La quête de solutions thérapeutiques est aiguillonnée par un précédent, le succès commercial du Viagra®. Ce médicament « miracle » a permis de requalifier le problème psychosocial de l'impuissance sexuelle masculine – qui, lorsqu'elle n'est pas due à un problème de santé, découle de circonstances de vie personnelles et/ou relationnelles – en « dysfonction érectile », c'est-à-dire de le réduire à un incident physiologique, une « panne », ne concernant qu'une petite partie du corps (Bajos & Bozon, 1999;

1 J'ai traduit tous les passages cités de textes en anglais.

Mamo & Fishman, 2001; Giami, 2004). Mais les échecs thérapeutiques des médicaments candidats au rôle de « Viagra rose » ont empêché jusqu'ici de rabattre les « troubles » du désir sexuel féminin sur une défaillance physiologique univoque. La résistance à un tel réductionnisme est aussi liée à la permanence de représentations asymétriques de la sexualité selon le genre. En effet, cette asymétrie est si bien ancrée socialement qu'elle continue à rendre difficilement pensable l'idée d'une « fonction sexuelle » féminine, organique et physiologique, comparable à la « fonction sexuelle » masculine (Giami, 2007b), même au sein de la médecine sexuelle.

Le travail de la psychiatre canadienne Rosemary Basson, dont le modèle de la « réponse sexuelle féminine » est devenu une référence incontournable au sein de la communauté sexologique internationale (Basson *et al.*, 2003; Faro, 2018), exemplifie la tension entre un « encapsulage biochimique et pharmaceutique des troubles féminins de la sexualité » (Gardey & Hasdeu, 2015, p. 87) et leur caractérisation psychologique et relationnelle. Il laisse apparaître une sexualité féminine dont le plein épanouissement dépend non pas du jeu de l'amour et du hasard, suivant le titre de la comédie de Marivaux (1730), mais de l'amour et du déterminisme biologique. C'est ce que montre l'analyse des textes où la psychiatre présente son modèle désormais connu sous le nom de « modèle circulaire de Basson » et auquel la première partie de ce chapitre est consacrée.

La deuxième partie investigate l'usage expert de ce modèle par des sexologues praticien·ne·s, révélant là encore l'oscillation entre nature et sentiments pour expliquer la sexualité féminine et ses « troubles ». Les énoncés analysés proviennent de conférences et congrès sexologiques, d'ouvrages de sexologues à destination du grand public et d'entretiens approfondis avec des expert·e·s de la sexologie (psychothérapeutes médecins et non médecins; psychologues; praticien·ne·s en hypnose, EMDR et autres techniques) et de la médecine sexuelle (chercheur·e·s et clinicien·ne·s) réalisés en Suisse romande entre 2013 et 2015. La troisième partie s'intéresse à la compréhension profane des « troubles » du désir sexuel féminin et de leur impact sur la vie de couple, telle qu'elle s'exprime sur des forums de discussion Internet. Comment les personnes concernées, c'est-à-dire qui se considèrent en déficit de désir sexuel, diagnostiquent-elles leur « problème » ? Quelle

vision de la sexualité « normale » et « déficiente » se dégage-t-elle de leurs témoignages et des réponses d'autres internautes ?

L'objectif de ce texte tripartite est d'examiner le discours contemporain sur les « troubles » du désir sexuel féminin déployé dans trois corpus différents² : des articles scientifiques du domaine de la médecine sexuelle, des énoncés d'expert·e·s sexologues et des énoncés de personnes qualifiées ici de profanes car n'exprimant pas une expertise sexologique reconnue. On verra que des thèmes communs traversent ces trois corpus, que des idées circulent de l'un à l'autre, se confortent, se contredisent partiellement, traduites dans un autre langage (populaire, savant, vulgarisé, pédagogique). En dépit de leurs différences de vocabulaire et de style, d'intentions et de publics, ces discours sont porteurs d'une vision similaire de la sexualité féminine, qu'on pourrait qualifier de « biologico-affective » : une sexualité qui trouve sa finalité dans le rapport à l'autre, et qui s'oppose à une sexualité masculine bien plus résolument biologique et dotée d'une finalité intrinsèque.

DE L'INTIMITÉ AVANT TOUT : CYCLE SAVANT DU DÉSIR, CIRCULARITÉ DU RAISONNEMENT ET RECYCLAGE DU SENS COMMUN

85

Le programme de recherche sur la physiologie de la sexualité humaine lancé aux États-Unis dans la seconde moitié du XX^e siècle par William Masters et Virginia Johnson vise pour la première fois à « capturer « expérimentalement » les faits biologiques en tant que mécanismes, à les décrire et les interpréter » (Gardey, 2017, p. 125). Il débouche sur la caractérisation d'une « fonction sexuelle » considérée pour elle-même, c'est-à-dire détachée de la reproduction, et sur celle d'un « cycle de la réponse sexuelle humaine » identique pour les femmes et pour les hommes. Ce cycle est constitué de quatre phases : excitation, plateau, orgasme et résolution. La sexothérapeute américaine Helen Kaplan a proposé de son côté un modèle en trois phases (désir, excitation, orgasme), qui n'est pas non plus différencié selon le sexe.

2 Ces corpus ont été constitués lors de la recherche « Désirs en échec ? Expérience et traitement des défaillances de la sexualité féminine : la construction d'un problème médical et social » dirigée par Delphine Gardey à l'Université de Genève et financée par le Fonds universitaire Maurice Chalumeau de fin 2013 à fin 2016.

Avec l'essor de la médecine sexuelle au tournant du XXI^e siècle, cette indifférenciation de sexe est remise en cause (Vuille, 2014). Le « cycle de la réponse sexuelle » considéré jusqu'alors comme humain devient masculin et de nouveaux modèles sont développés pour expliquer la sexualité féminine. Le plus connu est celui de Rosemary Basson, directrice du Programme de médecine sexuelle de l'Université de la Colombie-Britannique. Décrit par sa conceptrice comme « biopsychosocial », il vise à appréhender le désir sexuel comme un phénomène objectivable dans sa totalité (Basson, 2003). Ce faisant, il conjugue trois modes d'appréhension du destin corporel et expérientiel des femmes : les explications psychologique (fort ancienne) et endocrinologique (qui s'impose dans les premières décennies du XX^e siècle) (Oudshoorn, 1994), et la récente explication neuroscientifique, avec sa « figure généralisée et omniprésente » d'un système de récompenses régissant l'être humain, par son cerveau, et faisant de lui un agent économique naturel (Dussauge, 2015).

86

Les « facteurs biologiques » susceptibles d'exercer un impact négatif sur le « cycle sexuel » féminin sont avant tout une carence en androgènes. Cette dernière est définie – de façon circulaire – par *ses effets* sur la sexualité (à savoir une perte d'excitation, de capacité à atteindre l'orgasme et de besoin d'autostimulation sexuelle), à défaut de connaître et de pouvoir mesurer le taux de testostérone « nécessaire pour activer » la « réponse sexuelle des femmes » (Basson, 2001, p. 401). Les hormones exercent « des influences à la fois directes et indirectes sur le cerveau », siège du désir sexuel. Et ici encore, en l'absence d'une technologie diagnostique qui « permettra de mesurer l'activité physiologique dans les centres sexuels du cerveau » (Basson, 1999, p. 2102), un jour futur³, les chercheur·e·s et clinicien·ne·s se fondent sur des « marqueurs » du désir, à savoir les « pensées sexuelles », les « fantasmes » et l'« autostimulation » (Basson, 1999, p. 2102).

Ce n'est pas le caractère tautologique des définitions et des raisonnements (une diminution du désir sexuel peut être la conséquence d'une carence en androgènes, laquelle se diagnostique cliniquement par une

3 L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle nourrit l'espoir de certain·e·s spécialistes de médecine sexuelle de parvenir à ce résultat. Des chercheur·e·s genevois·e·s ont d'ailleurs déjà annoncé être parvenu·e·s à « cartographier » les « troubles du désir féminin » dans le cerveau (Bianchi-Demicheli, 2011). Voir aussi à ce propos Vuille (2014 et 2018).

diminution du désir sexuel) qui vaut au modèle de Basson d'être appelé « circulaire ». C'est la rupture qu'il marque avec la linéarité des modèles classiques de la « réponse sexuelle humaine ». Basson prétend que, chez les femmes, le désir ne se présenterait pas comme l'étape initiale qui précède l'excitation sexuelle. Les différentes dimensions de la « réponse sexuelle » (désir, excitation, plaisir) seraient plutôt intégrées dans un flux circulaire: une femme peut s'engager dans une interaction sexuelle pour d'autres motivations que le désir, mais une excitation peut néanmoins survenir en cours de route et déboucher sur un orgasme ou sur d'autres états de gratification émotionnelle (par exemple un sentiment d'accomplissement ou un soulagement), ce qui favorise sa disposition à renouveler l'expérience par la suite. Ce dénouement positif de l'interaction sexuelle prouverait que « les facteurs étiologiques physiques et psychologiques s'entremêlent et se mélangent plutôt qu'ils ne s'additionnent » dans la sexualité féminine (Basson, 2002, p. 25).

Mais les « facteurs » de la sexualité des femmes sont-ils vraiment intégrés dans le modèle de Basson? Celui-ci représente-t-il réellement un progrès dans la connaissance de la sexualité féminine, voire une avancée féministe, comme certaines auteures l'ont suggéré (Wood *et al.*, 2006)? Ne serait-il pas plutôt un assemblage hétérogène d'idées anciennes (puissant dans une culture et un ordre social qui impose une moralité sexuelle plus stricte aux femmes qu'aux hommes) et de motifs nouveaux (les métaphores florissantes des neurosciences)? De fait, un examen attentif des textes de Rosemary Basson révèle la prégnance de conceptions stéréotypées et empreintes de conservatisme moral, enrobées dans le vocabulaire et la grammaire de la langue scientifique en vogue.

Le modèle circulaire part donc du postulat, présenté comme un fait (serait-ce un constat clinique? le résultat d'un sondage auprès de la patientèle? une vérité d'évidence?) que, chez les femmes, « le désir sexuel est une raison ou une incitation inhabituelle pour initier ou accepter l'activité sexuelle » (Basson *et al.*, 2003, p. 229). Contrairement aux hommes, la majorité des femmes n'éprouveraient que peu souvent, voire pas du tout, de désir spontané caractérisé par des pensées ou des fantasmes sexuels ou par un besoin sexuel d'autostimulation. Chez elles, ce qui tient lieu de « force motivationnelle permettant de capitaliser sur la capacité à répondre aux signaux sexuels » est, en l'absence d'un « besoin sexuel inné », le désir d'augmenter

« l'intimité émotionnelle » avec leur partenaire (Basson, 2001, p. 396). Le désir sexuel en tant que force individuelle autonome, tel que les hommes l'éprouvent, trouverait ainsi chez les femmes son pendant dans le besoin et la recherche d'intimité émotionnelle avec le partenaire. Dans un raisonnement une nouvelle fois circulaire, Basson postule que le désir des femmes a pour point d'origine l'intimité émotionnelle, laquelle est aussi la « force motrice légitime » (*legitimate driving force*) du désir féminin, l'élément renforçant (*enhancing*) du désir et sa finalité ou son point d'arrivée (*overall goal*). Pour le dire autrement, « [c]e modèle suppose un type de désir réceptif découlant d'une excitation qui elle-même résulte du choix délibéré de repérer des stimuli sexuels et d'y être réceptive » (Basson, 2001, p. 396).

On voit mal en quoi cette compréhension innove, puisque, selon le sociologue et historien Jeffrey Weeks, « [d]epuis le XIX^e siècle, le point de vue conventionnel a consisté à envisager la sexualité féminine comme radicalement différente, mais fondamentalement complémentaire, de la sexualité masculine : réactive, réceptive, animée uniquement par quelque « instinct de reproduction » ou par le baiser expert de l'amant : l'homme » (Weeks, 2014, p. 80). Ici, le désir des femmes est une fois de plus présenté comme passif, réactif, complaisant, situé du côté de l'émotionnel, de l'amour, de la tendresse, alors que le désir masculin reste spontané, inné, autonome, peu ou prou assimilable à l'excitation (qui elle-même se confond implicitement avec l'érection) et indépendant des sentiments. Le rejet des schémas linéaires de la « réponse sexuelle » de Masters et Johnson ou de Kaplan, pour les seules femmes, renforce la démarcation entre la sexualité « impulsive », « mécanique » des hommes et la sexualité « psychologique » ou « relationnelle » des femmes.

Cette modélisation prend acte du fait que les femmes, plus souvent que les hommes, s'engagent sans désir dans une relation sexuelle. Plutôt que de chercher la cause de cet écart dans un rapport social inégalitaire entre les sexes et dans les représentations et les arrangements sexuels qui en découlent, Basson et ses émules l'arriment à une psychophysiologie spécifique des femmes. En conséquence, par un processus de naturalisation récurrent à travers l'histoire, l'un des résultats de la domination des femmes (en l'espèce, des relations sexuelles consenties plutôt que choisies) est perçu comme sa cause (un désir sexuel fugace, voire introuvable).

Basson estime que le fait de présenter son modèle aux patientes est thérapeutique en soi, car cela modifie leur état d'esprit vis-à-vis de la sexualité et les fait rentrer dans la « normalité » : elles cessent de se sentir inadéquates d'éprouver peu ou pas de désir sexuel spontané et acceptent leur besoin de « stimuli utiles » et « l'importance extrême de l'intimité émotionnelle, étant donné que c'est là leur principal moteur (*driving force*) » (Basson, 2001, pp. 402-403). Que l'« intimité émotionnelle » – masque terminologique sous lequel on aura reconnu l'amour – soit le moteur fondamental de la sexualité féminine est un postulat (une affirmation non démontrée) central dans la modélisation de Basson. Le caractère normatif, prescripteur de comportements de ce modèle transparait dans les appréciations attachées à cette notion centrale : « facteur motivationnel très valable (*highly valid*) », « légitime » (Basson, 2001, p. 397 et p. 400), permettant au cycle sexuel de se dérouler « d'une manière positive, saine » même en l'absence de désir spontané (Basson, 2002, p. 26). Si de tels modèles scientifiques sont « des objets culturels qu'il est important de critiquer » (Dussauge, 2015, p. 263), ce n'est pas seulement en raison de leurs fautes logiques, mais aussi de leur normativité.

L'APPÉTIT VIENT EN MANGEANT : LE DISCOURS EXPERT

Les sexologues nouvellement certifié·e·s ou qui se tiennent au courant des derniers développements de leur discipline connaissent le modèle de Basson et y recourent pour expliquer les « troubles du désir » présentés par leurs patientes. Dans une enquête sur la prise en compte de la sexualité lors des consultations gynécologiques, une équipe de psychologues a rencontré 30 gynécologues de Suisse romande, dont une minorité étaient formé·e·s à la sexologie. Interrogé·e·s à propos des « troubles du désir » des femmes, les gynécologues sans formation sexologique tendaient à minimiser l'importance de l'absence ou de la baisse du désir sexuel. Ces praticien·ne·s évoquaient la nature fluctuante du désir et attribuaient sa diminution aux multiples charges familiales et professionnelles qui pèsent sur les femmes, les empêchant de disposer de temps pour elles-mêmes. Les auteures de l'étude commentent : « Ces explications étaient plutôt simplistes comparées à celles des gynécologues formé·e·s en sexologie. En fait, elles mentionnaient

un seul facteur causal, se focalisant sur la femme sans considérer la relation interpersonnelle – le partenaire. Alors que, pour expliquer les troubles du désir, un gynécologue formé en sexologie citait le modèle de Basson pour illustrer la complexité de la réponse sexuelle des femmes. » (Schweizer & al., 2013, p. 182). Le modèle de Basson apparaît à leurs yeux comme une avancée dans la connaissance de la sexualité féminine, par rapport aux modèles antérieurs.

Les usages de cette nouvelle modélisation rencontrés à l'occasion d'une recherche sur la médicalisation de la sexualité féminine conduite en France et en Suisse romande⁴ mènent à une évaluation bien différente. Une gynécologue française tenait par exemple les propos suivants lors d'une conférence destinée aux patientes d'un service de sénologie et à leurs conjoint·e·s. Chez l'homme, expliquait-elle, le désir sexuel est « plus naturel » et « très linéaire ». « La femme, c'est *mille* fois plus compliqué. Ce n'est pas linéaire, c'est circulaire. Le désir sexuel chez la femme peut arriver à n'importe quel moment de la phase » du cycle sexuel. La femme peut ne pas avoir envie, mais parce qu'elle est « très gentille », elle est d'accord et le désir vient. La conférencière ajoutait que « la carte d'identité sexuelle féminine » n'est pas la capacité à jouir et à vouloir des relations sexuelles, mais la capacité à séduire l'autre⁵. L'allusion au modèle de Basson est évidente dans ces propos, même s'il n'était pas nommé. La nouvelle dichotomie qu'il offre entre désir masculin linéaire et désir féminin circulaire venait conforter d'autres oppositions stéréotypées : entre la franche simplicité de la sexualité masculine et l'indéchiffrable complexité de la sexualité féminine, entre spontanéité et réactivité sexuelle, entre initiative et attente, entre séduction active et séduction passive, etc. La sexologue faisait rire la partie de son public qui ne demandait qu'à recevoir la confirmation, de la part d'une experte reconnue de la sexualité, que les hommes viennent de Mars et les femmes de Vénus⁶. Dans cet exemple, le modèle de Basson, censé apporter une vision novatrice de la sexualité féminine, venait au

4 Recherche « Désir en échec ? » mentionnée ci-dessus dans la note 2.

5 Conférence lors du colloque « Cancer du sein et relations intimes. Quelles conséquences pour le couple ? » Centre hospitalo-universitaire vaudois, Lausanne, 9 octobre 2014. Les passages et les expressions entre guillemets sont du verbatim, les autres de la paraphrase.

6 Pour reprendre le titre du premier ouvrage à succès de l'essayiste américain John Gray. Paru en 1992, *Men are from Mars, Women are from Venus* (*Les hommes viennent de Mars, les femmes viennent de Vénus*) connut des tirages immenses dans de nombreuses langues.

contraire étayer une représentation « du sexe » (dans le double sens de la division de l'humanité entre deux sexes et de la pratique sexuelle) bien établie depuis l'époque moderne.

L'une des sexologues romandes interrogées dans son cabinet en Suisse romande évoquait le modèle de Basson en le réinterprétant d'une manière « classique ». Il servirait selon elle à faire la part entre désir et plaisir : les femmes peuvent fort bien ne pas désirer spontanément des relations sexuelles mais, une fois qu'elles y ont été poussées par leur partenaire, éprouver tout de même du plaisir⁷. La théorie de Basson permet à une autre sexothérapeute de rassurer ses patientes qui craignent de souffrir d'un « trouble du désir ». Elle leur explique qu'il est normal pour une femme de ne pas avoir de « désir sexuel spontané », que ce n'est pas un trouble pour autant qu'un peu de désir surgisse « après coup », c'est-à-dire pendant le rapport sexuel⁸. Dans ces exemples aussi, le modèle de Basson, loin d'instaurer une rupture avec une compréhension « simpliste » de la sexualité féminine, conforte au contraire des idées culturellement ancrées et renforce les clivages entre désir sexuel masculin spontané et désir féminin réactif. Ce faisant, il vient apporter une caution scientifique à la naturalisation de différences entre femmes et hommes en matière de sexualité, voire renforcer l'idée que les femmes doivent être « éveillées » à la sexualité par un partenaire masculin, bon gré mal gré.

Ces observations coïncident avec celles réalisées par Andrea Lutz auprès de membres de la Société suisse de sexologie (SSS), médecins et non-médecins : « Les sexologues estiment que la « Nature » des femmes est de ne pas être désirantes et actives. Lorsqu'elles le deviennent, c'est à travers un apprentissage. L'idée selon laquelle le désir sexuel des femmes relèverait davantage du sentiment, de l'amour et du relationnel est aussi ressortie à plusieurs reprises. » (Lutz, 2012, p. 77). « Nature » – souvent définie en référence avec la « fonction reproductrice » des femmes et la fluctuation de leurs hormones au fil des âges de leur vie – et psychologie se trouvent également réunies dans l'explication du moindre désir sexuel des femmes que la sexologue genevoise Juliette Buffat,

7 Entretien avec une psychologue-psychothérapeute et sexologue (cabinet privé), 30 octobre 2015.

8 Entretien avec une psychologue-psychothérapeute et sexologue (cabinet privé et consultations hospitalières), 27 novembre 2014.

psychiatre et psychothérapeute, propose dans un ouvrage destiné au grand public. À un mari frustré par le manque d'envie sexuelle de son épouse, elle explique que « physiologiquement une femme produit dix fois moins d'hormones stimulant le désir sexuel que l'homme, et qu'elle a donc besoin de plus de démonstrations d'amour et de tendresse pour compenser » (Buffat, 2014, pp. 133-134). Les manifestations de tendresse de l'homme pour sa partenaire tiennent en quelque sorte lieu de traitement substitutif au déficit hormonal féminin. Psychologie et endocrinologie ne sauraient faire plus parfaite alliance. Mais cette instruction fournie au conjoint témoigne aussi de la persistance du rôle de la sexologie dans la préservation de la « santé » du couple conjugal et d'un ordre moral hétérosexuel (Garibian, 2018).

**« CE SOIR, IL VA FALLOIR LE FAIRE » :
L'EXPÉRIENCE DU MANQUE DE DÉSIR SEXUEL
RAPPORTÉE SUR DES FORUMS INTERNET**

92 Le dernier corpus mobilisé est constitué par des discussions sur des forums Internet initiées par des femmes estimant souffrir d'un manque de désir sexuel. Internet est constitué d'un ensemble varié de dispositifs d'information et de communication, si bien que la recherche en sciences sociales l'appréhende tantôt comme un espace social, tantôt comme un médium, tantôt comme une technologie, très rarement sous ces différentes facettes simultanément (Cavanagh, 2007). Ses dispositifs les plus orientés vers les interactions sociales sont eux-mêmes diversifiés, par exemple du point de vue du mode d'accès (privé comme le courrier électronique, semi-public comme les listes de diffusion ou public comme les forums), du système de discussion (écrit, audio/visuel, multimodal) ou encore de leur caractère synchrone (comme le chat) ou asynchrone. Les forums thématiques de discussion constituent un type de communication dans lequel les interactions sont asynchrones et médiatisées par l'écrit électronique (Beaudouin & Velkovska, 1999). En outre, dans le cas qui nous occupe, les forums investigués sont purement textuels, si l'on excepte les émoticônes, et non multimodaux comme le sont d'autres dispositifs d'Internet (par exemple les blogs qui peuvent contenir des images, des enregistrements audio et des vidéos). Les témoignages issus d'Internet présentés ici ont de ce fait été traités comme les

articles scientifiques et les énoncés d'entretiens discutés dans les parties précédentes, à savoir comme du texte pouvant faire l'objet d'une analyse de contenu.

Cinquante discussions issues de trois sites (le site suisse *aufeminin.com* et les sites français *doctissimo.fr* et *psychologies.com*) ont été analysées⁹. Les échanges sont structurés de manière semblable sur les trois forums, avec toutefois un nombre d'échanges et de participant-e-s plus restreint sur *psychologies*. Les initiatrices des fils de discussion sont souvent des nouvelles venues sur le forum ; elles viennent témoigner de leur état dans une recherche de partage d'expérience et de solutions. Les participant-e-s, dont une majorité se présentent comme des femmes¹⁰, se répartissent entre novices et habitué-e-s¹¹, ces derniers et ces dernières intervenant souvent sur plusieurs fils de discussion. Les forums consacrés au désir sexuel féminin se restreignent au soutien mutuel plutôt qu'ils ne débouchent sur la constitution d'une expertise cumulée (Akrich & Méadel, 2009).

Le sujet de chaque discussion est indiqué par un titre donné par son initiatrice. Les titres explicitent le problème (« je ne satisfais plus mon copain au lit » ; « plus envie ou presque » ; « bug niveau sexe » ; « problème ! perte de libido et pénétration difficile » ; « pas de libido mais envie d'un bébé »), parfois sous forme de question (« incompatibilité sexuelle ou autre problème ? » ; « pourquoi je n'ai pas envie de mon

9 Je remercie Anne Baptiste, Melissa Cavallo et Cécile Greset qui ont constitué chacune une base de données et effectué une première analyse lors d'un séminaire de master en études genre à l'Université de Genève. Les mots clés « femme baisse désir » ont permis à l'une d'elles d'obtenir, en mars 2016, quelque 457 000 résultats avec le moteur de recherche Google. Les deux premiers résultats renvoyaient à des articles postés respectivement sur le site *aufeminin* et *doctissimo*. Les étudiantes ont sélectionné les discussions par date (ne retenant que les discussions datant de moins d'un an pour deux forums, moins de cinq ans pour le troisième) et ont éliminé les discussions initiées par des hommes. Réunis, les trois corpus ainsi constitués représentent plus de 300 pages. Le codage utilisé reprend l'initiale du forum et le numéro du fil de discussion : AF[1-14] (*aufeminin.com*, discussions numérotées de 1 à 14), D[1-15], *doctissimo.fr*, 15 discussions) et P[1-21] (*psychologies.com*, 21 discussions). Lorsque les propos cités ne sont pas ceux de l'initiatrice du forum, le pseudo de l'internaute complète le code. J'ai corrigé l'orthographe des citations.

10 Les internautes peuvent endosser en ligne une identité sexuelle différente de leur identité hors ligne. Il est toutefois peu probable que cela se produise dans ce type de forums. Par ailleurs, ce n'est pas une spécificité de ce médium : les auteur-e-s de romans et même d'articles scientifiques peuvent aussi masquer leur identité réelle.

11 Ainsi, une initiatrice et plusieurs participant-e-s aux discussions sur *doctissimo* sont des « doctinautes d'argent », c'est-à-dire des personnes qui ont posté au moins 500 messages sur le site avec un même pseudo.

mari...»). L'exposé du problème est souvent assorti d'une information supplémentaire, telle que l'âge de l'initiatrice (« 32 ans et libido zéro!!!! »; « à 18 ans, je n'ai plus aucune libido »), la durée du problème (« plus de désir sexuel depuis 5 mois ») ou le moment de sa survenue dans un cadre relationnel (« plus de sexe après 10 ans de vie commune »), une attribution causale (« après l'accouchement... »; « baisse libido et ménopause »), ou encore les effets du problème (« il est frustré, je suis désespérée... »; « baisse de libido, sentiments qui se dissipent »; « libido zéro – mon homme ne comprend pas »).

Le profil sociodémographique des personnes qui interviennent sur ces forums nous échappe. Elles évoquent rarement leur métier ou leur lieu de résidence. Elles indiquent par contre souvent leur âge, leur situation maritale et de cohabitation, le nombre et l'âge de leur(s) enfant(s). Elles s'auto-définissent par le relationnel et le familial plutôt que par le professionnel. Les initiatrices de discussions qui indiquent leur âge ont entre 18 et 45 ans, dont les trois quarts entre 18 et 30 ans. Elles sont en couple hétérosexuel, généralement cohabitant. La durée de la relation avec leur partenaire est souvent déjà longue: entre un et cinq ans pour la plupart d'entre elles, jusqu'à quinze ans et plus pour les autres. Les descriptions de la qualité de cette relation sont assez pauvres, ces femmes se focalisant sur l'absence ou la baisse du désir qu'elles considèrent comme un problème individuel plutôt qu'un problème de couple. Plus précisément, de leur point de vue, ce n'est pas un problème *de* couple (il reste individuel), c'est un problème *pour* le couple, c'est-à-dire un problème féminin qui menace l'existence du couple hétérosexuel.

Comment ces femmes en arrivent-elles à se considérer comme souffrant d'un déficit de désir? Les unes déclarent ne pas ressentir de désir sexuel du tout. Pour d'autres, c'est le déséquilibre entre la fréquence de leur envie de rapports sexuels et celle de leur partenaire qui les amène à se sentir à la traîne et « donc » en manque de désir. D'autres encore prennent comme norme de fréquence des rapports sexuels la routine antérieure du couple, celle de la phase de la mise en couple, ou celle qui a précédé la naissance des enfants: « La première année tout allait bien on faisait ça tous les jours, n'importe où, n'importe quand » (D7) ou « Avant mes grossesses on le faisait pratiquement tous les jours » (aurel2901, D5).

Les femmes qui témoignent ont la plupart du temps une hypothèse quant à la cause de leur manque de désir. Les suites de couches et le

fait d'avoir des enfants en bas âge sont souvent invoqués : « J'ai l'impression que "j'appartiens" à mon enfant pour le moment et que je dois m'occuper QUE de lui. » (D1) ; « Eh oui je me sens plus mère que femme » (D6). Ce thème de la contradiction entre investissement maternel et investissement sexuel est un attendu dans les discussions sur la baisse du désir. Parmi d'autres auteur-e-s, Michel Bozon a relevé que la procréation est un seuil décisif dans le passage, pour le couple hétérosexuel, d'une situation relativement égalitaire ou indifférenciée en matière de division du travail et d'échange sexuel, vers une situation de différenciation productrice d'inégalité. Les enquêtes sur la sexualité montrent que c'est parmi les couples avec de très jeunes enfants que l'écart entre les attentes des hommes et des femmes en matière de sexualité est le plus fort. Il se produit au moment de l'arrivée des enfants une nouvelle division du travail, « dans laquelle les femmes apparaissent comme les partenaires parentaux et les hommes comme les partenaires sexuels, initiateurs des rapports. Le désir sexuel féminin passe à l'arrière-plan, comme si, après être devenue mère, la femme pouvait se permettre de jouer le second rôle dans la relation sexuelle. » (Bozon, 2004, p. 24). Dans le même temps se met en place une très forte spécialisation de la répartition du travail domestique. L'initiatrice d'une des discussions (D1) se plaint de cette charge domestique et laisse entendre qu'elle pourrait jouer un rôle dans sa baisse du désir (« J'ai une sorte de rancœur, j'ai l'impression de tout faire à la maison, mais c'est normal parce que sinon c'est pas fait comme j'aime... Mais ça me frustre un peu d'un autre côté qu'il ne prenne pas d'initiative, genre passer un coup de balai »). Elle atténue toutefois sa récrimination et la noie dans d'autres considérations, telle sa propre centration sur son bébé (« Je me sens plus "maman" que "amante" ») et sa contraception hormonale (« Je me demande si c'est pas à cause de mon implant contraceptif que j'ai moins envie aussi »). Dans ce cas, considérer la possible « multicausalité » du manque de désir féminin, sur laquelle insiste la littérature scientifique, empêche que le sentiment d'injustice lié au non-partage des tâches ménagères et de la responsabilité vis-à-vis des enfants en bas âge ne supplante le sentiment d'inadéquation personnelle et ne débouche sur la remise en cause de l'ordre familial genré.

Peu d'internautes expriment du regret d'éprouver moins de désir que par le passé. Ce qui les inquiète avant tout est l'attitude de leur

partenaire. C'est moins pour elles-mêmes que pour lui qu'elles cherchent un moyen d'accroître leur désir (« Ça ne me manque pas du TOUT », AF5; « Pour moi, si il n'y avait pas de sexe je serais mieux », AF6; « Pendant l'acte, j'ai hâte qu'il termine », P3; « Je comprends que ça soit dur et frustrant pour lui », AF12). Le partenaire joue d'ailleurs souvent un rôle de déclencheur dans la demande d'aide qu'elles adressent sur le forum, parce qu'il exprime sa frustration, qu'il menace de rompre ou qu'il demande explicitement à sa partenaire de trouver une solution. Les propos de ces forums rejoignent sur ce point les entretiens réalisés en France par David Michels (2013) avec des couples qui recourent aux consultations sexologiques. En dépit de l'égalitarisme prôné dans la plupart des sphères d'activité sociale, dont celle de la sexualité et des plaisirs, ces femmes apparaissent peu soucieuses de leur épanouissement personnel; elles s'inquiètent plutôt de leur normalité, de l'avenir de leur couple, ou encore de leurs projets de maternité et de famille stable.

96

Conséquence de leur malaise et de leur attention aiguë à la frustration de leur partenaire, ces femmes se forcent à avoir des relations sexuelles: « Ça fait 10 ans que je me force à faire l'amour, ça ne me dit plus rien, je peux m'en passer sans problème » (AF8); « C'est juste que je prends sur moi pour le minimum pour pas qu'il aille voir ailleurs non plus... » (D6); « J'en suis venue à faire l'amour pour lui plaire, pour ne pas le blesser. Il m'arrive même de me regarder dans le miroir le soir en me disant ok, je peux le faire pour lui, je suis capable » (AF1); « Dégoût pour mon conjoint et rapports de plus en plus douloureux », « Du coup je me force et c'est super désagréable » (AF5). Pour beaucoup, la sexualité devient une corvée domestique parmi d'autres, parfois même une épreuve: « C'est plutôt une corvée qu'un réel plaisir » (AF11); « J'appréhende même de devoir le faire, je me dit: "ah ce soir c'est sûr il va falloir le faire" » (AF6); « Désormais les rapports intimes sont devenus des épreuves pour moi, je ne me sens plus bien du tout » (AF13).

Il est intéressant de constater que la plupart des internautes qui déclarent se forcer au coût sans envie ont des enfants avec leur partenaire, même si la taille réduite de l'échantillon ne permet pas d'affirmer que la préservation du couple parental est un motif majeur d'aliénation sexuelle des femmes. Quelques-unes sont explicites sur leurs craintes et sont tout à fait conscientes d'échanger de la sexualité contre une

sécurité matérielle ou affective pour elle-même et/ou pour leurs enfants : « Je ne suis pas certaine de pouvoir “survivre” sans personne » (P15); « J’ai peur d’être seule après plus de 9 ans de vie de couple et un enfant, ça me fout le cafard! » (D7). La menace d’une rupture faute de la « coopération sexuelle » attendue d’elles (Bozon, 2018) plane et leur fait d’autant plus craindre une infidélité de leur partenaire. Les femmes qui témoignent sont très conscientes de la norme qui leur impose de poursuivre des relations sexuelles régulières avec leur conjoint et des conséquences sociales de son infraction. En outre, les personnes qui répondent à leurs témoignages ne manquent pas de rappeler la sanction à laquelle s’exposent celles qui ne retrouveraient pas rapidement « leur » désir : « Un homme frustré [...] finit malheureusement souvent dans le lit de la voisine et tu te retrouves soit cocue, soit célibataire. » (Papasse [femme], D1); « Pour info, les hommes ont le plus souvent des aventures extraconjugales durant la grossesse et la naissance d’un enfant. C’est dégueulasse hein? Sauf que le comportement de rejet que tu as vis-à-vis de ton homme légitime l’envie d’ailleurs » (jeanfelix [homme], D1); « Un jour, je l’ai plaquée comme une simple amourette, sans m’occuper des 7 années passées avec elle, je la hais, elle m’a volé mes jeunes années, à me culpabiliser d’avoir du désir [...] elle n’a fait aucun effort et sa psychothérapie n’a rien donné » (loupmarrant [homme], AF6). Le risque d’infidélité s’articule à l’idée de besoins sexuels masculins irrépressibles, profondément ancrés dans leur nature (« Ce n’est pas possible, physiologiquement parlant, de priver l’autre de sexe sous prétexte que l’on n’a pas envie » (gakoo [homme], AF3). Il en va donc de la responsabilité des femmes de se montrer sexuellement disponibles.

Mais si ces femmes « se forcent », c’est aussi parce qu’elles associent étroitement amour et désir, comme si le désir sexuel était le corollaire de l’amour. Certaines semblent ne pas pouvoir dissocier ces deux états ou affects : « J’ai moins envie de mon copain... pas que je ne l’aime pas, au contraire » (D1); « Mais j’aime mon copain, mais l’envie n’est pas là » (P15); « Dégoût pour mon conjoint que j’aime pourtant, rapports de plus en plus douloureux, etc. » (cocckynette06, AF5); « Depuis un moment, je n’ai plus trop envie de lui (pourtant je l’aime). » (D2). Ce « pourtant je l’aime » revient à plusieurs reprises, parfois sous la forme d’une interrogation : « Je me demande si je l’aime vraiment » (AF7); « Je me demande s’il s’agit d’une baisse passagère de ma libido, ou bien s’il faut

que je remette en question notre relation » (AF13). Leurs propos laissent entendre qu'elles se sentent coupables de ne pas éprouver de désir pour l'homme avec qui elles vivent. Quelques-unes l'expriment clairement : « Le sexe ne me manque pas non plus, mais c'est surtout un énorme sentiment de culpabilité que je ressens vis-à-vis de mon compagnon » (AF2).

CONCLUSION

Présenter à la suite ces différents corpus d'énoncés permet de faire apparaître les parentés et les emprunts entre savoirs profanes, professionnels et savants. Tous trois oscillent entre une caractérisation biologique et une caractérisation affective de la sexualité féminine, mue par un désir doublement limité. Limité d'un côté à l'amour et à son encadrement conjugal, qui reste la norme de référence. Limité de l'autre côté par un déterminisme (hormonal, neuronal) qui fait des femmes des êtres en déficit sexuel par rapport aux hommes. Telles sont les bornes de l'espace de jeu dans lequel le désir sexuel des femmes est censé se déployer.

98 La science n'est pas un monde coupé du reste de la société et, en matière de sexualité, ses énoncés se présentent souvent comme « une forme élaborée et travestie de représentation de sens commun » (Giami, 2007b, p. 136). On l'a vu, la théorie de Rosemary Basson n'est pas moins normative que les conseils donnés par les internautes aux femmes en perte de désir. Sa modélisation de la sexualité féminine est chargée de présupposés de genre, de valeurs morales et d'une forme de puritanisme fonctionnel au maintien du couple hétérosexuel, conjugal, monogame. Elle recycle de vieilles idées qu'elle retraduit en termes scientifiques et qui retournent dans les cabinets sexologiques, les ouvrages de vulgarisation et le sens commun sous ces nouveaux atours séduisants.

Les discours des professionnel-le-s de la sexologie révèlent la persistance d'une profonde asymétrie dans la représentation du désir sexuel des hommes et celui des femmes, toutes catégories confondues. Le désir féminin est décrit comme naturellement réduit (pour des raisons hormonales), déclenché avant tout de l'extérieur, par la stimulation d'un partenaire masculin et entretenu par l'affectivité au sein du couple. Non seulement différent, mais moindre et sans autonomie, c'est « un désir subalterne » (Bozon, 2018, p. 315). On en vient alors à s'interroger sur l'utilité de la catégorie de « troubles du désir » pour décrire une

« dysfonction » qui apparaît en fin de compte comme l'état normal des femmes.

Quant à la représentation de la sexualité qui se dégage des discussions consacrées à la baisse du désir féminin sur les forums Internet, elle correspond à un modèle traditionnel, celui d'une relation de couple hétérosexuel et monogame. Ce corpus singulier n'est aucunement représentatif de la manière dont les femmes en couple hétérosexuel, francophones et connectées à Internet vivent leur sexualité. Il donne toutefois une indication de la force des normes de genre qui pèsent sur certaines catégories de femmes, en particulier celles en âge de procréer et d'élever de jeunes enfants. Leur sexualité est alors mise au service de la construction et du maintien de la relation à deux, ainsi que du maintien de la famille, surtout lorsque les enfants sont en bas âge (Bozon, 2004, 2018). Le désir n'a que peu d'autonomie : les femmes qui témoignent sur les forums cherchent avant tout à mettre leur propre désir en phase avec celui du partenaire masculin, qui sert de référence et de norme. L'amour qu'elles portent à leur conjoint justifie qu'elles se plient à la fréquence et aux modalités de son désir. Serait-ce là le triomphe de l'amour ?¹²

¹² *Le Triomphe de l'amour* est une comédie de Marivaux créée en 1732.

CHAPITRE VI

PRATIQUES SOUS SURVEILLANCE : LE VÉCU DE LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION FÉMININE EN SUISSE ROMANDE

ALEXANDRA AFSARY

L'appropriation de la contraception¹ par les femmes et le développement de méthodes efficaces leur permettant de contrôler elles-mêmes leur fécondité ont souvent été analysés comme le « levier » permettant de sortir de la « domination masculine » (Héritier, 1999). Or, cette analyse est controversée. Ce levier resterait surtout « symbolique » et il en résulterait une reconfiguration du genre plutôt qu'une subversion (Bajos & Ferrand, 2004). La diffusion de la contraception médicale, comme la pilule contraceptive, a changé le sort des femmes quant à la maternité. Cette dernière n'étant plus contrainte par un déterminisme biologique faisant d'elle un destin difficilement évitable, l'enfantement devient alors choisi et planifié. Par conséquent, elle se doit d'être tout à fait assumée. Cette reconfiguration consacre ainsi l'émergence d'un nouveau modèle, celui de la « maternité idéale »,

101

1 Dans ce texte, je porte mon attention sur les méthodes contraceptives dites « féminines », c'est-à-dire à destination du corps des femmes cisgenre. Des méthodes, moins nombreuses, à destination du corps des hommes cisgenre (par exemple vasectomie, slip chauffant) existent, mais dans le contexte suisse, elles sont sous-utilisées par rapport aux « féminines ». Néanmoins, l'usage des qualificatifs « féminin » et « masculin » ne doit pas être envisagé dans une symétrie, car la responsabilité en matière de contraception incombe principalement aux femmes et que certaines méthodes masculines sont utilisées et envisagées par celles-ci comme leur moyen de contraception, je pense ici surtout au préservatif masculin.

réaffirmant le primat de la « responsabilité maternelle » (Bajos & Ferrand, 2004, p. 135). L'arrivée sur le marché de la pilule contraceptive a engendré un processus de médicalisation de la question contraceptive (Ventola, 2014) qui n'est pas sans conséquence sur l'autonomie des femmes quant à la gestion de leur fertilité.

Les recherches socio-historiques ont mis en évidence la construction d'une vision pathogène du corps des femmes qui s'est développée au sein de la médecine. Cette dernière est devenue l'un de ses principaux agents de contrôle (Vuille, Rey, Fussinger & Cresson, 2006). La médecine reproductive, en se focalisant sur le corps des femmes via la médicalisation de l'accouchement et le développement de l'obstétrique, a renforcé l'assignation des femmes à la fonction reproductive et à la maternité (Pinell, 2010). La médicalisation de la contraception s'insère dans les mêmes mécanismes. En devenant médicale, c'est dans le domaine de la santé reproductive, historiquement constitué comme féminin, qu'elle est prise en charge (Ventola, 2014). Dès lors, les médecins, en particulier les gynécologues, sont non seulement souvent les prescripteurs et prescriptrices de ces méthodes, mais aussi, et surtout, les garant-e-s de l'organisation et de la distribution de la contraception.

102

Les recherches portant sur l'usage de la contraception médicale constatent qu'aujourd'hui ce serait plus l'arrêt de la contraception que son commencement qui relève d'une décision qui se doit d'être réfléchie (Bajos & al., 2002; Ansellem-Mainguy, 2010). Dans ce contexte, faire usage d'une contraception médicale, notamment la pilule contraceptive qui est, suivant les contextes nationaux, largement prescrite, relève plus d'une imposition que d'un choix (Granzow, 2007) tant et si bien qu'elle fait partie intégrante du script qui définit les femmes hétérosexuelles des sociétés d'Europe et d'Amérique du Nord (Cream, 1995).

Appuyé-e-s par les industries pharmaceutiques, les médecins proposent presque exclusivement des moyens médicaux proposant « une vision mécaniste qui localise le risque de grossesse au niveau de la physiologie individuelle » (Bajos, Ferrand & Hassoun, 2002, p. 45). Un éventuel échec de contraception est dès lors renvoyé à la responsabilité de ses utilisatrices qui sont d'autant plus stigmatisées qu'elles n'usent pas d'une méthode appartenant au champ des possibles de la médecine. En cela, je qualifie ce type de méthode de « respectable » afin de souligner que si la contraception dans notre contexte national et

régional suisse est accessible – bien que non remboursée par les assurances maladie – les modalités qui l’entourent guident tant les conduites qui lui sont associées que le type de méthodes pouvant être labellisées comme « contraceptives ». Lucile Ruault (2015) souligne que les prescriptions en matière de contraception se fondent tant sur des stéréotypes liés à la sexualité en fonction de l’âge des femmes que sur un âge où la maternité est socialement valorisée.

Cette médicalisation de la régulation des naissances a eu comme conséquence de placer les médecins comme expert·e·s en la matière (Memmi, 2003). En Suisse, comme dans beaucoup d’autres endroits, l’accès à la contraception requiert une prescription médicale qui se fait lors d’une consultation, généralement chez un·e gynécologue. Il ou elle devient la clé d’accès à cette contraception « respectable » et surveille en quelque sorte sa mise en œuvre. Cet état de fait participe aux transformations dans l’administration des corps où la tendance est de moins en moins à l’interdit ou à la punition, mais davantage à la surveillance (Memmi, 2004). Dominique Memmi (2004), reprenant le concept de biopouvoir de Michel Foucault, montre que la surveillance des corps passe par un procédé de délégation. Elle conceptualise ainsi une « biopolitique déléguée ». Ce sont les gynécologues qui sont désigné·e·s afin d’organiser et de réguler la stérilité durable ou provisoire des corps. Aussi, cette délégation s’étend aux sujets quant à la gestion de leur propre surveillance par autocontrôle. Ce dispositif de régulation prend la forme d’un « gouvernement par la parole » qui passe par un « contrôle des motifs » et que l’auteure envisage comme une sollicitation biographique (Memmi, 2004, p. 137).

Ce chapitre est tiré d’une recherche qui s’intéresse aux expériences contraceptives dans le contexte suisse romand. La contraception y est définie en termes de technologie du sexe (Foucault, 1976; Manderson, 2012) qui participe au façonnement et aux transformations socio-techniques des corps, des sexualités et des sujets. En ce sens, j’aborde la contraception en tant que technologie non figée, composée d’éléments multiples, porteuse de valeurs et de normes qui sont tant le produit d’un contexte que participant à sa (re)production. L’envisager comme tel permet d’intégrer et de faire dialoguer différents éléments qui la composent, tels que la santé publique, le contenu et le déroulement des consultations médicales, gynécologiques ou de santé sexuelle, les

politiques en matière de prises en charge et d'assurance, la disponibilité des méthodes, les acteurs et actrices impliquées, leurs expériences ou les objets contraceptifs. Les consultations gynécologiques qui constituent l'une des médiations de l'usage des contraceptifs sont l'objet de ce chapitre. Elles sont abordées par le biais des récits de l'expérience qu'en font les femmes. Il s'agit de se questionner sur la façon dont ce mode de régulation des conduites corporelles s'inscrit dans l'expérience des patientes et met en œuvre des procédés de subjectivation. Plus spécifiquement, je m'intéresse aux formes que prennent l'expression des normes en matière de contraception au sein de ces entretiens et comment elles sont incorporées mais aussi réappropriées, voire transgressées par les patientes.

Pour ce faire, je me base sur le terrain ethnographique de cette recherche. Celui-ci est constitué d'observations en consultation de santé sexuelle et planning familial et en consultation gynécologique ainsi que d'entretiens approfondis auprès d'hommes et de femmes. La recherche repose également sur une analyse de sources et de documents variés (des brochures produites par les instances de santé publique, des fils de discussion en ligne sur des pages dédiées à la contraception, des articles de presse, etc.). Ce chapitre se focalise sur une partie de ce terrain ethnographique composé d'une première vague de 12 entretiens approfondis et compréhensifs, basés sur le récit de vie, réalisés avec des femmes ayant la vingtaine et la trentaine et ayant passé la majorité de leur vie en Suisse romande.

104

STANDARDISER, NORMALISER : PRODUIRE DES CORPS CONTRACEPTÉS

STANDARDISER LES CORPS

Solliciter la biographie des individus lors d'une visite gynécologique, c'est se raconter, dire les mots du corps, en identifier les éventuels maux et les manifestations. Mes interlocutrices m'expliquent pour la plupart noter le début de leurs règles dans leur agenda ou sur leur téléphone portable en vue de leur rendez-vous chez leur gynécologue. Les règles, leur fréquence, leur abondance ou encore leur aspect sont des éléments auxquels une partie des femmes que j'ai rencontrées prêtent

attention, car elles savent qu'elles seront interrogées là-dessus. Il est aussi intéressant de remarquer que la préoccupation entourant leur régularité dépasse le cadre de la consultation et est revenu à de nombreuses reprises dans le courant des entretiens. Il est possible de relever qu'une régularité idéale se cale sur un cycle usuel des contraceptifs oraux, soit vingt-huit jours. Laurence Guyard (2010) ayant effectué une ethnographie des consultations gynécologiques en France note l'importance des menstrues dans cet espace. Alors qu'elles sont questionnées sur leurs règles par les gynécologues, les critères saillants pour ces derniers et dernières le deviendront tout autant pour les femmes qui leur donneront de l'importance. Ainsi, la prise en compte et l'évaluation de ces critères durant la consultation contribuent « à renforcer leur caractère normatif » (Guyard, 2010, p. 71). Aussi, mes interlocutrices ont évoqué l'irrégularité de leurs règles comme ayant été un argument mobilisé par leur gynécologue pour les encourager à prendre la pilule – ou à ne pas l'arrêter, mais aussi parfois par elles dans le but de choisir une méthode. Ayant des règles irrégulières, Amy se tourne vers la contraception orale. Or, au bout de deux ans, elle veut l'arrêter car elle a pris du poids. Elle se rend chez son gynécologue et lui expose son problème afin que celui-ci lui propose une autre méthode plus adaptée. Selon elle, « il était assez réticent, pour lui le poids ce n'était pas lié à la pilule mais à l'arrêt de la cigarette [...] il m'a dit : "Je vous préviens, vos règles ça risque de nouveau d'être complètement le cheni" ». Rétrospectivement, Amy m'explique que si au moment de notre rencontre, le fait de ne pas avoir un cycle régulier lui était égal, elle est repartie de la consultation avec une ordonnance pour le renouvellement de sa pilule car elle pensait cette irrégularité comme « pas normale ». Elle a fini par arrêter cette méthode pour la remplacer par le préservatif. Si l'on suit Laurence Guyard, les gynécologues situeraient l'essence même d'être une femme dans leur capacité de reproduction. En ce sens nous dit l'auteur, les gynécologues « affirment que les femmes sont très attachées à leurs règles, qu'il convient de « réguler », afin qu'elles ne présentent pas « une entrave à la féminité » » (Guyard, 2010, p. 71).

Cette prescription de contraceptifs, tant pour les médecins que pour les femmes, renvoie à l'amélioration, la normalisation et à la standardisation corporelle tant au niveau de ces manifestations physiologiques (la régulation du cycle menstruel par exemple) que de l'aspect physique

(traiter l'acné ou la pilosité par exemple). En ce sens, la prescription de contraceptifs se fait relais de normes de genre édifiant le corps des femmes comme requérant contrôle, perfectionnement et addition d'artifices (Vuille, Rey, Fussinger & Cresson, 2006).

PRODUIRE DES CORPS FÉMININS

L'évaluation de l'aspect physique et esthétique du corps s'insère dans le vécu de certaines de mes interlocutrices lorsqu'elles me font le récit de ces consultations. L'épilation du corps, l'attention portée au choix des sous-vêtements afin qu'ils soient « en bon état », pour éviter des remarques, sont tant d'exemples de conduites participant de cette standardisation des corps dans l'espace de la consultation. Ces conduites permettent de mettre en lumière la circulation de normes esthétiques genrées. La consultation devient alors aussi un espace où le genre s'inscrit dans le corps par le biais de prescriptions et de remarques sur l'aspect corporel.

106 À la fin de l'adolescence, Perrine a pris une dizaine de kilos en une année. Elle garde un souvenir difficile de cette période générant beaucoup d'émotions lors de notre rencontre, surtout face à la remémoration de ce rendez-vous chez sa gynécologue, qu'elle n'avait pas revue depuis l'année précédente, et d'où elle est repartie en pleurant et sans jamais y retourner. Quand je lui ai demandé ce qui avait provoqué cela, elle m'explique que la gynécologue lui a dit « que ce serait bien que je perde du poids, que je fasse un effort parce que je suis jeune et que comme ça je trouverai un copain et ça me ferait du bien ».

La lutte contre l'obésité est devenue une préoccupation de santé publique dans les sociétés occidentales participant à médicaliser la corpulence et diffuser un stigma sur la grosseur (Rousseau, 2016). Les préoccupations liées à la surcharge pondérale peuvent répondre aux conséquences négatives qu'elles peuvent avoir sur la santé. Néanmoins, comme le montre Durif-Bruckert (2007), elles sont aussi et plus généralement le produit de critères normatifs mis en lumière par la façon dont notre société se représente le corps gros. La remise à l'ordre à laquelle est confrontée Perrine et l'imposition de normes esthétiques sont remarquablement genrées. En effet, l'injonction de minceur à laquelle elle fait face s'appuie sur la valorisation d'un corps désirable et destiné au regard masculin.

NORMALISER LES SEXUALITÉS

Le couple hétérosexuel semble être érigé comme une source première d'accomplissement, mais aussi comme un marqueur permettant d'évaluer les demandes de contraception. La conjugalité apparaît être une valeur importante circulant dans les consultations que j'ai pu observer et dont m'ont entretenues les femmes que j'ai rencontrées. Lors de la discussion d'ouverture de la consultation gynécologique constituant l'anamnèse, les antécédents médicaux sont passés en revue et la régularité du cycle menstruel évalué. C'est aussi un moment où les médecins posent des questions qui dépassent ce que mes interlocutrices considéraient comme appartenant au cadre « médical ». Comme le dit Marion, « t'as le droit au questionnaire dès que tu vas chez le gynéco ». La nature de certaines questions est jugée hors propos par quelques-unes de mes interlocutrices. Lors d'une visite chez une gynécologue qu'elle rencontrait pour la première fois, Victoria raconte : « Elle était du style assez intrusive dans ton intimité tu vois. [...] on te dit : “mais vous couchez avec combien de mecs ?”, toi t'es là genre “Pardon ? !” [...] puis sur les pratiques que t'as. » Elle poursuit en me disant qu'elle avait « l'impression que c'était des questions de curiosité ou de quoi mettre quelque chose dans le dossier. Mais tu n'es pas à l'aise, t'as un peu le contrôle moral au-dessus de la tête. »

La question de savoir si les femmes sont dans des relations de longues durées avec un homme a été à plusieurs reprises évoquée par mes interlocutrices. À l'instar de Victoria, certaines d'entre elles qui ne se conforment pas au modèle de la conjugalité, par exemple lorsqu'elles ont plusieurs partenaires, se sentent jugées. De plus, il est possible de supposer que ces valeurs conjugales valorisées dans ce contexte participent à renforcer le double standard de sexe sur lequel repose l'hétérosexualité (Déroff, 2007, p. 42). La sexualité, détachée de la procréation avec l'avènement de techniques contraceptives médicales, se doit d'être source de plaisir et de bien-être. Or, cette redéfinition de la sexualité se heurte à des représentations différenciées des rôles sexuels. La sexualité se voit plutôt caractérisée, du moins symboliquement par la conjugalité et la finalité procréative, tandis que la sexualité masculine serait plutôt caractérisée de manière individualiste, dans la satisfaction de besoins physiologiques naturels (Bajos, Ferrand & Andro, 2008).

ÉVALUER LES CONDUITES CONTRACEPTIVES

La sollicitation biographique à laquelle sont soumises les femmes permet la circulation de normes en matière de genre et de sexualité et semble également participer à l'évaluation de la conformité des femmes aux normes en matière de contraception. La pilule a longtemps été le contraceptif légitime par excellence, associée au préservatif au début de la vie sexuelle et des relations, et elle reste aujourd'hui la méthode la plus utilisée², même si les méthodes prescrites en consultation semblent se diversifier, surtout suite à la mise sur le marché de nouvelles méthodes et plus encore suite aux controverses ayant entouré les pilules de 3^e et 4^e générations. Les méthodes promues et utilisées en majorité restent encore celles requérant un passage devant un médecin. Comme le relève Yaëlle Ansellem-Mainguy, « dans ce contexte où la question de la contraception se pose peu voire pas, mais s'impose aux femmes [...] ces dernières n'ont de marge de manœuvre que sur la méthode à adopter » (2010, p. 105).

108 Toutefois, des méthodes et des comportements contraceptifs sont envisagés au sein de la médecine comme plus respectables et légitimes que d'autres et leur usage ainsi que l'adhésion à une conduite permettant leur mise en œuvre influent directement dans l'interaction entre les gynécologues et les femmes venant les consulter. Motivées par une prescription ou le renouvellement de l'ordonnance, il s'agit pour mes interlocutrices « d'obtenir que les choses se fassent » dans l'ordre négocié de la consultation (Strauss, 1992). Il existe pourtant des tensions entre ce que les gynécologues valorisent en termes de conduites et ce que les femmes font et expérimentent dans la pratique et ce qu'elles leur en disent. En conséquence, ces dernières se doivent de montrer une forme d'adhésion à ce qui est attendu d'elles pour atteindre leur but.

Sabine qui, au moment de notre entretien, a 30 ans, a été consommatrice d'héroïne au début de la vingtaine. Alors qu'elle est en centre de désintoxication, elle est enceinte sans l'avoir désiré. L'avortement est planifié, mais la jeune femme fait une fausse couche peu de temps avant. Elle m'explique que le contraceptif hormonal injectable lui a

2 En 2012, en Suisse, 27% des femmes entre 15 et 49 ans prennent la pilule. L'Office fédéral de la statistique (2014), *Statistiques de la santé 2014*, Neuchâtel.

été proposé par le gynécologue qu'elle est allée consulter, sans condition et sans alternative, car « j'étais tombée enceinte, j'étais dans un centre, j'étais un peu toxico et qu'ils [les gynécologues] t'estiment un peu irresponsable ». Cette méthode requiert une visite médicale tous les trois mois pour renouveler l'injection. Si en définitive l'injectable lui convenait, elle a dû la stopper en raison de certains effets secondaires pouvant l'affecter sur le long terme. Comme elle le raconte, le gynécologue lui explique qu'il faut alors envisager le « stérilet vu que vous n'êtes pas capable de prendre la pilule ». Ne se sentant pas à l'aise avec cette idée, Sabine décide de ne pas aller au rendez-vous suivant.

Les médecins attendent des femmes qu'elles aient une compétence contraceptive correspondant « à la capacité à prendre une contraception dépendante des motivations et de la fiabilité des individus » (Ventola, 2014). Ce degré de compétence évalué par les gynécologues sur la base de ce qu'ils et elles savent des patientes, et donc en partie de ce qu'elles leur disent, justifierait le suivi médical ainsi que les restrictions du libre choix. C'est le cas ici de Sabine qui semble n'avoir que peu de marge de manœuvre sur la méthode à adopter et la fréquence à laquelle aller voir son médecin. La contraception injectable est prescrite de façon très marginale en Suisse comme dans la majorité des pays riches. Cette marginalité peut être renvoyée aux ressorts sociaux. Le plus souvent, elle est refusée aux femmes qui en font la demande, mais se voit prescrite, ou plutôt imposée, dans des situations où les conditions et la légitimité à mettre au monde un enfant passent à travers les caractéristiques sociales et culturelles des femmes, notamment en situation de forte précarité économique, de migration ou de fragilité psychique (Bretin, 2004, p. 106). Dès lors, de par son statut d'ancienne consommatrice de drogue, Sabine se retrouve, voire est placée, dans une position où elle n'est que peu en mesure de négocier ses choix reproductifs, que ce soit d'avoir ou non un enfant ou de choisir sa méthode contraceptive.

Au moment de notre rencontre, Sabine suit un traitement de substitution à l'héroïne et m'explique qu'elle n'utilise pas de contraception à chacun de ses rapports sexuels. Quelques mois avant notre entretien, Sabine se rend chez une gynécologue pour une mycose vaginale. Au début de la consultation, la gynécologue procède à l'anamnèse de la patiente. Sabine lui explique qu'elle se protège rarement, qu'elle ne veut pas de la pilule, car elle n'arrive pas à la prendre quotidiennement

et qu'elle redoute le fait d'avoir un stérilet. Il en résulte une remise à l'ordre que Sabine juge infantilisante lorsque la gynécologue lui dit, selon les propos qu'elle rapporte : « Mais vous savez moi je ne serai pas dans votre chambre à côté de vous quand vous ferez l'amour avec votre copain pour dire, attention il faut mettre un préservatif. » S'additionne ainsi à son statut d'ancienne toxicomane le fait que Sabine n'adhère pas à la norme contraceptive, tant au niveau des conduites que des compétences qu'elle sous-tend. En conséquence, l'asymétrie dans la relation de pouvoir en place entre médecin et patiente se renforce sous ce prisme.

Une situation similaire est observable lorsque les conditions à la reproduction et sa légitimité ne sont pas remises en question par des ressorts sociaux et culturels. Ludivine a 31 ans au moment de notre rencontre, elle est mère de deux enfants et tout juste séparée de leur père. Ludothécaire, elle est issue d'un milieu économiquement favorisé, à haut capital culturel. Elle et son ancien partenaire ont pratiqué pendant une grande partie de leur relation la méthode du retrait. Cette méthode a été efficace dans leur cas, car les deux grossesses ont été planifiées et aucune non désirée n'est survenue. Lorsque je lui demande si elle parlait de contraception avec son gynécologue, elle me répond qu'il lui disait « toujours que j'étais inconsciente » et qu'elle vivait cela comme une source de culpabilisation. Ludivine et Sabine résistent à l'usage d'une contraception « respectable », mais elles ne prennent cependant pas une posture de résistance au sein de la consultation en adhérant au principe de sollicitation biographie. Les répercussions de la transparence dont elles font preuve sont tout à fait différentes et mettent en exergue les tenants d'une « contraception stratifiée » (Bretin, 2004) qui touchent les personnes en position de vulnérabilité. Ludivine, bien que remise à l'ordre, gardera une certaine marge de manœuvre dans son choix contraceptif, contrairement à Sabine.

Dans le cas de Sabine, mais aussi dans celui d'autres de mes interlocutrices qui utilisent ou ont utilisé la méthode du retrait, celle-ci n'est pas d'abord identifiée comme une méthode contraceptive, au contraire mes interlocutrices commencent par me dire qu'elles n'utilisent « rien ». Malgré une efficacité expérimentée, elles ajoutent des assertions normatives telles que « ce n'est pas bien » ou « on devrait plutôt mettre des capotes ». Le rôle des gynécologues est à la fois normatif et socialisateur (Ventola, 2014). Ils et elles définissent d'une part ce qui est de l'ordre

du possible et du pensable en matière de contraception, via la légitimité sociale de leur profession (Freidson, 1984) qui leur permet de les envisager en tant qu'« entrepreneur[e]s de la morale » (Becker, 1985) (ils et elles diffusent largement des normes et des valeurs en matière de contraception). D'autre part, à force d'interactions, les femmes incorporent les comportements admis, les codes et le langage médical. Ainsi, les femmes qui n'adhèrent pas aux normes contraceptives en n'usant pas d'une méthode considérée par les professionnel-le-s comme légitime ou en ne se conformant pas au modèle de conjugalité abordé précédemment anticipent parfois les potentiels jugements relatifs à leur choix, même lorsque ceux-ci ont révélé une efficacité expérimentée.

RÉSISTER AUX EFFETS DE LA NORMALISATION

Tout comme elles apprennent ce qui est admissible et valorisé, mes interlocutrices apprennent à mettre en place des stratégies pour se trouver dans une position favorable lorsqu'elles résistent aux normes contraceptives. Ces stratégies visent à ce que la prescription et la consultation se fassent lorsque émerge une tension entre ce qu'elles identifient comme attendu d'elles et ce qu'elles font réellement, autrement dit, entre les compétences attendues en matière de contraception et l'expérience de cette dernière qui s'insère dans un contexte de vie plus large. Je propose d'envisager ces stratégies comme des pratiques de résistance aux effets de normalisation vus précédemment et inscrits dans ce gouvernement par la parole. Ces résistances trouvent leurs appuis sur l'incorporation du fonctionnement du dispositif de régulation d'une part et sur l'objectivisation d'éléments de l'expérience vécue d'autre part.

111

TAIRE OU CAMOUFLER LES DÉCALAGES

En décalage avec un comportement jugé acceptable, certaines de mes interlocutrices choisissent de passer sous silence certains aspects de leur pratique contraceptive ou encore de camoufler leur conduite afin de faire en sorte que la consultation puisse se faire tout en maintenant un statut où elles ont la possibilité de négocier les buts de la consultation.

Olivia a 23 ans lors de notre entretien. Quelques années auparavant, suite à une relation sexuelle sans contraception dont résulte une

grossesse non désirée, elle décide d'avorter. Lors de l'entrevue précédant l'avortement, elle doit expliquer le contexte dans lequel sa grossesse est survenue; elle justifie celle-ci par un préservatif qui s'est déchiré afin de ne pas être remise à l'ordre en montrant que ses comportements s'accordent avec ce qui est valorisé et attendu d'elle. De la même manière, Julie qui a 27 ans utilise depuis un peu plus d'une année, au moment de notre rencontre, la méthode du retrait avec son partenaire et calcule ses cycles menstruels afin d'identifier les périodes fertiles. Elle prenait auparavant la pilule contraceptive qu'elle a décidé d'arrêter. Lors de son dernier rendez-vous, elle explique à son gynécologue qu'elle n'a pas besoin qu'il renouvelle son ordonnance. Le gynécologue lui demande alors si elle se « protège ». Elle m'explique lui avoir répondu: « Oui je me protège ! » et qu'il n'a pas posé d'autres questions. Julie choisit de ne pas donner de détails sur la méthode qu'elle utilise, car « je n'avais pas envie d'en débattre avec lui parce je savais ce qu'il allait me dire [...] j'ai évité le discours qu'il allait me sortir ».

112

Il s'agit alors d'anticiper sur un discours prescriptif ou proscriptif qui serait produit par ce décalage entre comportements valorisés et attendus et ce que les femmes font réellement. La focale posée sur les récits permet de mettre en lumière ce décalage et la façon dont il est vécu par les femmes. Mes interlocutrices ne disent pas ce qu'elles font réellement parce qu'elles redoutent une remise à l'ordre ou que leur autonomie soit réduite par leur gynécologue. Leur comportement reflète que l'incorporation des normes n'équivaut pas forcément à la mise en pratique de conduites permettant leur reproduction. Néanmoins, la mise au jour de ces dissimulations m'amène à souligner le pouvoir tant prescriptif que normalisateur de l'institution médicale au sein de ces interactions sur les vécus corporels des femmes. Ces dernières se modèlent, le temps de l'entretien, sur les attentes supposées de leur interlocuteur ou interlocutrice.

L'EXPÉRIENCE, COMME EXPERTISE, PRODUCTIVE DE RÉSISTANCES

Jusqu'à présent, j'ai montré que les résistances qui émergent au sein de ce gouvernement par la parole résultent de l'incorporation d'une part de son fonctionnement – à savoir répondre aux sollicitations biographiques – et d'autre part des comportements attendus. Les entretiens

que j'ai menés me permettent de relever une deuxième dimension à la réalisation de ces résistances qui prend son assise dans une forme d'expertise profane que je propose d'aborder en termes d'expertise expérientielle. Par là, j'entends que les femmes objectivent certains éléments de leur expérience contraceptive afin d'élaborer une expertise alternative à même de faire contrepoids dans ce mode de gouvernement.

En suivant les récits de mes interlocutrices, il apparaît ainsi que leur système de valeurs, pour reprendre le terme d'Eliot Freidson (1984), se confronte à celui des professionnel·le·s. L'analyse de ces récits permet d'informer sur le contenu de cette structure de pouvoir. Elle montre aussi dans quelle mesure le gouvernement par la parole produit ses propres résistances lorsque les femmes sont invitées à parler.

La plupart de mes interlocutrices ont commencé à prendre la pilule contraceptive durant l'adolescence, dans une temporalité proche de leur premier rapport coïtal. La plupart d'entre elles n'avaient pas connaissance à ce moment-là d'autres méthodes, à part le préservatif. Peu se souviennent avoir été informées lors de cette première consultation gynécologique sur l'existence d'autres méthodes contraceptives, même les plus jeunes d'entre elles. Victoria qui s'est rendue à 16 ans au planning familial, a le souvenir que la pilule lui était présentée comme la seule bonne alternative, comme elle l'explique : « Elle m'a aussi parlé des anneaux, mais c'était plus dirigé vers la pilule. Genre prends la pilule ! J'ai l'impression que je n'avais pas trop le choix. Le choix au niveau des alternatives quoi. C'était la pilule et c'est tout. » Mes interlocutrices semblent ne pas s'être posé de questions : prendre la pilule, c'était « naturel » (Irina), « normal » (Perrine), à l'instar d'Emma qui se souvient en riant qu'adolescente, son gynécologue a ouvert son placard où étaient rangées des boîtes de pilules en lui proposant de choisir une boîte et qu'elle en a pris une de couleur rose. En effet, rétrospectivement³, comme c'est le cas d'autres de mes interlocutrices, elle est réflexive et critique sur cet épisode en expliquant que « ce n'était pas très précis, enfin ouais avec le recul je pense qu'il a été un petit peu trop rapide, pas assez vérificateur de mon état de santé. »

3 Un point de contextualisation de cette remise en cause de l'expertise médicale peut trouver sa source au sein des controverses qui ont entouré les pilules de 3^e et 4^e génération entre la fin 2012 et le début 2013 que je n'ai pas la place de développer dans ce chapitre. Voir Afsary, 2015.

Julie a commencé à prendre la pilule à l'âge de 16 ans « sans trop de questions ». Très vite cette méthode ne lui convient pas, elle l'oublie régulièrement et doit l'additionner à l'usage de préservatifs qu'elle n'apprécie pas. Elle m'explique également avoir des sécheresses vaginales lors des rapports sexuels et une forte diminution de son désir sexuel. Lors des rendez-vous annuels chez son gynécologue pour renouveler son ordonnance, elle lui expose à chaque fois le fait qu'elle n'est pas sûre que la pilule lui convienne pour ces différentes raisons et aimerait connaître les alternatives. De plus, fumeuse elle s'inquiète de l'association de la pilule avec le tabac. En revenant sur ces épisodes où son gynécologue n'entend que peu son malaise, ne l'imputant pas à la pilule et ne lui proposant rien de plus adapté, elle me raconte : « Je pense que ça leur [aux gynécologues] prend moins de temps, que c'est plus simple, dans leur tête ça fonctionne pour tout le monde. Le fait que mon médecin soit un homme, on peut lui en parler mais il n'a pas le ressenti de ce que ça peut faire. On n'a pas parlé d'autres moyens, d'autres méthodes, mon médecin m'a dit : "bon alors c'est la pilule" et puis on n'a pas évoqué d'autres choses même quand je lui parle des effets secondaires peut-être sur ma libido, il s'en fout, il veut m'envoyer chez un psy et pour la clope, il veut que j'arrête. »

114

De son expérience sous pilule, Julie identifie des manifestations qu'elle relie à son mode de contraception et qui deviennent dès lors autant d'éléments qu'elle objective afin de donner sens à cette expérience et s'autonomiser du système de valeur professionnel. En mettant en regard ce cas avec ceux se situant plus au début des biographies contraceptives, je propose d'une part, que les résistances émergent par le biais de l'expérience, mais aussi d'autre part, qu'elles s'appuient sur la socialisation aux consultations gynécologiques. Parce que les femmes apprennent leur déroulement, la position qu'elles doivent occuper et ce qu'elles peuvent dire, la relation qui les unit à leur gynécologue se voit reconfigurée.

Cette expertise expérientielle prend forme aussi par le biais du partage d'expériences entre profanes, qui sont courants dans les récits de mes interlocutrices. Le partage entre paires, via des forums de discussion ou dans les relations amicales par exemple, permet d'appuyer l'objectivation des manifestations corporelles que les femmes relient à leur contraception ou encore de s'informer sur les méthodes contraceptives

et l'expérience qu'en font les autres. Avant de recourir au stérilet, Nina s'est informée sur Internet, elle a abordé cette question avec sa gynécologue qui lui a expliqué que cette méthode ne convenait pas aux nul-lipares. Nina a remis en cause le savoir de sa gynécologue et a décidé d'aller en voir un autre afin d'avoir recours à la méthode de son choix. Perrine, de son côté, qui a pris la pilule pendant plusieurs années, raconte que cette dernière lui procurait des migraines et des sécheresses vaginales, elle explique que son gynécologue « à part me changer de pilule n'a pas donné trop de valeurs à tout ça. Pour lui c'était mieux d'essayer encore et encore plutôt que j'arrête ». En se rendant compte qu'une de ses amies souffrait des mêmes maux, elle choisit de ne plus retourner chez son gynécologue et d'arrêter sa pilule.

REMARQUES CONCLUSIVES

L'analyse des récits que font les femmes de ces consultations, expérimentées avec plus ou moins de régularité, permet d'avoir accès à l'invisible du cabinet. Cette analyse a permis d'explorer le contenu normatif des consultations gynécologiques, du point de vue des patientes, dans le contexte suisse romand. J'ai montré que la prescription de la contraception, qui sert de dénominateur commun à chacune de ces expériences médicales met en jeu plusieurs dimensions dans la production des subjectivités. Je me suis focalisée sur la question de l'échange rapporté ayant lieu entre mes interlocutrices et leur gynécologue, pris comme une invitation à se raconter afin de permettre à cette forme de gouvernementalité, où les mots font foi, de se maintenir. J'ai pu dans un premier temps mettre en lumière comment la consultation en tant que médiatrice de la contraception, qui est elle-même une technologie du sexe (Foucault, 1976; Manderson, 2012), façonne les corps aussi bien que les conduites lui étant liées. Les décalages entre comportements attendus par l'institution médicale et ceux rapportés par les patientes, autrement dit ces résistances, m'ont amenée, dans un second temps, à pouvoir questionner le contenu normatif de ces échanges. J'ai montré que si la consultation est un espace de production du genre et des sexualités, elle met en exergue ce qu'est un « bon » sujet contracepté, un individu compétent en mesure de s'auto-contrôler et s'autosurveiller.

Mes interlocutrices se sentent à des degrés différents dépendantes du corps médical, du moins pour avoir accès à cette contraception « respectable » qui est le qualificatif que j'ai à plusieurs reprises choisi pour remplacer « médicale ». De plus, au sein de cette « biopolitique déléguée », le gouvernement par la parole s'appuie sur les sujets qu'elle produit afin qu'eux-mêmes gèrent l'objet à réguler, à savoir leur corps (Memmi, 2004, p. 137). Dans ce contexte, l'autonomie des femmes à choisir une méthode semble se borner au dispositif normatif qui guide le contrôle des motifs et par extension les conduites. Il serait possible de le voir comme productif du genre, participant au façonnement et à la perpétuation de corps féminins disponibles à des relations hétérosexuelles et fécondables au bon moment.

116

C'est au sein de cette interaction entre le ou la gynécologue et la patiente que je propose ainsi de penser la production de ce « bon » sujet contracepté. Comme l'a souligné Judith Butler (2005), les normes constituent le sujet et sont nécessaires à son émergence, tout comme elles permettent la capacité d'agir et leur transgression. En revanche, toutes les femmes ne sont pas égales face aux procédés de délégation de ce gouvernement des conduites et dans la capacité d'agir qui en résulte. Dans le domaine de la contraception, et plus généralement dans le domaine de la médecine, les femmes, en tant que femmes, sont la cible privilégiée de cette délégation. Or, à l'intérieur de cette catégorie, certaines d'entre elles sont considérées plus aptes par la figure régulatrice, le ou la gynécologue, le jugement d'aptitudes étant souvent en lien avec leur appartenance sociale ou leur adhésion aux normes contraceptives. Comme lors du diagnostic d'une maladie, lorsque le ou la médecin ausculte la patiente et entend ses plaintes, afin de conclure quel traitement est le mieux adapté, ici le médecin ausculte le sujet et sa capacité de se gouverner afin de conclure à quel degré il est en mesure de prendre en charge sa contraception.

La relation de face-à-face entre les gynécologues et les femmes est ici appréhendée comme une relation de pouvoir au sens foucauldien et « là où il y a pouvoir, il y a résistance [...] celle-ci n'est jamais en position d'extériorité par rapport au pouvoir » (Foucault, 1976, pp. 125-126). En s'intéressant à ce que les femmes disent de ces consultations, ce qu'elles y font, ce qu'elles révèlent de leur vécu contraceptif à leur gynécologue, j'ai suggéré la façon dont ce dispositif produit son propre

ébranlement. C'est justement à l'intérieur de ces consultations, lorsque la parole sur soi est sollicitée et requise, procédant d'un contrôle des motifs de prescription, que les femmes trouvent des points d'appui afin de mettre en œuvre des stratégies de résistance. Leur terreau est localisé, d'une part, dans l'incorporation du fonctionnement du gouvernement par la parole. Alors que leurs conduites pourraient induire une remise à l'ordre ou les amener à voir leur autonomie contraceptive restreinte, certaines de mes interlocutrices calent leur discours sur celui de leur interlocutrice ou interlocuteur, en ayant appris quel comportement est acceptable. En quelque sorte, elles opinent tout en gardant leur conviction, comme a aussi pu l'observer Dominique Memmi (2004). Par ailleurs, pour reprendre le vocabulaire de Judith Butler (2005), il serait possible de dire qu'elles « performant » le fait d'être ce « bon » sujet contracepté sans pour autant remettre en question le contenu normatif de cette consultation. Autrement dit, elles transgressent la norme de « respectabilité » contraceptive sans subvertir cette forme de gouvernementalité en reproduisant le discours qui est attendu d'elles.

D'autre part, dire les mots du corps, c'est aussi expérimenter ce dernier pour les formuler. De cette expérience émerge une forme d'expertise profane que j'ai qualifiée d'expérientielle, où les femmes objectivent des éléments de leur vécu afin d'élaborer un savoir propre. Dès lors, leur for intérieur s'apparente à une telle conviction qu'il n'est plus question d'opiner, mais de remettre en cause cette figure régulatrice. Certaines femmes changent de médecin, d'autres sortent de l'institution et gèrent leur contraception de leur côté. En analysant le déploiement de ce gouvernement par la parole, Dominique Memmi parle de « procédures visant à favoriser la subjectivation des pratiques corporelles » (2004, p. 301). C'est bien de cela qu'il est question au terme de ce chapitre. Or, ces procédures provoquent les failles du dispositif alors qu'elles sont un outil visant son maintien.

Dans ce décalage aux normes en matière de pratiques contraceptives légitimes, d'un côté certaines femmes les transgressent tout en donnant l'illusion de ne pas se situer en marge, tandis que d'autres s'y placent volontairement. Parmi ces dernières, la mise en marge consiste à sortir de l'institution médicale pour gérer sa contraception ou encore à faire état de ce décalage à leur gynécologue. Au sein d'une interaction, les sujets prennent sans cesse le risque d'être évalués en termes de genre

(West & Zimmerman, 1987, p. 136). Il est dès lors possible de mettre en lumière comment cette biopolitique déléguée de la contraception se maintient à travers l'interaction entre ces deux individus qui la performant, d'une part, pour les gynécologues, en évaluant, prescrivant ou proscrivant des conduites genrées de contraception et d'autres part, pour les femmes en se montrant en conformité avec les attentes sociales en la matière. Cette double dynamique révèle comment les normes ont besoin d'être répétées et entretenues afin que les structures se maintiennent (Butler, 2005), mais aussi comment dans un même temps elle ouvre la possibilité de leur transgression voire de leur subversion. En le disant autrement, elle montre comment ce dispositif de régulation des corps et des conduites à la fois produit des subjectivités éduquées à s'autosurveiller, et à la fois est susceptible de s'effondrer sur lui-même quand il devient une ressource de résistances.

REMERCIEMENTS

118 Je remercie Hélène Martin, Marta Roca i Escoda et un relecteur pour leurs remarques, corrections et suggestions précieuses et utiles sur les premières versions de ce chapitre. Il est basé sur ma recherche de mémoire poursuivie actuellement en thèse de doctorat qui bénéficie du soutien financier de l'Université de Lausanne.

LA GROSSESSE, UNE AFFAIRE DE FEMMES ?

ENJEUX DE GENRE DANS LA PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL AUPRÈS DES FUTURS PARENTS

EDMÉE BALLIF

« Une grossesse se déroule dans un corps féminin » : l'équation qui fait de la personne enceinte un sujet nécessairement féminin semble si évidente qu'elle est rarement questionnée, que ce soit dans le domaine médical, légal, mais aussi dans les sciences sociales. La question de la maternité a profondément divisé les auteur·e·s féministes, notamment francophones, suscitant des réactions allant du rejet à l'idéalisation (Descarries & Corbeil, 2002; Cardi & al., 2016). La grossesse elle-même, symbole en apparence « naturel » de la différence des sexes, est restée souvent absente du débat critique, si bien qu'une analyse de la construction sociale de la grossesse comme événement sexué reste un aspect peu développé des sciences sociales de la reproduction. Dans ce chapitre, je propose d'y contribuer en montrant comment la sexuaction des corps et des rôles sociaux pendant la grossesse est produite et reproduite dans le contexte de la prévention des consommations de tabac et d'alcool.

Dépister et prévenir la consommation de tabac et d'alcool fait habituellement partie du suivi médical des grossesses dans les pays occidentaux et ces thématiques font l'objet de campagnes de prévention ponctuelles par des organismes de santé publique. En Europe comme en Amérique du Nord, le gouvernement contemporain des grossesses est en effet marqué par l'omniprésence de la logique du risque, qui a pour conséquence de confronter les

femmes enceintes à de multiples règles de comportements qui ont pour but de préserver la santé de leur fœtus (Katz Rothman, 1991/1982; Lupton, 1999; Manai & al., 2010). Les substances qu'elles ingèrent (notamment la nourriture, le café, les médicaments ou les drogues) font l'objet de nombreuses recommandations (Oaks, 2001; Lupton, 2012). Les prescriptions concernant le tabac et l'alcool sont des exemples particulièrement intéressants de « règles de la grossesse (*rules of pregnancy*) » (Oaks 2001, p. 19). La manière dont le tabagisme et l'alcoolisme sont socialement construits n'est pas neutre en termes de genre puisque historiquement, la consommation de ces deux substances par les femmes a été significativement plus stigmatisée que celle par les hommes (Oaks, 2001; Armstrong, 2003; Golden, 2005). Explorer les politiques de prévention de leur consommation *pendant la grossesse* permet de mettre en lumière la manière dont ces comportements sont construits comme sexués. Plus précisément, ce domaine me permet de montrer comment la grossesse et les corps enceints sont représentés comme « naturellement » sexués et comment les normes sociales et morales qui les traversent sont invisibilisées.

120 Après une présentation des principales analyses sociologiques et historiques de la prévention du tabac et de l'alcool pendant la grossesse, je montrerai d'abord, en me basant sur le cas de consultations psychosociales pour futurs parents en Suisse romande, comment concrètement les activités de prévention construisent la grossesse comme un événement qui concerne avant tout les femmes plutôt que les hommes ou leur entourage, révélant une lecture sexuée des risques et des rôles sociaux. Ensuite, je montrerai comment la sexuation des corps se traduit par la coexistence de plusieurs représentations du corps enceint et des relations entre femmes et fœtus. Il s'agit de contribuer à une approche non essentialiste de la grossesse et de la catégorie des femmes enceintes, de manière à rendre visible et dénaturaliser les normes de la reproduction, une entreprise que poursuivent les travaux des sciences sociales féministes qui historicisent et contextualisent les catégories de genre et de sexe (Dorlin, 2008; Mottier, 2008; Cardi & al., 2016). Cette réflexion s'appuie sur et prolonge également des réflexions sur la manière dont les discours scientifiques et juridiques sur la reproduction sont empreints de stéréotypes sur les rôles sexués (Martin, 1991; Daniels, 1997, 2008), à l'exemple de travaux sur la procréation médicalement assistée dans le contexte suisse (Engeli & Roca i Escoda, 2012; Bühler, 2016).

Les sources utilisées sont issues d'un travail de terrain que j'ai mené entre 2011 et 2013 dans un service de consultations psychosociales pour futurs parents en Suisse romande, l'Unité périnatale¹, qui regroupe une vingtaine de sages-femmes conseillères et d'assistantes sociales (Ballif, 2014, 2017). La Suisse est connue pour avoir une politique plutôt permissive en matière de régulation sociale de la consommation de tabac et d'alcool (Bütschi & Cattacin, 1994; Pasche & Zürcher, 2011; Joossens & Raw, 2017). Et pourtant, comme je le montrerai, les femmes enceintes sont visées par un message strict d'abstinence par les autorités sanitaires et les professionnel-le-s de la santé. L'Unité périnatale, insérée dans une fondation privée, est intégrée à un programme cantonal de prévention primaire pour la petite enfance; ses activités sont donc subventionnées et les consultations sont gratuites. Selon les discours officiels, le service est ouvert aux « futurs parents », c'est-à-dire aux femmes enceintes et à leur partenaire (homme ou femme). Dans la pratique, trois quarts des consultations ont lieu avec une femme enceinte non accompagnée et la fréquentation du service par des couples homosexuels est très rare. Les entretiens ont pour but d'offrir aux futurs parents écoute, informations et accompagnement et couvrent toute question de santé, émotionnelle ou sociale concernant la grossesse (aucun suivi médical n'y est proposé). Dans le but de comprendre les enjeux de l'accompagnement psychosocial des grossesses, en particulier en termes de genre, j'ai mené des observations de réunions internes au service, de consultations avec des futurs parents, effectué des entretiens semi-directifs avec les professionnelles et collecté des documents internes au service (protocoles) ainsi que des documents mis à disposition des usagers et usagères (par exemple brochures ou flyers) (Ballif, 2017) – c'est la partie de ces sources qui touche au sujet du tabac ou de l'alcool que j'utilise dans ce qui suit.

121

TABAC ET ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE : QUESTIONS DE SANTÉ, QUESTIONS DE MORALE

La problématisation récente de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse, en tant qu'enjeu de santé publique s'est cristallisée

1 Les noms d'institutions et de personnes cités sont des pseudonymes.

dans la seconde partie du XX^e siècle aux États-Unis. La trajectoire sociale de ces deux « problèmes » a suivi une voie similaire : des publications scientifiques ont mis en lumière les conséquences néfastes de ces produits sur les fœtus puis, malgré une absence de consensus au sein de la médecine, des mesures de santé publique ont été prises pour recommander l'abstinence pendant la grossesse. Un décalage s'est ensuite manifesté entre l'incertitude autour de l'impact précis des substances sur les fœtus (notamment, à partir de quelle dose l'alcool et le tabac deviennent-ils dangereux ?) et le caractère affirmatif et définitif du message de la santé publique – ce qui, selon Oaks (2001), Armstrong (2003) et Golden (2005), auteures des principales monographies sur le sujet, s'explique par le fait que la grossesse, et le comportement des femmes de manière plus large, est l'objet d'un fort contrôle social dans le but de préserver la santé des générations futures. Les recherches de ces trois auteures se concentrent sur le cas étasunien ; leurs arguments éclairent pourtant également le cas suisse, puisque les discours problématisant tabac et alcool pendant la grossesse ont circulé au niveau international et ont résonné dans les politiques de santé publique suisses et auprès des femmes enceintes depuis les années 2000 (Schnegg, 2013 ; Hammer & Inglin, 2014).

122

À partir des années 1930, dans un contexte où la consommation de tabac par les femmes augmentait aux États-Unis, quelques recherches médicales ont suggéré que la consommation de tabac pendant la grossesse pouvait avoir des effets négatifs sur la santé du fœtus, notamment en causant un petit poids à la naissance (Oakley, 1989, pp. 312-314 ; Oaks, 2001, pp. 54-55). Les autres conséquences depuis lors fréquemment associées au tabac par la littérature médicale sont un risque accru de fausse couche, d'accouchement prématuré, de décès avant ou après la naissance, de mort subite du nourrisson et de maladies respiratoires ou de l'oreille. La problématisation de la consommation d'alcool pendant la grossesse s'est produite de manière un peu plus tardive sous la forme de l'émergence d'un nouveau diagnostic dans les années 1970. Le « syndrome d'alcoolisation fœtale » a été présenté en 1973 par des chercheur·e·s américain·e·s (Jones & *al.*, 1973) à partir de leur observation de défauts similaires chez huit enfants de mères alcooliques : retards de croissance, troubles du système nerveux central et symptômes physiques (microcéphalie, forme des yeux distinctive, petites

mâchoires, visage aplati, anomalies articulaires et cardiaques, etc.). Le débat sur les effets de l'alcoolisme des parents sur les fœtus n'était pas nouveau (Golden, 2005, pp. 16-34), mais l'émergence du syndrome d'alcoolisation fœtale problématise désormais précisément la consommation d'alcool *pendant la grossesse* et se focalise donc sur le comportement des femmes enceintes exclusivement. Rapidement, d'autres publications ont fait état de cas similaires à ceux décrits en 1973, le volume de publications sur le sujet croissant de manière exponentielle (Armstrong & Abel, 2000; Armstrong, 2003; Golden, 2005). Au fil du temps, le diagnostic a été élargi, incluant un nombre de plus en plus important de symptômes (troubles de l'apprentissage ou hyperactivité par exemple). Toute consommation d'alcool pendant la grossesse, quelle qu'en soit la quantité, est suspectée de créer des malformations.

Pour le cas du tabac comme celui de l'alcool, des controverses sont rapidement apparues dans la littérature scientifique : comment expliquer que de nombreuses femmes fumeuses ou alcooliques donnent naissance à des bébés sains (ce qui fait penser que ces substances seules ne suffisent pas comme facteur explicatif des malformations) ? D'autres facteurs comme l'âge des parents biologiques, leur patrimoine génétique, leurs conditions de vie, la malnutrition ou la co-consommation d'autres substances influencent-ils l'occurrence des problèmes observés chez le fœtus ? À partir de quelle dose et à quel moment de la grossesse le tabac et l'alcool sont-ils dangereux ? Comment exactement ces produits agissent-ils sur le fœtus ? Outre le manque de consensus sur ces questions, quelques études sont venues semer le trouble en affirmant par exemple qu'une consommation d'alcool pendant la grossesse pourrait avoir un effet *positif* sur le sens de l'équilibre ou le comportement des enfants (Kelly & al., 2009; Humphriss & al., 2013). Pourtant, très rapidement, l'abstinence totale de ces substances a été recommandée par les autorités de santé publique, en Amérique du Nord puis en Europe, en suivant le principe de précaution : c'est justement parce que la recherche n'a pas abouti à un consensus sur la dose de tabac ou d'alcool nécessaire pour provoquer des dommages, qu'il vaudrait mieux que toutes les femmes s'abstiennent totalement. Dès les années 1960 donc, des messages de prévention ont pointé les effets nocifs du tabac aux femmes enceintes en Amérique du Nord, relayant un message simple : le tabac est néfaste pour le fœtus. Graduellement, les manuels

d'obstétrique et de conseils aux femmes enceintes ont passé d'une recommandation de diminuer sa consommation de tabac à celle d'un arrêt total à partir de la fin des années 1970 (Oaks, 2001, pp. 62-69). À partir de 1981, le Surgeon General (autorité de la santé publique américaine) a recommandé l'abstinence totale d'alcool aux femmes enceintes, et même aux femmes qui « envisagent une grossesse » (Food and Drug Administration, 1981). En 1984, une loi a imposé des avertissements sur les paquets de cigarettes aux États-Unis; quatre ans plus tard, il en sera de même pour les bouteilles d'alcool. La problématisation de l'alcool a également pénétré dans le domaine judiciaire aux États-Unis, par des mises en accusation de femmes et de mères. En 1990, l'État du Wyoming voit la première inculpation d'une femme enceinte pour maltraitance (*felony child abuse*) en raison d'une ivresse pendant sa grossesse – elle ne sera pas condamnée, faute de preuve (Golden, 1999, p. 284). Plusieurs cas de retraits des droits de garde, d'arrestations, d'incarcérations et d'interventions forcées (césariennes notamment) à l'encontre de femmes en raison de leur consommation d'alcool pendant la grossesse se sont produits aux États-Unis (Holmgren, 1991; McNeil & Litt, 1992; Leonard, 1998). La problématisation de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse aux États-Unis n'est pas une exception. L'Organisation mondiale de la santé recommande depuis 1999 l'abstinence d'alcool et de drogues pour les femmes enceintes (1999, p. 31). Un nombre croissant de pays a suivi cette recommandation, mais d'autres (de même que l'Union européenne) se limitent à recommander une consommation modérée. Au niveau international, si le tabagisme est un enjeu majeur de santé publique, la grossesse n'apparaît que très rarement dans les grands programmes de prévention et dans les législations².

Comment comprendre le décalage entre l'incertitude sur les effets des substances et le caractère strict du message adressé aux femmes enceintes? Oaks, Armstrong et Golden s'accordent pour y voir une forme de « croisade » morale motivée plutôt par des représentations sociales sur la grossesse et le rôle social des femmes que par des faits

2 Pour l'Europe, voir Parlement Européen & Conseil des communautés européennes, 2001; Conseil de l'Union européenne, 2002; Organisation mondiale de la santé, 2003; Commission des communautés européennes, 2007; Parlement européen & Conseil de l'Union européenne, 2014.

scientifiques. Plusieurs évolutions sociales au cours du XX^e auraient favorisé la disciplinarisation des femmes enceintes. Premièrement, la grossesse a été progressivement durant le dernier siècle représentée comme un événement à risque, dans le cadre duquel sont reproduites les injonctions à la responsabilisation des femmes en leur qualité de reproductrices. Deuxièmement, avec le développement des technologies de visualisation et de diagnostic notamment, le fœtus est devenu l'objet d'une attention médicale grandissante (Oakley, 1984 ; Casper, 1998 ; Bitouzé, 2001) et, corollairement, les femmes enceintes se sont vues positionnées comme déjà des mères, dont la tâche principale est d'assurer la bonne santé de leur(s) fœtus (Chavkin, 1992 ; Gardner, 1994 ; Lupton, 1999). Troisièmement, l'accès des femmes aux contraceptifs oraux et la légalisation de l'avortement ont fait de plus en plus sortir les femmes de leur rôle reproductif traditionnel, induisant dans certains domaines des réactions conservatrices visant à ramener les femmes à leurs devoirs de mères dès la conception d'un embryon, comme les recommandations d'abstinence d'alcool et de tabac l'illustrent (Armstrong, 2003 ; Golden, 2005). Ces éléments de contexte permettent de mieux comprendre pourquoi d'autres risques, par exemple environnementaux, ne font pas l'objet d'une problématisation sociale aussi forte et que le comportement des autres personnes concernées par la grossesse (partenaires, membres de la famille, collègues, etc.) soit nettement moins thématiqué par les campagnes de prévention : la grossesse est avant tout une affaire et une responsabilité de femmes.

125

FAIRE DE LA PRÉVENTION, CONSTRUIRE DES RÔLES SEXUÉS

Les observations réalisées à l'Unité périnatale permettent de montrer comment, en contexte et concrètement, les préventions du tabac et de l'alcool pendant la grossesse reproduisent la sexuation des corps et des rôles. Examiner des pratiques permet de complexifier l'analyse, de voir la sexuation « en train de se faire », alors que les sociologues et historiennes citées précédemment s'intéressaient à une politique générale des discours. En premier lieu, je me pencherai sur la manière dont la prévention construit la grossesse comme un événement qui concerne en premier lieu les femmes, par le biais d'une invisibilisation du rôle des hommes et de l'entourage.

Lorsqu'elles rencontrent une femme ou un couple pour la première fois, les professionnelles de l'Unité périnatale consacrent l'essentiel de leur entretien à poser des questions dans le but de connaître le contexte de la grossesse. Un ensemble de points est abordé : la situation professionnelle et financière des futurs parents, les relations de couple, familiales et amicales, le vécu de la grossesse aux niveaux émotionnel et physique ainsi que certaines questions juridiques (droit du travail, reconnaissance paternelle, droit de garde, par exemple). Cet examen « panoptique », selon le vocabulaire foucauldien (Foucault, 1975), place les individus au cœur d'un dispositif visant à embrasser du regard l'entier de leur existence (Ballif, 2017). Les sujets y sont saisis dans leur trajectoire biographique (des éléments concernant leur passé, leur situation présente et leurs projets futurs sont abordés), dans leur globalité (les questions portent aussi bien sur des thèmes psychologiques et sociaux que physiques) et selon leur sexe. En effet, les mêmes questions ne sont pas posées aux femmes et aux hommes. Même si les protocoles sont officiellement construits pour interroger les « futurs parents », toutes les questions ne sont pas posées à la fois aux femmes et à leur partenaire. Dans les consultations observées, l'âge, la profession, la nationalité, l'état civil et le vécu de la grossesse des femmes et des hommes ont été abordés (lorsqu'une femme enceinte était seule, c'est elle qui répondait à ces questions pour elle et pour son partenaire). Mais la plupart des autres questions n'ont été posées qu'en ce qui concerne la femme, comme par exemple les antécédents médicaux ou psychiatriques. Apparaît donc une lecture sexuée des situations et des risques : il s'agit d'investiguer « le contexte » dans lequel la grossesse se déroule, contexte qui est teinté de représentations sur les différences présupposées entre corps et rôles féminins et masculins. On pourrait pourtant penser que les antécédents psychiatriques du partenaire ou ses ressources familiales et amicales peuvent avoir une influence considérable sur le vécu de la grossesse, l'arrivée de l'enfant et sa santé. Mais c'est bien le corps féminin, avec ses possibles antécédents de santé et son métabolisme, qui est représenté comme l'environnement le plus pertinent pour le développement de l'enfant. Ce sont avant tout les ressources de la future mère qui sont l'objet d'une investigation. Cette marginalisation du rôle paternel dans la reproduction avait d'ailleurs bien été remarquée par Daniels (1997, 1999). Partant du constat que la

responsabilité des pères n'était que rarement évoquée en relation avec la santé des fœtus dans le contexte étasunien, Daniels explique cette invisibilisation par certaines représentations sociales de la reproduction : historiquement, la construction du corps masculin a été caractérisée par un déni de ses vulnérabilités ; il a, par exemple, longtemps été présumé que des spermatozoïdes endommagés par des toxines étaient stériles ou trop faibles pour fertiliser un ovule. Si donc une fécondation a lieu, c'est que le spermatozoïde impliqué ne comportait pas de défauts, exemptant le père de tout rôle dans l'apparition de problèmes dans la santé fœtale. De manière plus large, il semble que ce soit non seulement le corps masculin mais l'entier des facteurs d'influence masculins qui soient marginalisés à l'Unité périnatale.

Cette sexuation de l'appréhension des risques pendant la grossesse est particulièrement patente en ce qui concerne les questions sur la consommation d'alcool et de tabac. Ces deux thèmes sont inscrits dans la mission de prévention primaire de l'Unité périnatale et doivent être abordés dans tous les premiers entretiens menés par des sages-femmes (ces dernières effectuant trois quarts des premiers entretiens). Pour ce qui est de l'alcool, selon mes observations de consultations et de réunions entre sages-femmes du service, le « problème » a été traité comme un enjeu interne au corps qui porte la grossesse, et donc comme une question à aborder avec les femmes enceintes : c'est la consommation des femmes qui est à dépister et à prévenir. Plus précisément, les risques liés à la consommation d'alcool ont été abordés uniquement en termes de syndrome d'alcoolisation fœtale : éviter des cas de syndrome est la raison pour laquelle les professionnelles abordent la question et transmettent des informations à tous les usagers et toutes les usagères. Les autres risques liés à l'alcool, par exemple de comportements violents ou dangereux, n'ont jamais été abordés. Cette problématisation de la question alcool-grossesse résonne avec la manière dont le problème a été construit par la santé publique au niveau international : ce qui est à éviter est la malformation fœtale, et le moyen est la recommandation d'abstinence pour les femmes enceintes.

En lien avec le tabac, contrairement au sujet de l'alcool, le comportement de l'entourage a été plus directement évoqué lors de mes observations à l'Unité périnatale, à travers le concept de tabagisme passif. Dans les consultations, la question du tabagisme de l'entourage, et en particulier du

partenaire de la femme enceinte, a été posée – mais uniquement dans les cas où la femme elle-même avait auparavant annoncé être fumeuse. Le premier risque dépisté est donc bien celui lié au tabagisme de la mère, celui de l'entourage venant en second lieu. Cette attention, bien que relative, au comportement de l'entourage correspond à la manière dont le tabagisme a été problématisé dans la santé publique, que ce soit en Suisse ou dans le monde: la consommation active comme passive est objet de prévention, puisque le tabagisme passif a un impact direct sur la santé. Il n'en demeure pas moins que le travail de prévention effectué dans l'Unité périnatale porte en premier lieu sur la consommation par les femmes: une fumeuse est encouragée à diminuer et est orientée vers des services spécialisés, alors que je n'ai pas observé de telle recommandation faite à l'égard d'un partenaire fumeur.

Le matériel de prévention qui circule en Suisse romande, et qui est à disposition dans les locaux de l'Unité périnatale, focalise pour sa part très clairement l'attention sur les femmes. Durant la période de mon travail de terrain, j'ai identifié cinq brochures d'information, toutes éditées par des organismes de santé publique para-étatiques ou des associations médicales, qui concernaient l'alcool pendant la grossesse (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies & al., 2005; Addiction Suisse & Fédération des médecins suisses, 2012), les effets du tabagisme chez les femmes (Etter & Saumaille, 2001) ou les enfants (CIPRET-Vaud, 2012a, 2012b). Par exemple, la brochure « L'alcool durant la grossesse » se présente comme une source d'informations « pour les femmes enceintes, leur partenaire et leur entourage » (Addiction Suisse & Fédération des médecins suisses, 2012). Une seule page pourtant (sur huit) est adressée au partenaire et à l'entourage, auxquels est clairement attribué un rôle d'auxiliaire :

« Attendre un enfant est souvent pour une femme une motivation importante pour être plus attentive à sa santé et changer certaines habitudes de consommation.

Pourtant la responsabilité d'une consommation d'alcool ne repose pas uniquement sur la future mère. En tant que partenaire ou que proches, vous jouez également un rôle important pour sa santé et celle de l'enfant. Ainsi, par exemple, lors d'invitations, pensez à offrir des boissons non alcoolisées attractives. [...]

Comme pour chaque situation où l'alcool peut poser problème, en tant que proche, évitez de culpabiliser la personne qui ne pourrait s'empêcher de boire de l'alcool. Au contraire, offrez-lui votre aide pour réfléchir à sa consommation, encouragez-la à en parler à un professionnel. Proposez-lui de l'accompagner chez son médecin ou auprès d'un service spécialisé en alcoologie si elle le souhaite.» (Addiction Suisse & Fédération des médecins suisses, 2012, p. 7)

C'est bien exclusivement la consommation des femmes qui pose problème, les autres personnes étant seulement invitées à ne pas lui fournir de tentation et l'aider à moins consommer. L'entourage est donc interpellé pour appliquer une forme de surveillance du comportement des femmes enceintes. Ce ne sont par ailleurs pas uniquement les femmes enceintes qui sont visées par le matériel de prévention analysé : les brochures avertissent également les femmes qui *souhaitent* être enceintes des risques liés à leur consommation d'alcool pour une éventuelle grossesse, comme dans les programmes de santé publique étasuniens mentionnés plus haut. La brochure comprend également une page intitulée « Vous êtes une femme », qui précise que les femmes sont « plus vulnérables aux effets de l'alcool que les hommes » et leur recommande de ne pas dépasser un verre d'alcool par jour (Addiction Suisse & Fédération des médecins suisses, 2012, p. 2). Apparaît donc, au-delà du souci d'éviter des cas de malformation fœtale, une morale sexuée qui rend problématique toute consommation féminine d'alcool.

Les brochures concernant le tabagisme pendant la grossesse focalisent elles aussi l'attention sur la consommation féminine. Par exemple, dans la brochure de Stop-tabac (Etter & Soumaille, 2001) intitulée « Et si c'était mieux sans ? Les femmes et le tabac », la partie sur la grossesse porte le titre suggestif « Fumer pour deux... » et est illustrée par le dessin d'une femme enceinte prête à allumer une cigarette. De son ventre provient une bulle contenant le symbole « Interdit de fumer ». Le dessin donne la parole au fœtus, en faisant un être capable de raisonnement qui fait valoir ses intérêts contre le comportement de sa mère. Le texte énumère les risques posés par le tabac : fausses couches, petit poids à la naissance, prématurité et mort subite du nourrisson. Le mécanisme d'action sur le fœtus est également décrit : « La nicotine passe au travers

du placenta, elle est donc absorbée par le fœtus. Une future mère prive partiellement le fœtus d'oxygène. Comment ? Le monoxyde de carbone passe dans le sang du fœtus et peut causer une hypoxie fœtale (le fœtus ne reçoit plus assez d'oxygène). » L'image évoquée par le texte est celle d'un fœtus asphyxié par la faute de sa mère. Malgré l'attention portée à la fumée passive dans la prévention contre le tabac en général en Suisse et au niveau international, dans le cas de la grossesse la responsabilité est entièrement placée sur la femme enceinte et non son entourage : la responsabilité lui est donnée de se tenir à l'écart de ces situations.

La prévention des consommations d'alcool et de tabac n'est donc pas une activité neutre en termes de genre. Ce sont les comportements des femmes qui sont principalement l'objet de surveillance et d'intervention. La philosophe féministe Rebecca Kukla estime que les femmes enceintes sont tenues à des « standards plus élevés de gestion du risque (*higher standards of risk management*) » (2010, p. 325) que les autres citoyen-ne-s, au point que ces attentes sont qualifiées d'« irréalistes » par Ruhl : « Les femmes enceintes [doivent] prendre garde, à chaque seconde de leur grossesse, à tout ce qui pourrait se révéler être un tant soit peu nocif pour leur fœtus », alors que « les femmes ne « contrôlent » pas leur grossesse comme le modèle du risque le suggère souvent » (Ruhl, 1999, p. 110, p. 102 [ma traduction]). Le discours du risque dans les soins prénataux, selon Ruhl, est en fait basé sur une contradiction autour de la notion de contrôle : les femmes enceintes sont censées contrôler leur corps pour éviter les risques, mais sont dans le même temps représentées comme dangereusement négligentes.

« Ce qui est intéressant dans la responsabilisation [des femmes] dans le domaine des soins prénataux, c'est la manière dont elle donne à la femme enceinte à la fois le rôle d'autorité et d'agent pour prendre soin d'elle-même et de son fœtus, alors même qu'elle soutient un sous-texte qui évoque le contraire : la femme enceinte irresponsable qui met en danger la santé et le bien-être de son fœtus. » (Ruhl, 1999, p. 97 [ma traduction])

Les femmes enceintes sont ainsi positionnées à la fois comme protectrices et menaces pour le fœtus (« *[their] fœtus' most ardent protector or its most dangerous threat* ») (Ruhl, 1999, p. 97).

FŒTUS VULNÉRABLES, FEMMES RESPONSABLES ?

Comment cette sexuation de la prévention résonne-elle dans la représentation du corps enceint ? Comment est décrit ce corps – comme une entité unique ou comme l’enchâssement de deux êtres ? Et comment la relation entre femmes et fœtus est-elle représentée en termes de responsabilité et de pouvoir ? À partir d’entretiens avec des sages-femmes indépendantes romandes, Schnegg avait rapporté que « les sages-femmes sont là pour rappeler les intérêts du bébé auprès de la mère. Plus encore, les sages-femmes se désignent comme les porte-parole de la cause des bébés » (2013). La situation à l’Unité périnatale semble moins simple. Les professionnelles se positionnent en effet autant comme les « porte-parole » des fœtus que comme des alliées des femmes.

La figure du fœtus est omniprésente dans le travail de prévention effectué à l’Unité périnatale. En effet, ce sont les fœtus qui sont présentés comme les raisons principales pour cesser toute consommation d’alcool ou de tabac, et non la protection de la santé des femmes. En particulier en ce qui concerne l’alcool, le message de prévention transmis par les sages-femmes aux femmes enceintes se centre sur l’image d’un fœtus directement affecté par la boisson. Voici deux exemples de propos tenus par des sages-femmes à des futures mères ayant affirmé ne pas avoir bu une goutte d’alcool depuis le début de leur grossesse :

Colette : « Le discours maintenant c’est de dire zéro zéro alcool, et puis que le bébé est vraiment dans un vase clos, dans un endroit complètement fermé, donc tout ce qu’il reçoit il le reçoit à la même dose que nous. Si on boit un verre de vin, le bébé avec sa taille à lui il va recevoir la même dose. Et il ne peut pas éliminer comme nous par la peau. Donc ils disent vraiment zéro zéro. » (Consultation avec Colette, notes de terrain, novembre 2012)

Alexandra : « En fait, on a vu que l’élimination de l’alcool chez le fœtus prend trois heures minimum pour que même une goutte d’alcool soit sortie de son corps. Son système hépatique n’arrive pas à traiter cette substance, donc ça tourne en boucle, ça tourne en boucle, ça tourne en boucle. » (Consultation avec Alexandra, notes de terrain, juillet 2013)³

³ Afin de restituer le discours de manière la plus fidèle possible, les propos ont été transcrits dans une forme orale et non corrigés grammaticalement.

L'image évoquée est celle d'un fœtus emprisonné dans un environnement alcoolisé et dont l'organisme n'est pas aussi apte que celui d'un adulte à supporter la substance. Les femmes enceintes sont invitées à les imaginer piégés, par leur faute, dans un bain d'alcool. Selon mes observations, les sages-femmes ont eu tendance à décrire la situation en termes plus pessimistes face aux femmes enceintes que dans les discussions entre elles : si lors de discussions internes elles discutaient du temps nécessaire au fœtus pour éliminer l'alcool de son organisme, face aux femmes enceintes elles ont donné à voir un fœtus incapable d'éliminer l'alcool de son organisme. Il s'agit sans doute pour les sages-femmes d'exprimer des images fortes et marquantes, afin de rendre leur message percutant. La dramatisation des effets sur le fœtus peut dans ce contexte être interprétée comme une volonté de marquer les esprits.

En ce qui concerne le tabac, les images utilisées dans les brochures de prévention présentent elles aussi le corps enceint comme l'agrégat d'une femme et d'un fœtus – le « *unborn-maternal assemblage* » de Lupton (2013) – et positionnent clairement les intérêts du fœtus comme prioritaires. Outre l'image, évoquée plus haut, d'un fœtus exprimant une « interdiction de fumer » à sa future mère, une autre brochure présente un dessin d'une femme enceinte jetant d'une main ses cigarettes dans une poubelle alors qu'elle tient de l'autre l'image d'un fœtus souriant et pouces levés en signe d'approbation (une représentation fœtale fantaisiste mais qui évoque une échographie) (CIPRET-Vaud, 2012a, p. 14). Le fœtus est donc présenté comme la raison, la motivation d'un arrêt de tabagisme, les souhaits ou intérêts de la femme étaient entièrement tus. Au fœtus sont prêtées une volonté et une capacité de l'exprimer. Dans les consultations observées cependant, en contraste avec l'alcool, les raisons qui motiveraient l'arrêt du tabac ont en fait très peu été abordées avec les femmes enceintes. Il semble que la nocivité du tabac soit plus considérée comme un acquis dont le public n'a pas à être convaincu : nul besoin d'évoquer des images choc, il serait suffisamment évident que le tabac est nocif. Et il est vrai que le tabac est un produit dont la consommation est officiellement déconseillée à l'ensemble de la population suisse, contrairement à l'alcool.

Vis-à-vis de cette figure de fœtus vulnérable et fragile, les femmes enceintes sont positionnées comme les principales responsables de la protection de leur futur·e enfant dans les discussions et consultations observées. Et pourtant, en même temps, les professionnelles ont

plutôt fait preuve d'empathie à l'égard des femmes enceintes fumeuses ou consommant de l'alcool. Apparaît là un paradoxe de leur positionnement : tout en étant vectrices d'un message de protection des fœtus, elles ont également défendu les intérêts des femmes enceintes victimes de leur addiction au tabac (fréquemment qualifié de « drogue ») ou de leur ignorance sur l'alcool. Je n'ai jamais entendu une collaboratrice blâmer ouvertement une femme pour avoir fumé ou bu pendant sa grossesse. Au contraire, les consultations observées ont plutôt été l'occasion de rassurer et féliciter des femmes. Une sage-femme a pourtant prôné devant ses collègues, lors d'une réunion observée, une stratégie de culpabilisation des femmes enceintes fumeuse :

Alexandra : « J'ai constaté que ça pouvait aider [les fumeuses] à prendre conscience, de dire "Heureusement que vous le dites, comme ça on peut avertir [les sages-femmes de la maternité] pourquoi le bébé pleure autant, elles peuvent prendre en considération ça, elles sauront que c'est à cause de ça qu'il pleure autant". "Ah, ça fera ça ?" Je dis "Oui, il va être stressé, ça va être un nouveau-né stressé". Et ça j'ai senti que ça les touchait un petit peu. C'est vraiment la prise de conscience ! [...] Ça les aide parfois, de se rendre compte que le bébé il va avoir un sevrage. Ça veut dire qu'il va hurler. Et ça aucune maman veut. Je crois que c'est ça. De savoir que son enfant pleure à cause de ça ! » (Notes de terrain, réunion de sages-femmes, mars 2012)

133

Dans les consultations que j'ai observées avec Alexandra cependant, elle s'est montrée très modérée à l'égard de femmes enceintes fumeuses, les félicitant toujours chaleureusement pour leurs efforts avant de passer rapidement à autre chose, à l'opposé d'une tentative d'en appeler à leurs émotions. À une femme enceinte qui lui a dit culpabiliser de fumer encore cinq à sept cigarettes par jour, elle a affirmé : « Ne culpabilisez pas ! Bébé a besoin d'une maman qui s'aime. Fumez dans l'optique de vous faire du bien, comme quelqu'un qui prendrait un médicament pas très bon » (consultation, notes de terrain, juillet 2013). Cette modération était-elle l'effet de ma présence ? Peut-être. Mais je pense qu'il s'agit sans doute avant tout de la manifestation d'une volonté de pondérer les messages officiels en relation avec la situation concrète des femmes. Plusieurs collaboratrices ont en effet exprimé leur malaise à transmettre un message d'abstinence du tabac qui implique un effort considérable pour des femmes fumeuses.

À l'Unité périnatale cohabitent donc deux figures de fumeuses : la femme victime d'addiction – qui attire l'empathie des professionnelles et les mène à relativiser leur message – et la femme qui choisit librement de fumer – une image valorisée par Alexandra qui relève le « plaisir » de la consommation de tabac. Ces deux figures ont été déjà identifiées par Oaks (2001) dans son analyse de la prévention du tabagisme, qui a relevé que la figure de la victime ne laisse que peu de place à l'autonomie :

« Bien que la rhétorique du choix implique que les fumeurs et les fumeuses aient une agentivité [agency] – le pouvoir de décision et d'action – la notion d'addiction suppose qu'un processus naturel biochimique l'emporte sur cette agentivité. Si nous considérons les fumeurs et les fumeuses comme des drogué·e·s de la nicotine qui sont contrôlé·e·s par leur biochimie, il n'y a aucune place pour leur agentivité positive ou consciente, comme de reconnaître que les fumeurs·euses puissent choisir de fumer parce que c'est une activité sociale agréable, déstressante et qui a du sens. » (2001, p. 134)

134

Oaks critique le fait que les professionnel·le·s de la santé et les messages de prévention se limitent à ces deux caricatures qui ne reflètent pas la diversité des expériences des fumeuses. À l'Unité périnatale, il semble que la convocation des deux figures de femmes victimes ou actrices de leur tabagisme servent le même objectif pour les professionnelles : se positionner comme un soutien pour les femmes plutôt que comme une instance moralisatrice, par opposition selon elles à la rigueur du message de santé publique.

Une lecture des politiques d'abstinence du tabac et de l'alcool pendant la grossesse ne peut donc être limitée à l'hypothèse d'une disciplinarisation des femmes enceintes au nom de leur fœtus. À l'Unité périnatale, l'engagement des professionnelles est double : elles cherchent à se situer à la fois du côté des femmes et des fœtus, ce qui n'est pas sans mener à des contradictions dans leurs activités. La volonté à la fois de transmettre le message officiel de prévention et d'être des partenaires des femmes enceintes mène à une situation paradoxale où les femmes ne doivent pas être culpabilisées mais en même temps aucune liberté de

choix ne leur est présentée. Elles sont victimes de leur addiction mais sont aussi les seules responsables de la santé de leur fœtus. À cet égard, l'absence d'investigation sur le comportement de l'entourage, et notamment du partenaire, est particulièrement frappante : le fœtus apparaît presque uniquement en relation avec sa mère. Que les femmes soient coupables ou victimes, elles sont en tout cas au centre de l'attention.

CONCLUSION

Le cas de la prévention de l'alcool et du tabac pendant la grossesse permet de révéler plusieurs facettes de la construction sociale de corps et de sujets sexués. D'une part, la santé du fœtus est pensée en premier lieu en relation avec son environnement immédiat, lui-même associé au corps *féminin*. Ce corps est représenté comme un lieu de menace pour le fœtus en raison de sa perméabilité. Une représentation du corps enceint comme « indiscipliné (*unruly*) », poreux, facilement corrompu façonne la compréhension occidentale de la grossesse depuis la Renaissance, comme l'a argumenté Kukla (2005). Ancrée dans la crainte que le corps féminin ne produise des monstres, cette image du corps indiscipliné est sous-jacente aux dispositifs contemporains de surveillance et de disciplinarisation des femmes enceintes : il s'agit de maîtriser l'imprévisibilité « naturelle » du processus reproducteur en domptant les comportements jugés inadéquats des femmes. Ce que les femmes enceintes laissent entrer dans leur corps (volontairement ou en négligeant de se protéger) affecte directement le fœtus – toute fonction protectrice du placenta ou de l'utérus étant passée sous silence dans ce contexte.

D'un autre côté, la figure de la femme enceinte est placée devant un impératif de contrôle : si elle ne peut pas, à l'intérieur de son corps, empêcher que son fœtus soit affecté par des toxines, elle se devrait de maîtriser son comportement et de choisir rationnellement son environnement afin de ne pas s'exposer à des produits néfastes. En d'autres termes, les femmes enceintes sont encouragées à se constituer en barrière imperméable pour isoler le fœtus des dangers, en compensation, pourrait-on dire, de leur perméabilité interne. Si la « nature » de leur corps enceint les rend vulnérables, leur raison doit pallier cette faiblesse. Cette interprétation rejoint les analyses de Lupton (1995) et de Ruhl (1999) : le modèle de citoyen·ne promu par la prévention en santé

publique est typiquement le sujet néolibéral autodiscipliné qui doit agir par la raison. La stratégie préventive repose sur un appel à la rationalité des femmes enceintes qui devraient peser les intérêts de leur comportement en regard de leurs conséquences.

En plus de cette analyse de la prévention comme rationalisante, il faut aussi souligner la manière dont la prévention peut faire appel aux émotions: en leur faisant visualiser le mal qu'elles font à leur futur-e enfant, ce n'est pas tant à l'intellect des femmes que les professionnelles font appel mais à leur culpabilité et leurs émotions concernant leur futur-e enfant. Le suivi des grossesses repose en effet très largement sur une norme d'anticipation où les individus sont projetés dans leur avenir – les femmes comme mères, les fœtus comme enfants – et où cet avenir imaginé sert de boussole aux actions dans le présent (Sänger, 2015 ; Ballif, 2017). Les normes de la « bonne mère » sont, par anticipation, appliquées aux femmes enceintes, incitées à sacrifier leur confort et leurs habitudes pour le bien (supposé) de leur fœtus-déjà-enfant, à se renseigner et à se tourner vers des expert-e-s pour orienter leurs actions. Les activités de prévention et de soins déployées autour du corps enceint apparaissent donc comme une matrice qui permet de montrer, en pratique et en contexte, comment se construisent les rôles sexués dans la reproduction.

136

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement Véronique Mottier, les éditrices et une relectrice pour leurs précieux commentaires et corrections sur les premières versions de ce texte. Ce chapitre est basé sur ma recherche doctorale, qui a bénéficié du soutien financier de l'Université de Lausanne ainsi que du Fonds national suisse de la recherche scientifique (bourse Doc. Mobility P1LAP1_148504).

CHAPITRE VIII

LA FABRIQUE

DES CORPS SEXUÉS,

ENTRE MÉDICALISATION

ET PATHOLOGISATION

LA PLACE DU CORPS

DANS LES *TRANS STUDIES* EN FRANCE

ANASTASIA MEIDANI ET ARNAUD ALESSANDRIN

Dans les sociétés occidentales contemporaines, la construction sociale du corps est façonnée par un double processus, celui de sa médicalisation et son corolaire, qui avance comme une condition sine qua non de sa réalisation, le processus de sa pathologisation. Ces formes de gouvernance du corps se déclinent différemment selon les contextes socioculturels et leur degré de médicalisation : elles ne sont pas les mêmes dans les pays du Sud et du Nord de l'Europe, ou encore dans les pays comme la France ou la Suisse. La présente contribution se focalise sur une analyse contextuelle du processus de médicalisation, et de manière concomitante de pathologisation, des corps transgenres en France et propose en conclusion une montée en généralité qui considère ce double processus au-delà de ses spécificités socioculturelles.

D'un point de vue théorique, cette contribution met l'accent sur un courant spécifique des *gender studies*, les études trans. Si les travaux francophones ont pour beaucoup insisté sur les transidentités, analysées sous le prisme de mouvements sociaux (Alessandrin, 2016a; Foerster, 2012), de *cultural studies* (Espineira, 2008; 2015) ou, plus récemment, de sociologie de la santé (Giami, 2011; Alessandrin, 2012; Meidani & Alessandrin, 2017), la sociologie du corps n'a que très rarement été mobilisée pour restituer les expériences sociales des personnes

trans et plus particulièrement leurs expériences de santé et les parcours des soins afférents qui nous intéressent ici. Et pourtant, les corps transgenres font l'objet d'une tentative constante de mise en cohérence (Haroche, 2008) tant du point de vue institutionnel (et leur prise en charge en atteste), que du point de vue biographique (Martuccelli, 2002), ce qui apparaît clairement dans les récits de cette population.

Dans son acceptation critique, la médicalisation est comprise comme un processus institutionnalisé, fondé sur une vision selon laquelle des expériences socialement produites sont considérées comme des maladies biologiques qui nécessitent une surveillance et une intervention médicale (Conrad, 1992; Lippman, 2004). Au sein de ce processus, les médecins jouent un rôle primordial dans les instances dédiées à la gestion des « troubles » liés au corps. Ces professionnel·le·s doivent statuer que les problèmes qu'ils et elles cherchent à traiter constituent effectivement des maladies. Seules ces visions pathologiques et incapacitantes des corps transgenres ouvrent le droit aux prestations de compensation et légitiment l'intervention iatrique. Mais le processus de médicalisation s'actualise aussi à un niveau interactionnel qui opère au sein des relations soignant·e·s/soigné·e·s. Ces interactions sont traversées par des enjeux sociaux qui s'inscrivent dans une dynamique asymétrique et qui se matérialisent à travers les protocoles de prise en charge (Meidani, 2019).

138

Revisitée sous cet angle, l'expérience corporelle se situe fatalement à l'interface des questions institutionnelles, politiques, sociales et subjectives. Toutefois, concernant les personnes trans, ce corps médicalisé (voire pathologisé) a longtemps été subsumé par l'injonction à la normalisation. Les désirs singuliers étaient tus. En sociologie, l'analyse du corps des personnes trans s'est aussi souvent limitée à un corps collectif, celui des associations trans, des mouvements *queers* ou des représentations transidentitaires. En prenant le contre-pied de cette tendance, il s'agit pour nous d'augurer un tournant dans les études trans en nous focalisant sur ce corps porteur et médiateur des normes et des transformations de genre. De ce point de vue, le corps est à appréhender non seulement comme une surface imprimée du social mais également, dans un mouvement parallèle, comme une production de soi (Meidani, 2007; Le Breton, 2016). Ce « tournant corporel » des études trans que nous proposons ici ne relève pas seulement d'un nouvel éclairage de la

question transidentitaire par les concepts d'une sociologie du corps. Plus encore, il s'agira pour nous de saisir les expériences corporelles des personnes trans, à travers une captation du sensible, des pratiques corporelles et des perceptions afférentes. Ce glissement dans l'analyse, au plus près de l'expérience corporelle, autorise à entrevoir le double processus de médicalisation/pathologisation de trajectoires trans à un double niveau. Non seulement sous le prisme macro-politique (par le droit, les mouvements sociaux ou la médicalisation de l'existence), mais aussi d'un point de vue biographique, sans toutefois qu'une rupture nette apparaisse entre les expériences individuelles et les mouvements sociaux de plus grande ampleur. Par ailleurs, ce regard par le corps doit prendre en considération la dimension fortement controversée des prises en charge françaises. Les travaux en la matière (Ayouch, 2015; Alessandrin, 2013; Sironi, 2011) donnent à voir une offre de soins qui ne correspond pas à la demande des personnes trans ouvrant ainsi la voie à des productions corporelles et identitaires innovantes.

D'un point de vue méthodologique, cette contribution prend appui sur trois recherches successives sur les transidentités, réalisées entre 2012 et 2015. La première, une thèse de sociologie sur les mouvements sociaux trans (Alessandrin, 2012) n'a jusque-là été exploitée qu'en termes de controverses politiques, juridiques et sociales. C'est pourquoi nous nous engageons ici dans la relecture des éléments décrits par les 72 entretiens qui mettent en jeu le corps. La deuxième, une recherche sur la santé des personnes trans financée par le Cancéropôle Grand Sud-Ouest en 2013 (Meidani & Alessandrin, 2017) a, quant à elle, plus ouvertement mis la question du corps au-devant par le prisme notamment du risque « cancer ». Une trentaine d'entretiens et une cinquantaine d'heures d'observation constituent le matériau de cette recherche. La troisième, une enquête financée par le collectif International Day Against Homophobia and Transphobia porte sur la transphobie en 2014 (Alessandrin & Espineira 2015; Alessandrin, 2016b) et viendra compléter le matériau à partir des 30 entretiens et 308 questionnaires.

Au travers de ces recherches, nous nous proposons de revenir sur cette tension entre d'une part un corps donné et d'autre part, un corps transformé, modifié, inventé sous l'angle du double processus de médicalisation/pathologisation qui conditionne cette entreprise. Si cette

tension permet notamment de saisir le corps en interaction avec les institutions médicales, elle nous autorise également à appréhender les transitions à travers des interrogations portées sur le corps, dans des formes parfois paradoxales. Ces interrogations oscillent entre une naturalisation des transitions et une lecture constructiviste de ces mêmes expériences, proposées tant par les personnes trans que les soignant·e·s. Dès lors, nous interrogerons la place du corps dans les parcours de transitions du point de vue des personnes concernées, mais également du point de vue des professionnel·le·s impliqué·e·s dans leur prise en charge.

CE QUI EST FAIT AUX CORPS TRANS

140

Si, dans la littérature internationale, la question des corps trans est parfois parvenue à faire surface, c'est notamment dans l'inscription spatiale des corps ou la géographie des transidentités (Doan, 2010 ; 2007), ou encore à travers les monstrations corporelles nouvelles comme celles des masculinités trans (Halberstam, 2005) ou celle de l'homme enceint (Halberstam, 2010). Pourtant, y compris dans les écrits nord-américains, rares sont les travaux portant spécifiquement sur la dimension corporelle des transidentités. Pour les psychologues Mark Finn et Pippa Dell (1999), cette question est même tenue pour invisible. De ce point de vue, les interrogations sur l'identité (Bourcier, 2011) recouvrent souvent celles sur le corps ; et le corps pensé comme construction sociale (Detrez, 2002) subsume le corps perçu comme construction par soi. D'ailleurs en français, ou dans d'autres langues, le terme « corps trans » (Macé, 2010) ou « *trans body* », est davantage présenté comme un fait accompli, un point d'arrivée, bien plus qu'un processus, expérimental et expérientiel¹. Par ailleurs ce même corps a longtemps été saisi du côté du dégoût, de la gêne et de la pathologisation, notamment à travers les écrits médicaux (Espineira, Thomas & Alessandrin, 2013). Dès lors, et les biographies trans en regorgent, le vocabulaire même du « mauvais » corps s'inscrit jusque dans les narrations transidentitaires (Halberstam, 2005). C'est pourquoi il convient de revenir sur ce corps, et dans un premier temps sur la dimension expérientielle d'un corps en devenir.

1 À l'exception marquante du livre *Testo Junkie* de Béatriz Précieado (2008).

CORPS SUSPECTS, CORPS CACHÉS, CORPS CORRIGÉS

De l'école au monde du travail en passant par la famille et la sexualité, tout ce qui n'est pas à proprement parler en conformité avec les normes de genre est observé avec suspicion.

«J'ai toujours eu cette impression qu'on m'observait. Si je jouais avec des jeux de filles petite, c'était étrange pour mes parents, quand je me maquillais c'était étrange pour mes amants, etc. [...] Moi je ne voyais pas toujours où était le problème car j'avais la conviction que ce que je faisais, je le faisais car il s'agissait de moi, de mes goûts, de mes préférences. C'était presque instinctif. D'ailleurs je fais encore ce que j'avais l'habitude de faire lorsque j'étais un homme aux yeux des autres, sauf que là je n'ai plus peur.»
(Jeanne², 47 ans).

Le corps suspect a ceci de particulier : il ne peut se dérober au regard. Au creux de la transidentité, dans de nombreux cas, si l'on met un temps de côté les pratiques de travestissement qui peuvent s'y référer, le *coming out* trans est un *coming out* corporel, scénographié. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que le corps médical entrevoit dans cette mise en scène la preuve d'une démarche consciente et assumée. Nous y reviendrons.

141

«Je préfère ne rien dire à mes enfants pour l'instant. À la maison je suis leur père et je cache mes vêtements, mes maquillages. De même que j'ai décidé de ne pas commencer la prise d'hormones car dans ce cas je ne pourrai plus le dissimuler. Alors je suis Caroline le soir, ou en vacances, ou quand mon ex récupère les enfants. Mais la plupart des gens ne connaissent pas Caroline.»
(Caroline, 40 ans)

Ces tensions entre le dévoilé et le caché, l'affiché et le semblant, soulignent que les corps trans sont des corps corrigés non pas seulement

² Conformément aux règles d'anonymisation, tous les prénoms mobilisés correspondent à des pseudonymes.

par des protocoles de santé, des lois, mais aussi par des injonctions des proches et des autocensures.

Laurence a 33 ans. Elle a fait des études de coiffure, mais ce n'est pas le métier qu'elle exerce. N'ayant pas obtenu de changement d'état civil, elle s'est de nombreuses fois confrontée à l'incompréhension et à la discrimination. En effet, jusqu'à très récemment en France, le changement de la mention du sexe sur les papiers d'état civil était corrélé à une double injonction³. Premièrement la reconnaissance, le plus souvent par des psychiatres habilité·e·s, d'un trouble nommé « dysphorie de genre ». Deuxièmement, un nombre suffisant de preuves attestant que le ou la requérant·e vit bel et bien dans le genre demandé, et notamment une opération « irréversible », entendue par de nombreux tribunaux comme une opération de stérilisation (Alessandrin, 2010). Pour obtenir une opération remboursée par la sécurité sociale, Laurence s'est donc orientée vers un protocole habilité en province.

142

« J'ai dû cacher que j'étais prostituée, que j'étais homosexuelle et que, très sincèrement, je n'en souffrais pas démesurément. Mais voilà, les règles des protocoles en France on les connaît, donc si tu veux, pour ton opération... tu collabores. »

Si les protocoles de soins français ont été abondamment critiqués quant à leur conception éthique (Alessandrin, 2014b) et clinique (Giami, 2011), c'est notamment du fait de la dimension « correctrice » de leurs suivis. Laurence décrit ainsi certaines de ses consultations avec la psychiatre :

« Elle m'a demandé de venir "en femme" (Laurence fait le geste des guillemets) à ses rendez-vous. Pour moi ce n'était pas un problème car je me procurais des hormones depuis longtemps mais pour d'autres c'était un cauchemar. Je les voyais dans la salle d'attente et on parlait ensemble. Elles aussi devaient venir "en femme" alors même qu'on leur refusait encore l'accès aux hormones [...]

» Une fois, j'ai peut-être dit qu'être lesbienne ne me dérangeait pas. Et on m'a répondu qu'on n'était quand même pas là pour faire des

³ La réforme de modernisation de la justice du XXI^e siècle (votée le 18 novembre 2016) déconditionne l'accès au changement d'état civil à des opérations génitales.

homosexuelles mais des femmes. Je m'en souviendrais toujours de cette phrase [...]

» La psychiatre, elle te demande de faire un *real-life* test [test en vie réelle]. C'est-à-dire que tu dois apporter des preuves de ta bonne volonté à être un homme ou une femme normal·e dans la vie normale. »

Le corps suspecté se transforme alors en corps corrigé au bénéfice de la norme. Mais pour que le corps corrigé adienne comme un corps normé, d'autres conditions doivent être respectées, à l'image de celle de la binarité. Une telle normalisation du corps a pour objectif affiché sinon l'intégration, du moins l'assimilation à l'idée de la binarité. Une psychiatre interviewée impliquée dans un autre protocole en France, aujourd'hui à la retraite, revient sur cet élément.

« Notre objectif c'était de faire des femmes et des hommes qui allaient pouvoir s'intégrer dans la société. Pas de faire des marginaux. Ce sont les patients eux-mêmes qui nous demandaient à être normaux. Au début, je me souviens, on avait même considéré qu'un homme trop grand ne pouvait pas devenir une femme et on avait restreint l'accès aux opérations aux hommes de moins d'un mètre quatre-vingt. Aujourd'hui cette règle a disparu. D'autres perdurent comme l'impossibilité d'être une femme transsexuelle et de garder son utérus après la transition⁴. Il faut savoir que nous vivons dans un monde binaire. C'est important si l'on veut s'intégrer. » (Chantal, 65 ans)

143

De la sorte, dans les protocoles comme au quotidien, les gestes et les paroles des personnes trans sont épiés, diagnostiqués, validés ou invalidés, passés au tamis d'une police de genre plus ou moins intransigeante (Esteve-Bellebeau & Alessandrin, 2014). Il en résulte une intériorisation forte de normes corporelles qui procède par effacement de tout signe qui pourrait s'en écarter. « Devenir normale », selon les mots de Léa, 50 ans, reviendrait donc à rendre imperceptible la différence. Mais cette tentative d'invisibilisation cristallise aussi une manière de se

4 Certes depuis novembre 2016 changer de papier d'identité n'oblige pas à subir une hystérectomie. Mais dans les propos de cette psychiatre non seulement cette étape semble nécessaire, mais une « femme transsexuelle » renvoie à une personne née femme, ce qui ne prend pas en considération l'identité de genre de la personne.

protéger de la violence de la transphobie qui guette le moindre geste des personnes trans. Il s'applique donc à l'égard des corps trans une triple injonction à la correction. Une injonction de correction légale et protocolaire, celle imposée par la loi et par les protocoles de soin⁵. Une injonction de correction relationnelle, celle qui fait du genre un processus toujours situé dans des inter-relations. Puis une injonction à soi, un gouvernement du corps en fonction des contextes qui épouse les contours d'une autocensure.

CE QUE FONT LES CORPS TRANS DE CE QUI EST FAIT D'EUX

Aussi institutionnalisée soit-elle, cette mise en vulnérabilité du corps (les discriminations, les stigmatisations, les éloignements des soins) n'est cependant jamais totale. Dans l'hypothèse où l'individu est capable de « faire quelque chose de ce qui est fait de lui » (Esteve-Bellebeau, 2012), les personnes trans – comme de nombreuses autres minorités avant elles – réparent, écoutent, transforment leur corps parfois à contre-courant des attentes sociales. Elles résistent, refusent, négocient les injonctions qui leur sont adressées. Au sein de ce mouvement, les parcours de transition mettent en exergue des trajectoires paradigmatiques de ce contre-pouvoir.

144

CORPS TRANSFORMÉS, CORPS RÉPARÉS, CORPS TRADUITS

Les opérations chirurgicales au même titre que la prise hormonale, le maquillage ou les vêtements, sont autant d'opérateurs du genre qui traduisent les tentatives de corrections qui lui sont lancées. Entre biologisation de la transidentité et construction sociale s'élaborent alors des discours, des pratiques et des représentations qui juxtaposent les « vrai·e·s trans » aux autres, trans « primaires » versus « secondaires », ou encore transgenres versus travesti·e·s. S'il convient de remarquer que l'intervention médicale vient orchestrer cette classification, il est tout aussi intéressant de souligner que les corps trans ne se plient pas forcément à l'exercice. Ainsi les éléments du corps que l'on modifie ne

5 Si l'injonction par la loi n'est plus d'actualité aujourd'hui suite à l'assouplissement du cadre législatif, celle qui relève des protocoles de prise en charge est seulement à relativiser.

sont pas les mêmes en fonction des transitions, rendant multiples les potentielles zones de tensions. L'unité définitionnelle du transsexualisme psychiatrique, caractérisé par un dégoût de son sexe anatomique (Chiland, 2003 ; Fautrat, 2002), se trouve ici remplacée par un fourmillement d'expériences plurielles, parfois même contradictoires au sein d'un même parcours de transition.

« Je suis transgenre et j'ai été opérée, ce n'est un secret pour personne. Je ne me définis pas comme transsexuelle. Le transsexualisme nous est imposé comme une pathologie et je ne suis pas une maladie. » (Sophie, 57 ans)

« Garder mon utérus et mon vagin c'était important pour moi. Je sais m'en servir, je les connais, ils m'apportent du plaisir. Pourquoi m'en séparer ? Quitte à ce que ça ne plaise pas aux médecins ! » (Amid, 23 ans)

« J'ai l'habitude de rendre intact ce qu'on m'a prêté. On a dû me prêter un utérus à la naissance, car ce n'était pas le mien. Assurément. Donc je l'ai rendu. Sans l'avoir vraiment utilisé. » (Clément, 27 ans)

« Les hormones me suffisent pour l'instant. Je verrais plus tard. Mais là je me sens bien. Je n'ai pas envie d'être opérée. » (Sylvie, 32 ans)

« Ce n'est pas parce que tu es trans que tu dois forcément t'injecter des trucs ou faire des opérations. J'ai tout ce qu'il faut pour vivre ma masculinité sans avoir besoin d'un médecin. » (Armand, 20 ans)

Si l'unité des transitions n'est plus assurée par une définition « par le haut » imposée par le corps médical, il n'en demeure pas moins qu'un frisson envahit toutes les personnes qui équilibrent en un point singulier leur identité de genre dans son versant corporel. Les premières prises d'hormones, les premiers jours après l'opération, plus encore que les premières séances de *relooking*, sont autant d'appréhensions que de joies, signifiant par là même le poids de la médicalisation de l'existence.

« Tu commences vraiment ta transition avec les hormones. Tu sens vraiment ton corps changer. Et puis les effets des hormones ça te bouleverse. C'est des pics de testostérone, des poils, la voix qui mue. C'est fou ce que ça fait. Tu peux pas comprendre ce que c'est qu'être un mec si t'as pas vécu ça. » (Anthony, 31 ans)

Les techniques iatriques de modelage des corps trans se transforment en symboles culturels traduisant l'essence de la transidentité dans le langage de la science, reflétant de la sorte la persistance d'un modèle identitaire sexué binaire, conçu comme entité définie à travers le médical (Löwy & Gaudillière, 2006). Dès lors, les techniques médicales de modelage des corps trans apparaissent comme des « agents doubles » (Grino, 2014) dans la mesure où elles sont utilisées à la fois comme outils à vocation « thérapeutique » et comme outils de contrôle et de régulation des corps suivant des normes de genre. Dans une perspective foucauldienne, ces techniques peuvent être considérées comme un artefact performatif agissant dans le système de genre dans la mesure où elles opèrent, à la fois, comme des techniques de gestion de la corporéité mais aussi de contrôle et de production du genre, tout en participant à l'assignation à une identité genrée biologiquement et socialement construite (Preciado, 2008). Les traitements réservés aux personnes trans s'inscrivent alors dans un travail de sexuation des corps (Dorlin, 2005) qui recouvre plusieurs modalités, tant discursives que matérielles, dont l'objectif est non seulement de rendre visible mais également de normaliser le sexe de l'individu, tel qu'il est socialement défini en fonction des époques et des sociétés. La différence majeure de ces techniques iatriques, comparativement aux autres pratiques de modelage corporel, est qu'elles ne visent pas seulement à faire incarner les normes de genre, mais à amener les sujets à littéralement les incorporer. Le concept d'*embodiement* (Ziemke, 2003) prend ici tout son sens. Dès lors, l'une des spécificités de ces traitements est qu'ils investissent les processus vitaux de l'organisme pouvant être utilisés, à la fois comme support de transgression normative et comme outil de normalisation des corps trans, suivant le schéma d'une identité genrée médicalement définie.

Si l'emprise de la médicalisation ne fait plus l'ombre d'un doute, les corps trans rejetés dans le gouffre du pathologique empruntent souvent des voies détournées pour accéder à la normalisation. Au sein de cette

entreprise, les personnes trans – très proches du diagnostic mais souvent éloignées du soin – mettent en place des trajectoires de soins parallèles, alternatives ou complémentaires. C'est notamment le cas des contre-marchés des soins qui s'établissent à l'endroit même des failles hospitalières et des maltraitements cliniques. L'automédication ciblant spécifiquement la prise hormonale, ainsi que le nomadisme médical auxquels cette population a recours, fournissent des illustrations saisissantes à ce sujet. Comme l'aura montré l'enquête de l'INSERM en 2011, la demande de soins ne parvient pas à rencontrer l'offre clinique (Giarni, 2011).

Mais la réparation du corps ne passe pas seulement par les gestes iatriques plus ou moins invasifs, elle passe aussi par des actes de parole. Le corps réparé est ici un corps parlé, par un langage de soi qui n'est pas subsumé par les mots de la psychiatrie. Il se loge à l'endroit de ces mots une vulnérabilité qui tout à la fois blesse, meurtrit et se transforme aussi parfois en un empuancement. Certes, les limites du langage de chacun·e d'entre nous sont les limites de notre monde (Wittgenstein, 1972). Mais les mots ne sont jamais irrémédiablement donnés et leurs significations ne sont pas incontestables. C'est notamment ce qu'aura montré la théorie *queer* (Bourcier, 2011), face à la capacité des acteurs et actrices à renverser et à resignifier des identifications exogènes jugées maltraitantes. Le corps parlé dans un langage propre est un corps réparé, mais aussi un corps traduit qui marque le passage du monde cisgenre⁶ à une culture trans naissante.

147

« Dans les forums, sur Facebook, on crée des mots, des représentations. Une culture en quelque sorte. Mais pas des mots qui viennent des cisgenres, des choses qui nous correspondent. »
(Diane, 45 ans)

« Le piège de la langue des autres » (Michaux, 1967) souligne ce que Judith Butler pointe dans *Le récit de soi*: la centralité des capacités narratives pour rendre compte de soi. « Comment se prononcer si je suis pour ainsi dire dépossédé des mots que j'offre ? » (Butler, 2007, p. 91). En effet, en utilisant tel ou tel mot le sujet se soumet à une

⁶ Cisgenre: dont l'identité de genre correspond au sexe donné à la naissance. À ce sujet, lire: Alessandrin, 2016c.

norme langagière qu'il n'a pas forcément façonnée. Contre cette fragilité discursive, les personnes trans investissent le champ des grammaires corporelles inédites.

« Dans les protocoles on m'a vite fait comprendre qu'une vraie trans ça devait ne pas aimer son corps. Donc c'est ce que je leur ai servi. De la souffrance, des maux depuis l'enfance et tout et tout. Mais quand je suis avec des copines trans on relativise beaucoup les choses. On se déteste beaucoup moins que ce qu'on laisse croire aux psys. » (Camille, 40 ans)

« Quand je suis arrivé dans l'association, il y a quoi, cinq ou six ans, on employait encore le mot transsexuel. Comme une sorte de reconnaissance par les médecins. Maintenant, les jeunes qui arrivent, ils se disent queer ou unknown : ça fait vachement flipper les psys. Ils n'y comprennent rien ! » (Vincent, 38 ans)

148 Dans ce souci d'une identification par soi, le vocabulaire des transidentités se montre abondant. Dans une récente enquête sur la transphobie (Alessandrini, 2016a), à la question ouverte « comment vous identifiez-vous ? », 35 identités de genre ont été dénombrées. Cette désolidarisation progressive des mots de la pathologie et du monde cisgenre binaire, accompagne aussi des mises en scène corporelles innovantes que les personnes trans assument et revendiquent plus ouvertement aujourd'hui qu'hier.

« Il faut voir à l'Existrans [Marche des fiertés trans] le nombre de garçons trans qui se montrent fièrement avec leurs cicatrices sur le bras ou au niveau du torse. C'est aussi ça un corps de personne trans et il ne faut pas en avoir honte. » (Julien, 28 ans)

Nommer et montrer sont deux actes qui, en tant qu'ils font exister, mettent à l'épreuve les représentations du corps réparties entre le sain et le pathologique, le noble et l'ignoble. En ce sens, les corps trans et les grammaires qu'ils portent imposent un nouveau fait accompli dans le langage du corps généré.

CONCLUSION

Au long de ces lignes nous avons cherché à identifier les ressorts pragmatiques et symboliques par lesquels le double processus de médicalisation et de pathologisation opère dans la prise en charge des corps trans. Intégrant une conception critique de la médicalisation, nous avons interrogé l'impact des technologies biomédicales et des conceptions idéologiques qui les sous-tendent, ainsi que le rôle des professionnel·le·s de santé dans la définition d'une « nature transgenre » et nous avons mis en exergue les stratégies d'adaptation mobilisées par la population trans elle-même. Plus spécifiquement, nous avons montré comment l'iatrique, s'affranchissant du thérapeutique, tend à réduire les protocoles de prise en charge standardisés à des pratiques médicales de surveillance des corps trans, tenus pour déviants. De telles logiques médicales placent tout écart de conduite transidentitaire sous l'égide d'une nouvelle police des corps qui réduit le genre à sa dimension sexuée binaire la plus élémentaire. Dans ce sens, le processus de médicalisation participe à une refondation des différences sexuées sur des bases naturalisantes, et inscrit dans les spécificités anatomiques des qualités et des compétences sexuées différenciées (Ventola, 2014).

149

Alors que, dans les parcours de transition, l'intervention iatrique ne semble retenir qu'un « corps objet » suspecté et classifiable, qui évolue sous le signe du pathos, ce qui appelle à sa correction, c'est un « corps sujet » qui clame des définitions de santé plurielles qui se fait jour dans les récits recueillis auprès des personnes trans. Associant des considérations d'ordre physiologique, psychique et social, mettant en mots des stratégies de résistance, les témoignages qui nous ont été livrés montrent bien que le « corps objet » d'interventions médicales, privé de tout sujet, n'est qu'un leurre, il avance comme une fiction. On voit alors s'esquisser en filigrane un « corps projet », alliant intervention iatrique et requête singulière tenant tête à l'emprise médicale. Dans ces parcours de transition, le « corps projet » advient comme sujet corrigé, et son avènement vient conclure provisoirement le cycle de modifications infligées à ce corps caché, meurtri, objectivé qui ne convient pas... Ce que nous enseignent ces « corps projets », les corps trans, c'est que la vérité charnelle du genre est plus à inventer qu'à inventorier (Singleton, 2004). À leur manière, ces corps dénoncent

aussi un grand savoir médical sur le corps... un piètre savoir sur l'humain (Le Breton, 1995).

Pris en otage dans une entreprise qui n'a pas fini de pathologiser leur moindre pas, les corps trans mettent ainsi en exergue cette culture « somatocratique », chère à Foucault, qui assure depuis le XVIII^e siècle une morale somatique. L'œuvre foucauldienne a montré que l'évolution du paradigme médical l'a incitée à s'occuper de ce qui ne la regarde pas, épousant cette folle ambition de la science de nous éduquer moralement (Varela, 1993). À bien regarder au sein de ce « gouvernement des corps » (Fassin & Memmi, 2004), un ordre médical supposé être au service de la « nature » (à l'image de la « nature » binaire du sexe) vient servir un ordre moral, acceptant paisiblement l'idée que dans la pathologisation des corps trans se niche l'entreprise de leur normalisation et que ce double processus est l'expression d'exigences collectives.

150 Soyons clair·e·s, si les critères médicaux qui gouvernent l'harmonie physiologique des corps trans constituent des paramètres d'évaluation de sa normalité, ils fondent aussi des critères discriminants. En les appliquant, les médecins substituent aux valeurs expérientielles des trajectoires trans des valeurs genrées normatives promues par la science. Il ne s'agit pas ici de jeter l'anathème sur une logique biomédicale qui, appuyée par un ordre corporel sexué tenu pour « naturel », instrumentalise les corps déviants, mais juste de rappeler que l'universel se constitue des pluriels singuliers. À l'inverse de cette médicalisation de l'existence qui fait de certains corps (tels les corps trans) l'incarnation de la maladie, nous appelons à reconnaître dans l'expression pathologique de l'expérience transgenre retenue par la biomédecine, le site même de toute vie en société : le pluralisme corporel.

En uniformisant les corps trans, la biomédecine les exproprie de leur singularité par des expertises sanitaires portées sur leurs conduites genrées jugées « incongrues ». Ainsi dérobé, le processus de pathologisation de la communauté trans avance masqué. Il n'en demeure pas moins que le traitement qui est réservé aux corps trans secrète abondamment du pathologique. Ce dernier renvoie vers le terme grec *pathos*, sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée. Mais il n'aura échappé à personne que le sentiment d'obstacle, de gêne ou de nocivité est profondément et intrinsèquement normatif. En ce sens, l'état pathologique dans lequel la population trans

est projetée traduit la réduction des normes genrées tolérées, et signe la précarité du normal établi par la biomédecine.

En effet, les normes corporelles et genrées tirent leur sens, leur fonction et leur valeur du fait de l'existence des corps qui ne répondent pas à ces exigences normatives. L'application de la norme genrée binaire sert alors à dresser ces corps déviants, les corps trans, qui s'en écartent. Normer, c'est imposer une exigence à une existence et, en cela, la diffusion et l'application des normes corporelles genrées par la médecine ont une valeur normalisatrice. En appliquant des normes, les médecins impliqué·e·s dans ces parcours de transition déterminent la référence et définissent la faute (nommée trouble ou incongruence) par l'écart ou par la différence. C'est l'infraction qui donne alors l'occasion à cette police des corps de réguler. Mais il n'y a pas de trouble pathologique en soi, l'anormal ne peut être apprécié que dans une relation (Canguilhem, 2013). En ce sens, le binôme normal/pathologique qui se dit dans le couple trans/cis désigne un rapport d'inversion et de polarité – non pas de contradiction. Ce n'est pas l'absence de normalité des corps trans qui dicte l'anormal, ou pour ainsi dire le pathologique, mais leur manière de résister au pli normatif du genre. Il est alors tenu pour malade non pas le corps trans « anormal », mais le sujet qui se trouve dans l'incapacité de se montrer normatif.

Certes, l'anomalie peut verser dans la maladie (et les cas de maladie mentale répertoriés chez la population trans en attestent), mais ce n'est pas à elle seule une maladie, et l'évitement systématique du terme « maladie » ou « pathologie » et de ses dérivés dans les protocoles de prise en charge observés et dans les entretiens réalisés auprès des soignants en témoigne. L'analyse montre que ce qui est normal peut être normatif dans certaines situations (dans les structures associatives trans, par exemple), et peut devenir pathologique dans d'autres (telles les séances de consultation). Dans ce sens, il n'y a pas de pathologie objective. Concrètement, la médecine ne peut définir que des variétés ou des différences corporelles et genrées, sans valeur positive ou négative. Le pathologique dont il est question ici doit alors être compris comme une variation du normal. Et pour cause: la clinique est une technique d'instauration ou de restauration du normal dont la fin, à savoir la satisfaction subjective qui émane de l'instauration d'une norme, échappe à la juridiction du savoir objectif. Ce qui caractérise

la santé, c'est la possibilité de dépasser momentanément la norme corporelle et genrée qui définit le normal, la possibilité de tolérer les écarts à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations mouvantes. Il devient alors difficile pour la médecine de déterminer exactement le contenu des normes dans lesquelles l'ordre genré réussit à se stabiliser, sans préjuger de la possibilité ou de l'impossibilité d'une évolution éventuelle de ces normes.

CONCLUSION

HÉLÈNE MARTIN ET MARTA ROCA I ESCODA

Les huit études présentées dans cet ouvrage montrent que la médecine a recouru et recourt toujours à des technologies de sexuation du corps et de la sexualité extrêmement variées ; les savoirs ne se stabilisent donc que brièvement, engendrant dans le cours de leur exercice leur propre renouvellement. Les analyses conduites ne se concentrant que sur quelques-unes de ces pratiques spécifiques et situées, il est difficile de tirer des conclusions transversales.

153

Ce que l'on peut toutefois relever, en conclusion de cet ouvrage et sans risque de se tromper, c'est que les pratiques médicales de sexuation du corps et de la sexualité dans l'histoire suisse récente constituent un champ à peine défriché : un travail passionnant d'exploration des idéologies et des techniques de production des corps par la médecine reste donc largement à faire, non seulement en s'intéressant à des pratiques désormais disparues, mais encore à celles qui émergent actuellement.

Mais osons également esquisser une piste d'ordre plus analytique. Michel Foucault a montré comment la répression exercée sur les corps aux XVIII^e et XIX^e siècles s'est faite plus « lâche » au cours d'un processus d'individualisation des relations de pouvoir qui marque en particulier le XX^e siècle :

« Je pense que, du XVIII^e siècle au début du XX^e siècle, on a cru que l'investissement du corps par le pouvoir devait être lourd, pesant, constant, méticuleux. D'où ces régimes disciplinaires formidables qu'on trouve dans les écoles, les hôpitaux, les casernes, les ateliers, les cités, les immeubles, les familles... et puis, à partir des années 1960, on s'est rendu compte que ce pouvoir si pesant n'était plus aussi indispensable qu'on le croyait, que les sociétés industrielles pouvaient se contenter d'un pouvoir sur le corps beaucoup plus lâche. On a dès lors découvert que les contrôles de la sexualité pouvaient s'atténuer et prendre d'autres formes. »
(Foucault, 1975)

En adoptant une perspective de genre sur la manière dont le pouvoir médical investit les corps et la sexualité afin de les conformer aux normes de sexe, cet ouvrage témoigne de ce processus, mais il met simultanément au jour des mutations dans le système d'opposition entre nature et culture qui est au fondement de nos représentations du monde.

154 Les études féministes ont montré qu'avec la stabilisation du modèle des deux sexes aux XVIII^e et XIX^e siècles, les femmes ont été associées à la nature, c'est-à-dire à la corporéité, à la fixité, à l'immutabilité, par opposition à la raison, à la liberté et à l'histoire que figure la culture (Goutal Burgat, 2018; Harvey, 2010; Laqueur, 1992). L'ancrage des femmes dans la nature a permis leur aliénation et leur domination via différentes pratiques de pouvoir et de domestication (Beauvoir, 1949; Guillaumin, 1992). Les analyses menées dans cet ouvrage montrent tendanciellement que les pratiques médicales de correction des corps (féminins ou féminisés, mal sexués, mal orientés, etc.) se transforment au cours du XX^e siècle: tout en continuant de travailler le « corps naturel », au sens premier de le façonner pour le conformer aux normes en vigueur, les pratiques médicales se font moins contraignantes et répressives, se mettant à solliciter la réflexivité des individus sommés de prendre en charge leur propre normalisation via une discipline intériorisée. Cette discipline « des corps et des esprits [...] repose sur des techniques concrètes de cadrage des individus qui permettent de conduire à distance leurs "conduites" » (Laborier & Lascoumes, 2005, p.12). En d'autres termes, la médecine en appelle désormais à l'engagement raisonné du sujet sur et pour lequel elle travaille.

Dès lors, il nous semble que l'individualisation des relations de pouvoir accompagne et soutient une forme de « sortie » des femmes (et d'autres catégories sociales dominées) de leur naturalité envahissante: qu'il s'agisse de modifier l'apparence sexuée ou les conduites sexuelles, les sujets sont appelés à se surveiller et à faire preuve d'autocontrôle en faisant bon accueil aux conseils des médecins, aux messages de prévention ou encore aux injonctions sociales en matière de sexualité conjugale, participant ainsi activement à leur propre normalisation. Plus encore, comme le montre les exemples de la contraception, de la grossesse et de la sexualité, les femmes sont perçues comme potentiellement néfastes et défaillantes tout en étant rendues responsables du bien-être de leurs proches et du bonheur dans leur couple.

À cet égard, bien que l'individualisation des relations de pouvoir permette un certain déplacement des femmes sur l'axe nature – culture, elle ne remet en question ni l'opposition entre nature et culture, ni la pathologisation et le contrôle des corps féminisés. Les analyses conduites montrent en effet que l'idéal hétéronormatif et la naturalisation des binarités hommes/femmes et hétérosexualité/homosexualité sont largement reconduites au cours du temps; certaines normes sont même renforcées, par exemple lorsque des « troubles dans le genre » (Butler, 2005) sont reconfigurés en pathologies par une médecine qui produit alors de nouveaux outils pour y remédier, par exemple via la mise en place d'une clinique des troubles sexuels ou le développement de l'industrie pharmaceutique.

Néanmoins, les études présentées montrent également que l'individualisation des relations de pouvoir engendre différentes pratiques de résistance de la part des individus. Ces pratiques de résistance investissent les marges de liberté inhérentes à l'existence du sujet, c'est-à-dire un individu responsabilisé, sommé de faire des choix: les femmes mises sous pression de se raconter en consultation gynécologique taisent certains de leurs comportements afin d'orienter le choix de leur contraception; les trans ayant entamé un processus de transition l'arrêtent en cours de route, à un point qui leur convient; les mères qui discutent de leur « baisse du désir » sur Internet ne se contentent pas des explications référant aux hormones, mais invoquent également la surcharge et la fatigue qu'elles accusent, etc. Ces résistances contribuent à mettre en évidence « les lignes de fractures et les points possibles des changements structuraux »

(Laborier & Lascoumes, 2005, p. 18) dans les rapports de pouvoir. À voir si, pour reprendre nos propos d'introduction, ces pratiques de résistances, associées aux hésitations et aux débats qui caractérisent la (re)constitution permanente du savoir médical, peuvent aboutir, à terme, à déstabiliser la binarité et l'asymétrie des sexes.

BIBLIOGRAPHIE

ACMS, Association des candidats en médecine en Suisse. (1955). *Gynécologie obstétrique: opérations obstétricales*. Lausanne : Multi-Office Machtzum.

157

Addiction Suisse & Fédération des médecins suisses. (2012). *L'alcool durant la grossesse. Informations pour les femmes enceintes, leur partenaire et leur entourage*. Lausanne : Addiction Suisse.

Afsary, A. (2015). *Corps contraceptés, sujets (in) disciplinés. Expériences contraceptives de femmes en Suisse romande* (Mémoire de Master en sciences sociales). Lausanne : Université de Lausanne.

Akrich, M. & Méadel, C. (2009). Les échanges entre patients sur l'Internet. *La Presse médicale*, 38(10), 1484-1490.

Alessandrin, A. (dir.). (2010). *La transidentité: des changements individuels au débat de société*. Paris : L'Harmattan.

Alessandrin, A. (2012). Le transsexualisme : une catégorie nosographique obsolète. *Santé Publique*, 24(3), 263-268.

Alessandrin, A. (2013). Transidentités : de la "souffrance" aux "épreuves". *L'information psychiatrique*, 89(3), 217-220.

Alessandrin, A. (2014a). Du "transsexualisme" à la "dysphorie de genre": ce que le DSM fait des variances de genre. *Socio-logos*, 9. Récupéré de : <https://journals.openedition.org/socio-logos/2837>

Alessandrin, A. (2014b). Santé psychiatrique: le principe de précaution est-il un principe éthique? *Éthique & Santé*, 11(1), 44-50.

Alessandrin, A. (2016a). La transphobie en France: insuffisance du droit et expériences de discrimination. *Les cahiers du genre*, 60, 193-212.

Alessandrin, A. (2016b). Mineurs trans: de l'inconvénient de ne pas être pris en compte par les politiques publiques. *Agora*, 73, 7-20.

Alessandrin, A. (2016c). La question cisgenre. *¿ Interrogations ?*, 15. Récupéré de : <http://www.revue-interrogations.org/La-question-Cisgenre>

Alessandrin, A. & Espineira, K. (2015). "Put*** de trans!" Quand la solution thérapeutique devient stigmat. In F. Bravo (dir.), *L'insulte* (pp. 157-168). Bordeaux: PUB.

Alessandrin, A. & Raibaud, Y. (2013). Quelles visibilités pour les trans? Entretien avec l'association OUTrans. In A. Alessandrin & Y. Raibaud (dir.), *Géographie des homophobies* (pp. 71-84). Paris: Armand Collin.

Alessandrin, A. & Raibaud, Y. (dir.). (2013). *Géographie des homophobies*. Paris: Armand Colin.

Amsellem-Mainguy, Y. (2010). Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. *Politiques sociales et familiales*, 100, 104-109.

Archives cantonales vaudoises (ACV). (1988). *Colloque élargi [manuscrit]*, 27 octobre 1988. Dossier «Archives du Dr Robert Dreyfuss (1969-2000)», sous-dossier «Études et réflexions personnelles (1969-1990)», ACV N13/43.

Armstrong, E.M. (2003). *Conceiving Risk, Bearing Responsibility: Fetal Alcohol Syndrome and the Diagnosis of Moral Disorder*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Armstrong, E.M. & Abel, E.L. (2000). Fetal Alcohol Syndrome: The Origins of a Moral Panic. *Alcohol and Alcoholism*, 35(3), 276-282.

Aubert, G. (1947). *Trois cas de désir de changer de sexe* (Thèse de doctorat en médecine). Lausanne: Clinique psychiatrique universitaire de Lausanne/Université de Lausanne.

Ayouch, T. (2015). Psychanalyse et transidentités: hétérotopies. *L'Évolution psychiatrique*, 80(2), 303-316.

Bajos, N. & Bozon, M. (1999). La sexualité à l'épreuve de la médicalisation: le Viagra. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128, 34-37.

Bajos, N. & Ferrand, M. (2004). La contraception levier réel ou symbolique de la domination masculine? *Sciences Sociales et Santé*, 22(3), 117-142.

Bajos, N., Ferrand, M. & Andro, A. (2008). La sexualité à l'épreuve de l'égalité. In N. Bajos & M. Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé* (pp. 545-576). Paris: La Découverte.

Bajos, N., Ferrand, M. & Hassoun D. (2002). Au risque de l'échec: la contraception au quotidien. In N. Bajos, M. Ferrand, et & l'équipe Giné, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues* (pp. 33-78). Paris: Inserm.

Ballif, E. (2014). Des grossesses entre "trouille folle" et "bulle de bonheur". Le discours du risque de professionnelles de l'accompagnement des grossesses. In C. Burton-Jeangros, R. Hammer, & I. Maffi (éds), *Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (pp. 115-132). Lausanne: Giuseppe Merrone Éditeur.

Ballif, E. (2017). *Mettre en mots avant de mettre au monde. Modalités temporelles de l'accompagnement psychosocial des femmes enceintes* (Thèse en sciences sociales). Lausanne: Université de Lausanne.

Barbey, M.A. (2009 [1981]). *Éros en Helvétie*. Genève: Éditions des sauvages.

Basson, R. (1999). Androgen Replacement for Women. *Canadian Family Physician*, 45(9), 2100-2107.

Basson, R. (2001). Using a Different Model for Female Sexual Response to Address Women's Problematic Low Sexual Desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 395-403.

Basson, R. (2002). Women's Sexual Desire – Disordered or Misunderstood? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(S1), 17-28.

Basson, R. (2003). Biopsychosocial Models of Women's Sexual Response: Applications to Management of "Desire Disorders". *Sexual and Relationship Therapy*, 18(1), 107-115.

Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K. & Weijmar Schultz, W. (2003). Definitions of Women's Sexual Dysfunction Reconsidered: Advocating Expansion and Revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24(4), 221-229.

Bättig, F. (1952). *Beitrag zur Frage des Transvestitismus* (Thèse de doctorat en médecine). Zurich: Université de Zurich.

Beaudouin, V. & Velkovska, J. (1999). Constitution d'un espace de communication sur Internet (forums, pages personnelles, courrier électronique...). *Réseaux*, 17(97), 121-177.

Beauvoir de, S. (1949). *Le Deuxième Sexe*. Paris: Gallimard.

Becker, H.S. (1985). *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*. Paris: Éditions Métailié.

Béjin, A. (1982). Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues. *Communications*, 35(1), 159-177.

160 Bénézech, M. (2009). Un légiste: Auguste Ambroise Tardieu (1818-1879). *Annales médico-psychologiques*, 167(3), 243-249.

Bianchi-Demicheli, F. (2016). Médecine sexuelle: passé, présent et futur. *Revue médicale suisse*, 510, 531-532.

Bianchi-Demicheli, F., Cojan, Y., Waber, L., Recordon, N., Vuilleumier, P., & Ortigue, S. (2011). Neural Bases of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: An Event-Related fMRI Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(9), 2546-2559.

Bitouzé, V. (2001). *Le fœtus, un singulier patient. Espoirs et doutes chez les soignants de médecine fœtale*. Paris: Seli Arslan.

Bland, L., & Doan, L. (Eds). (1998). *Sexology Uncensored. The Documents of Sexual Science*. Cambridge: Polity Press.

Bleier, R. (1984). *Science and Gender. A Critique of Biology and its Theories on Women*. New York: Pergamon Press.

Bon, M. (2014). *La médicalisation de la transidentité, construction socio-historique d'une catégorie médicale* (Mémoire de Master).

Bourcier, M.-H. (2011). *Queer Zones 3: Identités, cultures et politiques*. Paris: Amsterdam.

Bovet, T. (1952). À quoi bon une consultation médico-sociale de mariage? *Revue annuelle du Cartel d'hygiène sociale et morale*, pp. 10-11. ACV, N13/30.

Bozon, M. (2004). La nouvelle normativité des conduites sexuelles ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes. In J. Marquet (dir.), *Normes et conduites sexuelles. Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires* (pp. 15-33). Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant.

Bozon, M. (2013). *Sociologie de la sexualité*. Paris : Armand Colin.

Bozon, M. (2018). Ni trop ni trop peu. Médecine, âge et désir des femmes. In D. Gardey & M. Vuille (dir.), *Les Sciences du désir : la sexualité féminine de la psychanalyse aux neurosciences* (pp. 315-326). Lormont : Le bord de l'eau.

Bramwell, R., Morland, C., & Garden, A. S. (2007). Expectations and Experience of Labial Reduction : a Qualitative Study. *BJOG*, 114, 1493-1496.

Braun, V. (2010). Female Genital Cosmetic Surgery : A Critical Review of Current Knowledge and Contemporary Debates. *Journal of Women's Health*, 19(7), 1393-1407.

Braun, V., & Kitzinger, C. (2001). The Perfectible Vagina : Size Matters. *Culture, Health & Sexuality*, 3(3), 263-277.

Bretin, H. (2004). Marginalité contraceptive et figure du féminin : une expérience de la contraception injectable en France. *Sciences sociales et santé*, 22(3), 87-110.

Brotto, L.A. & Smith, K.B. (2014). Sexual Desire and Pleasure. In D.L. Tolman, & L.M. Diamond (Eds), *APA Handbook of Sexuality and Psychology. Volume 1 : Person-Based Approaches* (pp. 205-244). Washington : American Psychological Association.

Buffat, J. (2014). *Le Sexe et vous. Réponses d'une sexologue à vos questions les plus intimes*. Lausanne : Favre.

Bühler, N. (2016). *The Frontiers of Age : Arts and the Extension of Fertility Time in Switzerland and Beyond* (Thèse en philosophie). Zurich : Université de Zurich.

Bullough, V. L. (1994). *Science in the Bedroom. A History of Sex Research*. New York : Basic Books.

Bullough, V., & Bullough, B. (1993). *Cross Dressing, Sex and Gender*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

Burgnard, S. (2015). *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe: une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*. Berne : Peter Lang.

Butler, J. (2005 [1990]). *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité* [trad. Cynthia Kraus]. Paris : La Découverte.

Butler, J. (2007). *Le récit de soi*. Paris : PUF.

Bütschi, D. & Cattacin, S. (1994). *Le modèle suisse du bien-être. Coopération conflictuelle entre État et société civile: le cas du vih/sida et de l'alcoolisme*. Lausanne : Réalités sociales.

Califia, P. (2003). *Le mouvement transgenre, changer de sexe*. Paris : EPEL.

Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

Cardi, C., Odier, L., Villani, M. & Vozari, A.-S. (2016). Penser les maternités d'un point de vue féministe. *Genre, sexualité & société* [En ligne], 16. Récupéré de : <https://journals.openedition.org/gss/3917#quotation>

162 Casper, M. (1998). *The Making of the Unborn Patient: A Social Anatomy of Fetal Surgery*. New Brunswick NJ : Rutgers University Press.

Cavanagh, A. (2007). *Sociology in the Age of the Internet*. Maidenhead : Open University Press.

Cervulle, M., Duroux, F., & Gagnard, L. (2009). "À plusieurs voix" autour de Teresa de Lauretis. Théorie queer et cultures populaires, de Foucault à Cronenberg. *Mouvements*, 57, 138-154.

Changement de sexe. Jugement rendu par le Président du Tribunal du district de Vevey, le 9 mai 1974. (1974). *Revue de l'état civil*.

Changement de sexe. Rectification du registre. (1946). *Revue de l'état civil*, 14.

Chaperon, S. (2002). Kinsey en France : les sexualités féminine et masculine en débat. *Le Mouvement Social*, 1(198), 91-110.

Chaperon, S. (2004). Contester normes et savoirs sur la sexualité (France-Angleterre, 1880-1980). In E. Gubin, C. Jacques, F. Rochefort, B. Studer, F. Thébaud, & M. Zancarini-Fournel (éds), *Le siècle des féminismes* (pp. 333-346). Paris : Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières.

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.

Conseil de l'Union européenne. (2002). *Recommandation du Conseil du 2 décembre 2002 relative à la prévention du tabagisme et à des initiatives visant à renforcer la lutte antitabac (2003/54/CE)*. Bruxelles: Conseil de l'Union européenne. Récupéré de: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32003H0054&from=FR>

Cream, J. (1995). Women on Trial : A Private Pillory? In S. Pile, & N. Thrift (Eds), *Mapping the Subject: Geographies of Cultural Transformation* (pp. 158-169). London and New York : Routledge.

Daniels, C.R. (1997). Between Fathers and Fetuses: The Social Construction of Male Reproduction and the Politics of Fetal Harm. *Signs*, 22(3), 579-616.

Daniels, C.R. (1999). Fathers, Mothers, and Fetal Harm : Rethinking Gender Difference and Reproductive Responsibility. In M. Lynn, & M. Wilson Michaels (Eds), *Fetal Subjects, Feminist Positions* (pp. 83-98). Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

164

Daniels, C.R. (2008). *Exposing Men. The Science and Politics of Male Reproduction*. sl.

Davis, K. (2002). "A Dubious Equality": Men, Women and Cosmetic Surgery. *Body & Society*, 8(49), 49-65.

De Busscher, P.-O. (2003). Médecine légale. In L.-G. Tin, *Dictionnaire de l'homophobie* (pp. 280-281). Paris : PUF.

Delay, J., Deniker, P., Volmat, R., & Alby J.-M. (1956). Une demande de changement de sexe : le trans-sexualisme. *L'Encéphale*, 45(1), 41-80.

Delessert, T. (2005). Entre justice et psychiatrie : l'homosexualité dans le projet de code pénal suisse (1918). *Gesnerus: Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, 62, 237-256.

Delessert, T. (2012). « Les homosexuels sont un danger absolu ». *Homosexualité masculine en Suisse durant la Seconde Guerre mondiale*. Lausanne : Antipodes.

Delessert, T. (2016). L'homosexualité dans le Code pénal suisse de 1942. Droit octroyé et préventions de désordres sociaux. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 3(131), 125-137.

Déroff, M.-L. (2007). *Homme/Femme: la part de sexualité. Une sociologie du genre et de l'hétérosexualité*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Descarries, F. & Corbeil, C. (2002). La maternité au cœur des débats féministes. In C. Corbeil & F. Descarries, *Espaces et temps de la maternité* (pp. 23-50). Montréal : Les Éditions du remue-ménage.

Detrez, C. (2002). *La construction sociale du corps*. Paris : Seuil.

Doan, P.L. (2007). Queers in the American City : Transgendered Perceptions of Urban Space. *Gender, Place & Culture : A Journal of Feminist Geography*, 14(1), 57-74.

Doan, P.L. (2010). The tyranny of gendered spaces : reflections from beyond the gender dichotomy. *Gender, Place & Culture : A Journal of Feminist Geography*, 17(5), 635-654.

Dorlin, E. (2005). Sexe, genre et intersexualité : la crise comme régime théorique. *Raisons politiques*, 18(2), 117-137.

Dorlin, E. (2005). *Sexe, genre et sexualité*. Paris : PUF.

Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités. Introduction à la théorie féministe*. Paris : PUF, Philosophies.

Dorlin, E. (2010). Le mythe du matriarcat noir. In E. Dorlin & E. Fassin (éds), *Reproduire le genre* (pp. 69-78). Paris : Centre Pompidou.

Durif-Bruckert, C. (2007). *La Nourriture et nous. Corps imaginaire et normes sociales*. Paris : Armand Colin.

Dussauge, I. (2015). Valuation Machines. Economies of Desire/Pleasure in Contemporary Neuroscience. In I. Dussauge, C.-F. Helgesson, & F. Lee (dir.), *Value Practices in the Life Sciences and Medicine* (pp. 247-264). Oxford : Oxford University Press.

E. T. (1946). Changement de sexe. Rectification de l'état civil. *Journal des Tribunaux*. Droit fédéral, Vol. 94, 220-222.

Edelman, N. (2003). *Les métamorphoses de l'hystérique. Du début du XX^e siècle à la Grande guerre*. Paris : La Découverte.

Engeli, I. & Roca i Escoda, M. (2012). Le mariage à l'épreuve : les défis du partenariat de même sexe et de la procréation médicalement assistée en Suisse. *Politique et Sociétés*, 31(2), 51-66.

Epstein, S. (2014). Différences corporelles et identités collectives : la politique du

genre et de la race dans la recherche biomédicale aux États-Unis. *Genre, sexualité et société* [En ligne], 12. Récupéré de : <https://journals.openedition.org/gss/3250>

Erllich, M. (2007). La chirurgie sexuelle en France : aspects historiques. *Sexologies*, 16(3), 180-188.

Espineira, K. (2008). *La transidentité : de l'espace médiatique à l'espace publique*. Paris : L'Harmattan.

Espineira, K. (2011a). Le bouclier thérapeutique : discours et limites d'un appareil de légitimation. *Le sujet dans la cité*, 2, 189-201.

Espineira, K. (2011b). Transidentité : de la théorie à la politique. Une métamorphose culturelle entre pragmatisme et transcendance. *L'information psychiatrique*, 87(4), 279-282.

Espineira, K. (2014). La sexualité des sujets transgenres et transexuels saisi par les médias. *Hermès, La Revue*, 69(2), 105-109.

166 Espineira, K. (2015). *Médiacultures : la transidentité en télévision*. Paris : L'Harmattan.

Esteve-Bellebeau, B. (2012). Judith Butler ou la question du genre en philosophie. *Mag Philo* [En ligne]. Récupéré de : <http://www.cndp.fr/magphilo/index.php?id=155>

Esteve-Bellebeau, B. & Alessandrin, A. (dir.). (2014). *Genre ! L'essentiel pour comprendre*. Paris : Des ailes sur un tracteur.

Etter, J.-F. & Soumaille, S. (2001). *Et si c'était mieux sans ? Les femmes et le tabac*. Genève : Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève.

Faro, L. (2018). Traitements hormonaux et sexualité féminine. La testostérone est-elle le Viagra des femmes ? In D. Gardey & M. Vuille (dir.), *Les Sciences du désir : la sexualité féminine de la psychanalyse aux neurosciences* (pp. 125-145). Lormont : Le bord de l'eau.

Fassin, D. & Memmi, D. (2004). *Le gouvernement des corps*. Paris : EHESS.

Fausto-Sterling, A. (1985). *Myths on Gender*. New York : Basic Books.

Fautrat, P. (2002). *De quoi souffrent les transsexuels*. Paris : AEC.

- Finn, M., & Pippa, D. (1999). Practices of Body Management : Transgenderism and Embodiment. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9, 463-476.
- Fishman, J.R. (2004). Manufacturing Desire. *Social Studies of Sciences*, 34, 187-218.
- Foerster, M. (2012). *Elle ou lui? Une histoire des transexuels en France*. Paris : La Musardine.
- Foldès, P., Droupy, S. & Cuzon, B. (2013). Chirurgie cosmétique de l'appareil génital féminin. *Progrès en urologie*, 23(9), 601-611.
- Food and Drug Administration. (1981). Surgeon General's Advisory on Alcohol and Pregnancy. *FDA Drug Bulletin*, 11(2), 9-10.
- Foucault, M. (1975). Pouvoir et corps. In M. Foucault (éd.), *Dits Ecrits II*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1994). Le sujet et le pouvoir. In M. Foucault (éd.), *Dits et écrits, IV 1976-1988* (pp. 222-243). Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*. Paris : Gallimard.
- Fraser, S. (2003). The Agent Within : Agency Repertoires in Medical Discourse on Cosmetic Surgery. *Australian Feminist Studies*, 18(40), 27-44.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Éditions Payot.
- Friedli, S. (1988). Psychiatrie und Homosexualität : Ernst Rüdin. In T. Kuno, & S. Miescher, *Männergeschichten : Schwule in Basel seit 1930* (pp. 209-210). Basel : Buchverlag Basler Zeitung.
- Fussinger, C. (2008). Psychiatres et psychanalystes dans les années 1950. Tentations, tentatives et compromis : le cas suisse. In J. Arveiller (éd.), *Psychiatries dans l'histoire* (pp. 171-188). Caen : PUC.
- Gardey, D. (2006). Les sciences et la construction des identités sexuées. Une revue critique. *Annales Histoire, Sciences sociales*, 61(3), 649-673.

Gardey, D. (2013). Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XX^e siècle? *Clio. Quand la médecine fait le genre*, 37, 143-162.

Gardey, D. (2017). *Masters of Sex*. Science, orgasme et société dans l'Amérique de la guerre froide. In T. Brero & S. Farré (dir.), *The Historians – Saison 1* (pp. 115-138). Genève : Georg.

Gardey, D. (2018). Savoirs du sexe, politiques du désir. Les sciences, la médecine et la sexualité des femmes (XIX^e-XXI^e siècles). In D. Gardey & M. Vuille (dir.), *Les sciences du désir: la sexualité féminine de la psychanalyse aux neurosciences* (pp. 5-35). Lormont : Le bord de l'eau.

Gardey, D. & Hasdeu, I. (2015). Cet obscur sujet du désir. Médicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident. *Travail, genre et sociétés*, 34(2), 73-92.

Gardner, C.B. (1994). Little Strangers: Pregnancy Conduct and the Twentieth-Century Rhetoric of Endangerment. In J. Best (Ed.), *Troubling Children: Studies of Children and Social Problems* (pp. 69-92). New York : Aldine de Gruyter.

168 Garibian, T. (2017). *De la question sexuelle à la sexologie médicale: une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)* (Thèse de doctorat). Lausanne: Université de Lausanne, Faculté de biologie et médecine en cotutelle avec Jean Jaurès de Toulouse.

Garibian, T. (2018). Juges et médecins au chevet de la sexualité conjugale. Les divorces pour "incompatibilité sexuelle" au milieu du XX^e siècle. In D. Gardey & M. Vuille (dir.), *Les Sciences du désir: la sexualité féminine de la psychanalyse aux neurosciences* (pp.55-69). Lormont : Le bord de l'eau.

Garland-Thomson, R. (2002). Integrating Disability, Transforming Feminist Theory. *NWSA Journal*, 14(3), 1-32.

Germon, J. (2009). *Gender: a Genealogy of an Idea*. New York : Palgrave Macmillan.

Giami, A. (2004). De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité. In D. Fassin & D. Memmi (dir.), *Le Gouvernement des corps* (pp. 77-108). Paris : EHESS.

Giami, A. (2007a). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des Psychologues*, 7(250), 56-60.

Giarni, A. (2007b). Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. Permanence des représentations du genre en sexologie et en médecine sexuelle. *Communications*, 81, 135-151.

Giarni, A. (2011). Identifier et classer les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers. *L'information psychiatrique*, 87(4), 269-277.

Gilliéron, E. (1976). Psychothérapies brèves d'inspiration psychanalytique. *Médecine et Hygiène*, 1217, 1830-1831.

Gilliéron, E. (1980). Éditorial : Psychothérapies brèves et modèle psychanalytique. *Psychologie Médicale*, 12(3), 535-536.

Gilman, S.L. (1985). Black Bodies, White Bodies : Toward an Iconography of Female Sexuality in Late Nineteenth-Century Art, Medicine, and Literature. *Critical Inquiry*, 12(1), 204-242.

Gilman, S.L. (1997). Decircumcision : The First Aesthetic Surgery. *Modern Judaism*, 3, 201-210.

Gloor, P.-A. (1968a). *Attitudes féminines devant la prévention des naissances*. Paris : Éditions Doin.

169

Gloor, P.-A. (1968b). *Éléments de sexologie* (cours donné à L'Université de Lausanne).

Gloor, P.-A. (1968c). Actualité de la sexologie. *Médecine et Hygiène*, 26, 1053-1056.

Gloor, P.-A. (1972). Avortement-interruption de grossesses. *Les Cahiers protestants*, 5, 9-38.

Gloor, P.-A. (1974). État du débat autour de l'initiative pour la décriminalisation de l'avortement. *Praxis*, 63(48), 1423-1429.

Gloor, P.-A. (1976). *Thérapie sexuelle : notes préliminaires en vue de la préparation d'une consultation à la Maternité de Lausanne*. Tapuscrit, 10 pages. UNIRIS, 03002.046 fonds « Médecine 1889-1990 ».

Gloor, P.-A. (1977a). Consultation de thérapie sexuelle pour couples. *Rapport annuel concernant l'activité médicale du service de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier universitaire vaudois en 1977*, CHUV. Bibliothèque cantonale vaudoise (BCU), dépôt légal.

Gloor, P.-A. (1977b). Reich et la révolution sexuelle. *Bulletin du Centre médico-social de Pro Familia*, 15, 13-16.

Gloor, P.-A. (1978a). *Le psychiatre et la sexualité*. Société suisse de psychiatrie, 154^e assemblée annuelle, Fribourg 1977, Zurich, Orell-Füsseli. ACV, N13/28.

Gloor, P.-A. (1978b). La première année d'une consultation de thérapie sexuelle pour couples. *Médecine & Hygiène*, 38, 1838-1841.

Gloor, P.-A. (1979). Consultation de thérapie sexuelle pour couples : bref rapport d'activité et perspectives de développement, 22 février. UNIRIS 03002.250.

Gloor, P.-A. (1980a). *À propos du temps et de l'espace dans la vie du couple*. *Colloque de sexologie, Evian*, Tapuscrit, 2 pages. ACV, N13/33.

Gloor, P.-A. (1980b). Psychothérapie analytique brève et sexologie. *Psychologie Médicale*, 12(3), 605-610.

Gloor, P.-A. (1982). Thérapie sexuelle pour couples : quelques commentaires théoriques et pratiques. *Médecine et Hygiène*, 40, 3213-3217.

Gloor, P.-A. (1985a). Sexologie. L'approche sexologique des problèmes de couples. *Bulletin du Centre médico-social Pro Familia*, 18, 43-46.

Gloor, P.-A. (1985b). Pourquoi des sexologues? *Rapport de la Société vaudoise d'hygiène mentale*, pp. 1-7. ACV N13/28.

Gloor, P.-A. (1986). Plaintes d'ordre sexologique : accueil, anamnèse, triage des cas, plan de traitement. *Médecine et Hygiène*, 44, 978-981.

Gloor, P.-A. (s.d. [1971?]). Rapport sur l'état actuel de la sexologie dans le canton de Vaud : Perspectives d'avenir. UNIRIS 03002.250.

Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les Éditions de Minuit.

Golden, J. (1999). An Argument That Goes Back to the Womb : The Demedicalization of Fetal Alcohol Syndrome, 1973-1992. *Journal of Social History*, 33(2), 269-298.

Golden, J. (2005). *Message in a Bottle : The Making of Fetal Alcohol Syndrome*. Cambridge : Harvard University Press.

Goutal Burgat, J. (2018). L'écoféminisme et la France : une inquiétante étrangeté ? *Cités*, 73, 67-80.

Granzow, K. (2007). De-Constructing "Choice": The Social Imperative and Women's Use of the Birth Control Pill. *Culture, Health & Sexuality*, 9(1), 43-54.

Grau, G. (1990). Verfolgung und Vernichtung 1933-1945. Der § 175 als Instrument faschistischer Bevölkerungspolitik. In M. Herzer (Hg.), *Die Geschichte des § 175. Strafrecht gegen Homosexuelle* (pp. 105-117). Berlin : Rosa Winkel.

Greenberg, D.F. (1998). *The Construction of Homosexuality*. Chicago and London : The University Press of Chicago.

Grino, C. (2014). La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale. *Genre, sexualité & société*, 12. Récupéré de : <http://gss.revues.org/3280>

Guillaumin, C. (1992). Pratique du pouvoir et idée de Nature. In C. Guillaumin (éd.), *Sexe, race et pratique de pouvoir. L'idée de Nature* (pp. 14-48). Paris : Côté-femmes.

Gumy, C. & Kraus, C. (2016). Désirer : une histoire de la sexologie à Lausanne (1950-2000). *Revue suisse d'histoire*, 67(1), 79-100.

Gunn-Séchehaye, A. (1965). Le transsexualisme. *Médecine & Hygiène*, 23.

Guyard, L. (2010). Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. *Ethnologie française*, 40(1), 67-74.

Hacking, I. (2002 [1998]). *Les Fous voyageurs* (Trad. par F. Bouillot). Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.

Hacking, I. (2006). *Les choses, les gens et la raison* (Cours donné au Collège de France, Paris, version du 2 mai 2006).

Hage, J.J., Karim R.B., & Laub D.R. (2007). On the Origin of Pedicled Skin Inversion Vaginoplasty : Life and Work of Dr. Georges Burou of Casablanca. *Annals of Plastic Surgery*, 59(6), 723-729.

Halberstam, J. (2005). *In a Queer Time & Place : Transgender Bodies, Subcultural Lives*. New York : University Press.

Halberstam, J. (2010). The Pregnant Man. *The Velvet Light Trap*, 65, 77-78.

Hamburger, C., Stürup, G.K., & Dahl-Iverson, E. (1953). Transvestism: Hormonal, Psychiatric and Surgical Treatment. *Journal of the American Medical Association*, 152(5), 391-396.

Hamel, W., Köppen, J.A., Hariz, M., Krack, P., & Moll, C.K.E. (2016). The Pioneering and Unknown Stereotactic Approach of Roeder and Orthner from Göttingen. Part I. Surgical Technique for Tailoring Individualized Stereotactic Lesions. *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, 94, 240-253.

Hammer, R. & Inglin, S. (2014). "I don't think it's risky, but...": Pregnant Women's Risk Perceptions of Maternal Drinking and Smoking. *Health, Risk & Society*, 16(1), 22-35.

Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism as a Site of Discourse of the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.

Haraway, D. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women. The reinvention of Nature*. London: Free Association Books.

Haroche, C. (dir.). (2008). *L'avenir du sensible: les sens et les sentiments en question*. Paris: PUF.

Harvey, K. (2010). Le Siècle du sexe? Genre, corps et sexualité au dix-huitième siècle (vers 1650-vers 1850). *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 31, 207-238.

Hausman, B.L. (1995). *Changing Sex, Transsexualism, Technology and the Idea of Gender*. Durham and London: Duke University Press.

Henry, M. (1946). Tribunal cantonal du Canton de Neuchâtel. *Revue suisse de jurisprudence*, 42.

Héroult, L. (2010). Usages de la sexualité dans la clinique du transsexualisme. *L'autre*, 11, 279-291. doi: 10.3917/lautr.033.0279

Héroult, L. (2014). Approche anthropologique de la pratique diagnostique du "trouble de l'identité de genre". *L'évolution psychiatrique*, 80, 275-285.

Héritier, F. (1999). Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin. In E.-E. Beaulieu (dir.), *Contraception: contrainte ou liberté?* (pp. 37-52). Paris: Éditions Odile Jacob.

Herrn, R. (2013). On the History of Biological Theories of Homosexuality. In J.P. De Cecco, D.A. Parker (Eds), *Sex, Cells, and Same-Sex Desire: The Biology of Sexual Preference* (pp. 31-56). New York: Routledge.

Herzog, D. (2006). The Reception of the Kinsey Reports in Europe. *Sexuality & Culture*, 10(1), 39-48.

Herzog, D. (2014). Where they desire they cannot love: Recovering Radical Freudianism in West German Sexology (1960s-1980s). *Psychoanalysis and History*, 16(2), 237-261.

Herzog, D. (2016). Zwischen Marx und Freud und Masters und Johnson: Kritische Sexualwissenschaft in der Bundesrepublik um 1979. *Indes*, 5(1), 45-54.

Heyes, C.J. (2007). Cosmetic Surgery and the Televisual Makeover. *Feminist Media Studies*, 7(1), 17-32.

Hirschfeld, M. (1910). *Die Transvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb*. Berlin: Alfred Pulvermacher & Co.

Holmgren, J.L. (1991). Legal Accountability and Fetal Alcohol Syndrome: When Fixing the Blame Doesn't Fix the Problem. *South Dakota Law Review*, 36, 81-103.

Humphriss, R., Hall, A., May, M., Zuccolo, L., & Macleod, J. (2013). Prenatal Alcohol Exposure and Childhood Balance Ability: Findings from a UK Birth Cohort study. *British Medical Journal Open*, 3(6). Récupéré de: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/6/e002718>

173

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Fédération des médecins suisses & Société suisse des pharmaciens. (2005). *Grossesse & Alcool* (brochure). Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies.

Irvine, J.M. (1990). *Disorders of Desire. Sex and Gender in Modern American Sexology*. Philadelphia: Temple University Press.

Jaques, P. (1949). *La rectification des actes de l'état civil* (Thèse de doctorat). Lausanne: Université de Lausanne.

Jaunait, A., Raz, M., & Rodriguez, E. (2014). La biologisation de quoi? *Genre, sexualité & société* [En ligne], 12. Récupéré de: <https://journals.openedition.org/gss/3317>

Jones, K.L., Smith, D.W., Ulleland, C.N., & Streissguth, A.P. (1973). Pattern of Malformation in Offspring of Chronic Alcoholic Mothers. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46(49), 1171-1176.

Joossens, L., & Raw, M. (2017). *The Tobacco Control Scale 2016 in Europe*. Bruxelles: Association of European Cancer Leagues (ECL). Récupéré de: <http://>

www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2017/03/TCS-2016-in-Europe-COMplete-LoRes.pdf

Kaplan, H. (1975). *Le Bonheur dans le couple. Une nouvelle thérapie sexuelle*. Paris : Belfond.

Kaplan, H. (1979/1974). *La nouvelle thérapie sexuelle*. Paris : Buchet-Chastel.

Katz Rothman, B. (1991/1982). *In Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York : W.W. Norton & Company.

Kelly, Y., Sacker, A., Gray, R., Kelly, J., Wolke, D., & Quigley, M.A. (2009). Light drinking in pregnancy, a risk for behavioural problems and cognitive deficits at 3 years of age? *International Journal of Epidemiology*, 38(1), 129-140.

Kinsey, A., Pomeroy, W.P., Martin, C.E. (1948). *Le Comportement sexuel de l'homme*. Paris : Édition du Pavois.

Kinsey, A., Pomeroy, W.P., Martin, C.E. & Gebhard, P.H. (1954/1953). *Le Comportement sexuel de la femme*. Paris : Le Livre contemporain Amiot-Dumont.

174 Kraus, C. (2005). Anglo-American Feminism Made in France : crise et critique de la représentation. *Cahiers du genre*, 38, 163-189.

Kraus, C. (2015). Classifying intersex in DSM-5 : Critical Reflections on Gender Dysphoria. *Archives of sexual behavior*, 44(5), 1147-1163.

Kraus, C., & Pache, S. (2016, juin). *La sexologie américaine made in Switzerland : L'invention d'une thérapie "plus acceptable à notre sensibilité européenne" pour les troubles du désir sexuel en Suisse romande de 1950 à nos jours*. Conférence présentée au colloque Sexologies européennes. Colloque international, Toulouse, 23-24 juin 2016. Récupéré de : <https://sexologies.hypotheses.org/145>

Kraus, C., Mottier, V. & Barras, V. (2017). Kinsey, Masters & Johnson, et Kaplan en Suisse : naissance d'une clinique des troubles sexuels (Lausanne, 1950-1980). *Histoire, médecine et santé*, 12, 99-129. Récupéré de : <https://journals.openedition.org/hms/1183>

Kraus, C., Perrin, C., Rey, S., Gosselin, L. & Guillot, V. (2008). Démédicaliser les corps, politiser les identités : convergences des luttes féministes et intersexes. *Nouvelles Questions Féministes*, 27(1), 4-14.

Kukla, R. (2005). *Mass Hysteria : Medicine, Culture, and Mothers' Bodies*. Lanham : Rowman & Littlefield Publishers.

Kukla, R. (2010). The Ethics and Cultural Politics of Reproductive Risk Warnings: A Case Study of California's Proposition 65. *Health, Risk & Society*, 12(4), 323-334.

Laborier, P. & Lascoumes, P. (2005). L'action publique comprise comme gouvernementalisation de l'État. In S. Mayer (éd.), *Travailler avec Foucault: retours sur la politique* (pp. 37-60). Paris: L'Harmattan.

Lalonde, P., Denis, J.-F. & Carriere, M. (1976). La psychiatrie de consommation: une nouvelle compréhension de la demande du patient. *Médecine et Hygiène*, 1208, 1336-1339.

Lamontagne, Y. (1976). La thérapie comportementale: vers une psychiatrie plus scientifique. *Médecine et Hygiène*, 1208, 1352-1354.

Laqueur, T. (1992). *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*. Paris: Gallimard.

Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié.

Le Breton, D. (2016). Transcorps: les uns, les unes, les autres. In C. Delory-Momberger (éd.), *Éprouver le corps: corps appris, corps apprenant* (pp. 131-148). Toulouse ERES.

175

Le Hénaff, Y. (2013). Catégorisations professionnelles des demandes masculines de chirurgie esthétique et transformations politiques de la médecine. *Sciences sociales et santé*, 3(31), 39-64.

Leonard, A.M. (1998). Fetal Personhood, Legal Substance Abuse, and Maternal Prosecutions: Child Protection or "Gestational Gestapo"? *New England Law Review*, 32, 615-660.

Liao, L.M., & Creighton, S.M. (2007). Requests for Cosmetic Genitoplasty: How Should Healthcare Providers Respond? *BMJ*, 334(7603), 1090-1092.

Liotard, P. (2003). Sexe à la carte. De l'embellissement à l'effacement». *Quasi-modo*, 7, 319-337.

Lippman, A. (2004). *La néo-médicalisation de la santé reproductive des femmes*. Récupéré de: <http://sisyphe.org/spip.php?article1086>

Löwy, I. (2003). Intersexe et transsexualités: les techniques de la médecine et la séparation du sexe biologique du sexe social. *Cahiers du genre*, 34, 81-104.

Löwy, I. (2006). La masculinité, la féminité et le "sexe flacon". In I. Löwy (éd.),

L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité (pp. 121-139). Paris: La Dispute.

Löwy, I. & Gaudillière, J.-P. (2006). Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2), 48-65.

Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.

Lupton, D. (1999). Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment. In D. Lupton (Ed.), *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives* (pp. 59-85). Cambridge: Cambridge University Press.

Lupton, D. (2012). *Configuring Maternal, Preborn and Infant Embodiment* (Sydney Health & Society Group Working Paper No. 2). Sydney: Sydney Health & Society Group. Récupéré de : files.figshare.com/1067873/Working_Paper_No._2.pdf

Lupton, D. (2013). *The Social Worlds of the Unborn*. Houndmills and New York: Palgrave Macmillan.

176 Lutz, A. (2012). *À la recherche de la pilule rose: la fabrication de la dysfonction sexuelle féminine* (Mémoire de master). Lausanne: UNIL, Faculté des sciences sociales et politiques.

Macé, É. (2010). Ce que les normes de genre font aux corps/Ce que les corps trans font aux normes de genre. *Sociologie*, 1(4), 497-515.

Macé, E. & Rui, S. (2014). Avoir vingt ans et "faire avec" le genre. Call of Duty et Desperate Housewives, métaphores de l'asymétrie. In S. Octobre (éd.), *Questions de genre, questions de culture* (pp. 53-73). Paris: Département des études, de la prospective et des statistiques.

Mamo, L., Fishman, J.R. (2001). Potency in All the Right Places: Viagra as a Technology of the Gendered Body. *Body & Society*, 7(4), 13-35.

Mană, D., Burton-Jeangros, C. & Elger, B. (éds). (2010). *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales*. Berne et Bruxelles: Stämpfli et Bruylant.

Manderson, L. (2012). Material Worlds, Sexy Lives. Technologies of Sexuality, Identity and Sexual Health. In L. Manderson (dir.), *Technologies of Sexuality, Identity and Sexual Health* (pp. 1-15). Abington: Routledge.

Martin, E. (1991). The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16(3), 485-501.

Martin, H., Bendjama, R. & Bessette-Viens, R. (2017). Performer son sexe. La chirurgie d'amélioration des organes génitaux du début du XXI^e siècle selon les sites web qui la promeuvent en Suisse romande. *GLAD!* [En ligne], 02 | 2017. Récupéré de : www.revue-glad.org/435

Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Paris : Gallimard, Folio.

Masters, W.H. & Johnson, V. (1966/1968). *Les Réactions sexuelles*. Paris : Laffont.

Masters, W.H. & Johnson, V. (1970/1971). *Les Mésestantes sexuelles et leur traitement*. Paris : Laffont.

Mayer, A. (2017). Du divan à la boîte à orgone. La science orgasmique de Wilhelm Reich. *Terrains*, 67, 92-109.

McNeil, M., & Litt, J. (1992). More Medicalizing of Mothers: Foetal Alcohol Syndrome in the USA and Related Developments. In S. Scott, G. Williams, S. Platt, & H. Thomas (Eds), *Private Risks and Public Dangers* (pp. 112-132). Avebury : Aldershot.

177

Meidani, A. (2005). Différence "honteuse" et chirurgie esthétique : entre l'autonomie subjective des sujets et l'efficacité du contexte normatif. *Déviance et société*, 29(2), 167-179.

Meidani, A. (2007). *La fabrique du corps*. Toulouse : PUM.

Meidani, A. (2019, à paraître). Analyse interactionnelle et processus de médicalisation de la maladie d'Alzheimer en France et en Grèce : "Donner la parole" pour "faire taire" la crédibilité du discours. In F. Le Borgne Uguen & G. Fernandez (dir.), *Sociétés et Vieillissements : connaissances et perspectives en sociologie*. Rennes : PUR.

Meidani, A. & Alessandrin, A. (2017). Cancers et transidentités : une nouvelle "population à risques"? *Sciences Sociales et Santé*, 35(1), 41-64.

Memmi, D. (2003). *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : La Découverte.

Memmi, D. (2004). Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort. In D. Fassin & D. Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps* (pp. 135-154). Paris : Éditions de l'EHESS.

Mendelson, G. (2003). Homosexuality and Psychiatric Nosology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 678-683.

Meyerowitz, J. (2002). *How Sex Changed. A History of Transsexuality in the United-States*. Cambridge, London : Harvard University Press.

Meyerowitz, J. (2006). Transforming Sex : Christine Jorgensen in the Postwar U.S. *OA Magazine of History*, 20(2), 16-20.

Michaux, H. (1967). Mouvements. In H. Michaux, *Face aux verrous*. Paris: Gallimard.

Michels, D. (2013). *Soigner sa sexualité. Expérience des difficultés sexuelles et recours à la sexologie* (Thèse de doctorat). Paris : EHESS.

Morris, P. (2013). "Let's not talk about Italian sex": the Reception of the Kinsey Reports in Italy. *Journal of Modern Italian Studies*, 18(1), 17-32.

Morrow, R. (2008). *Sex Research and Sex Therapy: A Sociological Analysis of Masters and Johnson*. London : Routledge.

178 Mottier, V. (2008). *Sexuality: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Muchembled, R. (2005). *L'orgasme et l'occident. Une histoire du plaisir du XVI^e siècle à nos jours*. Paris: Seuil.

Musso, P. (2003). Américanisme et américanisation: du fordisme à l'hollywoodisme. *Quaderni*, 50(1), 231-247.

Nurka, C., & Jones, B. (2013). Labiaplasty, Race and the Colonial Imagination. *Australian Feminist Studies*, 28(78), 417-442.

Oakley, A. (1984). *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford : Blackwell.

Oakley, A. (1989). Smoking in Pregnancy : Smokescreen or Risk Factor ? Toward a Materialist Analysis. *Sociology of Health and Illness*, 11(4), 311-335.

Oaks, L. (2001). *Smoking and Pregnancy: The Politics of Fetal Protection*. New Brunswick : Rutgers University Press.

Organisation mondiale de la santé. (1999). *Santé21. La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS*. Copenhague : Organisation mondiale

de la santé. Récupéré de : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/109310/wa540ga199sa.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2003). *Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Récupéré de : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf>

Oudshoorn, N. (1994). *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*. New York, London : Routledge.

Oudshoorn, N. (2000). Au sujet des corps, des techniques et des féminismes. In D. Gardey & I. Löwy (éds), *L’invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin* (pp. 31-44). Paris : Éditions des archives contemporaines.

Oudshoorn, N., & Morel, G. (1998). Hormones, technique et corps. L’archéologie des hormones sexuelles (1923-1940). *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 53(4-5), 775-793.

Parlement européen & Conseil de l’Union européenne. (2014). *Directive 2014/40/UE du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE*. Bruxelles : Journal officiel de l’Union européenne. Récupéré de : <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014L0040&from=FR>

Parlement européen & Conseil des communautés européennes. (2001). *Directive 2001/37/CE du 5 juin 2001 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac – Déclaration de la Commission*. Bruxelles : Journal officiel de l’Union européenne. Récupéré de : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32001L0037:FR:HTML>

Pasche, M. & Zürcher, K. (2011). Politique de prévention du tabagisme en Suisse : entre succès et défis. *Dépendances*, 44, 6-9.

Peiretti-Courtis, D. (2015). Sexe, race et médecine. Anatomie et sexualité des Africain-e-s sous l’œil des médecins français (1780-1950). *Émulations*, 15, 45-58.

Perrot, M. (1998). Michel Foucault et l’histoire des femmes. In M. Perrot (éd.), *Les femmes ou le silence de l’histoire* (pp. 413-424). Paris : Flammarion.

Phang-Hug, F., Kraus, C., Poalini-Giacobino, A., Fellmann, F., Typaldou, S.-A., Ansermet, F., & Meyrat, B.J. (2016). Patients avec variation du développement sexuel : un exemple de prise en charge interdisciplinaire. *Revue médicale suisse*, 538, 1923-1929.

Piazza, S. (2014). La nymphoplastie. Nouvelle modalité de l'insupportable du sexe féminin. *Recherches en psychanalyse*, 1(17), 27-34. doi : 10.3917/rep.017.0027

Pinell, P. (2010). Médicalisation. In D. Fassin & B. Hauray (dir.), *Santé publique. L'état des savoirs* (pp. 425-434). Paris : La Découverte.

Préciado, P. B. (2008). *Testo junkie. Sexe drogue et biopolitique*. Paris : Grasset.

Rail, G. (2016). La violence de l'impératif du bien-être. Bio-autres, missions de sauvetage et justice sociale. *Staps*, 37(112), 17-31.

Raz, M. (2016). Qualité de vie et fertilité dans les études des personnes intersexuées. *Cahiers du Genre*, 60, 145-168.

Recordon, N. & Köhl, J. (2014). Sexothérapies des dysfonctions sexuelles. *Revue Médicale Suisse*, 422, 651-653.

Revenin, R. (2007). Paris Gay. 1870-1918. In R. Revenin (dir.), *Hommes et masculinités de 1879 à nos jours* (pp. 21-41). Paris : Autrement.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Rousseau, A. (2016). L'institutionnalisation des fat studies : l'impensé des "corps gros" comme modes de subjectivation politique et scientifique. *Recherches féministes*, 29(1), 9-32.

Ruault, L. (2015). La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. *Nouvelles Questions Féministes*, 34(1), 35-50.

Ruhl, L. (1999). Liberal Governance and Prenatal Care: Risk and Regulation in Pregnancy. *Economy and Society*, 28(1), 95-117.

Salle, M. (2010). Une ambiguïté sexuelle subversive. L'hermaphrodisme dans le discours médical de la fin du XIX^e siècle. *Ethnologie française*, 40, 123-130.

Sänger, E. (2015). Obstetrical Care as a Matter of Time: Ultrasound Screening, Temporality and Prevention. *History and Philosophy of the Life Sciences*, 37(1), 105-120.

Savitsch de, E. (1958). *Homosexuality, Transvestisme and Change of Sex*. Springfield : Charles C. Thomas publisher.

Schnegg, C. (2013). À la santé de qui ? Une ethnographie des discours professionnels sur le risque orphelin lié à l'alcool et à la grossesse. *Espaces Temps.net* [en ligne], *Travaux*, 2013. Récupéré de : www.espacestems.net/articles/a-la-sante-de-qui/

Schneider, P.-B. (1954). « Impuissance et frigidité ». *Praxis*, 43(11).

Schultheiss, D., Engel, R.M., (2003). G. Frank Lydston (1858-1923) Revisited: Androgen Therapy by Testicular Implantation in the Early Twentieth Century. *World Journal of Urology*, 21(5), 356-363.

Schweizer, A., Bruchez, C. & Santiago-Delefosse, M. (2013). Integrating Sexuality into Gynaecological Consultations: Gynaecologists' Perspectives. *Culture, Health & Sexuality*, 15(2), 175-190.

Scull, A., & Favreau, D. (1987). Médecine de la folie ou folie des médecins : controverse à propos de la chirurgie sexuelle au 19^e siècle. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68, 31-44.

Sigusch, V. (1977). Medizinische Experimente am Menschen. Das Beispiel Psychochirurgie. *Jahrbuch für kritische Medizin*, 17, 1-33.

Sinding, C. (2003). Le sexe des hormones : l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles. *Cahiers du Genre*, 34, 39-56.

Singleton, M. (2004). *Critique de l'ethnocentrisme du missionnaire anthropophage à l'anthropologue post-développementiste*. Paris : Parangon.

Sironi, F. (2011). *Psychologie des transgenres et des transsexuels*. Paris : Odile Jacob.

Smith, D. (1971). Transsexualism, Sex Reassignment Surgery, and the Law. *Cornell Law Review*, 56.

Stockhammer, J. (1962). Contribution à l'étude du transvestisme : trois cas. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*.

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan.

Stryker, S., & Whittle, S. (Eds). (2006). *The Transgender Studies Reader*. New York : Routledge.

Stuker, M. (1998). *Homosexualität in den Gutachten der Psychiatrischen Klinik Münsingen 1895-1975* (Thèse de doctorat). Berne : Université de Berne.

Sutton, K. (2012). We Too Deserve a Place in the Sun: The Politics of Transvestite Identity in Weimar Germany. *German Studies Review*, 35(2), 335-354.

Tamagne, F. (2000). *Histoire de l'homosexualité en Europe – Berlin, Londres, Paris, 1919-1939*. Paris : Seuil.

Taraud, C. (2011). La virilité en situation coloniale. In A. Corbin (éd.), *Histoire de la virilité 2. Le triomphe de la virilité. Le XIX^e siècle* (pp. 331-347). Paris : Seuil.

TGNS – Transgender Network Switzzlerland. (2017). *Trans*. Brochure d'information rédigée par des personnes trans* pour les personnes trans* et pour toutes les autres*. Sarnen : Transgender Network Switzerland. Récupéré de : www.transgender-network.ch/wp-content/uploads/2017/10/Brosch.Transfranz-1.pdf

Th, E. (1946). « Un cas curieux de changement de sexe et de modification de l'état civil d'une personne ». *Médecine & Hygiène*, 73, p. 10.

182

Thomas, M.-Y. (2013). Pour un cadre générique des transidentités. In M.-Y. Thomas, K. Espineira & A. Alessandrin (éds), *Transidentités. Histoire d'une dépa-thologisation* (pp. 25-34). Paris : L'Harmattan.

Thomas, M-Y., Espineira, K. & Alessandrin, A. (dir.). (2013). *Transidentités. Histoire d'une dépa-thologisation*. Paris : L'Harmattan.

Tiefer, L. (2008). Female Genital Cosmetic Surgery: Freakish or Inevitable? Analysis from Medical Marketing, Bioethics, and Feminsit Theory. *Feminism and Psychology*, 18(4), 466-479.

Troques, R. (1962). Liberté du changement de sexe. *La Presse médicale*, 70, 357-358.

Umbricht-Sprüngli, R.E., & Gsell, M. (2016). Surgical Interventions on the External Female Genitalia in Switzerland. *Geburtshilfe Frauenheilkunde*, 76(4), 396-402. doi : 10.1055/s-0041-111171

Varela, F. (1993/1991). *Inscription corporelle de l'esprit*. Paris : Seuil.

Ventola, C. (2014). Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. *Genre, sexualité & société* [En ligne], 12. Récupéré de : <https://journals.openedition.org/gss/3215>

Vuille, M. (2014). Le désir sexuel des femmes, du DSM à la nouvelle médecine

sexuelle. *Genre, sexualité & société* [En ligne], 12. Récupéré de : <https://journals.openedition.org/gss/3240>

Vuille, M. (2018). De nouvelles sciences pour de nouveaux problèmes? La biomédicalisation de la sexualité féminine depuis les années 1980. In D. Gardey & M. Vuille (dir.), *Les Sciences du désir: la sexualité féminine de la psychanalyse aux neurosciences* (pp. 89-106). Lormont : Le bord de l'eau.

Vuille, M., Rey, S., Fussinger, C. & Cresson, G. (2006). La santé est politique. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2), 4-15.

Weber, P. (2008). *Der Trieb zum Erzählen. Sexualpathologie und Homosexualität, 1852-1914*. Bielefeld : Transcript.

Weeks, J. (2014). *Sexualité*. Lyon : PUL.

Weinberger, L.E., Sreenivasan, S., Garrick, T., & Osran, H. (2005). The Impact of Surgical Castration on Sexual Recidivism Risk Among Sexually Violent Predatory Offenders. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33(1), 16-36.

West, C., & Zimmerman, D. (1987). Doing Gender. *Gender and Society*, 1(2), 125-151.

Wittgenstein, L. (1972). *Tractatus logico-philosophicus*. Paris : Gallimard.

Wittig, M. (2007/2001). *La Pensée straight*. Paris : Éditions Amsterdam.

Wolf, C. (1934). *Die Kastration bei sexuellen Perversionen und Sittlichkeitsverbrechen des Mannes* (Thèse de doctorat). Basel : B. Schwabe & Co.

Wood, J.M., Koch, P.B., & Mansfield, P.K. (2006). Women's Sexual Desire: A Feminist Critique. *The Journal of Sex Research*, 43(3), 236-244.

Ziegler, A.R. (2016). Human rights of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) persons in Switzerland: a legal analysis of weaknesses in the Swiss legal system according to ILGA-Europe's rainbow index. In A.R. Ziegler & J. Küffer, *Les minorités et le Droit/Minorities and the Law* (pp. 165-174). Genève : Schulthess.

Ziemke, T. (2003). What's that thing called embodiment? In R. Alterman & D. Kirsh, *Proceedings of the 25th Annual Meeting of the Cognitive Science Society* (pp. 1305-1310). Boston : Cognitive Science Society.

Zur Nieden, S. (2005). Aufstieg und Fall des virilen Männerhelden. Der Skandal um Ernst Röhm und seine Ermordung. In S. zur Nieden (Hg.), *Homosexualität und Staatsräson. Männlichkeit, Homophobie und Politik in Deutschland 1900-1945* (pp. 147-192). Frankfurt & New York : Campus.

Chaperon, S. (2007). De l'anaphrodisie à la frigidité : jalons pour une histoire. *Sexologies*, 16, 189-194.

Chaperon, S. (2008). *La médecine du sexe et les femmes : anthologie des perversions féminines au XIX^e siècle*. Paris : La Musardine.

Chaperon, S. (2010). Du féminisme à la sexologie : un parcours en Histoire. *Genre, sexualité et société*, 4. Récupéré de : <http://gss.revues.org/index1672.html>

Chavan, P. (1952). Au secours de l'union conjugale. Une initiative de Pro Familia : la consultation médico-sociale de mariage, 21 mars. ACV N13/30.

Chavkin, W. (1992). Women and the Fetus. The Social Construction of a Conflict. In C. Feinman (ed.), *The Criminalization of a Woman's Body: Part II* (pp. 71-80). New York : Hawthorn Press.

Chiland, C. (2003). *Le transsexualisme*. Paris : PUF.

CIPRET-Vaud. (2012a). *Petite enfance et fumée passive, abordons la question ! Un guide à l'attention des professionnel·le·s de la petite enfance du domaine de la santé* (brochure). Lausanne. Récupéré de : www.cipretvaud.ch/wp/wp-content/uploads/2013/12/Guid-prof-petite-enfance_CIPRET1.pdf

CIPRET-Vaud. (2012b). *Protégeons les enfants de la fumée passive* (brochure tout public). Lausanne. Récupéré de : www.cipretvaud.ch/wp/wp-content/uploads/2013/12/Flyer_Petite-enfance_Parents_DEF_nov20121.pdf

Clarke, A.E., Fishman, J.R., Fosket, J.R., Mamo, L. & Shim, J.K. (2000). Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences sociales et santé*, 18(2), 11-42.

Commission des communautés européennes. (2007). *Livre vert. Vers une Europe dans fumée de tabac : les options stratégiques au niveau de l'Union européenne*. Bruxelles : Commission des communautés européennes. Récupéré de : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/R-025_fr.pdf

Compendium. (2017 a). *Cyproderm*[®]. Récupéré de : <https://compendium.ch/mpro/mnr/24282/html/fr>

Compendium. (2017 b). *Androcur*[®]. Récupéré de : <https://compendium.ch/mpro/mnr/20660/html/fr>

Connell, R. (2014). *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*. Paris : Amsterdam.

Éditions HETSL, chemin des Abeilles 14
CH-1010 Lausanne
Tél. 021 651 62 00
editions@hetsl.ch
www.hetsl.ch/editions

Tous ces ouvrages sont disponibles chez votre libraire

Ils sont diffusés en Suisse par :
Albert le Grand
Route de Beaumont 20, 1700 Fribourg
Tél. 026 425 85 95 – Fax 026 425 85 90

Ils sont diffusés hors de Suisse par :
CID, rue Robert-Schuman 18, 84227 Charenton-le-Pont

Imprimé à Chavannes-de-Bogis en octobre 2019

SEXUER LE CORPS

Par quelles technologies et en fonction de quelles idéologies la médecine participe-t-elle à façonner des corps « bien » sexués ? Comment les pratiques médicales contribuent-elles à l'établissement et au renouvellement de normes de sexe et de sexualité ?

Les études réunies dans ce livre permettent de saisir les interrogations et les doutes de la médecine face aux transgressions de sexe et de sexualité. Peut-on convertir un homosexuel à l'hétérosexualité ? Identifier le sexe d'une personne ? Embellir les organes génitaux féminins ? Discipliner le corps des femmes enceintes ? Et comment les personnes résistent-elles à la normalisation médicale en matière de contraception, de disponibilité sexuelle ou de parcours de transition sexuelle ?

Ce livre permet de prendre la mesure des hésitations et des débats qui ont accompagné la constitution du savoir médical, avec une attention particulière à l'histoire suisse récente. Il met en lumière la labilité des frontières entre normalité et pathologique et permet de saisir tant les continuités que les changements d'appréhension du genre depuis le siècle dernier.

Éditions HETSL
Chemin des Abeilles 14
1010 Lausanne

ISBN 978-2-88284-073-8



9 782882 840738