

CHAPITRE VI

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

Alexandra Afsary
Université de Lausanne

Pages 101-118 de l'ouvrage *Sexuer le corps. Huit études sur des pratiques médicales d'hier et d'aujourd'hui* sous la direction de H. Martin et M. Roca i Escoda (2019)

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|---------|--|-----|
| 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 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 157 |

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'auteure, 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.

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 classier 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/laotr.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.

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