

CHAPITRE VII

LA GROSSESSE, UNE AFFAIRE DE FEMMES ? ENJEUX DE GENRE DANS LA PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL AUPRÈS DES FUTURS PARENTS

Edmée Ballif

Haute école spécialisée de Suisse occidentale

Pages 119-136 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)

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

doi du livre : 10.26039/x3hm-r733

doi du chapitre : 10.26039/wq5e-y018

Licence : CC BY-NC-ND

TABLE DES MATIÈRES

VII ...	LA GROSSESSE, UNE AFFAIRE DE FEMMES? ENJEUX DE GENRE DANS LA PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL AUPRÈS DES FUTURS PARENTS.....	119
.....	TABAC ET ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE QUESTIONS DE SANTÉ, QUESTIONS DE MORALE	121
.....	FAIRE DE LA PRÉVENTION, CONSTRUIRE DES RÔLES SEXUÉS.....	125
.....	FŒTUS VULNÉRABLES, FEMMES RESPONSABLES?.....	131
.....	CONCLUSION.....	135
.....	BIBLIOGRAPHIE.....	157

LA GROSSESSE, UNE AFFAIRE DE FEMMES ?

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

EDMÉE BALLIF

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

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

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

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

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

121

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

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

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

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

122

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

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

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

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

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

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

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

125

FAIRE DE LA PRÉVENTION, CONSTRUIRE DES RÔLES SEXUÉS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

130

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

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

FŒTUS VULNÉRABLES, FEMMES RESPONSABLES ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

133

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

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

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

134

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

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

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

CONCLUSION

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

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

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

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

136

REMERCIEMENTS

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

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.

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

169

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 frigidity : 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