



HAL
open science

”Où est mon andrologue?” : le tabou masculin en santé sexuelle et reproductive

Cécile Ventola

► **To cite this version:**

Cécile Ventola. ”Où est mon andrologue?” : le tabou masculin en santé sexuelle et reproductive. Science politique. 2011. dumas-00808325

HAL Id: dumas-00808325

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00808325>

Submitted on 5 Apr 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

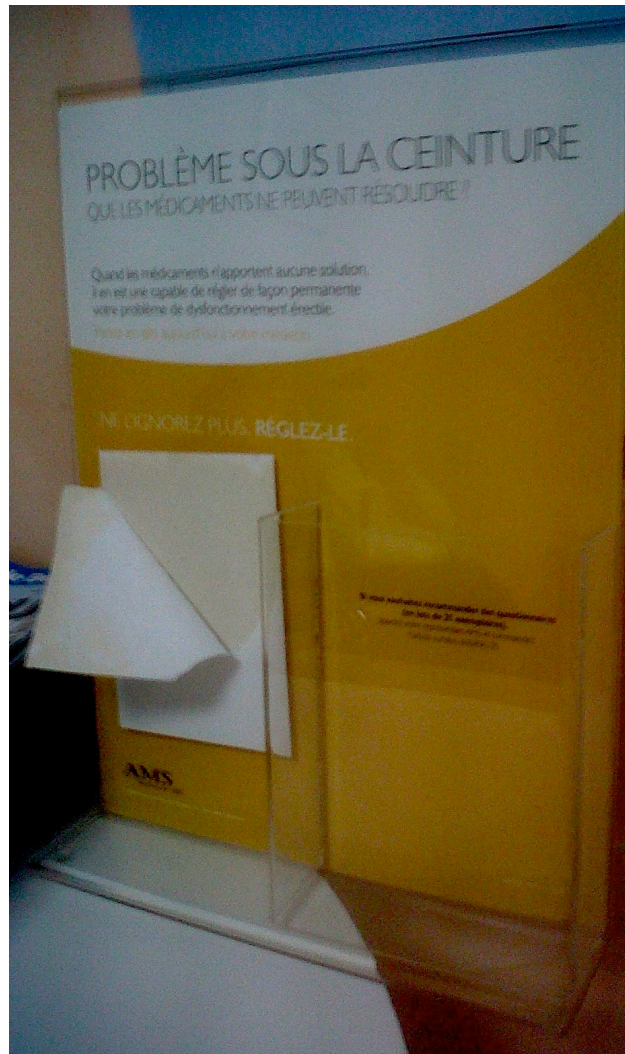
Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

Institut d'Etudes politiques de Grenoble

Cécile Ventola

« Où est mon andrologue ? »



Le tabou masculin en santé sexuelle et
reproductive

Master Politiques publiques et changement social

2010-2011

Sous la direction d'Emmanuel Taïeb

Institut d'Etudes politiques de Grenoble

Cécile Ventola

« Où est mon andrologue ? »

Le tabou masculin en santé sexuelle et
reproductive

Master Politiques publiques et changement social

2010-2011

Sous la direction d'Emmanue

Remerciements

Emmanuel Taïeb, pour sa direction patiente et sa confiance
lors de la rédaction de ce mémoire

Les praticiens qui ont accepté de me rencontrer et de me
consacrer un temps qui m'a été très précieux

Gabrielle Rojat, pour les longues conversations sur le milieu
médical vécu de l'intérieur

Mes relecteurs, Clémence Artur, Jérémy Bouillet
et Anaïs Stampfli

R., pour l'ouverture d'esprit

Sommaire

Sommaire	1
Introduction	2
Première partie : La neutralité de la science à l'épreuve des rapports sociaux de sexes.....	14
Chapitre I : La gynécologie : naissance d'une science de la différence	17
A. Du modèle unisexe à la différence incommensurable.....	17
B. Le féminin sexuel et le masculin neutre	27
Chapitre II : Culture, savoirs et pratiques dans la médecine.....	40
A. L'ancrage culturel de la production de savoirs scientifiques.....	41
B. L'acteur médical.....	51
Chapitre III : Les sentiers de la dépendance.....	67
A. Les hormones : une histoire de femmes ?.....	69
B. Les « gardiennes du temple de la santé sexuelle et reproductive ».....	80
Deuxième partie : Genre et santé sexuelle : les réalités de l'inégalité	93
Chapitre IV : Genre et contrôle reproductif : le monopole contraceptif	96
A. La contraception comme responsabilité féminine	97
B. Les hommes virils mais démunis	108
Chapitre V : La procréation médicalement assistée : quelle place pour les stérilités masculines ?	126
A. Les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation.....	127
B. Hommes et femmes dans les dispositifs d'AMP.....	139
Chapitre VI : La santé sexuelle au quotidien : le gynécologue... et tous les autres.....	153
A. Des corps différents	154
B. Socialisation médicale et recours aux soins	163
Conclusion.....	182
Bibliographie indicative.....	186
Table des matières	194
Annexes.....	197

Introduction

« Comme les chercheurs féministes l'ont démontré d'abondance, c'est toujours la sexualité de la femme qui est constituée ; la femme est la catégorie creuse. La femme seule semble posséder un « genre » puisque la catégorie elle-même se définit comme l'aspect des rapports sociaux fondé sur une différence entre les sexes, où l'homme a toujours été la norme. (...) Probablement est-il impossible d'écrire une histoire du corps de l'homme et de ses plaisirs parce que les archives historiques ont été créées dans une tradition culturelle où cette histoire n'était pas nécessaire »¹.

Cette remarque de Thomas Laqueur fait état d'un silence entourant la spécificité masculine dans les discours médicaux et sociaux. En comparaison, les particularités féminines ont été l'objet d'études abondantes ; de nombreux ouvrages pédagogiques et sociopolitiques se sont attachés pour la période étudiée par Thomas Laqueur, du XVIII^e siècle au début du XX^e siècle, mais aussi antérieurement, à expliciter l'infériorité physique et intellectuelle des femmes, justifiant la séparation des sphères d'activité entre les sexes. Ces discours ont été enrichis à partir du XVIII^e siècle par la documentation médicale de la différence des sexes, nouvellement inscrite dans le corps des individus, ou plutôt dans le corps féminin : en effet, les spécificités féminines sont constituées en causes et preuves de leurs incapacités politiques par rapport à une norme qui est à peine évoquée et qui ne se dessine qu'à la faveur des descriptions du contre-exemple que représentent les femmes. Le masculin est norme de comparaison, référence implicite et tacite, il n'est pas l'objet des discours.

Le masculin est également écarté lorsque la recherche féministe propose de nouvelles versions de l'histoire prenant en compte la seconde moitié de l'humanité, les femmes. La description des mécanismes de domination des hommes sur les femmes, et la volonté de mettre en lumière les rôles joués par les femmes dans la vie sociale, politique et économique des sociétés occidentales a conduit à une focalisation sur le féminin dans un but de réhabilitation. Dans ces

¹ Thomas Laqueur, *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Gallimard, Paris, 1992, pp. 38-39

études, le masculin est à peine effleuré : il est le détenteur d'un pouvoir normatif dont les femmes sont exclues. Alors que les féministes se saisissent des outils et méthodes de la sociologie des sciences pour critiquer la naturalisation du féminin par la science, elles décrivent et condamnent l'instrumentalisation idéologique et matérielle du corps des femmes et le sexisme des discours qui le caractérisent², sans engager une critique d'une possible naturalisation du masculin par ces mêmes discours et processus. Le masculin est réduit à une norme abstraite de domination dont le poids n'est envisagé que comme ne pesant concrètement que sur les femmes. La masculinité hégémonique, décrite comme puissance dominatrice, ne fait pas l'objet d'une remise en question académique ou politique, en l'absence d'études et de mouvements masculinistes. Alors que ces études féministes donnent lieu à une interrogation des normes féminines et à une réappropriation des discours sur le féminin, le masculin, en tant que norme, reste dans l'ombre.

Cependant, certains auteurs ont produit des analyses du masculin, comme George Mosse³ ou Robert Connell⁴, soulignant ainsi l'apport potentiel de l'étude des représentations dominantes de la virilité pour comprendre les comportements individuels et collectifs masculins. S'intéresser à la « première moitié de l'humanité » autrement qu'en tant que norme universelle, permet de souligner les spécificités masculines, d'en interroger les ressorts culturels et idéologiques et éventuellement de contester les implications normatives de ces représentations. A titre d'exemple, l'ouvrage collectif *Rôles masculins, masculinités et violences : perspectives d'une culture de paix*⁵, édité par l'UNESCO, met en lumière l'impact des normes comportementales masculines sur la gestion des conflits et de la paix. Dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle⁶,

² Voir notamment : Evelyn Fox Keller, *Reflections on Gender and Science*, Yale University Press, 1985, Emily Martin, *The Woman in the Body : a Cultural Analysis of Reproduction*, Open University Press, 1989, Delphine Gardey, Ilana Löwy (dir.), *L'invention du naturel : les sciences et la fabrication du masculin et du féminin*, Editions des Archives Contemporaines, Paris, 2000

³ George Mosse, *L'image de l'homme : l'invention de la virilité moderne*, Editions Abbeville, Paris, 1997

⁴ Robert Connell, *Gender and Power*, Cambridge : Polity Press, 1987, *Masculinities*, Cambridge : Polity Press, 1995

⁵ Ingeborg Breines, Robert Connell, Ingrid Eide (dir.), *Rôles masculins, masculinités et violences : perspectives d'une culture de paix*, Editions de l'UNESCO, Paris, 2004

⁶ Les travaux sur la santé sexuelle et reproductive ont progressivement inclus les hommes ou du moins le couple à partir des années 1980. En 1994, à la Conférence des Nations Unies du Caire, un programme international visant l'implication des hommes dans les programmes de

les tentatives d'implication des hommes dans les programmes internationaux et nationaux se heurtent à une opposition entre masculinité hégémonique et gestion de la santé, ce qui a motivé des analyses plus poussées des normes comportementales masculines. Ces quelques exemples montrent que l'analyse des identités masculines hégémoniques constitue un champ académique en développement, mais qui souffre d'une moindre reconnaissance par rapport aux analyses féministes, du fait de l'occultation de l'impact d'une domination masculine sur les hommes eux-mêmes.

Il apparaît donc important de perpétuer les interrogations féministes pour « l'autre moitié de l'équation »⁷ : en l'absence d'interrogation des identités masculines hégémoniques, l'impact des normes de masculinité sur les rapports sociaux de sexes et sur les comportements masculins ne peut être appréhendé.

La perspective qui nous intéresse ici plus particulièrement est une approche de la médecine car ses énoncés revêtent, du fait de leur statut scientifique, une apparence de neutralité qu'il apparaît important de mettre en lien avec les représentations de genre. Par ailleurs les pratiques médicales, que ce soit du point de vue des praticiens ou des patients, comme le soulignent les études dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive que nous avons évoquées, reflètent et consacrent des différences supposées immuables entre les hommes et les femmes.

Le domaine de la santé est en effet particulièrement représentatif de ce silence non interrogé autour des spécificités masculines. La singularité du corps féminin a été documentée à partir du XVIIIe siècle, donnant lieu à une spécialisation de certains médecins et au développement de pratiques spécifiques, bientôt rassemblées dans la discipline naissante de la gynécologie. L'essor de cette branche particulière aux femmes de la médecine se fonde notamment sur des préoccupations pour la santé des mères, mais aussi sur une importance

planification familiale et de prévention sanitaire a été adopté par 143 pays, renforçant cette orientation. Cf. Nelly Oudshoorn, *The Male Pill: a biography of a technology in the making*, Duke University Press, 2003

⁷ Tina Raine, Arik V. Marcell, Corinne H. Rocca, Cynthia C. Harper, « The Other Half of the Equation : Serving Young Men In a Young Women's Reproductive Health Clinic », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, n°35, 2003

idéologique accordée à la corporéité féminine. La gynécologie s'institutionnalise progressivement en un réseau de praticiens et cet intérêt initial pour la santé féminine se voit prolongé dans les recherches notamment endocrinologiques, qui permettent à terme l'élaboration de la pilule contraceptive. Cette innovation, perçue comme une conquête féminine du droit à disposer de son corps, implique une accentuation de la médicalisation des femmes puisqu'elle exige un suivi médical régulier. La révolution contraceptive devient progressivement une charge dont la responsabilité pèse exclusivement sur les femmes. Les hommes échappent à ce processus de médicalisation, ce qui peut être attribué à l'absence de contraception, mais surtout de discipline spécifique susceptible d'explorer les spécificités du fonctionnement corporel masculin et de défendre l'intérêt médical de ces recherches. Avec l'émergence du Viagra comme traitement de l'impuissance, les troubles érectiles gagnent en visibilité et transforment le dialogue entre médecin et patients autour de cette question. Mais cette amorce de médicalisation trouve rapidement des limites avec l'automédication dont le Viagra et ses équivalents font l'objet⁸. Au regard de cette inégalité, le rapport des hommes à la santé sexuelle et reproductive, ainsi que les recours existants peuvent être interrogés.

Le premier constat est celui d'un éclatement de l'offre de soins pour les hommes, en comparaison avec le recours univoque que représente la gynécologie. Concrètement, la pratique gynécologique se répartit entre deux spécialités : la gynécologie obstétrique, dans laquelle les praticiens s'occupent majoritairement du suivi et des pathologies liés aux grossesses avec une activité chirurgicale importante, et la gynécologie médicale, qui se consacre au suivi plus régulier lié à la santé sexuelle féminine : suivi impliqué par la contraception, traitement des pathologies courantes comme les infections sexuellement transmissibles et les troubles de la menstruation, dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus. Le Diplôme d'Etudes Spécialisées de gynécologie médicale est une spécificité française dont l'existence a été l'objet de débats : supprimée en 1984 dans un souci d'harmonisation européenne, elle a été rétablie en 2003 suite à la

⁸ Alain Giami, « De l'impuissance à la dysfonction érectile : Destins de la médicalisation de la sexualité », in Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2004, pp. 77-108

mobilisation des praticiens et des patientes⁹. Ces revendications ont valorisé la dimension préventive de la gynécologie médicale, ainsi que son adéquation avec les préoccupations féminines, tant en termes d'écoute, avec le développement du dialogue dans la consultation, qu'en termes de mobilisations professionnelles pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des femmes¹⁰. La plupart des femmes¹¹ bénéficient d'un suivi gynécologique régulier, dans le cadre duquel tous problèmes d'ordre sexuel sont évoqués, des pathologies à la prévention en passant par les troubles de la sexualité.

Les hommes confrontés à des problèmes d'ordre génital et sexuel peuvent s'adresser à plusieurs praticiens : leur médecin traitant, un urologue, un endocrinologue ou encore un sexologue. Aucune de ces spécialités n'est spécifique aux hommes et le recours aux spécialistes, comme l'urologue ou l'endocrinologue, est loin d'être aussi banalisé que pour les femmes. L'andrologue, équivalent linguistique du gynécologue est celui qui s'occupe effectivement de ce qui est spécifiquement masculin, notamment les stérilités masculines et les troubles érectiles. Mais l'andrologie n'est pas une spécialité médicale. Le diplôme actuel est un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC), et ne peut être obtenu que par les titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES). Il se greffe donc à d'autres spécialités : urologie, gynécologie, voire biologie médicale, même si les biologistes ne sont pas en mesure d'exercer en tant qu'andrologue, n'étant pas cliniciens. Ce statut

⁹ Les raisons de ce délai important entre la suppression de la spécialité et son rétablissement ne sont pas claires. Entre 1984 et 2003, les gynécologues médicaux en exercice se sont rassemblés dans des collèges régionaux, qui offraient des formations aux médecins diplômés, et l'on peut penser que cette situation palliative a été jugée satisfaisante jusqu'au constat progressif du déficit de gynécologues médicaux, induit par la suppression de la spécialité, accentué par la perspective du départ à la retraite de 60% d'entre eux d'ici à 2020. Les mobilisations professionnelles et sociales qui s'en sont suivies ont donné lieu à des débats au Parlement dès la fin des années 1990 mais n'ont, en tout état de cause, abouti qu'en 2003. Cf. Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale : www.fncgm.com

¹⁰ Le réseau professionnel de gynécologie médicale revendique la responsabilité d'évolutions majeures dans le traitement médical des femmes, comme le traitement de la ménopause ou le déclin des opérations mutilantes (hystérectomies, ovariectomies), beaucoup plus courantes dans les pays européens qui n'ont pas cette spécialité médicale. Lors de son intervention au Sénat en 1999, la sénatrice Nicole Borvo, soulignait ainsi que seuls 14% des femmes françaises avaient subi une hystérectomie à la fin de leur vie contre 30 à 46% des femmes de 50 ans dans les pays anglo-saxons où la gynécologie médicale n'existe pas. Source : www.cdgm.com, site du Comité de Défense de la gynécologie médicale.

¹¹ 85% des Françaises ont un suivi gynécologique régulier (au moins une fois tous les deux ans). Cf. Enquête BVA pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM), « Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique », 2008

disciplinaire de complémentarité a pour conséquence que la quasi-totalité des praticiens n'exercent pas seulement en tant qu'andrologue, mais en tant qu'urologue-andrologue ou gynécologue-andrologue. En termes de reconnaissance disciplinaire et de visibilité sociale, l'andrologie ne constitue donc pas un équivalent à la gynécologie.

Le deuxième constat qui peut être fait est celui d'une offre médicale bien moins importante que celle faite aux femmes en matière sexuelle et reproductive : il n'existe pas aujourd'hui de contraception masculine en dehors de la vasectomie, qui est irréversible, ou du préservatif, qui est un contraceptif barrière dont l'utilisation doit être réitérée à chaque rapport. En matière de traitement des stérilités masculines, les connaissances étiologiques et les possibilités de traitement sont bien moins développées que du côté féminin.

Le domaine de la santé laisse donc entrevoir un paradoxe au concept de domination masculine, puisqu'il semblerait que les hommes aient en matière sexuelle et reproductive, bien moins de recours que les femmes. Or, le monde médical a longtemps été majoritairement masculin : à partir de la deuxième guerre mondiale, les effectifs se sont progressivement féminisés avec une inversion de la tendance à partir des années 2000¹², mais cette féminisation n'a pas atteint les postes universitaires, occupés majoritairement par des hommes. Le relatif désintérêt pour les hommes apparaît donc comme le fait d'hommes, ce qui semble contre-intuitif, et motivé par des logiques culturelles qui ont lieu d'être explorées.

¹² Marie Jaisson, « La mort aurait-elle mauvais genre ? – La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 3, n°143, 2002, p. 46

Notre questionnement se construit donc en comparaison avec la discipline médicale gynécologique et les pratiques dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive féminine. Pourquoi le développement institutionnel d'une spécialité médicale sur les spécificités biologiques féminines n'a-t-il pas eu d'équivalent du côté masculin ? Quelles en sont les conséquences concrètes, en termes de pratiques et de représentations médicales, pour les hommes et les femmes ?¹³

Les réponses spontanées font état de réelles différences de fonctionnement biologique et donc de besoins chez les hommes et chez les femmes. Ces différences concernent les pratiques d'abord. La plupart des femmes prennent une contraception : en France, en 2000, plus de la moitié des femmes de 18 à 29 ans prenaient la pilule¹⁴. Cette prise de médicaments nécessite un suivi régulier, des bilans de santé préalable et des vérifications annuelles. Dans la mesure où il n'existe pas de contraception masculine réversible aujourd'hui, ce suivi n'est pas nécessaire pour les hommes¹⁵. Des différences biologiques sont par ailleurs évoquées : les dépistages actuellement mis en place concernent les hommes et les femmes à des périodes différentes de leur existence. Si les dépistages du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein exigent des vérifications régulières et aujourd'hui très institutionnalisées tout au long de la vie d'une femme, le dépistage du cancer de la prostate chez les hommes n'est pas encore systématisé et ne concerne les hommes qu'à partir de 50 ans. Par ailleurs, le fonctionnement génital féminin est parfois analysé comme intrinsèquement problématique : les menstruations cycliques ou encore la sensibilité des organes génitaux féminins aux infections exigeraient ainsi des soins constants, que leur constitution génitale spécifique épargnerait aux hommes. Enfin, la ménopause est aujourd'hui

¹³ La variable sexuelle est celle qui nous a paru la plus importante dans la structuration de notre enquête. Si d'autres variables indépendantes interviennent dans le rapport aux soins, comme le niveau d'éducation ou l'âge, nous ne les avons pas évoquées de manière centrale, dans des buts de simplification et de faisabilité.

¹⁴ Respectivement 53,9% des 18-19ans, 68,3% des 20-24 ans et 56,7% des 25-29 ans. Clémentine Rossier *et al.*, « Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000 », *Population*, Vol. 59, n° 3-4, 2004, pp. 456-458

¹⁵ Les travaux sur la pilule masculine soulèvent une interrogation étiologique, dans la mesure où le développement d'un contraceptif hormonal masculin se heurte à l'absence de réseau médical structuré, susceptible de diriger les recherches pharmaceutiques en ce sens et de fournir des panels de sujets sains pour les essais cliniques. Cf. Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*

prise en charge dans le cadre des consultations de gynécologie médicale, alors que l'existence de son équivalent masculin, l'andropause, n'est ni établie ni source de soins spécifiques.¹⁶

Cependant, la sociologie des sciences, ou encore la critique féministe des sciences ont remis en question la neutralité des énoncés scientifiques en soulignant les interpénétrations entre représentations sociales et production de savoirs scientifiques. Le rôle des acteurs scientifiques, en tant qu'individus membres d'une société culturelle, et des réseaux susceptibles de définir la légitimité de certaines recherches et hypothèses par rapport à d'autres, en fonction de critères économiques, politiques, sociaux ou encore corporatistes, doit être pris en compte dans l'appréhension des énoncés scientifiques, afin de dépasser leur apparente neutralité.

L'exemple du traitement des troubles de l'érection est significatif du rôle de l'acteur dans la reconnaissance des pathologies. Le sildénafil, la molécule active dans ce médicament, a été développée pour le traitement de maladies cardiaques, et ses propriétés vasodilatatrices ont été découvertes par hasard, par les usagers. Cette découverte a ouvert la voie de la verbalisation des troubles érectiles nouvellement établis en pathologie, alors que le monde médical avait longtemps refusé de les prendre en considération. La reconnaissance des pathologies semble en effet dépendre des réponses que le corps médical est susceptible d'y apporter : « *en l'absence de traitement, on n'a pas de maladie* »¹⁷, déclare en février 2000, Irwin Goldstein, un urologue américain appartenant aux promoteurs de la catégorisation de l'impuissance comme « troubles érectiles ». Un autre facteur sociologique qui est intervenu dans la structuration de l'offre de soins et l'orientation des recherches est la dominante masculine des équipes de recherches médicales. Dans le domaine de l'infertilité, les recherches se sont longtemps focalisées sur les femmes, car la stérilité de couple leur était

¹⁶ La ménopause correspondant à un arrêt définitif dans un laps de temps relativement court de la production de gamètes, elle ne trouve d'équivalent chez les hommes que dans un processus plus lent et jamais réellement définitif. L'émergence du concept d'andropause est critiquée par certains auteurs comme une invention de la part des industries pharmaceutiques. Cf. Jean-Michel Bader, « Des médicaments pour quelles maladies ? », *Les Tribunes de la santé*, Vol. 1, n°6, 2005, pp. 57-63

¹⁷ Cité par Alain Giami, « De l'impuissance à la dysfonction érectile... », *op. cit.*, p. 82

systématiquement attribuée jusqu'aux années 1960. Cette focalisation culturellement fondée a eu pour conséquence un déséquilibre entre les recherches portant sur les stérilités masculines et celles portant sur les stérilités féminines, qui perdure aujourd'hui.

Ces deux exemples soulignent l'importance des représentations des acteurs dans la place accordée aux événements corporels et dans l'orientation de la recherche. La réalité biologique des corps n'existe qu'à travers les connaissances acquises et reconnues par le biais de processus pétris de culture et de manière contingente. Les connaissances, discours et pratiques médicaux peuvent donc être interrogés d'un point de vue sociologique.

Il s'agit donc pour nous d'interroger les raisons du développement différentiel de la gynécologie et de l'andrologie, car l'explication « biologique » de la différence apparaît insuffisante. Il ne s'agit pas de remettre en cause toutes les connaissances actuelles médicales sur les hommes et les femmes, mais d'interroger ce qui, au-delà d'un biologique que nous ne pouvons de toute façon pas aborder de manière totalement neutre, a pu façonner ces différences de pratiques, et ce qu'elles signifient en termes de représentations et de rapports sociaux de sexes.

Les sources académiques utilisées relèvent de plusieurs disciplines ; les travaux d'histoire et de sociologie des sciences renseignent sur les interactions entre représentations sociales et production de connaissances scientifiques. Les travaux de Nelly Oudshoorn représentent une partie importante des sources consultées, dans la mesure où la spécialisation de cette auteur sur l'histoire des hormones et de la contraception a peu d'équivalent dans le monde universitaire. L'histoire des pratiques médicales en santé sexuelle et reproductive féminine a été abordée en lien avec celle des mouvements américains et français de planification familiale et plus tard de contestation des pratiques médicales, comme le Mouvement Français pour le Planning Familial, la *International Planned Parenthood Federation* et le *Women's Health Movement*. Les objets de ces recherches recouvrent des aires géographiques différentes, ce qui implique des disparités socio-géographiques. Cette dimension internationale des sources est inévitable, tout d'abord parce que les travaux académiques relatifs à ces objets

de recherches sont limités en ce qui concerne le territoire français, et ensuite parce que dans le domaine médical, les pratiques et les innovations s'élaborent de manière de plus en plus globalisée. Enfin, les études actuelles en sociologie sur la sexualité et les pratiques en santé sexuelle et reproductive ont été consultées, afin d'aborder les réalités du vécu médical des hommes et des femmes.

Ce travail se fonde également sur une enquête de terrain. Douze entretiens semi-directifs ont été menés avec des praticiens dont l'expérience permettait potentiellement d'aborder les domaines féminin et masculin de la santé sexuelle et reproductive. Nous avons rencontrés deux urologues exerçant en libéral, deux biologistes formés en andrologie rattachés à des Centres d'Etude et de Conservation des Œufs et du Spermé humains (CECOS), deux médecins généralistes formées respectivement en gynécologie et en sexologie travaillant dans un centre de santé universitaire, deux urologues rattachés à un Centre Hospitalier Universitaire, dont un formé en andrologie, un gynécologue-psychiatre formé en sexologie et exerçant en libéral et dans un centre de planification, une gynécologue en libéral, une gynécologue exerçant dans un service d'assistance médicale à la procréation (AMP) et une gynécologue mêlant les activités libérale, en centre de planification et en service d'AMP. Les entretiens ont été anonymisés mais la liste des praticiens, comprenant leurs spécialisations, leurs domaines d'activité et leur sexe peut être consultée en annexe¹⁸. La forme des entretiens, soumise à la disponibilité des médecins, a été variable : basés sur un questionnaire standardisé, les entretiens ont duré de vingt minutes à une heure quarante. Nous avons également pu passer une journée dans un service de chirurgie urologique et assister aux interventions. Ces entretiens se veulent essentiellement informatifs : en effet, la population rencontrée nous paraît insuffisamment nombreuse et diversifiée pour pouvoir tirer des conclusions d'ordre sociologique. Mais ces entretiens ont permis une compréhension plus fine des pratiques et l'accès à des discours, notamment ceux des andrologues, peu visibles d'une manière générale.

¹⁸ Annexe 1

Ce travail est consacré dans une première partie à l'interrogation des discours et représentations médicales. Dans le premier chapitre, les conditions d'émergence d'une spécialité médicale féminine sont analysées, afin de comprendre les motivations idéologiques et scientifiques de cet essor, et de le mettre en parallèle avec les discours qualifiant médicalement le masculin. Cette perspective historique nous conduit, dans un deuxième chapitre, à questionner les processus de production de connaissances scientifiques ; la sociologie des sciences et du monde médical révèle en effet une interpénétration entre monde scientifique et représentations sociales, qui peut permettre de porter un regard sociologique sur les discours et pratiques qui perpétuent des visions très différentes des santés féminine et masculine et s'inscrivent dans la continuité d'une situation née aux XVIIIe et XIXe siècle. Le développement exponentiel de la médecine et des connaissances gynécologiques, sans équivalent pour les hommes, peut également être appréhendé à partir du concept de sentier de la dépendance ; il souligne les effets de cliquets qui ont induit la perpétuation de cette focalisation sur les femmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Dans un second temps, ce sont les différences concrètes de traitement des hommes et des femmes par la médecine qui nous ont intéressée. Les différents domaines de la santé sexuelle et reproductive sont caractérisés par des inégalités de recours et de traitement entre hommes et femmes. Dans le domaine de la contraception, le contrôle des naissances a été construit dès l'origine comme un droit puis une responsabilité féminins. Les recherches et les pratiques actuelles laissent peu de place et de possibilités pour les hommes désireux de contrôler leur fertilité, un désir par ailleurs rarement conscientisé malgré son potentiel émancipateur. Le secteur de l'assistance médicale à la procréation est caractérisé par une focalisation sur le fonctionnement reproductif féminin, en termes de connaissances et d'interventions ; la prise en compte moindre des stérilités d'origine masculine a pour conséquence une inégalité dans les connaissances et les possibilités de traitement. Enfin, l'organisation des pratiques gynécologiques au sein d'un réseau structuré de gynécologues médicaux a conduit à une institutionnalisation et une banalisation du recours à la médecine féminine, qui par ailleurs constitue un espace de parole et d'apprentissage autour de la sexualité pour les femmes. L'absence d'équivalent pour les hommes conduit à

une fragmentation de l'offre et à une socialisation médico-sexuelle masculine limitée.

Ces inégalités soulignent le poids des identités hégémoniques de genre et des représentations de la différence biologique des sexes sur les rapports sociaux de sexes, et plus spécifiquement sur les possibilités de recours et de traitement des hommes.

Première partie :
La neutralité de la science à
l'épreuve des rapports sociaux de
sexes

Il paraît à première vue difficile d'interroger les affirmations de la science médicale ; fondée sur des méthodes d'administration de la preuve liées à l'observation et à la possibilité de répétition des expériences, la médecine, au même titre que les autres sciences qualifiées de dures, prétend échapper à la subjectivité des acteurs et à la contingence des situations. Selon cette conception d'une science médicale neutre, le différentiel de pratiques entre hommes et femmes dans le domaine sexuel et reproductif correspondrait à de réelles différences de besoins, la santé sexuelle et reproductive des femmes nécessitant plus de soins que celle des hommes. Mais les travaux d'histoire des sciences et de sociologie des sciences ont remis en cause la conception de la science comme découverte progressive d'un état naturel stable. Le processus de production de connaissances est un phénomène profondément humain, structuré par les représentations sociales en termes de possibilités et de nécessités perçues. Et les énoncés médicaux structurent à leur tour les représentations liées au corps, avec l'autorité que leur confère leur statut scientifique ; Nicole Edelman décrit cette subordination des représentations médicales aux contextes d'énonciation, et leur influence sociale potentielle : « *Le discours médical définit les maladies en les classant et en les configurant selon un mode de pensée dominant qui s'inscrit dans un temps et un espace déterminés. Ces représentations sont construites dans un moment donné, par ceux des médecins qui font alors autorité, elles sont tout à la fois issues de la perception d'une réalité et créatrices de réalités* »¹⁹. La différence de besoins médicaux entre hommes et femmes peut donc être interrogée car elle reflète nécessairement des représentations culturelles et historiquement situées des fonctionnements corporels.

La première partie de notre travail s'attache à comprendre les processus cognitifs et factuels qui ont motivé une structuration des pratiques médicales liées à la sexualité autour des femmes uniquement. Le premier chapitre est consacré aux conditions d'émergence de la discipline médicale de la gynécologie afin de comprendre les représentations à l'origine d'une spécialisation médicale sur les fonctions reproductives et sexuelles des femmes, sans impliquer de

¹⁹ Nicole Edelman, , « Représentation de la maladie et construction de la différence des sexes. Des maladies de femmes aux maladies nerveuses, l'exemple de l'hystérie », *Romantique*, Vol. 30, n°110, 2000, p. 73

développement équivalent du côté masculin. L'essor de la gynécologie répond alors à des besoins idéologiques qui cherchent à définir le féminin comme éminemment corporel et sexuel, face à un masculin caractérisé par la puissance corporelle et la maîtrise de soi.

Le second chapitre aborde les processus de production de connaissances scientifiques, qui permettent de comprendre la permanence au cours du XXe siècle, d'un état de fait né de dispositions idéologiques particulières aux XVIIIe et XIXe siècles. L'interpénétration des mondes social et médical induit en effet une permanence des représentations genrées dans le domaine médical, et une remise en cause partielle et tardive des réticences culturelles à prendre en compte le masculin sexuel. La place des acteurs médicaux dans la définition des pratiques et la reconnaissance des pathologies est particulièrement importante pour aborder les différences entre gynécologie et andrologie, ainsi que la manière d'aborder médicalement la sexualité.

Enfin, le concept de sentier de la dépendance permet d'appréhender les enchainements factuels en termes de pratiques médico-sexuelles : les dispositions initiales ont en effet induit un développement différentiel dans le domaine de l'endocrinologie, où la recherche sur les hormones féminines a été facilitée et encouragée par les pratiques gynécologiques existantes, et dans le domaine du soin, où l'action conjuguée des gynécologues et des mouvements féministes a créé un espace essentiellement féminin autour de la sexualité et de la reproduction. Ces effets de cliquets ont participé à la reconduction du silence médical autour du fonctionnement sexuel et reproductif masculin et de la limitation et de la marginalisation des pratiques.

Chapitre I : La gynécologie : naissance d'une science de la différence

Aborder la structuration différentielle de deux disciplines médicales spécifiques aux sexes masculin et féminin nécessite de comprendre le développement de la gynécologie et ses motivations. L'analyse de Thomas Laqueur²⁰, fondée sur l'étude historique et chronologique des productions scientifiques relatives au(x) sexe(s), permet de comprendre l'émergence progressive, à partir du XVIIIe siècle, d'une science spécialisée centrée sur les femmes alors définies par leurs attributs et spécificités sexuels. Cette émergence induit un basculement dans la compréhension de la différence sexuelle, puisque la science de la différence remplace peu à peu un modèle millénaire unisexe, selon lequel organes génitaux masculins et féminins sont les différents degrés d'un même ensemble. L'analyse de Thomas Laqueur souligne l'inscription des représentations scientifiques dans leur temps, puisque ce basculement semble relever de logiques plus sociales que scientifiques. Elle permet ainsi de comprendre les soubassements idéologiques du développement de la gynécologie, et d'aborder les raisons de l'absence d'andrologie dans les questionnements scientifiques de l'époque. Cette genèse de la gynécologie, bien qu'ancienne, pose les fondations d'un développement différentiel des sciences médicales sexuelles dont les implications se prolongent au delà des motivations idéologiques sur lesquelles il était appuyé.

A. Du modèle unisexe à la différence incommensurable

Les deux sexes n'existent que tardivement dans l'histoire de la science médicale. Jusqu'au XVIIIe siècle, les conceptions médicales adoptées dans l'Antiquité perdurent et structurent les représentations des médecins : homme et femme appartiennent à un même ensemble sexuel, et leurs différences anatomiques correspondent à des degrés de développement d'un même modèle. Contrairement à ce que la vision classique des sciences dures laisserait supposer, le basculement vers des modèles sexuels distincts n'est pas la conséquence de découvertes et révélations de réalités anatomiques, mais le fruit de circonstances

²⁰ Thomas Laqueur, *op. cit.*

politiques particulières, qui exigeaient la refondation du mode de cohabitation des sexes dans un ordre naturel.

Le destin du modèle unisexe antique

Selon l'analyse de Thomas Laqueur des écrits scientifiques relatifs au(x) sexe(s), la pensée scientifique occidentale semble avoir été marquée durablement par le modèle de compréhension des corps élaboré dans l'Antiquité, notamment par Aristote et Galien. Ce modèle est qualifié d'unisexe parce qu'il décrit les organes génitaux masculins et féminins comme des variations d'un même modèle et postule une stricte similarité entre les deux systèmes²¹. Comme Galien de Pergame l'écrit au deuxième siècle : « *Figurez vous les parties (génitales) qui s'offrent les premières à votre imagination, n'importe lesquelles, retournez en dehors celles de la femme, tournez et repliez dedans celles de l'homme, et vous les trouverez toutes semblables les unes aux autres* »²². Il n'existe qu'un seul sexe, qui se décline dans des grades différents déterminés par la chaleur interne des corps. Les femmes sont plus froides que les hommes, et c'est ce déficit de chaleur qui induit que leurs organes génitaux, par ailleurs strictement identiques aux organes masculins, demeurent à l'intérieur de leur corps. Cette similarité anatomique se remarque notamment dans le vocabulaire utilisé par les médecins : les mêmes termes qualifient des parties anatomiques jugées équivalentes. Le mot *kaulos* (canal) est utilisé indifféremment pour évoquer le vagin et le pénis, les ovaires et les testicules sont désignés par le même terme *orcheis* par Galien, ou encore celui de *didymoi* (jumeaux) par l'anatomiste alexandrin Hérophile²³. Les différences entre hommes et femmes sont donc comprises en termes de degrés de développement. Galien utilise la métaphore de la taupe pour expliciter cette différence : à l'instar des yeux d'une taupe, anatomiquement présents mais imparfaitement développés, les organes génitaux des femmes sont des organes génitaux masculins imparfaitement développés, ce qui implique la supériorité de l'homme sur la femme mais aussi leur appartenance à la même catégorie sexuelle²⁴.

²¹ Cf. Annexe 3

²² Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 42

²³ *Ibid.*, p.17

²⁴ *Ibid.*, p. 45

D'après cette compréhension de la physiologie humaine, le corps humain fonctionne selon une économie des fluides, évacués dans un but de préservation d'une température optimale. Sperme, sang, sueur et lait sont autant de fluides qui régulent cette température interne selon les individus. Les menstruations sont une manifestation de la froideur des femmes, qui sont sujettes à des évacuations plus fréquentes pour maintenir cette température à un niveau bas. C'est également cette température modérée qui permet la gestation, puisqu'elle correspond au climat optimal de développement du fœtus. Mais les variations de l'économie des fluides sont plus individuelles que sexuées : Aristote observe ainsi des émissions de lait chez certains hommes²⁵, et les médecins assimilent menstruations et flux hémorroïdaux chez les hommes. Les hommes comme les femmes souffrant de surpoids sont qualifiés de spermatiques : ils émettent moins de sperme et moins de sang car leurs fluides sont transformés en graisse. La compréhension des corps n'est donc pas sexuée : l'utérus est compris comme un organe aux capacités de rétention accrues, mais non sexuellement spécifique ; il est ainsi inclus dans un groupe d'organes de rétention au même titre que l'estomac par Galien²⁶. La procréation est le résultat du mélange des semences lors du rapport sexuel, ces semences étant deux versions plus ou moins raffinées du même fluide. La jouissance féminine est considérée comme également nécessaire à la conception que la jouissance masculine. Les corps féminins et masculins participent donc d'un système plus vaste de manière égalitaire, et avec des variations plus individuelles que sexuelles. Ces variations corporelles correspondent à des aptitudes différentes, des avantages comparatifs des femmes par rapport aux hommes et inversement, mais ne postulent en aucun cas une différence biologique à l'origine de leurs occupations différentes dans la société.

Cette compréhension du corps humain est liée à une relation particulière entre Nature et Culture qui prévaut jusqu'au XVIIIe siècle : le corps est illustratif d'un fonctionnement social qui n'est pas remis en question. Dans ce contexte intellectuel, l'observation de l'anatomie ne s'inscrit pas dans une recherche de vérité, mais dans un processus d'explication métaphorique d'un monde donné et

²⁵ *Ibid.*, p. 56

²⁶ *Ibid.*, p. 44

stable. Les différences entre hommes et femmes sont d'ordre paradigmatique : pour Aristote, l'homme est principe de vie, cause efficiente, la femme est principe matériel, activé par l'influence du principe masculin. C'est sur cette conception philosophique des natures féminines et masculines que se fonde l'interprétation du fonctionnement biologique, sans fondement empirique nécessaire. Pour Aristote dans ce cas précis, cette différence paradigmatique entre hommes et femmes induit que la semence masculine joue un plus grand rôle dans la procréation, activant la semence féminine grâce à son principe de vie. Les genres sociaux sont naturels et se reflètent dans l'interprétation de l'anatomie et du fonctionnement biologique qui est utilisée comme métaphore ou expression de la hiérarchie sexuelle dans le cosmos, mais qui ne la fonde pas.

Le renversement de cette relation entre Nature et culture après la Révolution française établit la Nature, soit l'anatomie, comme fondement d'un culturel qui n'est plus aussi solidement admis et qui nécessite un nouvel ancrage, remplaçant des traditions immémoriales déstabilisées par les remises en question révolutionnaires.

Le basculement vers la différence sexuelle

A partir du XVIIIe siècle, les productions scientifiques occidentales convergent vers un nouveau modèle radicalement différent de compréhension des sexes, fondé sur une différenciation physiologique totale des hommes et des femmes. Jusqu'alors, les représentations anatomiques du corps humain se fondaient sur une norme masculine. Marque d'une transition entre le modèle unisexe masculin et celui de la différence incommensurable des sexes, l'ouvrage très diffusé²⁷ du britannique Henry Gray, *Anatomy of the Human Body*, édité pour la première fois en 1858, appuie ses explications du fonctionnement corporel sur des représentations d'un corps mâle uniquement et ce n'est que pour spécifier ses différences que le corps féminin est figuré. Le premier squelette féminin fait son apparition en 1759 dans les planches d'anatomie, suivi par d'autres modélisations au cours du XIXe siècle. Mais l'acceptation scientifique de ces

²⁷ Cet ouvrage constitue une référence encore aujourd'hui. En 2008, il s'est vu réédité pour la quarantième fois et demeure utilisé par les étudiants en médecine de Grande Bretagne et des Etats Unis.

modèles dépend de leur capacité à montrer cette différence incommensurable entre hommes et femmes : le squelette canonique élaboré par le médecin allemand Samuel Thomas von Soemerring au XIXe siècle se voit ainsi rejeté de l'ouvrage de l'anatomiste John Barclay parce qu'il n'insistait pas assez sur la spécificité du pelvis féminin, l'os le plus représentatif de la différence entre hommes et femmes. John Barclay privilégie un modèle plus différencié en juxtaposant le squelette masculin d'Arconville et le squelette féminin élaboré par Sue en 1759²⁸. Il fait figurer à l'arrière-plan du squelette masculin celui d'un cheval, symbole culturel de rapidité et de puissance, voire d'autorité pour les cavaliers, et à l'arrière plan du squelette féminin, une autruche, ce qui attire l'attention sur l'importance et la disproportion du pelvis féminin²⁹. Ces associations, ainsi que l'insistance sur la taille du bassin, la petitesse du squelette et enfin la longueur du cou, alors significative de l'absence de passion des femmes dans la phrénologie très en vogue à l'époque, permettent de faire figurer les spécificités psychologiques féminines et leur destinée sociale dans leur constitution même.

Hommes et femmes sont donc physiquement, anatomiquement dissemblables. La différence peut se lire dans la forme particulière des os féminins par rapport à ceux de la norme masculine et ce changement se traduit également dans le vocabulaire utilisé, des termes spécifiques émergent : le terme « ovaire » devient majoritaire pour désigner les « testicules féminines », le mot « vagin » est créé et s'impose progressivement autour des années 1700³⁰. Le vocabulaire servant à désigner les organes génitaux, ainsi que l'interprétation de leur fonctionnement sont fondamentaux dans ce processus de différenciation des hommes et des femmes. En effet, si cette passion du dimorphisme se traduit par une distinction accrue de chaque organe, des squelettes masculin et féminin, voire de leur système nerveux, ce sont les organes sexuels qui sont à l'origine de cette différence : « *Le système reproductif est fondamentalement différent, d'un point de vue structurel mais aussi fonctionnel, chez le Mâle et chez la Femelle ; et puisque ce système affecte tous les organes et systèmes d'organes, il est certain que Mâle et*

²⁸ Cf. Annexe 2

²⁹ Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 191

³⁰ *Ibid.*, pp 182-183

Femelle sont en tous points foncièrement différents. Complémentaires, en aucune façon identiques, en aucune façon égaux l'un et l'autre ; l'adaptation idoine de la société dépend de la bonne observation de ce fait»³¹. Dans ce contexte scientifique où la femme devient altérité qu'il faut différencier de la norme, les ouvrages abordant les spécificités biologiques féminines abondent, dont le très célèbre traité *Du système physique et moral de la femme* de Pierre Roussel, paru en 1775, alors qu'auparavant la médecine parlait d'un corps supposé asexué. La représentation scientifique des femmes qui en émerge est celle de femmes entièrement déterminées par leur anatomie sexuelle : « *Les femmes doivent leur manière d'être aux organes de la génération, et en particulier à l'utérus* »³². Les femmes, bien plus que les hommes sont corporelles, soumises aux aléas de la féminité que sont la menstruation, l'accouchement mais aussi l'extrême sensibilité de leur système nerveux et la faiblesse de leur constitution : « *Leur existence normale se présente même comme une pathologie établie* »³³. Les menstruations par exemple, comprises comme un processus d'évacuation sain d'un excès de chaleur dans le modèle unisexe, sont nouvellement appréhendées à l'aide d'un vocabulaire sanglant, évoquant blessure, toxicité et maladie chronique chez les femmes : l'endocrinologue britannique Walter Heape assimile la menstruation à « *une action périodique grave et dévastatrice* », les règles « *ne laissant sur leur passage que bris déchiqueté de tissus, glandes déchirées, vaisseaux éclatés, stroma au contour haché, ainsi que des masses de corpuscules sanguins, qu'il ne semblerait guère possible de guérir de manière satisfaisante sans l'aide d'un traitement chirurgical* »³⁴. La féminité est maladie chronique et menaçante : « *Même chez la plus saine des femmes, un ver, aussi inoffensif et inaperçu soit-il, ronge périodiquement les racines de la vie* »³⁵, écrit le docteur Havelock Hellis en 1904. Les spécificités du fonctionnement biologique féminin sont repérées, nouvellement comprises comme singulièrement féminines et élaborées en une

³¹ Walter Heape, *Sex Antagonism*, Londres, 1913, cité par Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 253

³² Claude Martin Gardien, *Traité complet d'accouchements, et des maladies des filles, des femmes et des enfants*, Paris, 1816, cité par Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 170

³³ Jean-Pierre Peter, « Les médecins et les femmes », in Jean-Claude Aron (dir.), *Misérable et Glorieuse : la femme au XIXe siècle*, Librairie Arthème Fayard, Paris, 1980, p. 83

³⁴ Walter Heape, « Menstruation of Semnopithecus entellus », cité par Thomas Laqueur, *op. cit.*, p.254

³⁵ Havelock Hellis, *Man and Woman : a Study of Human Secondary Sexual Characteristics*, Londres, 1904, cité par Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 254

corporéité féminine malade et envahissante, déterminante psychologiquement. La science de la différence s'attache donc à décortiquer la biologie féminine en tant que fondamentalement distincte d'une biologie masculine qui n'est pas évoquée en tant que spécifiquement masculine, mais en tant que norme neutre et médicalement utilisée de longue date. C'est aussi dans la singularité de la constitution féminine que réside son manque d'« amativité », soit son apathie sexuelle. Au XIXe siècle est établi le fait que l'orgasme féminin n'est pas nécessaire à la conception³⁶ : les exemples de conception sans orgasme, notamment à la suite d'un viol, étaient auparavant interprétés comme la preuve du désir sexuel de la victime. Ces exceptions à la règle de la conception orgasmique deviennent preuve irréfutable de l'inutilité de l'orgasme féminin. Des débats émergent sur la possibilité même d'un orgasme féminin, inscrivant dans la particularité des organes féminins les raisons d'un comportement sexuel inhibé prôné par la société du XIXe siècle qui valorise la chasteté féminine. Les médecins interprètent donc différemment des exemples connus de conception sans orgasme pour en déduire une spécificité féminine dans le comportement sexuel, et ce à nouveau du fait de sa constitution sexuelle particulière.

Les énoncés scientifiques ne présentent pas une représentation unifiée et homogène de la corporéité féminine : les interprétations et les hypothèses divergent et s'affrontent. Mais partout, ce paradigme corporel est admis : c'est le corps qui est à l'origine de la différence entre hommes et femmes, leurs comportements sont biologiquement déterminés. Ce paradigme domine les discussions politiques : la faiblesse féminine implique la circonscription des activités des femmes à la sphère privée pour certains³⁷, quand les revendications féministes avancent la force physique des femmes capables de surmonter l'accouchement, ou encore leur moindre amativité pour défendre la valeur potentielle de leur intervention dans le domaine public³⁸. Le débat est donc

³⁶ Thomas Laqueur, *op. cit.*, pp 184-185

³⁷ Voir par exemple les conséquences de la faiblesse corporelle féminine pour le statut juridique des femmes selon Jules Michelet, Annexe 5

³⁸ Mary Wollstonecraft comprend la capacité de résistance des femmes à l'aiguillon de la chair comme une qualité typiquement féminine leur permettant une plus grande moralité dans leurs décisions et actes. Pour Anna Wheeler, la plus grande sensibilité féminine, leur empathie et leurs intérêts pacifistes en tant que mères désignent les femmes comme parfaites législatrices. Citées par Thomas Laqueur, *op. cit.*, pp 232-233

biologique et corporel dès qu'il s'agit d'évoquer les femmes. La dimension politique de ce débat, et les implications sociales de cette différence naturelle et incommensurable entre les sexes sont fondamentales. En effet, ce basculement scientifique ne se fonde pas sur des découvertes anatomiques et physiologiques bouleversantes, qui rendraient le modèle unisexe définitivement caduc. Comme l'exemple de la conception orgasmique le souligne, les mêmes exemples peuvent être utilisés comme argument de défense des deux modèles. En réalité, cette passion du dimorphisme naît d'un changement épistémologique relatif aux relations entre Nature et Culture : la Révolution française et le projet des Lumières sapent les fondations de l'organisation sociale en discréditant les traditions comme lois inébranlables. Dans ce contexte, la production d'énoncés scientifiques acquiert une nouvelle légitimité, celle de la rationalité, et s'attache à refonder les différences statutaires de sexe dans la nature même des individus.

Science et idéologie

L'analyse de Thomas Laqueur s'inscrit en porte-à-faux vis-à-vis d'une compréhension linéaire du progrès scientifique. Ce basculement fondamental dans la perception des sexes, à l'origine d'une différenciation médicale pérenne, ne résulte pas selon lui de découvertes scientifiques, notamment anatomiques, communément reconnues et admises dans un nouvel ordre d'idées : « *Après la révolution scientifique, la différence sexuelle ne procéda pas plus de l'anatomie que ça n'avait été le cas dans le monde du sexe unique* »³⁹. Il montre que des éléments de critique du modèle unisexe ont émergé bien avant ce basculement sans qu'ils ne trouvent de réelle attention dans le monde scientifique : les résultats des explorations anatomiques de la Renaissance ont par exemple été intégrées dans le modèle unisexe, les différences constatées de formes des organes n'induisant pas de distinctions de fonctions et de dénominations⁴⁰. Par ailleurs, l'acceptation du modèle différentiel coïncide avec des découvertes dans le domaine de l'embryologie qui auraient pu être constituées en preuve de la théorie du modèle unisexe ; le dévoilement de la similarité de la morphologie sexuelle des embryons mâles et femelles, observée dans les années 1850, offrait des

³⁹ Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 186

⁴⁰ Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 175

correspondances organiques (pénis/clitoris, lèvres/scrotum, ovaires/testicules) qui auraient pu être liées aux isomorphismes galéniques, c'est à dire au modèle unisexe⁴¹. Enfin, le modèle antique continue à servir de référence dans de nombreux textes, notamment en ce qui concerne la description du coït. L'orientation progressive de la connaissance scientifique vers une compréhension différenciée des sexes semble donc participer d'un processus indépendant de la recherche scientifique en elle-même. Selon Thomas Laqueur, ce changement se fonde sur des évolutions sociales et intellectuelles qui requièrent de nouvelles représentations fournies par des scientifiques dont le prestige social est en expansion.

La philosophie des Lumières et la Révolution française condamnent la perpétuation d'ordres anciens au seul prétexte de leur aspect traditionnel. Avec la valorisation de l'usage de la raison et l'avènement politique de la figure du citoyen, un espace public de débats se crée. Mais le discrédit des frontières sociales ne s'étend pas aux frontières de sexes ; les femmes ne pouvant plus être exclues de la sphère publique par des arguments traditionnels, c'est dans la Nature même que les arguments de la séparation sont puisés : « *Lorsque pour de multiples raisons, un ordre transcendantal préexistant ou une coutume qui remontait à des temps immémoriaux devenait une justification de moins en moins plausible à des rapports sociaux, le champs de bataille des rôles dévolus à chaque genre se déplaça sur un autre terrain, celui de la nature et du sexe biologique* »⁴². Le maintien des frontières entre hommes et femmes passe par leur inscription dans l'anatomie et le fonctionnement biologique des femmes, qui soit les condamne à une incapacité naturelle à participer à la vie publique du fait des trop grands tourments auxquels leur utérus les soumet et de leur trop grande sensibilité, soit les destine parfaitement à une sphère domestique où leur émotivité et empathie naturelles peuvent s'épanouir. Pour la majorité des médecins, les revendications égalitaristes des femmes traduisent ainsi une méconnaissance des capacités spécifiques de chaque sexe, qui les destinent à des sphères d'activité séparées et qui postulent de véritables dangers pour une

⁴¹ *Ibid.*, p. 192

⁴² *Ibid.*, p. 174

femme qui s'aventurerait dans des domaines interdits⁴³. Le biologiste Patrick Geddes percevait par exemple une différence de nature entre les cellules mêmes des hommes et des femmes, les premières étant cataboliques soit consommatrices d'énergie, les secondes anaboliques, soit conservatrices d'énergie. Ce qui permettait d'expliquer que les femmes soient « *plus passives, conservatrices, léthargiques et stables* » et les hommes « *plus actifs, énergiques, impatients, passionnés et variables* », et ce de manière naturelle et donc éternelle, ce qui impliquait qu' « *une loi du Parlement ne saurait annuler tout ce qui s'est décidé parmi les protozoaires préhistoriques* »⁴⁴. Si la biologie justifie la séparation des sphères d'activité des deux sexes, il est inutile d'en débattre politiquement. Cette science biologique bénéficie par ailleurs d'une légitimité bien supérieure aux superstitions et traditions de l'Ancien Régime : elle est l'expression de l'usage de la raison, le résultat de l'observation objective d'une Nature dont la neutralité est opposée aux dérives du pouvoir humain. Les médecins deviennent progressivement au cours du XIXe siècle, les « *prêtres d'une nouvelle Eglise, rationnelle* »⁴⁵. Pour les philosophes des Lumières, qui rejettent explicitement l'inscription d'une hiérarchie sociale dans la Nature et se réfèrent à un état de nature pour refonder les principes de l'organisation sociale, la répartition des rôles entre hommes et femmes relève néanmoins de logiques corporelles ; pour Thomas Hobbes, c'est la vulnérabilité féminine induite par la gestation qui a eu pour conséquence leur statut social inférieur. Pour John Locke, puisque « *la dernière Détermination, la Règle, doit bien être placée quelque part, elle incombe naturellement à l'Homme, comme le plus capable et le plus fort* »⁴⁶. Les remises en question de l'ordre social impliquées par la Révolution s'arrêtent donc à la frontière du genre, mais dans ce contexte de changement, l'arbitraire d'une telle frontière requiert la mobilisation d'arguments autres que traditionnels ; c'est la science qui se charge de fournir ces justifications : « *Partout où les frontières anciennes étaient menacées ou que de nouvelles s'élevaient, des différences sexuelles fondamentales nouvellement*

⁴³ Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 238

⁴⁴ Patrick Geddes et J. Arthur Thompson, *The Evolution of Sex*, Londres, 1889, cité par Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 19

⁴⁵ Jean-Pierre Peter, préface d'Odile Arnold, *Le Corps et l'Âme - La vie des religieuses au XIXe siècle*, Editions du Seuil, Paris, 1983, p. 8

⁴⁶ Cité par Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 179

découvertes apportaient des matériaux. Et elles avaient pour provenance la science. »⁴⁷.

L'évolution des représentations scientifiques correspond donc à une refondation de la différence des sexes nouvellement inscrite dans la nature des corps. Ce basculement induit une focalisation sur le corps féminin, entièrement défini et conditionné par son appareil génital. La science des femmes est science de l'Autre, science des différences entre un corps féminin extrêmement spécifique et sexué, et un corps neutre, objet classique d'investigation scientifique et dont la dimension sexué n'est évoqué que de manière minoritaire : le corps masculin. Si l'on comprend la nécessité d'argumenter une différence incommensurable en documentant la spécificité sexuelle féminine, le masculin n'a de place que comme point de comparaison. Sa spécificité n'en est pas une, il est norme. Le modèle de la différence sexuelle pose donc les bases d'un intérêt scientifique insatiable pour les femmes, car il faut comprendre ce corps déterminant de leur condition sociale, sans équivalent pour la science des hommes.

B. Le féminin sexuel et le masculin neutre

L'essor de la science gynécologique au XIXe siècle s'inscrit dans une nouvelle conception des sexes comme fondamentalement différents. La corporité naturelle, révélée par les recherches médicales, est fondement de l'organisation sociale. Les femmes deviennent l'objet d'investigations infinies : leur fonctionnement corporel est compris en termes de pathologies nécessitant soins et limitation de leurs activités. A l'opposé, la légitimité des hommes à gérer seuls les affaires publiques s'inscrit dans un corps qui se doit d'être puissant et maîtrisé : les pathologies spécifiquement masculines sont tues, car les hommes ne peuvent se permettre d'être perturbés par leur corps, sous peine d'être considérés comme aussi incapables et fragiles que les femmes.

⁴⁷ Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 180

L'éternelle malade

L'émergence d'une théorie médicale de la différence sexuelle a pour conséquence une prise en charge spécifique des femmes. Selon le modèle défendu au XIXe siècle, les femmes sont toutes entières définies par leur spécificité sexuelle : le moindre élément corporel est marqué par la féminité telle qu'elle est comprise alors, synonyme de faiblesse physique et de règne de la Nature et des impulsions sur l'esprit. « *La femme du XIXe siècle est une éternelle malade* »⁴⁸ : soumises aux caprices de l'utérus, parfois responsable d'un des grands maux du siècle qu'est l'hystérie ((le terme vient du grec *hystera* qui signifie « utérus »), les femmes souffrent d'une nature fragile qui nécessite un soin et une surveillance médicale constants. Cette perception d'un corps féminin particulièrement faible trouve un écho dans la surmortalité dont elles souffrent par rapport aux hommes⁴⁹ au XIXe siècle. A titre d'exemple, 40% des filles de 15 à 21 ans meurent de phtisie en Belgique entre 1840 et 1860⁵⁰, une situation probablement due à leurs conditions de vie confinées mais expliquée par cette faiblesse naturelle.

Cette conception des femmes justifie l'organisation sociale en vigueur et le maintien des femmes dans une position subalterne : leur santé fragile exige qu'elles s'épargnent les dangers du travail, des activités extérieures, du moins lorsque leur position sociale le leur autorise. Les éternelles malades offrent également de nouvelles opportunités professionnelles à ceux capables de leur offrir des remèdes et des soulagements. Les médecins de famille prennent une place particulière dans la vie des femmes : le recours à un médecin plutôt qu'à une sage-femme pour un accouchement est la marque d'une certaine aisance financière, ce qui confère des vertus de distinction sociale à ces pratiques. Par ailleurs, le pouvoir social croissant qu'acquièrent les médecins notables au cours du XIXe siècle, ainsi que le crédit grandissant accordé à leurs prescriptions grâce à une amélioration de l'efficacité des soins due notamment aux découvertes dans

⁴⁸ Yvonne Knibiehler, « Corps et cœur », in Geneviève Fraisse, Michelle Perrot (Dir.), *Histoire des femmes en Occident – IV. Le XIXe siècle*, Editions Perrin, Paris, 2002, p. 401

⁴⁹ *Ibid.*, p. 402

⁵⁰ Michel Poulain et Dominique Tabutin, « La surmortalité des petites filles en Belgique au XIXe et début du XXe siècle », *Annales de démographie historique*, 1981, cité par Yvonne Knibiehler, « Corps et cœur », *op. cit.*, p 402.

les domaines de l'anesthésie et de l'asepsie, assoient le statut des médecins, et tout particulièrement auprès de celles qui ont apparemment tant besoin d'eux : « le protecteur naturel d'une femme en mal d'enfant n'est plus son mari, mais le médecin »⁵¹. Les préoccupations natalistes de la fin du XIXe siècle attribuent aux médecins une nouvelle légitimité, renforcée par le mouvement hygiéniste. Les médecins experts se voient autorisés à se prononcer sur le mode de vie approprié aux futures mères : les prescriptions font état d'une fragilité naturelle féminine, qui requiert l'interdiction d'activités dangereuses comme la balançoire ou la valse et la prise en compte des impératifs de la santé maternelle dans la réglementation du travail⁵².

Cette perception des femmes, et le développement des connaissances sur les spécificités féminines permettent donc l'essor d'une activité médicale socialement reconnue. Cette gynécologie balbutiante s'inscrit parfaitement dans les sujets de préoccupation du XIXe siècle : justification scientifique et biologique des rapports sociaux de sexes, inquiétude pour la fertilité nationale et ambitions professionnelles d'un corps médical en pleine ascension sociale. La porosité entre pratiques médicales et sociales se retrouve dans les entorses faites à cette préoccupation pour la santé des femmes. Les inquiétudes médicales vis-à-vis des maladies vénériennes n'empêchent pas des arrangements entre maris et médecins, qui s'entendent pour dissimuler aux épouses leur infection par une maladie sexuellement transmissible et préserver ainsi la paix du ménage. Jusqu'à la fin du XIXe siècle, le traitement des épouses est d'ailleurs soumis à l'autorisation de leurs maris⁵³. La protection de l'institution familiale prime parfois sur le souci sanitaire. La médecine participe à travers ces nouvelles pratiques au renforcement du modèle conjugal en définissant les normes du fonctionnement sexuel permettant la préservation de la santé féminine : en qualifiant les troubles psychologiques et sexuels grâce à la terminologie de l'hystérie, ils définissent les contours du comportement féminin « naturel » et sain, condamnent les écarts à cette norme et prônent une sexualité conjugale

⁵¹ Yvonne Knibiehler, « Corps et cœur », *op. cit.*, p. 401

⁵² Article « Grossesse », *Dictionnaire des Sciences médicales*, Panckoucke, 1812-1822, cité par Yvonne Knibiehler, « Corps et cœur », *op. cit.*, p. 398

⁵³ Yvonne Knibiehler, « Corps et cœur », *op. cit.*, pp 402 - 403

modérée pour résoudre les troubles féminins⁵⁴. Le travail de Freud sur la sexualité⁵⁵ qui rencontre un très grand succès, s'inscrit dans cette dynamique alors qu'il invente l'orgasme vaginal, valorisé comme signe de maturité psychique par rapport à l'orgasme clitoridien, et circonscrivant la sexualité féminine à la pénétration hétérosexuelle et conjugale : « *Se dérobant à des siècles de connaissances anatomiques, la thèse de Freud témoigne de la liberté avec laquelle il est possible de s'approprier rhétoriquement l'autorité de la nature pour légitimer des créations culturelles* »⁵⁶.

Le développement d'une science médicale des femmes répond donc à des logiques de représentations sociales plus larges : il permet la justification scientifique de l'organisation de la cohabitation entre les sexes, tout en offrant des possibilités de prestige sociétal aux médecins qui y participent et des phénomènes de valorisation sociale aux femmes qui ont recours à cette offre de soins. C'est l'utilité collective de cette orientation médicale qui assure sa bonne réception ainsi que l'augmentation du prestige de la médecine : l'historien Olivier Faure affirme en ce sens qu'il serait « *exagéré et faux d'imaginer que les représentations médicales s'imposent spontanément à l'ensemble de la société par leurs seules vertus démonstratives. Si la médecine devient le principal guide de lecture du corps et de la maladie, c'est parce que la science médicale s'élabore au sein de la société et en réponse à ses questionnements, et non dans un univers scientifique totalement éthéré.* »⁵⁷. A l'inverse, le souci du sexuel masculin ne répond pas aux demandes sociales en termes identitaires.

⁵⁴ Le mariage est considéré par exemple comme un remède à l'hystérie tout comme à la pathologie onaniste. Le musée de cire du Dr Bertrand, présentant les différents degrés de déchéance physique causée par l'onanisme proposait notamment le portrait d'une jeune fille menacée d'agonie par la masturbation mais qui « *eut le bonheur de se corriger par le mariage* », cité par Alain Corbin, « La rencontre des corps », in Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps - 2. De la Révolution à la Grande Guerre*, Éditions du Seuil, Paris, 2005, p. 165.

⁵⁵ Sigmund Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, (1905), Editions Gallimard, Paris, 1987

⁵⁶ Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 279

⁵⁷ Olivier Faure, « Le regard des médecins », in Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps - 2. De la Révolution à la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 17

Le masculin neutre

La focalisation de l'intérêt des médecins sur le corps féminin au détriment, ou du moins sans équivalent pour le corps masculin, peut s'expliquer par des données sociologiques sur le corps médical des XVIIIe et XIXe siècles. Les médecins de l'époque sont des hommes, sans autre exception que l'expertise des sages femmes requise lors des accouchements. Madeleine Bris devient la première femme médecin diplômée en 1875 mais ce n'est qu'en 1882 que les femmes sont officiellement autorisées à se présenter au concours de l'externat des Hôpitaux de Paris. Et leurs capacités naturelles justifient l'accueil mitigé que leur réservent certains praticiens : les historiens Hélène Berlan et Etienne Thevenin citent ainsi un « *éminent professeur* » qui déclare que « *La femme médecin est une de ces herbes folles qui ont envahi la flore de la société moderne [...] Qu'il me soit permis, à celles qui s'égarer dans des études où elles sont inaptes, de leur montrer qu'il ne dépend pas de leur volonté de se créer un cerveau de praticien* ». ⁵⁸ Si l'exclusion des femmes de la recherche scientifique n'est pas spécifique au domaine médical, elle implique pour ce dernier un point de vue uniquement masculin sur les corps. Si la gynécologie dans ses débuts est science de la différence, cela peut aussi s'expliquer par le besoin de compréhension face à l'altérité et à l'impossibilité pour les médecins de faire l'expérience personnelle de ce corps féminin. Ainsi, ce corps différent peut être appréhendé, voire compris, par une exploration médicale accrue ⁵⁹. Le fonctionnement sexuel féminin, et la peur qu'inspire l'insatiabilité supposée du désir des femmes ⁶⁰, motivent également les tentatives de compréhension, et de prescriptions sanitaires et morales rassurantes, comme les préconisations de retenue masculine dans la sexualité, sous peine de déclencher des désirs féminins incontrôlables et épuisants ⁶¹. Cette soif de comprendre un corps féminin sexuel

⁵⁸ Citée par Hélène Berlan et Etienne Thevenin, *Médecins et société en France : du XVIe siècle à nos jours*, Editions Privat, Toulouse, 2005, p. 127

⁵⁹ Georges Didi-Huberman évoque notamment dans *Ouvrir Vénus*, la fascination mêlée de crainte qu'inspirent les corps féminins aux artistes italiens de la Renaissance, et les Vénus de cire, d'une précision anatomique remarquable, qui permettaient aux étudiants en médecine de toucher et d'explorer cet intérieur féminin mystérieux : « *C'est le fantasme que la Nature, toujours incarnée comme femme, "se dévoile devant la science" ou, plus exactement, devant le savant lui-même (...)* », Georges Didi-Huberman, *Ouvrir Vénus – Nudité, rêve, cruauté*, Editions Gallimard, Paris, 1999, p.108

⁶⁰ Alain Corbin, « La rencontre des corps », *op. cit.*, p.181

⁶¹ *Ibid*, p. 161

ne trouve pas d'équivalent du côté masculin de la connaissance. La composition sociologique du corps médical semble un élément de compréhension pertinent : chaque praticien ayant son propre vécu de la masculinité, notamment dans le domaine sexuel, le corps masculin ne recèle pas les mystères du corps féminin, il est une évidence ressentie. Cependant, ce type d'impensé paraît insuffisant pour expliquer que la croyance en les bienfaits de la médicalisation et des progrès de la connaissance ne se traduise pas en termes d'investigation du masculin. La maîtrise masculine de la recherche médicale aurait pu potentiellement donner lieu à une focalisation des scientifiques sur le fonctionnement sexuel masculin, pour leur bénéfice personnel. Mais il apparaît que ce délaissement du masculin dans la recherche médicale n'est pas qu'impensé : il est évitement d'une prise en compte problématique pour les représentations majoritaires de la virilité, de la corporéité masculine.

En effet, dans la représentation des sexes de plus en plus naturalisée à partir du XVIIIe siècle, hommes et femmes ont des rapports différents à la Nature. Dans le prolongement de la philosophie des Lumières et de la valorisation de l'usage de la raison, la cohabitation des sexes s'organise selon un schéma binaire : les femmes sont assimilées à la Nature, soumises, nous l'avons vu, à une corporéité despotique et déterminante de leurs capacités, alors que les hommes sont associés à la Culture et à l'usage de la raison en toute chose. « *L'homme est un cerveau, la femme est une matrice* »⁶², écrit Jules Michelet, dans son journal le 29 juin 1849, inspiré par ses recherches médicales sur les femmes suite à son mariage avec Athénais Mialaret la même année. Cette correspondance binaire, si elle permet de fonder idéologiquement et « naturellement » la séparation des sexes, a des implications importantes en ce qui concerne le rapport au corps masculin. Si pour les femmes « *Le corps l'emporte chez elles sur la raison, et tient celle-ci à distance* »⁶³, les hommes ne peuvent s'autoriser tant de corporéité car c'est la distance même avec le corps qui renforce le lien à la raison, en miroir inverse de la condition des femmes. La distance avec le corps, ses pulsions, ses symptômes, ses faiblesses, est condition de la masculinité.

⁶² Cité par Jean Borie, « Une gynécologie passionnée », in J-P Aron, (dir.), *Misérable et glorieuse : la femme au XIXe siècle*, op. cit., p. 158

⁶³ Jean-Pierre Peter, « Les médecins et les femmes », op. cit., p. 84

Cette conception s'inscrit dans des logiques de construction d'une virilité moderne, figure concrète développée afin de réorganiser le monde après les bouleversements révolutionnaires. George Mosse date ainsi le début de l'importance historique d'une masculinité stéréotypée autour des valeurs de courage, force et honneur au milieu du XVIIIe siècle⁶⁴. Construit par une bourgeoisie désireuse d'imposer des références propres à la société en changement, mais influencée par la culture traditionnelle chevaleresque, l'idéal masculin moderne embrasse des qualités morales de droiture, d'orgueil et de sang-froid : « *un vrai homme doit rester maître de ses passions* »⁶⁵ L'apport de la modernité consiste en ce que la virilité doit, à partir du XVIIIe siècle, se lire dans les corps et les visages ; dans une société où la représentation prend une importance croissante, comme le montre la profusion de symboles révolutionnaires et nationaux, la masculinité se traduit par une apparence de plus en plus chargée symboliquement puisque « *l'idéal masculin, dans sa force et sa beauté devint le symbole même de la société et de la nation* »⁶⁶. Et ce corps masculin doit donc être robuste et sain, afin qu' « *une fois devenu homme par sa vigueur, (il devienne) homme par son entendement* »⁶⁷.

La beauté masculine nouvellement valorisée est une référence constante à l'esthétique corporelle grecque, alliance de dynamisme de corps musclés et de maîtrise de soi dans l'impassibilité des postures. Au cœur de la masculinité moderne se trouve la réhabilitation du lien entre âme et corps : c'est pourquoi toute faiblesse corporelle est antinomique de la masculinité car elle trahit une faiblesse de l'âme : « *Rien ne peut sauver l'homme chétif, sujet aux maladies* »⁶⁸. Les discours sur le corps masculin se concentrent alors sur l'esthétique et sur le lien entre les valeurs physiques et morales. La maladie est trahison de l'idéal, ce qui exclut une science du masculin aussi poussée que la médecine des femmes naissante. Par le développement progressif de la gymnastique, c'est la maîtrise

⁶⁴ George Mosse, *op.cit.*, p. 12

⁶⁵ *Ibid.*, p. 19

⁶⁶ *Ibid.*, p. 31

⁶⁷ Jean-Jacques Rousseau, *L'Emile ou De l'Education*, 1762, cité par George Mosse, *op. cit.*, p. 34

⁶⁸ George Mosse, *op. cit.*, p. 50

du corps qui est prônée, car le corps viril est force et contrôle, par opposition à l'indolence malade des femmes⁶⁹.

« *Le mâle n'est mâle qu'en certains instants, la femelle est femelle toute sa vie. (...) Tout la rappelle sans cesse à son sexe* »⁷⁰, écrit Jean-Jacques Rousseau dans le cinquième livre de *l'Emile ou De l'Education*. Assurément, cette distance nécessaire entre masculin et corporéité implique que le corps étudié par la médecine ne soit pas assimilé à la virilité. Il est corps neutre, référence morphologiquement masculine certes, mais dont la spécificité est effacée. Face à des femmes entièrement corporelles dont la médecine et les maris doivent héroïquement soulager les souffrances, le corporel masculin doit se faire discret sous peine de montrer faiblesses et défaillances. Ce tabou autour des organes génitaux et du fonctionnement sexuel masculin règne à une exception près, qui n'est pas une exception à la normativité de ce regard sur les hommes : celle des déviances sexuelles.

Le rejet des déviances

Lorsque la sexualité masculine est évoquée, c'est-à-dire lorsque l'on parle du corps masculin dans sa spécificité et non en tant que norme neutre, c'est pour définir les contours d'une masculinité normale par la condamnation des déviances. Jusqu'à la fin du XVIIe siècle, l'impuissance constituait une réalité juridique, susceptible de justifier un divorce, voire l'interdiction de se remarier pour l'époux incriminé selon le type d'impuissance qui le caractérisait. D'abord attestée par un simple examen des organes génitaux, l'impuissance fut l'objet de descriptions de plus en plus nombreuses et détaillées et de catégorisations juridiques, suivies d'« épreuves » correspondantes de la virilité des accusés. Il existait à titre d'exemple des impuissances perpétuelles (définies par des causes organiques observables à l'œil nu ou par l'incapacité totale à entrer en

⁶⁹ La valorisation de la virilité suppose des contre-exemples dont se différencier et la féminité en fait partie. Rudolfo Obermann, importateur de la gymnastique en Italie, attribuait à l'activité physique la capacité de sauver les jeunes hommes de l'hermaphrodisme et d'un caractère « efféminé », terme qui se répand d'ailleurs à partir du XVIIIe siècle. Cf. George Mosse, *op. cit.*, p.16 et p. 55

⁷⁰ Jean-Jacques Rousseau, *L'Emile ou De l'Education*, 1762, cité par Thomas Laqueur, *op. cit.*, p.228

érection)⁷¹, accidentelles (survenues à la suite d'une blessure ou d'une chirurgie ou maladie)⁷², respectives (lorsque c'est la physiologie des époux qui les rend incompatibles), ou encore relatives (lorsque la morphologie d'un seul époux est responsable de la non-consommation du mariage)⁷³. Ces différentes catégories impliquaient différents types de jugement : l'impuissant perpétuel se voyait frappé de l'interdiction de se remarier, quand une impuissance accidentelle survenue après le mariage ne justifiait pas une séparation. La culmination de ce jugement social d'une sexualité considérée comme déviante parce qu'inadéquate au mariage chrétien procréateur fut l'épreuve du Congrès, lors de laquelle l'époux accusé (l'homme dans l'immense majorité des cas) devait montrer sa capacité à accomplir le devoir conjugal avec son épouse devant témoins. Selon Pierre Darmon, la pensée juridique autour de l'impuissance était essentiellement un exercice de définition de la virilité : l'impuissant était celui qui échoue à faire preuve de virilité, soit dans le domaine sexuel « *dresser, entrer, mouiller* »⁷⁴. Ainsi les débats autour de la catégorisation de l'impuissance se voulaient essentiellement normatifs de la virilité : « *Systématiquement, on oppose le normal à l'anormal. Au cœur de cette dialectique, un double objectif : rassurer/culpabiliser. Définir les normes à l'intérieur desquelles tout homme pourra s'affirmer puissant et, par opposition, intégrer, dès ce stade préliminaire, l'impuissant dans une "structure d'exclusion"* »⁷⁵. Ces tribunaux de l'impuissance étaient en quelque sorte les tribunaux des failles masculines, le jugement de ceux dont le comportement constituait une faille dans le rôle et l'image sociale des hommes, et enfin, une manière pour les hommes qui jugeaient de se distancier de ces défaillances.

A l'instar de ces tribunaux et de l'épreuve du Congrès, suspendue à l'issue d'un procès en 1667, la sexualité masculine n'est évoquée par les médecins des XVIIIe et XIXe siècles que pour en décrire les déviances et dangers. Cette période est marquée par une obsession pour l'onanisme, condamné par de multiples traités

⁷¹ Pierre Darmon, *Le tribunal de l'impuissance – Virilité et défaillances conjugales dans l'Ancienne France*, Editions du Seuil, Paris, 1979, p. 29

⁷² *Ibid.*, p. 36

⁷³ *Ibid.*, p. 37

⁷⁴ J. Guillemeau, *Œuvres de chirurgie*, Paris, 1649, cité par Pierre Darmon, *op. cit.*, p. 26

⁷⁵ Pierre Darmon, *op. cit.*, p. 26

de médecine mettant en garde contre la déperdition organique qui s'ensuit. Certains praticiens rivalisent d'ingéniosité pour concevoir des appareils censés proscrire les pratiques masturbatoires⁷⁶. L'onanisme a pour conséquence une déperdition d'énergie, une théorie corroborée par celle de l'économie spermatique selon laquelle toute émission séminale est perte de fluide vital. Celui qui se rend coupable du crime d'Onan perd progressivement tout dynamisme et tout désir ; il perd du poids car il n'assimile plus, est pris de diarrhées, il tousse et s'étouffe, son corps se courbe sous le poids de la culpabilité et de la surexcitation de son système nerveux⁷⁷. Les représentations du malade masturbateur l'assimilent souvent à un vieillard, au teint pâle et cireux, vieilli trop vite du fait du vice solitaire⁷⁸. Le masturbateur, en se laissant aller à des pulsions naturelles indignes de sa condition d'homme, s'éloigne progressivement de la norme masculine, en termes de carrure, de dynamisme et de vitalité. Les remèdes proposés par les médecins encouragent d'ailleurs une tonification du corps par des activités physiques et des douches froides, ainsi qu'un certain effort de discipline de soi. Les mêmes remèdes sont préconisés pour les nerveux : maladie du XIXe siècle, la nervosité fascine et horrifie car il s'agit d'une défaite de l'esprit masculin, tout aussi temporaire qu'elle soit, face à la Nature ; le malade voit son corps le trahir, ses muscles se contracter involontairement et ses nerfs prendre le contrôle de son comportement⁷⁹. Si l'onanisme et la nervosité n'épargnent pas les femmes, ces maladies trouvent leur explication dans un système plus large : dès lors que les femmes vivent sous l'emprise de leur utérus, ces affections ne sont que la démonstration de leur faiblesse naturelle. Chez l'homme, elles sont plus problématiques car elles entrent en contradiction avec le modèle corporel de virilité neutre et puissante, et créent parfois une féminisation dangereuse. Le masturbateur et le nerveux rejoignent les rangs des parias, déjà peuplés par les figures du Juif, du vagabond, du gitan, pour cristalliser les peurs sociales et définir la norme par le rejet des déviances. C'est également le cas des homosexuels, dont la condamnation se renforce aux XVIIIe et XIXe siècles. Comme ses compagnons de déviances, l'homosexuel, ou

⁷⁶ Cf. Annexe 6

⁷⁷ Alain Corbin, « La rencontre des corps », *op. cit.*, p. 165

⁷⁸ Cf. Annexe 6

⁷⁹ George Mosse, *op. cit.*, p. 73

l'antiphysique, est physiquement reconnaissable, selon la tradition anthropologique de l'époque qui valorise physiognomonie et phrénologie : teint blême, troubles du système nerveux, sa santé pâtit et son corps est marqué par les pratiques déviantes auxquelles il s'adonne. Pédérastie active, pédérastie passive et même fellation laissent des marques bien reconnaissables sur la morphologie et le visage des homosexuels⁸⁰. La protosexologie qui se développe au XIXe siècle classe l'amour entre hommes dans la catégorie des perversions symptomatiques de la dégénérescence de l'espèce et susceptibles de devenir socialement dangereuses⁸¹.

Lorsque le fonctionnement sexuel masculin est évoqué, c'est donc pour tracer les contours d'une normalité tacite, en désignant les déviances et pathologies de ceux qui se montrent esclaves des pulsions les plus abominables. La corporéité spécifiquement masculine est déviante, elle n'est évoquée par les médecins et susceptible de soins que lorsqu'elle s'aventure hors des cadres du socialement acceptable.

⁸⁰ Alain Corbin, « La rencontre des corps », *op. cit.*, p. 165

⁸¹ Ivan Crozier, « La sexologie et la définition du "normal" entre 1860 et 1900 », *Cahiers du Genre*, n°34, 2003, pp. 17-38

Si les discours sur le sexe féminin abondent aux XVIII^e et XIX^e siècles, c'est pour mieux inscrire la féminité dans la corporéité. Le spécifiquement masculin ne se dit que dans la condamnation du non-respect d'une norme qui n'a pas besoin d'être mentionnée autrement que par ces critiques en creux. La naissance de la gynécologie participe donc d'une conception des sexes qui cherche à naturaliser le féminin, voire le sexualiser, quand le masculin se rattache à la raison et s'oppose à la corporéité. L'absence de développement de l'andrologie paraît donc répondre, en ce qui concerne la période de développement de son pendant féminin, au respect d'une norme masculine qui ne peut souffrir un examen trop approfondi sous peine de mettre en danger sa supériorité qui répond aux logiques d'opposition hommes/femmes, culture/nature. Le caractère hautement idéologique de la naissance de la gynécologie explique cette omission également idéologique.

La permanence de ce modèle entre cependant en contradiction avec une vision classique de la science comme processus d'approfondissement des connaissances et œuvre de progrès. L'approche historique de Thomas Laqueur fait état d'un ancrage culturel de la production de connaissances scientifiques, notamment par l'influence déterminante des représentations des acteurs. Or, le modèle hégémonique de virilité semble avoir été plus endurant que la féminité stéréotypée du XIX^e siècle ; les mouvements féministes ont visé, à partir du XX^e siècle, une plus grande liberté d'action pour les femmes mais aussi une réappropriation du discours sur le féminin qui a permis à des représentations alternatives d'émerger progressivement. Ce mouvement d'émancipation vis-à-vis des normes sexuées ne s'est retrouvé que modérément du côté masculin, parce que ses énonciateurs possédaient déjà l'autorité de parole sur leur sexe, et parce que « *tel qu'il était, l'idéal masculin répondait à trop de besoins sociaux, et il était trop profondément enraciné* »⁸². La perception des sexes du XIX^e siècle proposait certes des stratégies de valorisation individuelle aux femmes qui en ont usé mais qui, face aux possibilités d'émancipation des féminismes, se sont progressivement et partiellement effacées, alors que le modèle de masculinité

⁸² George Mosse, *op. cit.*, p. 18

hégémonique a été nourri et réinvesti par les nationalismes sans être jamais réellement remis en question.

C'est ainsi que la focalisation de la médecine sur les femmes et l'omission du sexuel masculin ont perduré au cours du XXe siècle, du fait de l'enracinement de la production de connaissances scientifiques dans la culture sociétale, et de la permanence d'un modèle de masculinité qui ne pouvait souffrir l'examen médical.

Chapitre II : Culture, savoirs et pratiques dans la médecine

Les faits scientifiques et la connaissance du fonctionnement biologique des corps revêtent l'apparence de vérités neutres, qui se sont révélées progressivement aux scientifiques grâce aux progrès des possibilités d'explorations et des méthodes de recherche. Cette neutralité des sciences est le fondement de justifications de modes d'organisation humaine qui convoquent l'argument de nature. Des études américaines⁸³ traduisent des différences sociales en aptitudes biologiquement déterminées et expliquent par exemple la présence moindre des femmes dans les disciplines des sciences dures par le fonctionnement spécifique du cerveau féminin. En ce qui concerne le développement différentiel de la gynécologie et de l'andrologie, les explications médicales spontanées se réfèrent à des différences biologiques entre hommes et femmes⁸⁴, qui ont pour conséquence que les unes ont besoin de soins et de surveillance constants quand les autres peuvent s'en passer. Cependant, les travaux sociologiques et historiques sur les processus de production de connaissances scientifiques ont révélé leur inscription dans des contextes sociaux particuliers, et les relations qui unissent constamment société, représentations sociales et connaissances scientifiques. L'objectivité et la neutralité supposées de la science entrent en contradiction avec le fait qu'elle est le produit d'acteurs humains, historiquement et culturellement situés, et que sa production même est un processus social. L'impact potentiel des acteurs scientifiques et médicaux doit donc être analysé afin de dépasser l'illusion de neutralité de la science et la force des faits scientifiques pour en comprendre les rouages sociaux.

⁸³ A titre d'exemple : Anne Moir et David Jessel, *Brain Sex : the real difference between man and women*, NY Carol Publishing Company, 1991. Plus récemment, en janvier 2005, le directeur de l'université d'Harvard, Lawrence Summers, a attribué le déséquilibre entre hommes et femmes des effectifs dans les sciences dures à l'incapacité féminine innée pour ce type de travail intellectuel. Cf. Suzanne Goldenberg, « Why women are poor at science, by Harvard president », *The Guardian*, 18 janvier 2005 : <http://www.guardian.co.uk/science/2005/jan/18/educationsgendergap.genderissues>

⁸⁴ Ces explications se retrouvent chez la plupart des praticiens rencontrés au cours de l'enquête : la différence entre le dépistage du cancer du col de l'utérus, qui doit être réalisé dès le début de la vie sexuelle des femmes, et le cancer de la prostate, qui ne se manifeste qu'à partir de 45 ans, est l'une des raisons majoritairement évoquées pour expliquer les différences de pratiques.

A. L'ancrage culturel de la production de savoirs scientifiques

La production de savoirs est toujours inscrite dans un contexte socio-culturel particulier. Comme le montre le travail de Thomas Laqueur précédemment évoqué, les représentations sociales, voire les besoins idéologiques d'une société influencent le choix des objets de recherche et la réception académique et sociale des hypothèses avancées. C'est aussi en fonction des représentations sociales et des connaissances déjà acquises que se délimite l'espace des possibles. La production de connaissances elle-même est un processus éminemment social : les relations entre chercheurs, entre chercheurs et institutions, l'importance du statut, l'usage de références admises, sont des éléments déterminants du processus de reconnaissance d'une hypothèse scientifique comme un fait établi. A chaque étape de la production de connaissances, les acteurs sont impliqués dans la formulation et la reconnaissance des vérités scientifiques qui sont donc profondément liées au contexte humain dans lequel elles émergent.

L'apport de la sociologie des sciences

Les travaux de Bruno Latour⁸⁵ s'inscrivent dans une perspective de sociologie des sciences et offrent une perception de la recherche scientifique qui complexifie le statut des connaissances. En effet, l'étude approfondie des controverses scientifiques permet d'appréhender le parcours des affirmations scientifiques et la manière dont elles s'érigent –ou non- en faits scientifiques établis. L'approche de la sociologie des sciences souligne la complexité du processus de reconnaissance en sciences et le décrit comme l'aboutissement de controverses, déterminé par des facteurs plus divers que la simple véracité des théories avancées ou que leur relation à la nature. Le destin d'une affirmation dépend des références et outils sur lesquels elle peut s'appuyer. Le développement de l'usage de références, tout comme la technicisation du discours scientifique, sont autant de pratiques qui permettent d'établir l'autorité

⁸⁵ Bruno Latour, *La science en action – Introduction à la sociologie des sciences*, (1989), Editions La Découverte, Paris, 2005 ; Bruno Latour, *L'espoir de Pandore : pour une version réaliste de l'activité scientifique*, La Découverte, Paris, 2007 ; Bruno Latour, Steve Woolgar, *La Vie de laboratoire : la production de faits scientifiques*, La Découverte, Paris, 2008

d'une hypothèse par la difficulté à démontrer son contraire : si l'hypothèse avancée est étayée par des références à de nombreux articles reconnus et par des graphiques produits par des machines compliquées, à la technicité également reconnue, le sceptique aura beaucoup de mal à faire entendre ses objections, car il devra remettre en cause l'ensemble des références utilisées pour soutenir l'hypothèse de base⁸⁶. Le succès d'une hypothèse est aussi déterminé par la manière dont elle sera reprise par d'autres articles qui l'infirmont à l'aide d'autres références ou l'accepteront comme un fait établi, en fonction des besoins des auteurs de ces articles en termes de légitimation de leurs propres hypothèses. : « *Le statut d'un énoncé dépend des énoncés ultérieurs qui l'établissent ou l'infirmont* »⁸⁷. Le succès d'une hypothèse scientifique est donc déterminé par les relations qui se jouent dans le monde scientifique : « *la fabrication des faits et des machines est un processus collectif* »⁸⁸. Ce succès se traduit par un effacement progressif du contexte de production de cette connaissance, qui une fois établie ne doit plus fournir de références pour être considérée comme véridique. Une connaissance reconnue comme un fait devient alors ce que Bruno Latour qualifie de « boîte noire », elle est assimilée, à l'issue des controverses qu'elle remporte, à une lecture neutre de la nature⁸⁹, à un fait qu'il suffit de constater. Et la disparition du contexte de production de la connaissance rend sa remise en question périlleuse. Pour autant, cette complexité du processus de reconnaissance souligne son indépendance à la véracité des hypothèses avancées : ce sont les controverses qui l'entourent et leur issue, et non son caractère véridique, qui détermine le statut d'une hypothèse, qui ne peut devenir fait établi que par la reconnaissance de la majorité des acteurs. Le succès d'une hypothèse scientifique ou d'une machine dépend de la faculté de ses auteurs à convaincre : « *Lorsque les choses tiennent, elles commencent à être vraies* » est une formulation plus proche de la réalité des

⁸⁶ Bruno Latour, *La science en action...*, op. cit., p. 110 et p. 183

⁸⁷ *Ibid.*, p. 75

⁸⁸ *Ibid.*, p. 79

⁸⁹ « *La nature apparaît simplement comme la conséquence finale des controverses* », Bruno Latour, *La science en action...*, op. cit., p. 239

processus de production de connaissances scientifiques que la formulation spontanée « *Lorsque les choses sont vraies, elles tiennent* »⁹⁰.

Or la production des connaissances, tout comme la reconnaissance dont elles bénéficient ensuite, est profondément influencée par le contexte dans lequel les acteurs évoluent, sur les plans politique, économique, scientifique ou encore par le statut des acteurs eux-mêmes. Bruno Latour cite ainsi l'exemple des relations d'autorité dans un laboratoire : en fonction de l'énonciateur, une information peut être perçue comme révolutionnaire ou fruit d'un délire béotien⁹¹. La recherche au sein d'une entreprise se trouve orientée en fonction de contraintes économiques, de la perception de la concurrence et des besoins des consommateurs, et de la perception par les différents services de l'entreprise de l'utilité du produit visé. Tom West, lors de la conception de l'ordinateur *Eagle* a dû veiller à satisfaire chaque service de l'entreprise pour obtenir les délais et le soutien nécessaires à l'achèvement de sa recherche⁹². Il y a également des courants dominants dans le monde scientifique qui font que telle recherche est financée au détriment des autres : ces courants traduisent les intérêts sociétaux transposés en priorités de recherche. C'est ainsi que le processus de production de la connaissance scientifique, tout comme le destin d'une théorie, sont dépendants du contexte social des acteurs, des laboratoires dans lesquels ils officient, et de la société dans son ensemble.

Ce survol des potentialités de réflexion offertes par la sociologie des sciences souligne la nécessité de ne pas considérer la production de connaissances scientifiques comme la découverte d'une nature qui se révélerait progressivement à nous. Il s'agit plutôt de l'activité d'acteurs insérés dans des

⁹⁰ Ces deux formulations sont attribuées respectivement à un regard sur la science en train de se faire, c'est à dire de sociologie des sciences, et à un regard sur la science *a posteriori*, qui considère les faits sortis gagnants des controverses grâce à leur véracité. Bruno Latour, *La science en action..*, op. cit., p. 47

⁹¹ *Ibid.*, pp 37-38

⁹² « *Il fallait non seulement satisfaire les gens de Logiciel, mais aussi les équipes de fabrication, du marketing, les rédacteurs de la documentation technique, les designers chargés de conditionner l'ensemble de la machine dans un boîtier de belle apparence, sans parler des actionnaires et des clients. Bien que West ait conçu la machine et qu'il ait réussi après de multiples compromis, à contenter et à occuper tout le monde, il n'était pas assuré de les maintenir ensemble. Chaque groupement d'intérêts s'escrimait sur la machine avec une batterie différente de tests pour voir comment elle y résistait.* », Tracy Kidder, *Projet Eagle*, 1982, cité par Bruno Latour, *La science en action..*, op. cit., p. 42

réseaux de portée différente, qui interagissent avec leurs collègues et concurrents, ainsi qu'avec la structure qui finance leurs recherches. Ils doivent positionner leur recherche dans un monde académique hostile, faire références à des faits établis afin d'obtenir une reconnaissance par leurs pairs, reconnaissance qui détermine elle seule la postérité de l'hypothèse avancée. La production scientifique est donc profondément humaine et modelée par des contraintes sociales et historiques.

En ce qui concerne la perception scientifique des hommes et des femmes, les travaux de Nelly Oudshoorn⁹³ sont un exemple de l'imbrication de la production scientifique dans un espace humain. Les obstacles au développement d'une contraception hormonale masculine sont en effet analysés par cette auteure comme des difficultés liées à l'opportunité perçue par les acteurs du développement d'un tel produit, dans un monde médical dominé par la recherche sur les hormones féminines. La mobilisation de connaissances et de matériel de recherche, comme les hormones masculines, se révèle bien plus ardue que dans le domaine de la santé féminine sans l'aide essentielle apportée par le réseau gynécologique. La pratique gynécologique a permis un accès facilité aux hormones féminines du fait du contact régulier avec une population saine. L'institutionnalisation de la gynécologie a par ailleurs établi la pertinence de la recherche sur le corps et les hormones féminins, ce qui a permis un développement des connaissances en la matière, notamment grâce aux financements disponibles, mais aussi grâce aux potentialités professionnelles que représentaient l'engagement dans cette voie pour les chercheurs. Au contraire, les quelques scientifiques qui se sont intéressés à la possibilité d'une contraception hormonale masculine se sont retrouvés isolés en l'absence d'un réseau institutionnalisé de médecins dédiés aux fonctions sexuelles et reproductives masculines ; cet isolement était d'ordre cognitif, car la recherche ne s'est qu'en de rares occasions consacrée à ces fonctions masculines, mais également professionnel, puisque très peu de scientifiques se sont engagés sur cette voie. Selon Nelly Oudshoorn, la marginalité des médecins amenés à

⁹³ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill : the Biography of a Technology in the Making*, Duke University Press, Durham and London, 2003 ; Nelly Oudshoorn, *Beyond the natural Body : an archeology of sex hormones*, Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn, 1994

travailler sur cette question a pour conséquence des tentatives de justification perpétuelles de leur part, afin de « rendre visible culturellement cette possibilité »⁹⁴. L'accès aux matériaux de recherche et aux patients susceptibles de se soumettre à des essais cliniques a été minoré par l'inexistence d'un réseau de praticiens. Enfin, sur le plan financier, les laboratoires pharmaceutiques ont toujours montré beaucoup de réticence à investir dans un projet dont l'utilité sociale n'était que marginalement reconnue⁹⁵. Dans ce contexte, la production même de connaissances est entravée par la marginalité scientifique du domaine de recherches. Par ailleurs, la possibilité d'une contraception masculine se confronte en termes de reconnaissance à un certain nombre de boîtes noires⁹⁶, comme la plus grande difficulté supposée que représente l'inhibition temporaire d'une production de gamètes linéaire (celle des hommes) par rapport à une production cyclique (celle des femmes). Nelly Oudshoorn soutient que cette affirmation scientifique, régulièrement évoquée pour expliquer les difficultés de développement d'un contraceptif masculin, est profondément subjective⁹⁷ mais conserve le statut de vérité scientifique du fait du nombre d'adhérents à cette perception.

La sociologie des sciences, en décortiquant les processus de production et de reconnaissance des connaissances scientifiques permet donc d'aborder leurs

⁹⁴ Nelly Oudshoorn, « Technologies de la reproduction et identité des usagers : une co-construction. Le cas de la pilule masculine », in Elsa Dorlin, Eric Fassin (Dir.), *Reproduire le genre*, Editions de la bibliothèque publique d'information/Centre Pompidou, Paris, 2010, (traduction et résumé de Eric Fassin, d'après l'article « Clinical Trials as Cultural Niche in which to Configure the Gender Identities of Users ; The Case of Male Contraceptive Development », in Nelly Oudshoorn, Trevor Pinch (Dir.), *How Users Matter. The co-construction of Users and Technology*, MIT Press, 2003), p. 36

⁹⁵ En l'absence d'intérêt de la part des industries pharmaceutiques, l'Organisation Mondiale de la Santé, répondant aux pressions des gouvernements de pays à forte densité démographique, comme la Chine et l'Inde, et des mouvements féministes, a créé un réseau de laboratoires afin de développer la recherche, et a par la suite tenté de convaincre les laboratoires privés de la rentabilité prévisionnelle de la production matérielle d'un tel produit, sans réel succès. Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*

⁹⁶ Le concept de boîte noire a été développé par Bruno Latour pour décrire le statut d'énoncés scientifiques suffisamment établis pour que leur condition de production ne soit plus nécessaire à leur preuve. Ils constituent des « vérités » scientifiques, difficilement opposables puisqu'universellement admises et détachées de leur processus de production. Bruno Latour, *La science en action...*, *op. cit.*, Cf. pages précédentes

⁹⁷ L'auteure cite notamment la conception du biologiste Schwartz selon laquelle la production linéaire de gamètes par les hommes est beaucoup plus simple à maîtriser qu'une production cyclique féminine, dans laquelle le facteur chronologique intervient. Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 9

aspects subjectifs. L'affirmation des moindres besoins médicaux des hommes par rapport aux femmes, ou de l'impossibilité d'une contraception hormonale masculine acceptable, peut donc potentiellement être perçue comme l'échec, à l'issue de controverses scientifiques, d'hypothèses qui n'ont pas bénéficié de suffisamment de soutien, que ce soutien soit relationnel, technique ou financier, sans que leur véracité soit en cause.

La critique féministe des sciences et des techniques

Dans la lignée de cette étude sociologique de la production de connaissances scientifiques se situent des apports plus spécifiques aux rapports sociaux de sexes. La critique féministe des sciences, amorcée à partir des années 1980, a permis de souligner en quoi les relations entre science et société révélées par les sociologues des sciences impliquent une reconduction de représentations sexuées dans les énoncés scientifiques.

Un rapide historique permet d'aborder les différentes approches adoptées par les féministes dans une tentative de dénaturalisation du féminin. La typologie établie par Nelly Oudshoorn⁹⁸ classe les multiples travaux féministes selon trois stratégies de remise en question du discours scientifique.

La première stratégie vise à souligner la relativité historique des savoirs et des conceptions du corps, dans la lignée des études anthropologiques et historiques portant sur les représentations et les vécus du corps. L'étude historique de connaissances scientifiques qui, à travers le prisme des connaissances actuelles, nous apparaissent erronées, implique une prise en compte du contexte d'énonciation de ces discours afin de les inscrire dans une société donnée, explicative des "erreurs" commises alors. Mais cette relativité historique, si le raisonnement est poussé jusqu'à notre époque contemporaine, exige la même inscription sociale des énoncés scientifiques actuels. Cette approche vise donc à contrecarrer la vision d'un corps a-historique dont les vérités factuelles seraient progressivement dévoilées par la science. Elle a été notamment adoptée par Thomas Laqueur afin de montrer la puissante naturalisation du féminin autour

⁹⁸ Nelly Oudshoorn, « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes », in Delphine Gardey, Ilana Löwy (dir.), *L'invention du naturel...*, op. cit., pp. 31-44

des organes génitaux féminins à partir du XVIIIe siècle. L'inscription historique des énoncés médicaux se traduit également par les usages de vocabulaire et de métaphores puisés dans le langage courant de la société, qui façonnent la compréhension des phénomènes biologiques. Evelyn Fox Keller⁹⁹ a montré comment l'usage de métaphores a pour conséquence l'introduction de valeurs culturelles dans l'observation scientifique ; la fécondation a par exemple longtemps été décrite comme la rencontre d'un spermatozoïde actif et autonome, capable de percer la membrane de l'ovocyte pour lui « *délivrer ses gènes* » et « *activer le programme de développement* »¹⁰⁰, et d'un ovocyte passif, transporté le long des trompes en attente d'être fécondé. Aucun signe d'activité n'a été recherché du côté de l'ovocyte, car cette métaphore paraissait suffisante et correspondait par ailleurs à une vision hégémonique des qualités masculines et féminines. A partir du milieu des années 1980, le rôle actif de l'ovocyte, notamment dans la sélection du spermatozoïde et dans le déclenchement du processus de développement a progressivement été étudié, ce qui pour Evelyn Fox Keller coïncide étrangement avec les évolutions en termes de perception des rôles des hommes et des femmes au niveau sociétal¹⁰¹. Ces études mettent en lumière l'existence de plusieurs corps dans le discours médical en fonction des époques : « *cette stratégie de l'historicisation est une stratégie puissante parce qu'elles dérangent les prénotions tenues pour vraies contenues dans les discours sur la différence et l'identité sexuelles* »¹⁰².

Une deuxième stratégie consiste à adapter les méthodes de la sociologie des sciences et des techniques aux études de genre, pour étudier les relations entre techniques, corps et rapports sociaux. Les techniques sont alors comprises comme une cristallisation des rapports sociaux, du fait de leur contexte social d'élaboration, mais aussi comme un outil de perpétuation de ces rapports : « *Les techniques sont une manière parmi d'autres d'ordonner le monde, c'est-à-dire de contribuer à la façonner mais aussi à le "mettre en ordre" au sens strict. (...) (Elles)*

⁹⁹ Evelyn Fox Keller, « Histoire d'une trajectoire de recherche – De la problématique "genre et sciences" au thème "langage et sciences" », in Delphine Gardey, Ilana Löwy (dir.), *op. cit.*, pp 45-58

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 48

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 49

¹⁰² *Ibid.*, pp 36-37

dictent des règles qui structurent durablement (et de façon invisible) le social. »¹⁰³ De façon invisible, parce que les techniques sont liées aux notions de progrès et de neutralité, ce qui leur ôte leur dimension politique. Pourtant, à l'instar des connaissances scientifiques, le destin d'un instrument est déterminé par l'accueil social qui lui est réservé, en fonction de la perception des possibilités qu'il offre et de sa pertinence sociale¹⁰⁴. La sociologie féministe des techniques cherche notamment à montrer le caractère sexué des techniques et leur capacité à ordonner le monde de manière binaire, entre un monde masculin technicisé et performant et un monde féminin plus primaire. Elles s'attachent donc à montrer « *comment les rapports sociaux façonnent les techniques et comment celles-ci façonnent la distribution du pouvoir et des ressources dans la société* »¹⁰⁵. Une grande part de ces travaux se concentre sur le monde du travail et sur les usages implicites qui se dégagent de la conception des machines. Les travaux qui se rapprochent plus de notre objet soulignent l'impact des techniques sur le corps : « *On perçoit désormais les techniques, de même que la science, comme contribuant à la stabilisation du corps. Avec l'essor de la science moderne, les corps sont devenus des objets pouvant être transformés au moyen d'un nombre croissant d'outils et de techniques. Les corps modernes sont construits et reconstruits par la science et la technique ; eux aussi sont des artefacts techniques* »¹⁰⁶. L'exemple de la contraception est pertinent pour appréhender l'impact des techniques sur les vécus et perceptions du corps. La contraception hormonale féminine transforme les corps féminins, notamment en standardisant les rythmes menstruels¹⁰⁷, et en impliquant un suivi médical accru qui demande une certaine discipline de soumission aux examens annuels. Le fait que la contraception hormonale n'ait été développée que pour les femmes a pour conséquence que cette médicalisation du corps ne touche que les femmes, du moins en ce qui concerne le suivi gynécologique mentionné. Par ailleurs, cela normalise la responsabilité

¹⁰³ Danielle Chabaud-Rychter, Delphine Gardey (dir.), *L'engendrement des choses – Des hommes, des femmes et des techniques*, Editions des Archives Contemporaines, Paris, 2002, p. 15

¹⁰⁴ « *Les machines marchent parce qu'elles ont été acceptées par les groupes sociaux pertinents* », écrivent Trevor Pinch et Wiebe Bijker en 1987. Cités par Judy Wajcman, « La construction mutuelle des techniques et du genre : l'état des recherches en sociologie », in Danielle Chabaud-Rychter, Delphine Gardey (dir.), *op. cit.*, p. 56

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 55

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 66

¹⁰⁷ Nelly Oudshoorn, *Beyond the natural Body...*, *op. cit.*, pp. 120-121

presque exclusivement féminine de la gestion de la procréation et de la contraception au niveau sociétal¹⁰⁸. Le développement des techniques concerne également les instruments d'imagerie médicale, qui transforment la vision du corps et les possibilités de diagnostic. Les techniques et outils d'investigation corporelle adaptés au corps féminin ont été développés bien avant leurs équivalents masculins, ce qui implique plus d'observation des corps féminins, menant à plus de connaissance mais également plus de médicalisation du côté féminin, et à moins de connaissances sur le masculin¹⁰⁹.

Une troisième approche critique la naturalisation du corps par les scientifiques en montrant que les discours médicaux sont construits socialement et non issus de l'observation de la nature. Dans cette perspective constructiviste, il n'existe pas de corps naturel, mais un ensemble de discours et de notions sur le corps qui sont issus de processus complexes de production de connaissances scientifiques. Cette approche s'attache à réinsérer la compréhension scientifique du corps dans son contexte d'élaboration et d'énonciation. Nelly Oudshoorn a notamment travaillé sur l'importance des réseaux d'acteurs dans l'élaboration des connaissances et dans leur obtention d'un statut universel en ce qui concerne la recherche en endocrinologie dans les années 1920 et 1930, sur laquelle nous reviendrons¹¹⁰. Rejoignant les travaux de Bruno Latour, l'approche constructiviste considère que la connaissance « *ne s'étend jamais au-delà ni en dehors des pratiques. Elle est toujours précisément aussi locale ou aussi universelle que le réseau dans lequel elle existe. Les frontières du réseau de pratiques définissent, pour ainsi dire, les frontières de l'universalité de la connaissance médicale* »¹¹¹.

¹⁰⁸ Cet exemple souligne un paradoxe important vis-à-vis de l'appropriation masculine des techniques décrites par la sociologie féministe des techniques : les techniques contraceptives ne sont maîtrisées que par les femmes, ce qui laisse les hommes désireux de contrôler leur fécondité démunis. Cf Partie 2, Chapitre VI, B.

¹⁰⁹ Alors que je l'interrogeais sur les raisons de la moindre connaissance de l'impact des IST/MST sur la fertilité masculine, Gabriel E., biologiste dans un CECOS, m'a fait cette réponse : « *On n'a pas d'examen anatomique, enfin macroscopique assez simple, comme on a depuis longtemps chez la femme, avec l'hystérogaphie, la radio de l'utérus et des trompes, et puis la cœlioscopie, qui permet d'aller regarder.* ».

¹¹⁰ Nelly Oudshoorn, *Beyond the natural Body...*, op. cit.. Voir également Partie 1, Chapitre III, A.

¹¹¹ Bernike Pasveer, *Shadows of Knowledge : Making a Representing Practice in Medicine – X-Ray Pictures and Pulmonary Tuberculosis 1885-1930*, Ph. D. Thesis, University of Amsterdam, 1992, cité par Nelly Oudshoorn, « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes », op. cit., p. 38

Cet exposé rapide ne permet pas de faire état de la grande diversité de travaux et de méthodes qui constituent la critique féministe des sciences mais il permet d'envisager l'importance des représentations sociales dans l'élaboration des sciences, en ce qui concerne le choix des objets d'études, les préconceptions avec lesquelles ils sont abordés et la reconnaissance sociale dont les connaissances ainsi produites peuvent bénéficier. Il ne s'agit pas d'affirmer que toute connaissance scientifique est erronée, mais de souligner l'impact des normes sociales sur la construction de discours qui se veulent neutre observation de faits. En tant que membres d'une société, les scientifiques doivent composer avec leurs propres perceptions et les attentes sociales en matière de recherche scientifique, ce qui implique non seulement une normativité implicite dans les énoncés qu'ils produisent, ce que les féministes ont dénoncé comme une naturalisation du féminin, mais aussi en ce qui concerne l'objet de notre recherche, la permanence de certains impensés au cœur de la recherche scientifique. La naturalisation du masculin par la limitation des recherches sur le fonctionnement sexuel et reproductif des hommes n'a pas encore été réellement étudiée en termes sociologiques.

Cette interpénétration des représentations sociales et de la production de connaissances scientifiques par l'intervention des acteurs ne concerne pas seulement le choix des objets de recherche et la reconnaissance qui qualifie les énoncés scientifiques produits. Elle intervient aussi dans les pratiques scientifiques, ce qui a une importance toute particulière dans le domaine de la médecine, une science qui est constituée par les énoncés de la recherche fondamentale tout autant que par les gestes médicaux et méthodes de diagnostic enseignés dans la formation médicale. En ce qui concerne le traitement différentiel des corps masculins et féminins, l'acteur médical a donc un rôle primordial dans la définition des vérités, des pratiques et des possibles.

B. L'acteur médical

Pour appréhender la question de l'andrologie comme discipline médicale au plus près, un détour par une étude des aspects sociologiques de la profession médicale peut se révéler pertinent. Exigeant des études longues et sélectives, la profession médicale constitue un corps professionnel d'autant plus spécifique qu'elle est représentée par une institution indépendante, l'Ordre des Médecins. Le monde médical fonctionne selon des règles qui lui sont propres et entretient donc des relations spécifiques avec la société et les représentations majoritaires. Au delà de la perméabilité entre société et recherche scientifique désignée par la sociologie des sciences et la critique féministe des sciences, fondée sur le rôle des acteurs et des relations interpersonnelles et interinstitutionnelles dans la reconnaissance scientifique, les médecins sont socialisés au sein des facultés et des hôpitaux à une culture de corps, qui définit entre autres les domaines d'intérêt de la profession. La composition de ce corps médical se modifie avec le temps, et s'est progressivement féminisé depuis la deuxième guerre mondiale, ce qui a eu un impact sur le développement des branches médicales privilégiées par les femmes. Enfin, la spécificité des représentations et des décisions dans le monde médical tient pour partie au statut social des médecins et au rôle dont ils se prévalent, ce qui a des conséquences sur les processus de reconnaissance des pathologies comme les troubles érectiles.

Un monde spécifique

Le monde médical constitue un milieu professionnel particulier du fait des processus de sélection qui interviennent dans la composition de son corps : l'instauration d'un numerus clausus dans les années 1970, ainsi que la longueur des études et l'investissement intellectuel qu'elles requièrent sont autant de facteurs d'inaccessibilité qui distinguent le corps médical des autres professions et du reste de la société. Par ailleurs, la médecine est en France une discipline indépendante, représentée par une institution non étatique, et dont les pratiques se négocient entre sécurité sociale et praticiens, sans constituer un service public classique. L'identité sociale des médecins est fortement liée au passage par une formation spécifique reconnue et sélective, et à l'appartenance à un corps professionnel indépendant. Cette appartenance se conquiert pour chaque

étudiant par l'intégration des savoirs et des pratiques au sens large du terme ; comme le souligne Dominique Memmi : « *La communauté scientifique – comme toute communauté, ainsi que nous l'enseigne Durkheim – sécrète des valeurs qui s'ancrent dans des pratiques, et dressent des totems, des interdits, signes et repères de son identité et de ce qui lie ses membres entre eux. Est de la tribu, nous dit-il au fond avec constance dans l'ensemble de son œuvre, de La Division du travail social aux Éléments pour une sociologie religieuse, celui qui en a intégré les valeurs, en a assimilé les interdits, celui qui ne touche pas aux animaux ou aux plantes-tabous.* »¹¹². C'est donc par le respect des normes et traditions socioprofessionnelles médicales que l'étudiant en médecine devient un médecin reconnu par ses pairs. L'intégration des valeurs et interdits de la profession se fait à travers la formation en facultés et hôpitaux : « *Les études constituent un moment essentiel de reproduction du milieu médical* »¹¹³. La remise en question des règles de fonctionnement du monde médical paraît ainsi difficile lorsque l'on considère les phénomènes de hiérarchie qui interviennent tout au long du parcours de formation, avec notamment un certain nombre de rapports disciple-maître qui induisent une transmission de savoirs mais aussi de valeurs : « *la formation de maître à élève est le moment privilégié où s'exerce le contrôle professionnel par l'inculcation, non seulement des gestes techniques, mais aussi (...) d'identité morale* »¹¹⁴. La contestation ou l'innovation marginale peuvent s'avérer délicates en matière de carrière, comme le souligne Nelly Oudshoorn lorsqu'elle précise que l'andrologie ou la recherche sur le fonctionnement sexuel et reproductif masculin demeurent des choix de carrière peu prometteurs donc peu attractifs¹¹⁵.

Cette singularité du monde médical en termes de transmission des valeurs étoffe par ailleurs les mécanismes relationnels entre société et science, car des règles de fonctionnement reposant sur des représentations sociales font partie de

¹¹² Dominique Memmi, *Les Gardiens du corps – Dix ans de magistère bioéthique*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1996, p. 67

¹¹³ Marie Jaisson, « La mort aurait-elle mauvais genre ? – La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 3 n°143, 2002, p. 45

¹¹⁴ Marie Jaisson, *op. cit.*, p. 45, en référence à l'ouvrage de C. L. Bosk, *Forgive and remember, Managing Medical Failure*, University of Chicago Press, 1979

¹¹⁵ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 25-26

l'appareil de principes à adopter en tant qu'apprenti-praticien. En ce qui concerne les représentations des hommes et des femmes notamment, il existe dans les disciplines médicales à forte dominante masculine, des formes de sexisme et de questionnement quant à la capacité des femmes à accomplir des tâches techniques, comme le montre cet extrait d'un entretien avec Céline U., l'une des rares femmes urologues en France : « *Le domaine chirurgical était réservé aux hommes jusqu'à maintenant. Ils ont encore du mal à se dire qu'une femme puisse faire les mêmes interventions qu'eux. (...) Et puis j'ai des collègues qui se disent des fois, je suis une femme, je suis mère de famille, qu'est-ce que je fous là le soir à faire des gardes alors que je devrais être à la maison à faire la popote ? En gros. Je le sens même au sein de mes collègues qui m'aiment bien et avec qui on travaille etc., mais je sens que ça leur traverse l'esprit. Donc si à eux qui sont des gens ouverts etc., je pense forcément dans l'inconscient général, c'est « Qu'est-ce qu'elle fait ? »¹¹⁶*

Dans le même ordre d'idées, Pierre N, urologue en libéral, fonde la différence de pratiques médicales entre hommes et femmes sur des différences de nature psychologique féminine et masculine. Interrogé sur l'existence de différences d'observance des traitements entre les hommes et les femmes, il a répondu comme suit : « *Oui la femme est donc plus organisée, plus disciplinée là-dessus, l'homme l'est moins. Mais c'est plus d'ordre, je dirais, fonctionnement psychologique que parce que les femmes ont plus envie de se soigner que les hommes. C'est de nature, c'est au quotidien, c'est pas seulement sur le plan médical. Après il y a des hommes qui sont organisés, mais globalement on reste sur des modes de fonctionnement psychologique qui sont différents à la base. Donc pour faire les courses, pour la gestion de l'emploi du temps, pour la gestion des enfants, des choses comme ça, c'est clair qu'il y a une grosse différence. Donc ça se manifeste aussi pour tout ce qui est organisation de soins. Mais c'est pas spécifique au domaine médical je pense.* »¹¹⁷

Cela ne revient bien évidemment pas à affirmer que l'ensemble du monde médical est pénétré de valeurs sexistes, mais souligne la présence d'habitudes et

¹¹⁶ Céline U., urologue en Centre Hospitalier Universitaire

¹¹⁷ Pierre N., urologue formé en andrologie, exerçant en libéral.

de représentations idéologiques qui revêtent parfois la forme d'arguments sinon médicaux, du moins de la nature. Dans ce contexte, il apparaît difficile d'aller à l'encontre d'une différence institutionnalisée du traitement des hommes et des femmes, et de s'engager dans une voie jusqu'ici peu digne d'intérêt, si l'on considère le statut disciplinaire mineur de l'andrologie¹¹⁸. Une discipline sous-développée a donc de fortes chances de le rester si le contexte culturel lui est défavorable, d'autant plus que le *numerus clausus* se restreint, laissant peu de candidats disponibles pour des parcours professionnels marginaux ou novateurs.

La féminisation sectorielle du monde médical et la dimension de soin

Au cours des quatre dernières décennies, le monde médical s'est féminisé avec constance. Alors qu'il s'agissait d'un milieu majoritairement masculin avant la deuxième guerre mondiale, puisque les étudiantes représentaient environ 22% des effectifs des facultés de médecine jusqu'à la fin des années 1950, l'écart s'est progressivement réduit, jusqu'à ce que la balance s'inverse : pour l'année universitaire 1999-2000, les femmes représentaient 55,6% des étudiants¹¹⁹. Cette féminisation s'est produite malgré les restrictions progressives imposées au nombre d'étudiants formés annuellement, avec l'instauration d'un *numerus clausus* dans les années 1970 et son durcissement dans les années 1980. Le quasi-monopole masculin du discours médical s'est donc atténué jusqu'à disparaître. Pour autant, cette féminisation se révèle sectorielle : certaines disciplines demeurent majoritairement masculines, comme la chirurgie ou la cardiologie, quand d'autres sont exercées presque exclusivement par des femmes. C'est le cas de la pédiatrie, de la dermatologie, de la psychiatrie et de la gynécologie. Selon Marie Jaisson, les choix des étudiants sont d'autant plus sexuellement déterminés que ces étudiants sont issus de milieux aisés, ce qu'elle interprète comme la force des attentes sociales en matière de prestige conféré par les différentes professions médicales¹²⁰. Les logiques animant cette répartition genrée entre disciplines médicales relèvent donc pour Marie Jaisson de formes de déterminismes sociaux.

¹¹⁸ Cf. Introduction, p. 8

¹¹⁹ Marie Jaisson, *op. cit.*, p. 46

¹²⁰ *Ibid.*, p. 49

Le regard de l'anthropologue Joan Cassel¹²¹, qui a étudié le monde chirurgical nord-américain, offre un éclairage sur la signification sociale des professions choisies et sur les pratiques et les conceptions de la médecine qui leur sont liées. Elle assimile l'activité chirurgicale à d'autres professions impliquant un rapport constant à la mort et un investissement corporel, comme les pompiers, les pilotes de ligne, ou les militaires. Les risques de telles professions sont gérés à travers une éthique professionnelle qui valorise le courage, l'agressivité, la force et la fermeté comme qualités intrinsèques¹²². L'investissement corporel suppose de plus un apprentissage par le corps : « *On acquiert des compétences en agissant et non en parlant* »¹²³. Les chirurgiens font preuve de mépris vis-à-vis des professions médicales moins techniques et accordant plus de place à la parole, considérant par exemple que les psychiatres ne sont pas de réels médecins¹²⁴. La place accordée à des valeurs traditionnellement masculines, ainsi que ce rejet de la parole catégorisent la chirurgie comme un milieu masculin, voire machiste, dans lequel la présence de femmes est difficilement acceptée¹²⁵ : « *Je pense que l'urologie c'est un domaine très très réservé. D'ailleurs mes collègues, maintenant ils s'habituent à travailler avec moi. Mais au début, il sont dit « Mince, une interne fille ! », ils étaient contents, mais quand je suis devenue chef de clinique, ils étaient contents, mais ils venaient à la limite pas me parler. Et puis là ça y est ça se déride un petit peu, parce que sur le terrain, ils voient que ça se passe bien. Mais on sent que c'est quand même un domaine très très machiste.* »¹²⁶, confie Céline U.

¹²¹ Joan Cassel, « The Woman in the Surgeon's Body : Understanding Difference », *American Anthropologist*, Vol. 98, n°1, 1996, pp. 41-53

¹²² Ces qualités sont majoritairement reliées aux représentations du masculin dans les sociétés occidentales. Christine Guionnet et Erik Neveu ont relevé le concept d'identité masculine hégémonique dans la littérature émergente des *Men studies*, organisé autour de quatre caractéristiques qui influenceraient le rapport à la masculinité et les stratégies de construction identitaire masculines : méfiance pour le féminin et l'assimilation au féminin (peur de paraître efféminé), crainte de perdre la face (solidité émotionnelle), agressivité et compétitivité, autorité et initiative sexuelle. Christine Guionnet, Erik Neveu, *Féminins/Masculins – Sociologie du genre*, Armand Colin, Paris, 2009, pp. 341-342

¹²³ « *One masters certain skills by doing, not talking* », Joan Cassel, *op. cit.*, p. 41

¹²⁴ *Ibid.*, p. 41

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ Céline U.

A l'opposé, la féminisation accrue des disciplines accordant plus de place à la parole et moins à la technique, notamment par l'éloignement de la mort¹²⁷, semble souligner des approches différenciées selon le sexe de la pratique médicale, où les femmes privilégieraient la dimension de soins et de parole, par opposition à des prestations techniques peu favorables à la discussion avec le patient, préférées par les hommes du fait du prestige social qui leur est attaché¹²⁸.

Cette catégorisation permet d'aborder la question de la gynécologie médicale sous un nouveau jour. Créée en 1963, la gynécologie médicale a donné lieu à une séparation entre la gynécologie obstétrique, liée exclusivement à la grossesse et la naissance et technicisée en termes d'actes chirurgicaux (en lien avec des grossesses problématiques, l'accouchement ou pour permettre la grossesse) et d'appareils d'imagerie médicale, et une pratique de gynécologie médicale, focalisée sur le suivi quotidien des femmes et notamment les soins liés à la contraception et les dépistages. L'espace spécifique de la consultation de gynécologie médicale a progressivement intégré une dimension de parole, que ce soit en termes d'éducation corporelle ou d'évocation des problèmes liés à la sexualité. Lors de la réforme de l'internat en 1984, la spécialité a été supprimée sur la base de l'argument selon lequel le médecin généraliste pouvait se charger de ce suivi régulier. Suite à des mobilisations professionnelles intenses et à une pétition signée par 1 600 000 femmes¹²⁹, la spécialité a été rétablie en 2003. Les débats autour de ce rétablissement laissent percevoir cette dimension de soin spécifiquement développé autour des femmes, et en majorité par des femmes¹³⁰ : « *C'est une médecine de femmes, (...), pratiquée essentiellement par des femmes (87%), où la compétence, la minutie et la conscience professionnelle sont très*

¹²⁷ La répartition entre hommes et femmes dans les disciplines médicales montre un engouement féminin pour les spécialités où il y a statistiquement le moins de morts. Marie Jaisson, *op. cit.*, p.51

¹²⁸ Pour Joan Cassel, l'attachement masculin à des activités où la mort est présente est lié à l'alimentation d'un fantasme de pouvoir sur la vie : « *One reason women are restrained from performing in phallicized death-haunted vocations is because their participation undermines a fantasy of men giving life.* », Joan Cassel, *op. cit.*, p. 43

¹²⁹ Source : Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale : www.fncgm.com

¹³⁰ En 2005, la gynécologie médicale était exercée à 90% par des femmes, contre 19,8% de femmes en gynécologie obstétrique, la version chirurgicale de la gynécologie. Cf. Sabine Bessière, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires Sociales*, Vol. 1, n°1, 2005, pp. 17-33

importantes, mais aussi le tact, l'écoute, le temps, les échanges. (..) La Gynécologie Médicale permet aux femmes d'être suivies durant toute leur vie par le même médecin, qu'elles ont choisi, (...). C'est sur les liens de confiance entre le médecin et sa patiente que reposent le désir de consulter et donc toute politique efficace de prévention. Ces liens se construisent petit à petit : Les femmes choisissent un médecin, d'abord pour sa compétence ('vous êtes formés pour ça' et 'chacun son métier'), mais aussi pour oser se confier et parler de leur problèmes intimes de femmes et oser se faire examiner sans trop de gêne. »¹³¹

Cette dimension de parole a un impact sur la différence de soins accordés aux hommes et aux femmes, au delà de l'absence de spécialité médicale spécifiquement masculine. En effet, l'urologie, généralement privilégiée pour résoudre les problèmes sexuels et génitaux des hommes, est une discipline chirurgicale, faiblement féminisée¹³², où la dimension d'écoute du patient occupe une place moindre par rapport à l'accomplissement d'actes techniques valorisés en termes d'efficacité¹³³ :

« CV -Est-ce que vous pensez que ça pourrait être bénéfique pour les hommes d'avoir un espace médical réservé, un espace de parole notamment, de formation..

- Je crois pas. Après c'est plus de l'ordre de la psychologie. Les urologues, on n'est pas nombreux, vraiment pas nombreux, on est tous chirurgiens, à faire beaucoup de chirurgie, je suis pas sûre qu'on ait le temps. Alors à moins qu'il y ait des gens qui seraient bottés pour faire que ça, mais je ne crois pas qu'il y ait des gens.. alors si après c'est de l'andro-sexo, vraiment en cabinet etc. Mais l'andro-sexo, ça se

¹³¹ Conférence de Presse du Comité de défense de la gynécologie médicale au Sénat, le 5 mai 1999. Source : Archives du site du Comité : www.cdgm.org

¹³² Une recherche sur le site de l'Assurance Maladie (www.ameli.fr) indique qu'il y a actuellement 24 urologues femmes en France, sur les 1127 urologues répertoriés par l'Association Française d'Urologie (www.urofrance.org). L'urologue femme que nous avons rencontrée a fait état d'une augmentation progressive mais lente du nombre de femmes dans cette profession. D'après ses dires, la première femme urologue en France, exerçant à Lyon, a aujourd'hui une activité focalisée sur l'andrologie et donc l'écoute, pour le traitement des problèmes sexuels masculins, ce qui va dans le sens de notre hypothèse.

¹³³ Laura Beltran et Alain Giami ont produit une comparaison des prises en charge urologique et psychiatrique de l'impuissance masculine, soulignant une ligne d'action « *symptomatique et centrée sur l'aide mécanique ou pharmacologique de l'érection* » par le médecin urologue, opposée à la création d'un espace privilégiant la parole chez le psychiatre. Laura Beltran, Alain Giami, « Processus d'interaction dans la consultation médicale : différends abords de l'impuissance masculine », *Revue européenne de sexologie et de santé sexuelle*, Vol 18, n°4, 2009, pp. 284-290

rapporte plus à de la psychologie parce que les dysfonctions érectiles, il y en a quand même un paquet qui sont pas organiques on va dire. Donc je crois que c'est plus du tout la même optique de travail. Les gens que vous avez dû rencontrer jusque là, c'est tous des chirurgiens purs et durs. Et on n'est pas caricaturaux comme les orthopédistes entre guillemets, où la consultation dure trois minutes, on regarde le genou, on fait sortir la personne, parce qu'il y a plus de choses cliniques, plus "fines", à percevoir. Mais on est quand même des chirurgiens, la consultation, elle dure pas des plombes et faut avancer¹³⁴ ».

Et lorsque elle est interrogée sur le recueil de parole par les urologues, Céline U. précise :

« Je crois pas que ce soit le cas de tous les urologues, il y a un certain nombre d'urologues qui n'en ont rien à faire. Parce que c'est pas chirurgical l'andrologie. Et clairement ce qui n'est pas chirurgical, tous autant qu'on est, ça a tendance à nous barber un peu. On aime bien rendre service aux gens mais on est quand même assez binaires tous je crois dans nos caractères. Donc pour passer des heures à discuter finement, pour essayer de trouver la solution... Moi je sais que je le fais beaucoup avec les femmes qui ont des problèmes d'incontinence ou d'infections urinaires, je pourrais pas faire que ça. Parce que c'est quand même fatiguant, on rend service mais petit peu par petit peu, c'est pas comme un acte chirurgical où on règle le problème. Et (l'urologue-andrologue de l'hôpital) fait beaucoup ça avec les hommes, qui ont des problèmes de fertilité, à chercher le petit truc à droite, à gauche, après avoir fait une heure de consultation. Je suis pas sûre que mes autres collègues s'intéressent à ce genre de choses¹³⁵. »

Les urologues qui ont également une activité d'andrologie, c'est à dire plus spécifiquement liée à la sexualité, sont pris dans des contraintes économiques, dans la mesure où les consultations d'andrologie prennent plus de temps et n'aboutissent pas forcément à la réalisation d'actes médicaux :

« Et puis il y a très peu de gens qui sont impliqués dans l'andrologie parce que, à l'hôpital ça change pas grand chose, mais ça paye pas. C'est beaucoup de temps

¹³⁴ Céline U.

¹³⁵ Céline U.

passé à de simples honoraires de consultation, et pour des copains qui sont en ville, c'est pas du tout efficient sur le plan économique. Parce que aujourd'hui, on nous pousse à une espèce de rentabilité, ils n'ont plus le choix, de "faire du chiffre". (...) On ne fait pas que ça parce qu'on en vit pas. Les copains qui ont une contrainte économique n'en vivent pas. C'est vraiment une facette de leur portefeuille de prestations vis-à-vis du patient. »¹³⁶

La dimension préventive que la gynécologie médicale a acquise ne se retrouve pas dans le domaine de la sexualité masculine, et les orientations actuelles du système de santé français en matière économique ne laissent pas augurer de changement :

« On ferait un drôle d'accueil à la consultation andrologique systématique. Surtout une consultation pour dire que tout va bien. On n'est pas du tout actuellement en médecine en France dans une politique de prévention.

CV – Sauf en gynécologie, où là il y a des consultations pour dire que tout va bien.

SG – Oui mais ils se battent aussi pour les garder. A l'heure actuelle, ils se battent pour les garder. »¹³⁷

La sociologie sexuée du monde médical semble donc contribuer à une différence de traitement entre hommes et femmes sur le plan médico-sexuel puisque les femmes bénéficient de consultations de prévention et d'écoute à travers un réseau de gynécologie médicale qui défend politiquement cette vision du soin médical, alors que la plupart des problèmes sexuels des hommes sont pris en charge par des chirurgiens, qui défendent une vision radicalement différente de la médecine.

Etre médecin, c'est guérir

Une autre influence exercée par l'acteur médical dans la conception de la prise en charge des problèmes sexuels masculins relève du statut social du médecin comme capable d'apporter des réponses et de soigner. L'absence de réponse médicale à un problème met le médecin dans l'impossibilité de remplir sa fonction sociale, ce qui peut conduire à l'omission de certains problèmes. La

¹³⁶ Nathanaël V., urologue-andrologue en Centre Hospitalier Universitaire

¹³⁷ Sophie G., biologiste, Maître de conférence des Universités - praticien hospitalier, (MCU-PH), coresponsable d'un CECOS et secrétaire générale de la Société d'Andrologie de Langue Française

reconnaissance d'une pathologie dépend des possibilités de prise en charge des symptômes : il n'y a de pathologies que lorsqu'on peut la guérir. Ces mécanismes se retrouvent notamment dans le domaine de l'impuissance masculine, passée sous silence dans le milieu médical jusqu'à l'arrivée sur le marché du Viagra. Cette découverte médicale a été le fruit du hasard, car le sildénafil, la molécule active dans ce médicament, a été à l'origine conçu et commercialisé pour le traitement de maladies cardiaques. C'est l'engouement des usagers pour ce médicament qui a révélé son action sexuelle, et poussé le laboratoire Pfizer à le retirer du marché pour déposer un brevet faisant état de ses capacités nouvellement mises à jour. Le succès du Viagra a par la suite été phénoménal, mais auparavant, l'absence de réponse thérapeutique non-invasive avait pour conséquence un silence de la part des médecins et des patients :

« Aujourd'hui dans notre société, en tout cas jusqu'à très récemment, la sexualité, a fortiori masculine, était quelque chose de tabou parce que les déficiences de la sexualité masculine ne rencontraient pas d'écoute dans le monde médical. Et ça, ça tient à un fait, c'est que la sexualité était très mal connue de la génération qui nous a précédés, la génération de médecins, et que les problèmes de sexualité n'avaient pas de réponse évidente. Et par conséquent, dès que on n'a pas de réponse évidente, ça, ça vaut pour les politiques comme pour les médecins, en général on élude la question, on renvoie les gens dans leur coin en leur disant que c'est pas grave, etc. On voile le problème, on bâche le problème. Depuis une quinzaine d'années, petit à petit, il y a eu des progrès dans le monde de la médecine qui font que les médecins se sentent un peu moins démunis et sont plus prompts à écouter leurs patients quand il y a une plainte sexuelle, et même au delà sont plus prompts à aller chercher l'information chez leur patient sans que celui-ci ne la signifie en premier. Cet événement marquant, ça a été la mise sur le marché du Viagra en 97. En 97, il y a une énorme campagne de communication autour du Viagra et après ça a fait le buzz partout, et les gens se sont mis à parler de leur sexualité, parce qu'on en parlait au café comptoir, on allait en parler à son médecin. En tout cas ça a déchiré un voile d'obscurantisme sur les problèmes de sexualité masculine. (...) Les

*médecins de leur côté ils ont appris à écouter, et avec plus de sérénité parce qu'ils savaient qu'ils avaient des réponses thérapeutiques. »*¹³⁸

L'accès au statut de pathologie de l'impuissance avait été l'objectif de réseaux d'acteurs cherchant à en asseoir le caractère médical. Dans les années 1980, des groupes médicaux composés majoritairement d'urologues créent des sociétés de réflexion autour de cette problématique, cherchant à la fois à conférer aux urologues une légitimité dans le traitement des dysfonctionnements sexuels et à convaincre de la dimension publique de ces problèmes de santé¹³⁹. L'impuissance devient « dysfonction érectile » et ces sociétés la définissent en fonction de critères médicaux qui excluent volontairement les dimensions psychologiques jusqu'alors mises en avant dans les traitements de l'impuissance¹⁴⁰. Cet objectif demeure un combat difficile, jusqu'à la découverte des propriétés du sildénafil qui fait basculer le débat de la pertinence de la considération médicale de l'impuissance aux modalités d'administration du traitement. En France, les modalités de remboursement choisies pour le Viagra dessinent les limites de la légitimité du traitement : dans un contexte de limitation des dépenses, l'Assurance Maladie a opté pour un remboursement sélectif du Viagra, en fonction des origines effectivement organiques des dysfonctions érectiles, écartant la définition extensive qu'en faisaient praticiens et industries pharmaceutiques. Mais les débats autour des remboursements, ainsi que les campagnes d'informations organisées par le laboratoire Pfizer¹⁴¹ ont eu pour conséquence une médiatisation des problèmes érectiles et des solutions prescriptibles par les médecins. Les médecins généralistes se sont d'ailleurs battus pour obtenir le droit de prescription du Viagra, alors que le

¹³⁸ Nathanaël V.

¹³⁹ Alain Giami, « De l'impuissance à la dysfonction érectile... », *op. cit.*

¹⁴⁰ Les traitements les plus connus et répandus aux Etats-Unis résultaient en effet d'une application des travaux de William Masters and Virginia Johnson conduits dans les années 1960 et 1970, prônant une thérapie de couple comportementale en rejetant les possibilités de traitement pharmacologique. Cf. Alain Giami, « De l'impuissance à la dysfonction érectile... », *op. cit.*, pp. 80-82

¹⁴¹ Une première campagne a été organisée en 2000 à destination des médecins pour les inciter à aborder les questions de sexualité avec leurs patients. En 2001, une campagne de sensibilisation a été organisée par l'Association pour le Développement de l'Information et de la Recherche sur la Sexualité et financée par les industries pharmaceutiques afin d'encourager les patients à consulter pour ce type de problèmes. Cf. Alain Giami, « De l'impuissance à la dysfonction érectile... », *op. cit.*, pp. 97-98

secrétaire d'Etat à la Santé, Bernard Kouchner, avait dans un premier temps envisagé une prescription par les spécialistes seulement¹⁴².

Le succès de cette réponse médicamenteuse aux problèmes d'impuissance souligne la demande qui existait, sans pouvoir s'exprimer : « *Au début des années 2000, c'était quand même, le Viagra, le sildénafil, ça a été la première molécule vendue à la surface de la planète. Au fin fond du bush australien ou du bassin amazonien, tout le monde connaissait la petite pilule bleue. Les deux marques les plus connues de la planète, c'est Coca-Cola et Viagra, faut le savoir. C'est énorme. Et tout ça en dix ans : c'est colossal. C'est dire la demande, le terreau de demandes, de mal-être sexuel de l'humanité masculine.* »¹⁴³

Le statut social des médecins, et la façon dont ils envisagent leur métier au quotidien a donc potentiellement un impact sur la reconnaissance même des pathologies et sur la place accordée à la sexualité dans la consultation. Cet exemple du Viagra souligne l'influence individuelle du médecin dans le traitement de la sexualité masculine, ce qui a une importance relevée par les praticiens rencontrés. Au delà de la possibilité de traitement, les problèmes d'impuissance, d'infertilité ou de sexualité masculines sont en effet parfois ignorés par les médecins généralistes ou par les chercheurs à un niveau plus général, parce qu'ils renvoient les praticiens à leur propre virilité. Pierre N. a ainsi expliqué que le recours à la vasectomie était modéré en France du fait de la signification de cet acte pour les médecins eux-mêmes : « *Peut-être qu'il y a même une hésitation de la part des médecins, parce que bon quand on soigne quelqu'un, on est toujours un peu par rapport à ses propres références, donc ça peut jouer aussi.* »¹⁴⁴. Dans le même ordre d'idées, l'absence d'examen médical complet chez les hommes entre la puberté et la cinquantaine est dû selon Sophie G. au comportement des médecins vis-à-vis de l'examen des organes génitaux masculins : « *Aussi parce qu'il n'est pas si récent que la population médicale se soit extrêmement féminisée et que ça renvoie les praticiens eux-mêmes à leur propre image. Je pense que il y a sûrement du lien là.* »¹⁴⁵. Enfin, pour plusieurs des

¹⁴² *Ibid.*, pp. 94-95

¹⁴³ Nathanaël V.

¹⁴⁴ Pierre N., urologue formé en andrologie, exerçant en libéral.

¹⁴⁵ Sophie G.

praticiens rencontrés, le retard des recherches sur les causes de l'infertilité masculine par rapport aux connaissances sur le corps féminin est lié à un rejet de la responsabilité de la stérilité sur les femmes ; le milieu médical majoritairement masculin a jusqu'aux années 1960 refusé d'admettre une possible cause masculine à l'infertilité de couple : « *Simplement voilà, c'est encore du fait de l'héritage de cette société qui était essentiellement masculine où on pointait du doigt la femme comme responsable de tous les problèmes en matière d'infertilité. On étudiait les femmes parce qu'elles pouvaient pas avoir d'enfant, alors que voilà, aujourd'hui en tout cas très clairement, les hommes sont impliqués dans une infertilité de couples sur deux.* »¹⁴⁶ Ces exemples soulignent l'impact de l'identité de genre de l'acteur médical dans la perception qu'il peut avoir des pratiques et des origines des problèmes.

L'identité du médecin, que ce soit en termes individuels ou sociaux a donc une incidence sur ses pratiques mêmes, mais aussi plus globalement sur l'orientation des recherches médicales et la définition des pathologies, ce qui démontre l'impossible neutralité des pratiques médicales. Les exemples avancés montrent que, en ce qui concerne le rapport des hommes à la médecine, les représentations de la masculinité et la façon dont les médecins se projettent en tant qu'hommes ont un impact sur la reconnaissance des problèmes et leur traitement.

L'acteur médical a donc des influences multiples sur la prise en charge des pathologies et des patients. Membre d'une profession élitiste, il ne peut que difficilement remettre en cause les règles de fonctionnement du milieu médical, et adopte au moment de l'apprentissage de son métier des conceptions particulières et établies des hommes, des femmes et des possibles en matière médicale. La féminisation progressive de la médecine a introduit de nouvelles manières d'appréhender le suivi médical, mais ce seulement dans les disciplines dans lesquelles les femmes se sont investies. La pratique gynécologique s'est divisée en deux branches, l'une liée à la naissance et aux pratiques à dominante

¹⁴⁶ Nathanaël V.

chirurgicale, et l'autre prenant en charge le suivi quotidien des femmes, développant progressivement un espace de dialogue autour de la santé et de la sexualité. A l'opposé, les hommes sont majoritairement pris en charge par une discipline chirurgicale qui favorise les actes médicaux et ne valorise pas la discussion avec le patient. Le statut social des médecins, et leur appréhension individuelle de leur métier a, de plus, longtemps nuit à l'écoute accordée aux problèmes sexuels des hommes¹⁴⁷, à l'heure où la consultation gynécologique médicale offrait un espace de parole aux femmes autour de la sexualité. Ces différents éléments permettent d'appréhender le rôle joué par les praticiens dans la définition de l'offre de soins, que ce soit en termes de respect des traditions ou d'influence de caractéristiques sociologiques. Les pratiques médicales ne sont donc pas uniquement la conséquence d'un état de fait biologique, de pathologies cernées que l'on traiterait, mais obéissent à des logiques sociales particulières et s'inscrivent dans leurs sociétés.

¹⁴⁷ L'arrivée du Viagra sur le marché pharmaceutique et la prise en compte par les médecins des problèmes érectiles de leurs patients n'a pas eu pour conséquence un développement accru du recours au médecin par les hommes, car des phénomènes d'automédication se sont relativement rapidement mis en place, induisant une démedicalisation partielle de cette prise médicamenteuse. Cf. Alain Giami, « De l'impuissance à la dysfonction érectile... », *op. cit.*

Ces différents éléments, approche sociologique des sciences d'une part, et rôle des acteurs médicaux dans la définition des pratiques d'autre part, révèlent les relations constantes entre représentations sociales et pratiques scientifiques, relations qui impliquent la permanence d'un déséquilibre de traitement entre les hommes et les femmes en médecine, alors même que la naturalisation des femmes des XVIIIe et XIXe siècles n'a plus cours sous les mêmes formes¹⁴⁸. Les réticences originelles à explorer les déficiences masculines ont perduré à travers les choix des objets d'études et la permanence d'impensés dans le domaine médical. De plus, la reconnaissance progressive des troubles de la fonction érectile a été le fait d'urologues qui se sont positionnés comme compétents en la matière aux Etats-Unis puis en France et la mobilisation des médecins généralistes leur a permis d'obtenir le droit de prescription des médicaments comme le Viagra. Les stratégies professionnelles des acteurs médicaux ont donc construit les pratiques liées au fonctionnement sexuel masculin comme partie intégrante des pratiques existantes, ne laissant que peu d'opportunités de développement à une branche spécifique de la médecine qu'aurait pu être l'andrologie. La discipline gynécologique s'est de plus en plus institutionnalisée et la féminisation de cette profession a induit un développement exponentiel des pratiques qui ont progressivement inclus des dépistages et la possibilité d'un espace de dialogue pour les patientes. L'écart s'est donc creusé entre la gynécologie et l'andrologie, du fait de la persistance de perceptions différenciées des hommes et des femmes par la médecine au XXe siècle mais aussi par l'incidence de mécanismes de cliquet. La focalisation originelle de la médecine sur les femmes a en effet eu des conséquences concrètes qui se sont révélées déterminantes pour le développement des techniques médicales sexuelles. Ces effets de cliquets ont assuré un développement bien plus important de la gynécologie, en termes de savoirs et de savoir-faire mais aussi en ce qui

¹⁴⁸ Comme nous l'avons souligné en introduction de ce chapitre, de nouvelles formes de naturalisation émergent aujourd'hui, notamment dans le secteur des neurosciences. Bien que moins caricaturales pour le lecteur du XXIe siècle que les écrits du XIXe siècle, elles n'en représentent pas moins une affirmation de la nature biologique et sexuée des comportements et aptitudes individuels. Pour Joan Cassel, le réductionnisme biologique ne peut être soutenu ou combattu de manière empirique, car aucune preuve biologique n'est détachée des variables sociologiques qu'elle cherche à expliquer : « *Arguments for biological reductionism as opposed to social constructionism are ultimately beyond empirical proof or disproof. Like other arguments for and against "deep structure", no evidence yet exists that is untouched by the supposed explanatory variables.* » Joan Cassel, *op. cit.*, p. 42

concerne la socialisation médicale féminine, un développement qui a minoré les possibilités d'élaboration d'une médecine masculine.

Chapitre III : Les sentiers de la dépendance

Le concept de sentier de dépendance est utilisé en sciences politique et économique pour décrire un phénomène de persistance de représentations et de mécanismes de fonctionnement à travers le temps, notamment en termes de politiques publiques : « *Le sentier de la dépendance signifie (...) qu'une fois qu'un pays ou une région s'engage dans une voie, les coûts de changement sont très élevés.* »¹⁴⁹. Le choix d'une option particulière se répercute à long terme parce qu'elle implique en premier lieu le rejet temporaire d'autres alternatives, dont l'utilité potentielle se voit de plus en plus minorée avec le temps, dans la mesure où les stratégies de l'option retenue sont mises en place alors que celles des alternatives restent à développer. L'économiste William Brian Arthur¹⁵⁰ a décrit la rentabilité exponentielle du maintien de l'engagement dans une voie précédemment choisie : les coûts d'investissement de départ pour la mise en place d'une innovation (technologique ou institutionnelle) sont rentabilisés à moyen terme, et les alternatives apparaissent alors coûteuses à mettre en place parce qu'elles exigent un nouvel effort financier ou institutionnel ; l'engagement dans un processus particulier crée des effets d'apprentissage en termes de savoirs et de savoir-faire qui permettent une plus grande rentabilité et encouragent à innover dans le processus choisi plutôt qu'en s'en éloignant. C'est également en réussissant à convaincre un maximum d'acteurs d'utiliser les innovations promues qu'elles peuvent devenir rentables : or plus une innovation est répandue, plus elle contraint les usagers alternatifs à s'y conformer, par souci de compatibilité. Ces phénomènes d'adaptation peuvent aussi se produire par anticipation, poussant les entreprises à miser sur une option consensuelle plutôt que de risquer une innovation radicale. C'est ainsi que « *Les politiques publiques passées et les institutions structurent les incitations et les ressources présentes.* »¹⁵¹

¹⁴⁹ Margaret Levi, (1997), cité par Paul Pierson, «Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics », *The American Political Science Review*, Vol. 94, n°2, 2000, p. 2 (traduction personnelle)

¹⁵⁰ William Brian Arthur, *Increasing Returns and Path Dependence in the Economy*, University of Michigan Press, 1994

¹⁵¹ Bruno Palier, Giuliano Bonoli, « Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale », *Revue Française de Science Politique*, Vol. 49, n°3, 1999, p. 402

Ces théories du sentier de la dépendance ont été majoritairement utilisées en analyse des politiques publiques et en science économique. Elles soulignent l'incidence de choix passés sur les politiques du présent, du fait de la rentabilité du maintien d'une option choisie et des coûts inhérents à l'innovation. La dépendance au passé peut pourtant se révéler contre-productive, comme le montre l'exemple célèbre du clavier QWERTY, conçu pour ralentir le rythme de sténographie et éviter l'enrayement des machines à écrire, et conservé à l'ère des ordinateurs, malgré la disparition de ce risque de blocage¹⁵².

Le domaine médical se situe à la croisée des politiques publiques et des logiques économiques du secteur privé, car il est sous l'influence du service public, tout comme des innovations pharmaceutiques. Le concept de sentier de la dépendance apparaît comme un outil pertinent pour analyser les conséquences concrètes de la focalisation sur la gynécologie au XIXe siècle sur le développement ultérieur des pratiques médicales. En effet, l'institutionnalisation accrue de cette discipline médicale a facilité les recherches sur les hormones féminines à partir des années 1920, et ce aux dépens du versant masculin de l'endocrinologie. Ces recherches ont débouché sur l'élaboration de la pilule contraceptive hormonale, ce qui a contribué à renforcer les pratiques gynécologiques du fait du suivi régulier impliqué par la prise de ce médicament. Cette institutionnalisation a également induit un développement d'habitudes sanitaires dans la population féminine alors que les hommes ont été exclus de cette socialisation à la santé sexuelle. C'est ainsi que les représentations qui sous-tendaient le développement de la gynécologie ont eu un impact en termes de contraception disponible, aujourd'hui presque exclusivement féminine, et en ce qui concerne le développement d'un espace strictement féminin de socialisation et d'expression autour de la sexualité et de la reproduction.

¹⁵² Paul A. David, « Comprendre les aspects économiques de *QWERTY*: la contrainte de l'histoire », *Réseaux*, CNET, Vol. 16, n°87, 1998

A. Les hormones : une histoire de femmes ?

Plusieurs des praticiens interrogés au cours de notre enquête ont attribué l'absence d'andrologie institutionnalisée à l'absence de contraception masculine nécessitant un suivi médical. Mais une étude plus approfondie de l'histoire de l'endocrinologie montre que l'existence d'un réseau structuré de gynécologues et d'une patientèle établie a été déterminante pour l'orientation des recherches, tant en termes de connaissances et de possibilités d'observation, qu'en ce qui concerne le marché prévisionnel perçu par les investisseurs pharmaceutiques. L'absence d'andrologie semble donc avoir contribué à la reconduction de la focalisation médicale sur les femmes dans un domaine essentiel de la santé sexuelle et reproductive.

La gynécologie comme partenaire de l'endocrinologie

En amont de la découverte des hormones, les propriétés des gonades étaient sinon connues, du moins observées. Dans le cadre de l'agriculture, les conséquences de la castration sur la morphologie, le comportement des animaux et les caractéristiques de leur chair étaient connues depuis longtemps¹⁵³. Dans les laboratoires, les scientifiques se livrent dès la seconde moitié du XIXe siècle à des expériences de castration puis de réimplantation des testicules ou des ovaires à des endroits divers du corps des animaux ; ces expériences démontrent la capacité des glandes sexuelles à agir grâce au transport sanguin et sont à l'origine du développement de l'organothérapie. Les organes glandulaires de différents animaux sont prélevés, réduits en poudre et administrés dans un but thérapeutique et compensatoire. En ce qui concerne les préparations à base de gonades, elles sont recommandées différemment selon les sexes : pour obtenir un regain de vitalité masculine chez les hommes vieillissants et pour soigner les troubles féminins attribués à des dysfonctions ovariennes, c'est à dire au tournant du XXe siècle, à peu près toutes les maladies des femmes. En effet, l'obsession précédemment évoquée des médecins pour l'utérus, analysé comme cause principale de tous les problèmes de santé féminins, se mue progressivement en une focalisation sur les ovaires, notamment à partir du constat de l'apathie provoquée par les ovariectomies alors pratiquées en grand

¹⁵³ Christiane Sindin, « Le sexe des hormones », *Cahiers du Genre*, n°34, 2003, p. 42

nombre¹⁵⁴. Les gynécologues sont donc aux premières loges pour observer les conséquences de l'ablation des ovaires sur la santé et le comportement de leurs patientes. Ils deviennent également indispensables aux scientifiques travaillant en laboratoires, qui souhaitent poursuivre leurs expérimentations avec des organes humains et dépendent entièrement de la filière gynécologique pour cet approvisionnement.

Le marché de l'organothérapie rencontre un grand succès grâce aux promesses de vitalité et de fertilité qu'il véhicule ; les industries pharmaceutiques se développent grâce à cet engouement et passent des contrats avec les abattoirs dès les années 1900 afin d'acquérir le monopole de la récupération des organes sexuels d'animaux. Ces découvertes passionnent les physiologistes, dont les recherches ont pour objet le fonctionnement du corps humain. C'est un physiologiste britannique, Ernest H. Starling, qui reformule la théorie des sécrétions internes et les rebaptise « hormones » au début du XXe siècle. Le travail en laboratoires se focalise progressivement sur la chimie au cours des années 1920 et 1930 et sur les processus d'extraction et de purification des hormones à partir des organes animaux. Les biochimistes ne se concentrent pas spécifiquement sur les femmes, car leur objet de recherche est la compréhension de l'impact des hormones sur le développement corporel humain général, et plus spécifiquement sur la différenciation sexuelle des deux sexes. Les hormones sont en effet divisées en deux catégories selon leur provenance : hormones sexuelles mâles si elles sont extraites de gonades masculines et hormones sexuelles femelles si elles proviennent d'ovaires. Les découvertes ultérieures sur la présence de ces deux types d'hormones chez tous les individus ne modifiera en rien la terminologie choisie alors¹⁵⁵. A partir des années 1920, les biochimistes s'arrogent la légitimité du conditionnement des hormones grâce aux techniques de laboratoires et aux tests des scientifiques américains Edward Doisy et Edgar

¹⁵⁴ La pratique se banalise à partir des années 1870. L'ablation d'ovaires physiologiquement sains vise la guérison de maux féminins comportementaux (hystérie, désirs sexuels excessifs), mais aussi des maladies que l'on ne parvient pas à expliquer. Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 199

¹⁵⁵ Christiane Sindling montre que la découverte de l'ambiguïté des hormones, en termes de provenance mais aussi d'impact, la testostérone pouvant avoir des effets auparavant attribués aux œstrogènes et inversement, donnent lieu à des remises en question la virilité des individus étudiés plutôt que du modèle des deux sexes. Christiane Sindling, *op. cit.*, p. 49

Allen¹⁵⁶. Malgré cette perte de légitimité des gynécologues focalisés sur leurs patientes au profit de biochimistes a priori intéressés par les deux sexes, la recherche se consacre aux hormones féminines du fait d'une série d'effets de contexte.

La question de l'approvisionnement intervient en premier lieu. Si la récupération d'organes génitaux animaux suffisait pour les premières expériences sur les effets des gonades sur le corps, l'extraction chimique des hormones requiert de plus grandes quantités d'organes, dans la mesure où une grande partie des tissus ne contient pas d'hormones. La filière des abattoirs étant saturée par les industries pharmaceutiques, les laboratoires scientifiques établissent des partenariats avec elles. Mais les organes animaux coûtent trop cher dans le cadre d'une exploitation à grande échelle et à visée de commercialisation et d'autres sources d'approvisionnement sont recherchées. C'est une fois de plus par le biais de l'activité gynécologique qu'une solution est apportée : en 1926, les gynécologues berlinois Ascheim et Zondek, dans le cadre d'une étude portant sur les désordres de la menstruation et de la fertilité féminine, exécutent des analyses sanguines et urinaires et découvrent la forte teneur en hormones des urines de femmes enceintes. Cette découverte replace les gynécologues au centre des processus d'approvisionnement car ils sont les seuls à pouvoir mettre à disposition l'urine de leurs patientes. Par la suite, l'urine de jument remplace l'urine de femmes enceintes, parce qu'elle contient elle aussi de grande quantité d'hormones. L'équivalent du côté masculin n'existe pas : il n'y a pas de réseau médical susceptible de rassembler des hommes en bonne santé, et les urines des hommes malades dans les hôpitaux se révèlent faibles en hormones. Aucun équivalent chez les animaux ne peut être trouvé. Les scientifiques et les industries pharmaceutiques se tournent alors vers les prisons et les casernes mais rencontrent de grandes difficultés à obtenir les autorisations nécessaires dans des lieux où le recueil d'urines est tout à fait inhabituel¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Ce test permettait l'évaluation des préparations ovariennes en mesurant leur impact sur les sécrétions vaginales de souris et de rats. En 1932, lors de la première Conférence Internationale de Standardisation des Hormones Sexuelles, il fut établi comme test de référence en matière d'hormones sexuelles féminines. Nelly Oudshoorn, « On the making of sex hormones : Research materials and the Production of Knowledge », *Social Studies of Sciences*, Vol. 1, n°1, (1990), p. 12

¹⁵⁷ Nelly Oudshoorn « On the making of sex hormones... », *op. cit.*, pp. 19-20

La recherche en endocrinologie se focalise donc sur les femmes pour deux raisons : l'apport des pratiques gynécologiques dans la conceptualisation des hormones du fait des observations médicales d'une part, et l'approvisionnement permis par ces mêmes pratiques, tout d'abord en ovaires humains puis en urine d'autre part. Ces pratiques, ablation des gonades¹⁵⁸ tout comme consultation de sujets sains, étant inexistantes du côté masculin, l'approvisionnement en hormones masculines s'en voit fortement minoré. De plus, les industries pharmaceutiques jouent un rôle croissant dans le développement de la thérapeutique hormonale et les scientifiques dépendent de plus en plus des collaborations entre laboratoires et industries pour pouvoir poursuivre leurs recherches¹⁵⁹. Or, si les préparations de l'organothérapie séduisaient un public mixte, ce sont les gynécologues qui, à partir des années 1910, ont critiqué ces préparations et exigé une plus grande qualité de médication de la part des industries pharmaceutiques. Ces revendications s'inscrivaient alors dans un mouvement général de régulation de la production alimentaire et médicamenteuse¹⁶⁰. La transformation des méthodes de production et de contrôle des préparations à base d'hormones a donc été initiée par les gynécologues et leurs préoccupations thérapeutiques. Au cours de cette transformation, l'usage de gonades réduites en poudre par les hommes bascule dans le domaine profane et n'est pas reconduit par cette nouvelle association entre médecins et industries pharmaceutiques. Les orientations de production choisies alors correspondent aux attentes gynécologiques et se focalisent sur la thérapeutique hormonale féminine, car le marché est existant et institutionnalisé pour ce type de produits. La concentration des travaux endocrinologiques sur les femmes tient donc à l'absence de réseau de praticiens s'occupant des hommes, susceptibles d'approvisionner les chercheurs et de défendre des nécessités thérapeutiques spécifiques comme objet de recherche. Le sentier de la

¹⁵⁸ La castration humaine étant extrêmement peu courante, les chercheurs se rendaient dans les prisons afin de recueillir les organes des détenus condamnés à mort et exécutés. Nelly Oudshoorn, « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes », *op. cit.*, p. 39

¹⁵⁹ Nelly Oudshoorn, « On the making of sex hormones... », *op. cit.*, p. 14

¹⁶⁰ Au cours des années 1910 et 1920, la régulation des productions alimentaires et pharmaceutiques s'institutionnalise en Occident : aux Etats-Unis, le Congrès adopte le Biologics Control Act en 1902 et le Pure Food and Drug Act en 1906, aux Pays-Bas, l'Institut Gouvernemental pour la Recherche Pharmaco-Thérapeutique voit le jour en 1920. Nelly Oudshoorn, « On the making of sex hormones... », *op. cit.*, p. 11

dépendance décrit ici montre les conséquences d'une orientation médicale prise aux XVIIIe et XIXe siècle pour des raisons idéologiques propres à ces périodes, mais dont il a été impossible de sortir du fait de l'institutionnalisation de cette orientation dans un réseau de praticiens déterminant pour la recherche en endocrinologie.

Cette intérêt moindre pour les hormones masculines se traduit dans le différentiel quantitatif de productions scientifiques portant sur les hormones sexuelles : à titre indicatif, le *Quarterly Cumulative Index Medicus*, un index américain des publications médicales créé en 1879, répertorie entre 1927 et 1938, 2688 publications ayant trait aux hormones sexuelles féminines pour 585 ayant trait aux hormones masculines¹⁶¹. Cette orientation caractérise l'ensemble du monde occidental, à l'exception significative de l'Allemagne des années 1930 et 1940.

L'exception allemande

L'exemple de l'Allemagne nazie est particulièrement intéressant à étudier dans ce contexte de recherche, parce que contrairement à la plupart des pays occidentaux dans les années 1930, les recherches et productions liées aux hormones ne se sont pas focalisées sur les hormones féminines. L'usage exponentiel des hormones sexuelles pour traiter différents types de maladies s'est répandue en égale mesure en médecine masculine : ainsi l'analyse des plaquettes d'informations des laboratoires allemands à destination des médecins montre une nombre équivalent d'indications pour le traitement par hormones chez les hommes et chez les femmes¹⁶². Les hormones masculines sont ainsi susceptibles de traiter l'hermaphrodisme anatomique, la fatigue, l'impuissance, la dépression ou encore la mauvaise qualité ou la trop faible quantité de sperme. Les usages des hormones ainsi que la recherche liée à leurs effets thérapeutiques ne se caractérisent donc pas par une différence entre les sexes. Le laboratoire Schering a par exemple produit des quantités équivalentes d'estrogènes et de

¹⁶¹ Nelly Oudshoorn, « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes », *op. cit.*, p. 40

¹⁶² Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre », *Cahiers du Genre*, n°34, 2003, p.73
A titre indicatif, ce ratio pour le laboratoire Organon aux Pays-bas était de 129 indications pour le traitement de femmes par hormones et 3 indications pour les hommes. *Pocket Lexicon of Organ and Hormone Therapy*, 1937, cité par Nelly Oudshoorn, *Beyond the natural body...*, *op. cit.*, p. 105

testostérone dans les années 1930 et 1940¹⁶³. Selon Jean-Paul Gaudillière, ces usages spécifiques sont liés aux angoisses sociétales croissantes en Allemagne autour de la stérilité masculine. Ces inquiétudes émanent de la peur de la dégénérescence induite par la défaite de 1918, et l'émergence de nouveaux comportements sexuels et sociaux, qui font craindre une féminisation excessive des hommes : « *Le spectre de la dégénérescence biologique associé de longue date au discours eugéniste fut de la sorte rajeuni. (...) Une des causes de la crise permanente que traversait le pays était, dans cette perspective, une maladie des glandes ayant pour origine l'affaiblissement des mécanismes de sélection garants du progrès évolutif : l'amollissement des comportements fut de la sorte traduit en crise hormonale.* »¹⁶⁴

Ces inquiétudes pour la virilité se manifestent dans le cadre strictement médical par la prescription par les gynécologues d'examens du sperme du conjoint avant d'intervenir sur leurs patientes qui ne parviennent pas à concevoir. Ces examens permettant de détecter des stérilités effectivement masculines, le mythe de la dégénérescence est renforcé. Cette interrogation des capacités masculines ne pouvait avoir lieu que dans un contexte de profonde inquiétude sociale, car les peurs de dégénérescence en France n'ont par exemple pas donné lieu à une acceptation de la part masculine de l'infertilité de couple. Les orientations idéologiques du régime nazi contribuent grandement à l'aménagement du tabou autour de la fertilité masculine : les lois raciales ont en effet pour conséquence une systématisation des examens pré-nuptiaux, avec vérification des capacités reproductives, et dans le cas de défaillances, leurs traitements. Les interventions sur les hommes par le biais des hormones se multiplient donc, malgré l'absence de réseau andrologique comparable au réseau gynécologique, du fait d'un contexte politique extrêmement soucieux de la reproduction.

Les modèles de masculinité valorisés par le régime nazi consistent en une exacerbation des qualités viriles traditionnelles : courage, puissance physique, honneur et maîtrise de soi. Le «nouvel homme» que les national-socialistes

¹⁶³ Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre », *op. cit.*, p. 73

¹⁶⁴*Ibid.*, pp. 73-74

veulent instituer a des qualités bellicistes accentuées : il doit être dévoué au parti et à sa patrie, et entretenir des liens de camaraderie masculine très forts avec ses coéquipiers. Cette image de la virilité semble entrer en contradiction avec l'investigation des capacités fertiles des hommes si l'on s'en tient au silence qui a traditionnellement entouré cette question en Occident. Mais certaines particularités du régime nazi permettent de minorer ce tabou. Son caractère très fortement nataliste a pour conséquences un renforcement de la répression contre les techniques contraceptives et abortives et la récompense officielle des mères de famille nombreuses. C'est également un régime de l'exclusion : la glorification de la race aryenne et de la patrie se fait aux dépens de contre-modèles, dénoncés, affublés des pires défauts et assimilés à un danger pour la race et le pays. Les lois raciales marquent des frontières infranchissables entre les exclus et les aryens. Juifs, gitans, handicapés, communistes doivent être écartés de la bonne société avec les conséquences que l'on connaît. La stigmatisation de l'impuissance observable en Occident n'a plus autant de force face à la pléthore de parias désignés ; sa prise en compte et son traitement ne sont plus aussi risqués sur le plan identitaire, car ils s'inscrivent dans une amélioration des capacités aryennes dont la masculinité est par ailleurs valorisée par rapport à des exclus stigmatisés par le régime.

C'est dans ce contexte de délimitation franche entre hommes sains et malsains que se développe la recherche sur les hormones masculines, car les caractéristiques exigées d'un citoyen respectable sont la force physique et la fertilité, la testostérone permettant d'augmenter ces capacités. L'homme stérile, s'il est aryen, doit être sauvé, pour être utile à la société. Suivant ses préoccupations de fertilité, le régime nazi fait concorder les permissions de ses officiers avec les périodes de fécondité de leurs femmes et leur fait administrer avant leur départ des injections de testostérone, censées augmenter leurs capacités reproductives.¹⁶⁵ Les préparations hormonales sont aussi utilisées pour guérir l'infertilité, l'homosexualité¹⁶⁶ et l'andropause ou ménopause masculine. Il s'agit d'augmenter les capacités viriles ou d'en pallier les déficits, une démarche qui s'appuie sur une idéologie de la masculinité puissante et qui

¹⁶⁵ Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre », *op. cit.*, p. 76

¹⁶⁶ *Ibid.*

ignore la pudeur masculine traditionnelle dans un contexte de stigmatisation extrême : les ennemis intérieurs sont autres, reconnaissables physiquement, l'infertilité est une maladie qui doit être soignée chez les aryens sous peine de limiter les capacités de croissance de la race.

Cette exception allemande montre que dans un contexte politique « favorable », qui propose une autre perception de l'infertilité masculine, les recherches et pratiques autour de la santé sexuelle et reproductive masculine peuvent se développer, malgré l'absence d'un réseau d'andrologues. Mais les orientations idéologiques de ces recherches les ont condamnées à l'oubli dans l'après-guerre. Il est intéressant de noter que les recherches sur la ménopause, également initiées par les biochimistes et endocrinologues allemands de l'entre-deux-guerres, ne furent pas abandonnées. La conceptualisation du phénomène de la ménopause en pathologie s'inscrivait en effet dans la continuité d'un modèle féminin qui n'a été bouleversé ni par le régime nazi, ni par sa chute. A l'inverse, sans les contre-parties de valorisation masculine offertes par l'idéologie nazie, l'investigation des dysfonctionnements sexuels et reproductifs masculins a été abandonnée jusqu'aux années 1960.

La pilule contraceptive, enfant des féministes et des gynécologues

Les recherches sur les hormones sexuelles se sont donc globalement concentrées sur leurs actions thérapeutiques pour les femmes. D'un usage extrêmement large au départ, puisque les hormones étaient préconisées pour les troubles comportementaux, dermatologiques, sexuels et reproductifs, leur prescription s'est progressivement concentrée sur la fertilité, les troubles de la menstruation et la ménopause. Si les biochimistes allemands, et dans une moindre mesure certaines industries pharmaceutiques européennes, comme Organon aux Pays-Bas se sont penchés sur le problème de l'andropause, l'effondrement du régime nazi d'une part, et l'absence de marché induit par une pratique clinique masculine très réduite ont mis un terme à ces recherches qui n'ont été reprises que récemment.

L'utilisation d'hormones à visée contraceptive était au départ extrêmement taboue : mises en valeur dès les années 1920, les propriétés inhibitrices de la progestérone sur l'ovulation rencontrent peu d'écho dans le monde scientifique,

elles ne constituent pas un domaine d'investissement pertinent pour les industries pharmaceutiques du fait des controverses sociales autour de cette technologie. La plupart des pays occidentaux connaissent alors des politiques natalistes et les recherches sur ces propriétés contraceptives se voient marginalisées, tout comme les chercheurs qui les portent. Aux Etats-Unis le financement de ce type de projet par l'Institut National de la Santé est interdit jusqu'en 1959¹⁶⁷. La croissance de la natalité qui intervient après la seconde guerre mondiale relativise grandement les inquiétudes démographiques des gouvernements. Cependant, une mobilisation particulière est nécessaire à l'aboutissement des recherches théoriques : Margaret Sanger, une militante des droits des femmes et du contrôle des naissances, tente toute sa vie de rallier des chercheurs à sa cause. Elle fonde deux journaux scientifiques afin de fournir un espace de discussion dédié à la contraception mais ce n'est qu'en 1951, à l'âge de 68 ans, qu'elle trouve un scientifique que la controverse autour des techniques anticonceptionnelles n'effraie pas. Il s'agit de Gregory Pincus, un chercheur reconnu en endocrinologie et biologie de la reproduction mais qui s'est vu refuser un poste à la Faculté d'Harvard à cause d'une publication controversée et qui doit donc financer ses recherches par le biais de financeurs privés. Margaret Sanger le convainc de se consacrer à l'élaboration d'une contraception et lui fournit les financements nécessaires, grâce aux dons de son amie Katherine Dexter McCormick. L'établissement de la contraception hormonale comme objet de recherche pertinent ainsi que la création des conditions matérielles d'élaboration de ce produit sont donc des phénomènes extérieurs au domaine médical et sont issus de la mobilisation féministe autour du contrôle des naissances. Ce phénomène exogène ne peut donc pas véritablement être attribué à un sentier de la dépendance, puisque ce n'est pas grâce à l'institutionnalisation accrue de la gynécologie que la décision d'investigation scientifique a été prise. Cependant, les connaissances endocrinologiques disponibles provenaient de la focalisation des recherches sur les hormones féminines. L'orientation prise en endocrinologie vers l'expérimentation et la production d'hormones majoritairement féminines facilite les possibilités de recherche ; à la recherche du meilleur composé hormonal de synthèse, Gregory Pincus se voit envoyer près

¹⁶⁷ Nelly Oudshoorn, *Beyond the natural body.*, *op. cit.*, p. 115

de deux cents composés par des laboratoires divers¹⁶⁸, alors même que dans les recherches ultérieures visant l'élaboration d'une pilule contraceptive masculine, l'approvisionnement même en testostérone de synthèse s'est révélé très problématique et a nécessité la mise en place d'un réseau de laboratoires spécifiques par l'Organisation Mondiale de la Santé¹⁶⁹. Le passage aux tests cliniques sur des sujets humains se révèle dans un premier temps dépendant, à nouveau, des infrastructures gynécologiques. En effet, Gregory Pincus organise les premiers essais grâce au potentiel clinique mis à disposition par le gynécologue John Rock, qui avait mis en place des expériences sur ses patientes dans le cadre de la lutte contre l'infertilité. Mais le contexte juridique américain, qui interdit les techniques anticonceptionnelles, pose rapidement des limites à ces expérimentations. Gregory Pincus et John Rock se tournent alors vers le militantisme féministe à travers une clinique portoricaine de planification familiale, The Planned Parenthood Clinic, dans laquelle ils mettent en place un protocole clinique qui dure quatre ans et à l'issue duquel ils obtiennent une autorisation de mise sur le marché par la Food and Drug Administration¹⁷⁰. Le médicament est au départ présenté comme un régulateur de menstruations mais ses propriétés contraceptives sont progressivement reconnues et admises.

L'élaboration d'une contraception hormonale féminine a donc été dépendante de deux facteurs majeurs : la disponibilité des connaissances endocrinologiques nécessaires, induite par l'orientation antérieure des recherches, et celle du réseau gynécologique pour les tests cliniques d'une part, que l'on peut analyser comme une conséquence du sentier de la dépendance emprunté par la gynécologie et l'endocrinologie ; le militantisme des partisans du contrôle des naissances d'autre part, qui ont joué le rôle déterminant d'initiateurs, de financeurs et ont fourni les conditions matérielles de tests décisifs pour la postérité du médicament conçu. Le concept de sentier de la dépendance permet ici en partie de comprendre l'élaboration d'une contraception féminine comme résultante d'une focalisation antérieure des recherches et des pratiques médicales sur les femmes. Le développement d'un contraceptif masculin se serait

¹⁶⁸ Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body...*, *op. cit.*, p. 119

¹⁶⁹ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.* Voir également Partie 2. Chapitre IV, B.

¹⁷⁰ Agence gouvernementale de sécurité sanitaire et alimentaire aux Etats-Unis

heurté à l'époque au manque de connaissances endocrinologiques sur le masculin et à l'absence de cliniques masculines¹⁷¹. D'autre part, l'existence du mouvement militant pour la planification familiale, s'il est extérieur au monde médical, s'inscrit également dans la continuité du développement de la discipline gynécologique. Les pratiques gynécologiques ont contribué à forger un espace féminin autour de la sexualité et de la reproduction, structuré par des revendications féministes de plus en plus fortes.

L'histoire des recherches en endocrinologie montre donc comment l'institutionnalisation unilatérale d'une médecine des femmes au XIXe siècle a contribué à délimiter le champ des intérêts des acteurs médicaux, scientifiques et pharmaceutiques et a induit une reconduction de leur focalisation sur les femmes. Les possibilités d'observation et d'approvisionnement en matériaux de recherche, ainsi que le marché potentiel offerts par la pratique gynécologique ont rendu les recherches endocrinologiques sur les femmes bien plus aisées et pertinentes que celles sur les hommes. L'exception allemande montre cependant que le contexte politique joue un rôle déterminant dans l'orientation des recherches et que les sentiers de la dépendance peuvent être quittés lorsque les représentations en vigueur l'exigent. Le combat politique des militants du contrôle des naissances s'est également révélé indispensable pour dépasser les obstacles cognitifs et juridiques à l'élaboration d'une pilule contraceptive féminine. Si la notion de sentier de la dépendance est pertinente pour comprendre les effets de cliquets intervenant dans les choix scientifiques et pharmaceutiques, elle doit être enrichie d'une analyse du contexte politique dans lequel la poursuite de ce sentier ou son abandon se révèlent pertinents.

En France, le réseau de gynécologues qui se sont engagés dans le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) ont permis la suppression de la loi de 1920 interdisant sévèrement la publicité pour les techniques anticonceptionnelles et la mise à disposition des contraceptifs pour les

¹⁷¹ Ces deux obstacles ont d'ailleurs largement contribué aux difficultés rencontrées par les scientifiques engagés dans l'élaboration d'une pilule contraceptive masculine dans les décennies qui ont suivi. Cf. Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*

Françaises. La progressive politisation des acteurs de la santé sexuelle et reproductive féminine a eu pour conséquence la création d'un espace féminin autour de ces questions, qui a permis de nombreuses évolutions au sein des pratiques médicales et sociales, comme les lois sur la contraception ou l'avortement¹⁷². Cet espace s'est constitué de manière strictement féminine, conformément aux traditions médicales en matière sexuelle et reproductive, ce qui a eu des conséquences ultérieures en ce qui concerne la place accordée aux hommes dans le domaine de la sexualité médicalisée.

B. Les « gardiennes du temple de la santé sexuelle et reproductive »

Un autre processus a joué un rôle important dans la répartition des responsabilités procréatives et la délimitation des champs médicaux autour de la sexualité : il s'agit du développement d'un mouvement politico-médical qui s'est structuré essentiellement autour des femmes, le mouvement pour la planification familiale. Ce mouvement se caractérise par la conjonction de mouvements féministes politiques militant pour une plus grande autonomie juridique, sociale et culturelle des femmes, et de médecins et gynécologues alertés par l'impact sanitaire et social des grossesses multiples. Il n'est donc pas uniquement issu de l'institutionnalisation des pratiques gynécologiques évoquée jusqu'à présent. Mais l'absence de mobilisations masculines, ainsi que le développement réduit d'une médecine sexuelle masculine ont induit une reproduction des inégalités de traitement entre hommes et femmes en matière médico-sexuelle. La focalisation des centres de planification familiale sur les femmes s'est révélée difficilement aménageable lorsque l'intégration des hommes dans ces programmes a été évoquée et tentée. Par ailleurs, cet espace essentiellement féminin a renforcé la responsabilisation et l'implication des femmes dans la gestion de la sexualité et de la reproduction, tandis que le rapport des hommes à la sexualité médicalisée est demeuré caractérisé par un vide institutionnel.

¹⁷² Loi Neuwirth de 1967 et Loi Veil de 1975

La planification familiale : inquiétudes médicales et féminismes

Les origines des mobilisations pour la planification des naissances sont de deux sortes ; la revendication du droit des femmes à maîtriser leur fécondité s'ancre tout d'abord dans les mouvements féministes qui se développent à partir de la fin du XIXe siècle et s'inscrit alors dans une ambition large d'amélioration des conditions de vie des femmes et de leur statut social. En France, des figures comme Nelly Roussel et Madeleine Pelletier se sont engagées tout au long de leur vie pour la liberté d'accès aux techniques anticonceptionnelles et cette dernière a notamment pratiqué des avortements. Mais dans l'ensemble des revendications féministes, celle du droit à maîtriser sa fécondité disparaît souvent au profit des mobilisations pour les conditions de travail ou le statut civique des femmes, considérées comme plus urgentes¹⁷³. Après la seconde guerre mondiale, la question reproductive rejoint les préoccupations de médecins et gynécologues qui constatent d'une part, les grandes difficultés sanitaires, psychiques et sociales auxquelles sont confrontées les femmes qui subissent des grossesses multiples et trop rapprochées, et d'autre part, les conséquences sanitaires des avortements clandestins. Cet intérêt des médecins se révèle décisif puisque c'est un médecin, Marie-Andrée Lagroua Weil-Hallé, qui après avoir observé la cruauté avec laquelle les avortées étaient traitées dans les hôpitaux, crée l'association la Maternité heureuse, en 1956. Elle se fonde sur les expériences de cliniques de *Birth Control* qu'elle a pu observer à New York¹⁷⁴. Les objectifs de cette association sont le rassemblement et la diffusion d'informations sur le vécu des couples en ce qui concerne la reproduction et sur les techniques anticonceptionnelles qui peuvent permettre de choisir au mieux le moment de la grossesse et d'éviter les avortements dangereux. L'association devient le Mouvement Français pour le Planning Familial en 1960, après avoir rejoint en 1958 la Fédération Internationale de la Parentalité Planifiée (*International Planned Parenthood Federation -IPPF*) rassemblant des organisations de *birth control* du monde entier. Elle entreprend des actions d'information et de

¹⁷³ Isabelle Friedmann, *Mouvement Français pour le Planning Familial, Liberté, sexualités, féminisme – 50 ans de combat du Planning pour les droits des femmes*, La Découverte, Paris, 2006, p.14

¹⁷⁴ La première clinique de *Birth control* a été ouverte aux Etats-Unis en 1917 par Margaret Sanger, pionnière du mouvement pour la planification familiale et qui a joué un grand rôle dans l'élaboration de la pilule contraceptive féminine. Cf. Partie 1, Chapitre III, A.

sensibilisation sur tout le territoire français. En 1961, un gynécologue membre de l'association, Henri Fabre, décide d'ouvrir un centre d'information et de distribution à Grenoble, contre l'avis de sa hiérarchie, qui craint d'entrer dans l'illégalité par cette démarche. En effet, depuis 1920, la diffusion d'information sur l'avortement et les techniques contraceptives est interdite. Les difficultés juridiques sont partiellement contournées grâce au statut associatif et, face au succès rencontré auprès de la population, l'expérience de Grenoble est rapidement imitée à Paris, puis partout en Province. Le rôle des médecins y est essentiel puisque ce sont eux qui examinent et écoutent les patientes, les forment à l'utilisation des techniques contraceptives, voire produisent des crèmes spermicides dans le cas de Grenoble¹⁷⁵. Leur action est militante car il agissent non seulement contre la loi, mais aussi contre leur hiérarchie nationale ; le Conseil de l'Ordre des Médecins affirme la neutralité nécessaire du médecin jusqu'en 1966 : « *Le médecin n'a aucun rôle à jouer en ce domaine et aucune responsabilité à assurer dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans le conseil au public ou les démonstrations relatives à l'emploi de ces moyens. Le médecin n'a pas le droit d'utiliser sa qualité pour cautionner l'activité des centres de Planning Familial.* »¹⁷⁶ La tradition médicale, si elle accorde une grande place à la santé sexuelle féminine, reste profondément marquée par le but reproductif de cette sexualité et le fonctionnement patriarcal de la société qui accorde peu de place aux désirs des femmes dans leur maternité. Le cursus médical ne contient d'ailleurs aucune information relative aux techniques anticonceptionnelles¹⁷⁷. Mais certains médecins, en raison de l'expérience qu'ils font des souffrances féminines liées à la maternité, s'engagent au sein du MFPPF et se positionnent publiquement pour une dépénalisation de la contraception : c'est le cas notamment des médecins membres de la Société française de Gynécologie et de l'Association française des femmes médecins. Cette sociologie des médecins militants dévoile l'émergence d'une nouvelle conception de la prise en charge

¹⁷⁵ La loi de 1920 avait en effet été complétée par une loi en 1923 interdisant l'importation de produits contraceptifs, ce qui a rendu l'approvisionnement français difficile.

¹⁷⁶ Communiqué du Conseil de l'Ordre des médecins, 24 janvier 1962, cité par Isabelle Friedmann, *op. cit.*, p. 41. Marie-Andrée Lagroua Weil-Hallé se voit d'ailleurs suspendre par l'Ordre des Médecins du fait de son activité au sein du MFPPF.

¹⁷⁷ Henri Fabre critique l'absence totale de cours sur le contrôle des naissances dans les études médicales en 1957. « *J'ignorais le mot contraception !* », confie Christiane Verdoux en 1960, après avoir effectué quatre ans d'internat en gynécologie. Cités par Isabelle Friedmann, *op. cit.*, p. 37

sexuelle et reproductive des femmes, développée dans un esprit d'écoute et de formation, et principalement par des femmes. Si de nombreux médecins hommes participent, le Conseil d'Administration de la Maternité Heureuse ne comprend en 1956 que des femmes, les statuts sont rédigés au féminin¹⁷⁸, et le personnel des centres ouverts dans la décennie 1960-1970 est majoritairement féminin.

Il s'agit donc d'une médecine conçue par les femmes et essentiellement pour les femmes. Au départ, les discours s'adressent au couple et à la famille : le contrôle des naissances doit permettre une meilleure gestion de la fécondité du couple, plus adaptée à leurs conditions de vie et une vie familiale plus harmonieuse. Marie-Andrée Lagroua Weil-Hallé se positionne notamment en 1955 dans le procès du couple Bac, qui a laissé mourir le cinquième enfant arrivé en cinq ans d'union, en avançant des arguments de l'ordre du bien-être familial et de la nécessaire planification des naissances¹⁷⁹. Cette rhétorique est celle de la prudence car mettre en avant le bien-être du couple peut potentiellement plus convaincre que l'argument du droit des femmes à disposer de leur corps, mais elle correspond aussi aux convictions de Marie-Andrée Lagroua Weil-Hallé, qui veut se distancier des néo-malthusiens de la première moitié du XXe siècle et prôner l'équilibre familial plutôt que la limitation des naissances. Mais dans les faits, ce sont surtout des femmes qui bénéficient des services des centres, parfois à l'insu de leurs maris¹⁸⁰. Le débat public autour de la légalisation de la contraception se focalise lui aussi sur elles: la plupart des acteurs n'évoque alors que les femmes, prônant leur droit à choisir le moment de la conception, ou au contraire condamnant la légèreté dont ces dernières pourraient faire preuve en l'absence de risque de grossesse. Très peu de discours évoquent le choix du couple ou le bien-être des deux partenaires. François Mitterrand s'exprime par exemple ainsi lors de l'interview qu'il donne au *Combat républicain* du 25 novembre 1965 : « *La femme a le droit de disposer des moyens modernes qui*

¹⁷⁸ Isabelle Friedmann, *op. cit.*, pp. 23-25

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 23

¹⁸⁰ A propos des démarches à entreprendre pour obtenir des contraceptifs, la militante Simone Iff s'exprime en ces termes : « *Pour certaines femmes simples, c'était une aventure très difficile. Mais c'était aussi formidable car c'était une victoire pour elles d'y arriver. Et surtout d'y arriver seules. Sans le dire à leur mari.* », citée par Isabelle Friedmann, *op. cit.*, p. 31

permettent de n'avoir des enfants que lorsqu'elle le désire. »¹⁸¹. Lorsque l'IFOP pose la question à un échantillon de la population, c'est en ces termes : « Vous personnellement, seriez-vous favorable ou défavorable à la mise en vente, en France, de produits pharmaceutiques qui permettent aux femmes d'éviter d'avoir des enfants quand elles ne le désirent pas ? »¹⁸². Selon les sondages réalisés notamment par l'INED en 1956, les femmes sont proportionnellement plus enclines à se positionner en faveur de l'ouverture de « dispensaires spécialisés, où les femmes pourraient être informées sur tous les moyens à employer pour éviter la grossesse »¹⁸³ ; cela peut s'expliquer par le fait que ce sont elles qui expérimentent la grossesse par leur corps et qui subissent plus directement les conséquences de l'arrivée d'un enfant dans le foyer. Mais l'action du mouvement, ainsi que les débats autour de ces nouvelles pratiques attribuent la responsabilité de la gestion procréative aux femmes et ne prennent que rarement en compte la part des hommes et moins encore leur propre santé sexuelle et reproductive.

Ce mouvement rencontre un grand succès : entre 1961 et 1967, le nombre d'adhérents passe de 6000 à 95000 et le MFPP compte 42 centres en 1967, la création constante de nouveaux lieux d'accueil produisant un maillage progressif de tout le territoire. La prudence rhétorique et pratique du MFPP, qui refuse par exemple de fournir des contraceptifs aux mineures afin d'éviter la controverse¹⁸⁴, ainsi que le succès rencontré par les centres partout en France, permet au mouvement d'échapper à une répression de la part des autorités publiques. Ce même mouvement joue un grand rôle politique pour la légalisation de la contraception¹⁸⁵ et de l'avortement, et ce avec des arguments sanitaires et sociaux. Il y a donc émergence et institutionnalisation d'un mouvement médical et politique soucieux de la santé des femmes et susceptible de se mobiliser. Les

¹⁸¹ Cité par Janine Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour – Les politiques de la sexualité en France (1950-2002)*, Editions Payot & Rivages, Paris, 2002, p. 43

¹⁸² Résultats publiés dans *L'Express*, 15 février 1962, cité par Janine Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour...*, *op. cit.*, p. 41 Les résultats montrent que 57% des Français interrogés répondent favorablement à cette question.

¹⁸³ Cité par Marie-Françoise Lévy, « Le Mouvement Français pour le Planning Familial et les jeunes », *Vingtième siècle, Revue d'Histoire*, n°75, 2002, pp. 77-78. 52% des femmes de 20 à 49 ans approuveraient la création de cliniques spécialisées contre 45% dans la population générale.

¹⁸⁴ Marie-Françoise Lévy, « Le Mouvement Français pour le Planning Familial et les jeunes », *op. cit.* p. 81

¹⁸⁵ Cf. Partie 2, Chapitre IV, A.

hommes ne sont pas véritablement intégrés dans cette nouvelle médecine. En 1983, l'association inscrit dans ses statuts son positionnement « féministe »¹⁸⁶, faisant acte d'une mobilisation politique pour les femmes, parfois contre les hommes, ce qui renforce les frontières entre pratiques féminines et masculines.

La difficile implication des hommes

Du fait du marquage politique des mouvements de planification familiale, l'implication des hommes n'allait pas de soi. Il s'agissait souvent pour les militantes, de créer un espace où les femmes pourraient conquérir leur liberté, parfois à l'insu de leurs maris. L'élargissement progressif de cette mobilisation à la lutte contre les violences sexuelles a renforcé l'exclusion des hommes, en instituant le besoin d'un espace protégé pour les femmes et une certaine méfiance vis à vis des hommes. Mais à partir des années 1970, les orientations prises au niveau international en matière de santé sexuelle et reproductive soulignent la nécessité d'impliquer les hommes pour une meilleure efficacité des programmes mis en place. Le nombre de publications comportant les mots « homme », « femme » et « couple » augmente considérablement dans le domaine des recherches sur la santé sexuelle et reproductive¹⁸⁷. Les grandes enquêtes démographiques comme le *World Fertility Survey* et le *Demographic and Health Survey* ne s'adressent plus exclusivement aux femmes à partir de la fin des années 1980 et incluent des questions visant spécifiquement les hommes. A la Conférence des Nations Unies au Caire en 1994, un programme est adopté par 143 pays avec l'objectif de rendre les hommes capables de s'impliquer dans la planification familiale. Ce changement se fonde sur l'idée selon laquelle la participation des hommes permet d'améliorer la santé sexuelle des deux partenaires, car des inquiétudes publiques vis-à-vis des infections et maladies sexuellement transmissibles se font entendre, et de soulager les femmes de la charge contraceptive qu'elles portent seules. Si des organisations non gouvernementales féministes, comme l'AVSC américaine (*Access to Voluntary and Safe Contraception*) sont à l'origine de cette nouvelle orientation, elle ne

¹⁸⁶ Janine Mossuz-Lavau, Préface d' Isabelle Friedmann, *op. cit.*, p. 7

¹⁸⁷ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 116

convainc pas tous les participants de la Conférence du Caire et donne lieu à des débats idéologiques et terminologiques.

En effet, certains mouvements féministes craignent que cette implication des hommes ne nuise aux femmes, à la fois en termes de répartition des crédits et en termes de pouvoir au sein des cliniques. A la Conférence du Caire en 1994 et à la Conférence des Nations Unies sur les femmes à Pékin en 1995, les débats sont houleux lors des assemblées d'ONG et les termes choisis pour la prise en compte de la santé sexuelle et reproductive masculine se chargent de symbolisme : le terme « Men as partners » est retenu, car il encourage l'implication des hommes tout en affirmant la prédominance du choix féminin¹⁸⁸. Mais il induit également qu'en matière de gestion reproductive, les hommes sont des partenaires, et ne sont pas visés directement par les offres de soins en santé sexuelle et reproductive. Cette opposition idéologique des féministes à une intégration poussée des hommes dans les programmes de santé sexuelle et reproductive se traduit dans certains conflits qui émergent lorsque les cliniques ouvrent leurs services aux hommes : à Londres, en 1996, les conseillers d'une clinique de planification entrent en conflit à propos du partage de l'espace de la salle d'attente. Le conseiller incriminé, qui avait pris la décision de créer un espace de discussion pour les hommes autour du préservatif dans la salle d'attente se voit reproché d'exclure les femmes présentes : *« A la réunion d'équipe ce jour là, une des femmes du personnel a dit avoir été dérangée par le cercle que j'avais créé pour parler aux jeunes hommes dans la salle d'attente. Elle pensait que cette situation était exclusive et potentiellement déroutante pour les jeunes femmes assises là, qui pouvaient se demander de quoi nous parlions. De manière similaire, je me sentais mal à l'aise et très exposé : l'espace ne semblait pas sûr, ni pour moi ni pour les jeunes hommes. Je faisais très attention au langage que j'utilisais et à ma manière de répondre aux plaisanteries, parce que déjà auparavant, des coéquipières avaient accusé des conseillers masculins d'être de connivence avec le sexisme des jeunes*

¹⁸⁸ Les termes « Men's programs » et « Men's involvement » ont été rejetés parce qu'ils apparaissaient comme menaçants pour les militantes de la santé féminine, concernées par la perte de crédits financiers occasionnée et soucieuses de maintenir la priorité féminine dans ces programmes. Le terme « Men's responsibility », accepté par les mouvements féministes, a été rejeté par l'AVSC, sur la base de sa connotation péjorative, qui pourrait induire une « irresponsabilité masculine naturelle » qu'il faudrait pallier. Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, op. cit., pp. 132-133

hommes. (...) J'ai eu l'impression qu'il y avait un sentiment tacite que les jeunes femmes étaient prioritaires à la clinique et que les jeunes hommes devaient s'adapter dans l'espace restant »¹⁸⁹. Dans la mesure où l'action des cliniques de planification est souvent liée à des formes de militantismes féministes, la cohabitation se révèle parfois difficile, et d'une manière générale, l'inclusion des hommes dans les dispositifs de soins sexuels et reproductifs nécessite des aménagements particuliers.

Dans les faits, plusieurs cliniques de planification familiale tentent l'expérience d'ouvrir leurs services aux hommes mais se heurtent à des difficultés liées au recrutement d'hommes peu socialisés médicalement. Pour Debra Kalmuss et Carrie Tatum, le moindre recours masculin aux services de santé sexuelle et reproductive est dû à l'incompatibilité entre la reconnaissance individuelle de besoins sanitaires et les démarches qui en découlent, et les représentations dominantes de la masculinité, qui valorisent force physique, autonomie et prise de risque¹⁹⁰. Les différentes expériences de services aux hommes montrent la nécessité pour les cliniques de déployer des efforts particuliers pour convaincre les hommes de se faire soigner. A San Francisco en 2000, le New Generation Health Center cherche à développer l'accueil des hommes et met pour cela en place un programme de formation d'éducateurs masculins, recrutant plus de soixante collaborateurs uniquement pour accomplir des actions de sensibilisation et d'information et attirer les hommes vers le centre. Ces éducateurs interviennent aussi pour aménager l'espace du centre et rendre certains endroits plus masculins sur le plan visuel¹⁹¹. A New-York, un centre a pris en 1986 la décision d'ouvrir la Young Men's Clinic, partageant les horaires d'ouverture entre hommes et femmes après avoir fait le constat du malaise du peu d'hommes qui s'aventuraient dans un milieu spécifiquement féminin. Afin d'attirer une population masculine réticente et peu informée au départ, la Young Men's Clinic élargit son offre de soins à la délivrance de certificats d'aptitude au

¹⁸⁹ Cité par Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, op. cit., p. 143 (traduction personnelle)

¹⁹⁰ Debra Kalmuss, Carrie Tatum, « Patterns of Men's Use of Sexual and Reproductive Health Services », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, n°39, 2007, p. 75

¹⁹¹ Tina Raine, Arik V. Marcell, Corinne H. Rocca, Cynthia C. Harper, « The Other Half of the Equation : Serving Young Men In a Young Women's Reproductive Health Clinic », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, n°35, 2003, p. 209

sport ; il s'agit d'atteindre un public plus large et de dépasser les associations négatives entre santé sexuelle masculine et maladies et infections sexuellement transmissibles, en l'absence de consultation masculine pour motif contraceptif. Le recrutement des hommes par une offre de soins plus large et moins connotée permet alors l'information systématique des patients sur les questions de santé sexuelle par des activités organisées dans les salles d'attente¹⁹². En Colombie, l'organisation Profamilia a développé un réseau de cliniques pour hommes, offrant un espace spécifique, avec une entrée séparée et une décoration distincte de celle des cliniques pour femmes, cette distinction ayant été jugée essentielle à l'attractivité du centre par les acteurs de Profamilia. Le système d'accueil a dû être aménagé pour contrebalancer les difficultés éprouvées par les hommes à verbaliser leurs besoins, ce qui avait pour conséquence une mauvaise distribution des patients entre les praticiens : chaque homme commence donc son cycle de soins par un entretien privé avec un conseiller¹⁹³. Pour chacune de ces cliniques, les personnels ont dû engager d'importantes actions de recrutement, utilisant les médias, les infrastructures scolaires et des éducateurs spécialisés pour faire connaître l'existence même de ces cliniques. Lorsque des actions de recrutement spécifiques sont mises en place, le succès des cliniques ouvrant leurs services aux hommes révèle une demande inexprimée en temps normal mais réelle : à San Francisco par exemple, un an après l'ouverture des services pour les hommes, le nombre de patients masculins avait augmenté de 192%¹⁹⁴. Mais ces expériences nécessitent beaucoup d'efforts d'adaptation de la part des cliniques de planification : aménagement de l'espace ou des horaires et de l'organisation des soins, formation de conseillers masculins, actions de recrutement d'envergure. Cela requiert une grande aspiration au changement et des moyens, dont l'absence dans certaines cliniques, couplée aux réticences idéologiques vis-à-vis de l'implication des hommes, peuvent déboucher sur l'immobilisme du système.

Il y a donc une opposition idéologique de certains mouvements féministes, liés dès l'origine aux cliniques de planification, à l'ouverture des services aux

¹⁹² Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 160

¹⁹³ *Ibid.*, p. 153

¹⁹⁴ Tina Raine, Arik V. Marcell, Corinne H. Rocca, Cynthia C. Harper, *op. cit.*, p. 211

hommes. Par ailleurs, la mise en place de services masculins requiert des efforts importants en termes d'aménagement de l'espace et de recrutement. Les consultations des hommes restent majoritairement centrées sur la prévention des IST/MST, en l'absence de contraceptif masculin nécessitant une prescription médicale. En France, les deux médecins rencontrés qui travaillent en centres de planification ont fait état de la concentration des recours masculins vers ces dépistages, souvent conduits dans des bâtiments séparés voire par d'autres services¹⁹⁵. Le traitement de la santé sexuelle des hommes n'inclut que rarement une formation aux techniques contraceptives, qui pourrait permettre une cogestion de la reproduction dans le couple, même s'il n'existe pas de contraceptif réversible ou autre que barrière pour les hommes. Malgré la mobilisation des acteurs des cliniques pour une implication plus grande des hommes, ces derniers ne bénéficient que rarement des informations apportées aux femmes lors de leurs consultations. En 2002 aux Etats-Unis, les soins en santé sexuelle reçus par les hommes qui avaient consulté en clinique de planification étaient les suivants : 35,3% d'entre eux avaient reçu un examen testiculaire, 21,3% avaient subi un test VIH et 19% des tests pour les maladies sexuellement transmissibles quand seulement 9,6% d'entre eux avaient reçu une information sur les techniques contraceptives dont 2,5% sur la vasectomie¹⁹⁶.

Les efforts de mobilisation des hommes déployés par ces organisations montrent une volonté de changement des pratiques et représentations liées à la santé sexuelle. Mais de fait, peu d'hommes ont recours aux centres de planification, du fait de leur socialisation médicale. Cela a un impact sur l'information dont ils disposent, et sur leur implication dans la contraception. Mais cela limite aussi dans les faits les possibles, puisque le développement de ce nouveau type de médecine dans les centres de planification n'a pas eu pour conséquence le développement d'une gestion médicale de la santé sexuelle masculine. Nous avons vu que les tests cliniques pour l'élaboration de la pilule contraceptive ont été conduits sur une population recrutée par des cliniques de planification. Lors

¹⁹⁵ Virginie L., médecin généraliste formée en gynécologie médicale, exerçant en Centre de Santé Universitaire, et Maryline B., gynécologue exerçant notamment en Centre d'orthogénie et de Planification Familiale.

¹⁹⁶ Debra Kalmuss, Carrie Tatum, *op. cit.*, p. 77

de la recherche de participants potentiels aux tests cliniques pour la contraception hormonale masculine, les cliniques de planification n'ont pas pu fournir la population saine nécessaire¹⁹⁷.

Les orientations prises dans le domaine de l'endocrinologie, tout comme dans le domaine de la planification familiale ont suivi la focalisation antérieure de la médecine sur les femmes. Le réseau et les pratiques gynécologiques ont orienté les recherches en endocrinologie en offrant des possibilités d'observation, d'approvisionnement en matériaux de recherche et un marché potentiel pour l'utilisation des produits pharmaceutiques ainsi conçus. L'intervention des mouvements féministes s'est révélée déterminante pour l'élaboration de contraceptifs et leur légalisation ainsi que pour la mise en place d'une médecine sexuelle spécifique, axée sur l'information et le choix des patients. Cet espace ne s'ouvre que difficilement aux hommes, qui par ailleurs, du fait de leur absence d'habitudes médico-sexuelles n'y ont qu'exceptionnellement recours. La mobilisation des hommes requiert des efforts organisationnels et financiers importants afin de leur offrir un espace propre et de les informer de ces possibilités. Elle constitue donc une alternative coûteuse qui demande de sortir du sentier de la dépendance selon lequel seule la santé sexuelle et reproductive des femmes doit être prise en charge. Le silence autour de la sexualité masculine, et la responsabilité exclusivement féminine de la reproduction demeurent donc, malgré des évolutions sociopolitiques d'envergure en ce qui concerne la cohabitation des sexes.

¹⁹⁷ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 74

L'étude de l'histoire des différentes pratiques médicales liées à la santé sexuelle et reproductive permet de faire le constat d'une profonde interpénétration entre représentations sociales et représentations médicales. La pertinence des objets de recherches, les prénotions avec lesquelles ils sont abordés, ainsi que la réception des énoncés scientifiques produits sont déterminées socialement, en fonction des représentations et des demandes de la société vis-à-vis du corps scientifique. Les travaux de critique féministe des sciences, ainsi que l'étude historique et sociologique de la production de connaissances scientifiques, ont montré l'incidence de conceptions sexuées du monde sur la compréhension des faits observés, le vocabulaire employé ou encore les impensés des recherches scientifiques. Les relations constantes unissant société et monde scientifique délimitent le champ des possibles et rendent l'émergence d'alternatives marginales difficile : les changements de conceptions en science ne peuvent surgir qu'à la faveur d'évolutions sociopolitiques modifiant la pertinence des énoncés. Le contrôle de pertinence s'effectue notamment à travers les réseaux d'acteurs impliqués dans le développement de nouvelles connaissances, technologies et pratiques car la reconnaissance entre pairs est déterminante du destin des hypothèses. L'importance des interactions entre acteurs est accrue dans le domaine médical, car le corps des médecins se définit par la distinction sociale impliquée par son accès restreint. Appartenir au corps médical sous-entend l'acceptation des règles de fonctionnement de ce monde, règles qui sont transmises au cours d'un enseignement long et organisé hiérarchiquement, et l'engagement dans une voie marginale met en péril la carrière des acteurs.

Ces différents éléments de sociologie des sciences expliquent comment la gynécologie a pu émerger en réponse à des besoins idéologiques concernant les rapports sociaux de sexes. La naissance de cette discipline médicale renvoie à la construction de modèles masculin et féminin opposés, justifiant des rôles sociaux différenciés, et notamment le monopole masculin de la vie publique. Selon la compréhension biologique des sexes de l'époque, les femmes sont entièrement déterminées par leur corporéité, plus particulièrement génitale, qui les rend fragiles et inaptes à toute activité exigeante sur les plans physique et intellectuel. A l'opposé, les hommes sont par essence éloignés d'une corporéité malade : les qualités viriles mises en exergue sont la force, la maîtrise de soi, le

courage et s'opposent à une prise en compte des faiblesses corporelles masculines. Les pathologies spécifiquement masculines sont dénoncées comme des déviances et exclues de l'espace de normalité masculine. Dans ces circonstances, le développement d'une spécialité médicale comparable à la gynécologie aurait mis en danger les identités de genre dominantes. Cette différence de développement entre les deux disciplines perdure tout au long du XXe siècle, du fait de la permanence de représentations différenciées des sexes dans le milieu médical. Si les définitions des femmes par leurs attributs biologiques ont été partiellement remises en cause, notamment par les mobilisations intellectuelles féministes, les mythes entourant la corporéité masculine n'ont pas été profondément interrogés. Par ailleurs, sur le plan institutionnel, le différentiel né au XIXe siècle a été renforcé par des effets de cliquets : le sentier de la dépendance de la focalisation sur les femmes emprunté par la médecine s'est révélé particulièrement difficile à quitter. L'essor d'une médecine féminine dans la seconde moitié du XXe siècle, à travers le mouvement de planification familiale et en France dans la spécialité de gynécologie médicale, a eu pour conséquence la création d'un espace de soins en santé sexuelle et reproductive exclusivement féminin, en miroir duquel les recours médicaux masculins apparaissent extrêmement limités.

Ces différents éléments ont pour conséquence un traitement différentiel de la santé sexuelle et reproductive des hommes et des femmes. Caractérisée par l'absence de discipline andrologique aussi institutionnalisée que la gynécologie, cette différence s'exprime dans tous les aspects de la prise en charge médicale de la santé sexuelle et reproductive.

Deuxième partie :
Genre et santé sexuelle : les réalités
de l'inégalité

Les travaux de sociologie des sciences soulignent l'interpénétration des représentations sociales et de la production de connaissances scientifiques. Dans le domaine médical, celle-ci s'exprime dans l'élaboration de représentations distinctes des hommes et des femmes, qui établissent un lien très fort entre féminité et corporéité, à travers la place accordée à la gestation et aux aléas de la vie génitale féminine, quand la corporéité sexuelle masculine ne fait l'objet de pratiques et de discours spécifiques que dans une dimension moindre. Cette disparité reflète les identités sexuées valorisées culturellement : les femmes sont avant tout perçues selon le principe de maternité, lié à la gestation mais aussi au soin, et sont donc responsabilisées pour leur santé sexuelle et reproductive, mais aussi pour la gestion générale de la santé de la famille. Leur corporéité est au cœur de leur identité sociale sur les plans esthétique mais aussi fonctionnel, et le fait de se soumettre régulièrement à l'expertise et aux soins médicaux s'insère harmonieusement dans ces représentations dominantes. La masculinité hégémonique se fonde au contraire sur la puissance corporelle et sexuelle des hommes et sur leur intégrité physique. La prise en compte de défaillances masculines en matière de sexualité et de fertilité entre en contradiction avec ces représentations d'une virilité qui est perçue comme intouchable. La corporéité sexuelle masculine fait donc l'objet d'un désintérêt scientifique en comparaison avec celle des femmes. Selon les mots du sexologue renommé de l'entre-deux-guerres, Havelock Ellis : « *S'occuper de (la pulsion sexuelle masculine hétérosexuelle) en tant que telle n'apparaît pas nécessaire, ne serait-ce que parce qu'elle est essentiellement franche et agressive.* »¹⁹⁸

Cette seconde partie est consacrée à la traduction concrète de ces représentations différenciées des hommes et des femmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. En ce qui concerne la contraception, la conjonction de l'existence d'un réseau gynécologique et d'actions des mouvements féministes a permis l'élaboration et la diffusion de techniques anticonceptionnelles autorisant les femmes à contrôler leur fertilité. Le

¹⁹⁸ Havelock Ellis, *Studies in the Psychology of Sex, : analysis of the sexual impulse*, cité par Lesley A. Hall, « "Somehow very distasteful" : Doctors, Men and Sexual Problems between the Wars », *Journal of Contemporary History*, Vol. 20, n°4, 1985, pp. 554 (traduction personnelle)

développement d'un contraceptif masculin rencontre lui de nombreux obstacles institutionnels, économiques et culturels, ce qui permet de conclure à un relatif monopole contraceptif féminin. Dans le domaine de la procréation médicalement assistée, la focalisation des recherches médicales en matière sexuelle et reproductive sur les femmes a conduit à d'importantes différences de connaissances entre les deux sexes, qui conduisent à des inégalités de recours pour les hommes et les femmes souffrant d'infertilité. Enfin, l'extension du domaine de soins pris en charge par la gynécologie, englobant progressivement les dépistages de cancers et le traitement de la ménopause, ainsi que la féminisation accrue de cette profession ont eu pour conséquence l'essor d'une socialisation médicale spécifiquement féminine, en miroir de laquelle l'offre de soins et les pratiques masculines en matière de santé sexuelle et reproductive apparaissent limitées et peu considérées. L'organisation du système de soins autour d'une discipline médicale spécifique pour les femmes sans équivalent pour les hommes a des conséquences concrètes en ce qui concerne la légitimité et les possibilités de recours pour les hommes.

Le développement moindre des connaissances, des traitements et des pratiques pour les hommes nous paraît relever des réticences culturelles et médicales à interroger la corporéité sexuelle masculine. Le mythe d'une virilité puissante, à l'intégrité intouchable, est traditionnellement associé au concept de domination masculine sur les femmes et au monopole de certains privilèges politiques, sociaux et économiques. Mais en matière médicale, le respect de ce mythe a pour conséquence des inégalités de traitements et de recours aux dépens des hommes.

Chapitre IV : Genre et contrôle reproductif : le monopole contraceptif

Le suivi médical exigé par la prise d'une contraception hormonale constitue plus de la moitié des motifs de consultation gynécologique¹⁹⁹. A l'heure actuelle, ce sont les femmes qui sont majoritairement en charge de la gestion de la reproduction dans le couple, du fait du nombre réduit de techniques anticonceptionnelles disponibles pour les hommes. Nous avons vu que le développement des recherches en endocrinologie, et plus tard l'élaboration de la pilule étaient profondément dépendants des pratiques gynécologiques existantes et de l'engagement féministe. Ces éléments de mobilisation professionnelle et politique étant absents pour les hommes, aucune contraception masculine réversible n'a été commercialisée à ce jour. Les préoccupations démographiques et sanitaires de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont cependant conduit cette institution à mettre en place un important programme de recherche international dans le but de mettre au point une contraception masculine comparable aux contraceptifs hormonaux existants. Les recherches n'ont pas bénéficié du relais pharmaceutique nécessaire à la commercialisation des produits élaborés, ce qui souligne l'existence, au-delà des difficultés techniques évoquées par certains scientifiques, de réticences culturelles vis-à-vis de l'idée même d'un contraceptif masculin. La perte de fertilité temporaire induite, ainsi que l'impact potentiel du traitement sur la sexualité masculine entrent en effet en contradiction avec les représentations dominantes de la masculinité. Pour autant, le respect de l'intégrité corporelle masculine et le tabou médical autour des fonctions reproductives et sexuelles des hommes donnent lieu à une situation paradoxale, où les hommes se voient dans l'incapacité de contrôler leur fertilité alors même que leurs responsabilités paternelles se sont accrues. Plus généralement, les pratiques contraceptives dessinent deux sphères d'activité séparées, les femmes étant perçues et se percevant elles-mêmes comme les « *gardiennes du temple de*

¹⁹⁹ Maryline B., gynécologue exerçant en libéral, dans un service d'assistance médicale à la procréation, dans un Centre Hospitalier Universitaire et dans un Centre d'Orthogénie et de Planification Familiale.

la santé sexuelle et reproductive »²⁰⁰, alors que les représentations de la sexualité masculine se concentrent sur la performance et s'opposent à une médicalisation équivalente.

A. La contraception comme responsabilité féminine

L'élaboration et la diffusion des techniques anticonceptionnelles sont profondément liées à l'action féministe. En France, ce sont les mobilisations du Mouvement Français pour le Planning Familial qui ont permis la légalisation des moyens contraceptifs et le développement d'une médecine des femmes politisée et fondée sur la liberté de disposer de son corps. Dans ce contexte, la maîtrise féminine de la contraception est apparue comme un droit conquis par les femmes, mais les découvertes des effets secondaires de ces traitements, ainsi que les évolutions sociétales plus générales ont contribué à une transformation de cette conquête en une contrainte. Les hommes ont été absents de ces pratiques et de ces revendications et presque aucune méthode contraceptive n'a été développée pour eux, ce qui empêche le partage des responsabilités procréatives entre hommes et femmes.

La contraception : une conquête féministe

Nous avons vu dans les chapitres précédents que l'élaboration de la pilule contraceptive féminine doit beaucoup à l'engagement féministe : c'est la militante Margaret Sanger qui a su mobiliser le chercheur Gregory Pincus et lui fournir les conditions financières nécessaires à la réalisation du projet de recherche. A la fin de la seconde guerre mondiale, de nombreuses associations féministes militent en faveur du contrôle des naissances par la diffusion de techniques anticonceptionnelles alors disponibles comme les capes cervicales et un nombre important de produits spermicides d'efficacité variable²⁰¹. Cette mobilisation autour du contrôle de la fertilité féminine est profondément politique car elle vise l'autonomie corporelle des femmes et la remise en question de leur naturalisation en tant que mères. Les représentations alors

²⁰⁰ Nathalie Bajos, Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France – Pratiques, genre et santé*, Editions La Découverte, Paris, 2008, p. 442

²⁰¹ Conférence d'Ilana Löwy, « L'histoire des "contraceptifs chimiques" : femmes, science et industrie », (non publiée), le 28 février 2011 à l'INED (Les Lundis de l'INED)

dominantes des femmes mettent en effet en avant leurs devoirs de mères en valorisant la maternité comme destin féminin par excellence. Les inquiétudes démographiques qui caractérisent l'entre-deux-guerres renforcent le culte de la maternité en Europe et la répression contre la diffusion des techniques contraceptives. Selon certaines mouvances féministes, l'autonomie des femmes passe entre autres par le contrôle de leur fécondité, afin qu'elles ne soient pas soumises à des grossesses non désirées qui se révèlent, dans leur multitude, dangereuses pour la santé des femmes. Les médecins qui s'engagent, soit aux côtés des féministes, soit séparément mais pour les mêmes idées, cherchent à alerter l'opinion sur les dangers sanitaires, psychiques et sociaux de grossesses répétées et sur les conséquences souvent graves, parfois mortelles, des avortements que les mesures de répression ne parviennent pas à limiter.

En France, le débat public autour de la légalisation de la contraception fait état d'une opposition entre conceptions traditionnelles des femmes et volonté politique de changement. L'opposition catholique défend une vision sacrée de la conception qui rend condamnable toute tentative d'entraver la procréation, quand c'est la licence sexuelle des jeunes filles qui ne seraient plus limitées par la « peur du gendarme »²⁰², soit la crainte d'une grossesse non désirée, qui est évoquée dans les rangs de la droite²⁰³. Les médecins insistent sur le respect du naturel chez les femmes et les dangers sanitaires de la prise d'hormones. Des sanctions disciplinaires sont prévues par le Conseil de l'Ordre des Médecins pour les praticiens qui s'engagent auprès du MFPP²⁰⁴. Des craintes natalistes se font également entendre, évoquant la possibilité pour les femmes de prendre une contraception à l'insu de leurs maris et ainsi un contrôle supposé irraisonné sur la reproduction, ou encore proposant de n'autoriser la vente de contraceptifs qu'aux femmes déjà mères de deux enfants²⁰⁵. Le modèle de féminité défendu est conservateur et prône la dévotion maternelle et la sexualité conjugale. Parmi les partisans de la légalisation, plusieurs rhétoriques peuvent être dégagées. Certains font part d'inquiétudes sanitaires ou socio-économiques, arguant qu'il

²⁰² Janine Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour...*, *op. cit.*, p. 56

²⁰³ *Ibid.*, p. 60

²⁰⁴ Isabelle Friedmann, *op. cit.*, pp. 41-41

²⁰⁵ Janine Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour...*, *op. cit.*, pp. 52-56 L'auteur cite notamment plusieurs députés des partis de droite, ainsi que certains députés communistes.

faut permettre le contrôle des naissances pour un meilleur accueil des enfants et que la santé des mères et de leurs enfants passe par la liberté de choix des femmes. La rhétorique militante précédemment évoquée s'exprime également, cherchant à remettre en question le modèle traditionnel de féminité. Pour les socialistes, il s'agit clairement d'accorder une plus grande liberté aux femmes : *« Si la femme a longtemps été maintenue dans une situation de mineure et d'inférieure, c'est en grande partie parce qu'elle était soumise à un ordre biologique qu'elle croyait fatal et inéluctable. »*²⁰⁶ A l'exception de certains discours mettant en avant le bien-être du couple et de la famille, comme ceux de Marie-Andrée Weil-Hallé, les prises de position se concentrent sur les femmes et les conséquences, positives ou négatives, qu'aurait la légalisation de la contraception sur leur rôle de mères et leurs comportements sexuels. Lorsque la Loi Neuwirth est adoptée le 28 décembre 1967, elle convainc en grande partie par ses arguments sanitaires et consacre un nouveau droit perçu essentiellement comme féminin.

Cette victoire politique entérine une plus grande liberté corporelle des femmes qui se traduit dans les faits. L'accès à la contraception autorise une désolidarisation entre sexualité et procréation, ce qui libère les femmes des angoisses liées aux grossesses non désirées. Les premières conseillères du planning familial français témoignent du renoncement au plaisir sexuel qu'impliquait l'absence de contrôle reproductif : *« Ce qui a été déterminant, c'est la rencontre avec les femmes, la parole, le besoin de connaissances, l'ignorance sur la sexualité. Se faisait jour aussi le sentiment d'injustice pour les femmes qui ne pouvaient pas vivre une sexualité de plaisir. Qui ne concevaient même pas que l'amour et le plaisir marchent ensemble. (...) Finalement, les femmes avaient majoritairement renoncé au plaisir. (...) C'est tout le sacrifice des femmes par rapport au plaisir sexuel que nous avons découvert. »*²⁰⁷, se souvient la militante Simone Iff, présente dès les premières permanences du centre de planning familial de Paris. La modération du risque de grossesse consécutive à l'accès à la contraception, conjuguée avec la relative libération des mœurs intervenue au

²⁰⁶ Jaqueline Thome-Patenôtre, Fédération de la Gauche Démocrate et Socialiste, citée par Janine Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour...*, op. cit., p. 63

²⁰⁷ Citée par Isabelle Friedmann, op. cit., pp. 36-37

cours des années 1970, a ainsi eu un impact certain sur les pratiques et le vécu sexuels des femmes. La comparaison des trois grandes enquêtes sur la sexualité conduites en France met en lumière cette transformation des comportements : la proportion de femmes ayant un seul partenaire sexuel dans leur vie est passé de 68% en 1970, à 43% en 1992 puis 34% en 2006, l'écart avec leurs partenaires masculins se réduisant donc de plus en plus (cette proportion étant de respectivement 18%, 21% et 16% chez les hommes). Le nombre de partenaires que les femmes connaissent dans leur vie évolue aussi ; les femmes de 30-49 ans avaient connu en moyenne 1,9 partenaires en 1970, 4 partenaires en 1992 et 5,1 en 2006. On peut considérer que ces évolutions concernent principalement les femmes puisque ces chiffres sont restés stables pour les hommes qui connaissent en moyenne entre 12 et 13 partenaires sexuelles dans leur vie (respectivement 12,8, 12,6, et 12,9 pour les trois enquêtes françaises)²⁰⁸. La satisfaction vis-à-vis de la sexualité a aussi évolué de manière différentielle : la proportion d'hommes très satisfaits de leur vie sexuelle a en effet augmenté de 6% pour les hommes entre 1970 et 1992, passant de 41% à 47%, quand elle a doublé pour les femmes satisfaites de leur vie sexuelle, passant de 26% à 51%²⁰⁹. La peur de la grossesse semble donc avoir représenté un frein majoritairement pour les femmes, qui ont obtenu à travers le droit à la contraception, le droit à une sexualité libérée de cette contrainte.

La diffusion des moyens contraceptifs que sont le stérilet, le diaphragme et la pilule contraceptive permet aux femmes de se libérer de l'obligation de n'avoir une vie sexuelle que dans le cadre conjugal, sous peine de devoir faire face à des grossesses illégitimes. L'accès à la contraception participe donc d'un mouvement plus large de remise en cause des modèles féminins. Les années 1970 voient les pratiques sexuelles sortir du sentier normatif de la conjugalité, notamment sous l'influence du rejet de certaines normes morales sociétales qui intervient lors des manifestations de 1968. Les slogans utilisés alors, ainsi que lors des mobilisations pour la légalisation de l'avortement, comme « Nous voulons être

²⁰⁸ Nathalie Bajos, Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France, op. cit.*, p. 585

²⁰⁹ Nathalie Bajos, Michèle Ferrand, « Contraception et rapports sociaux de sexes » in CADAC, Valérie Haudiquet, Maya Surduts, Nora Tenenbaum (coord.), *Une conquête inachevée : le droit des femmes à disposer de leur corps*, Editions Syllepse, Paris, 2008, p. 21

les seules propriétaires de notre corps »²¹⁰, font état d'une réappropriation de leur corps par les femmes qui bouleverse les représentations traditionnelles du féminin. Les mobilisations féministes et du MFPF contribuent donc à politiser la question de l'image des femmes et de leurs droits, à interroger les normes identitaires et à ouvrir la voie à des alternatives culturelles. Si les bouleversements culturels revendiqués et advenus après les manifestations de 1968 concernent l'ensemble de la société, il n'y a pas de remise en cause aussi profonde et structurée des identités masculines hégémoniques.

Par ailleurs, la prise d'une pilule contraceptive implique un suivi médical régulier. A travers la socialisation médicale nécessaire à l'obtention de ce contraceptif délivrable uniquement sur ordonnance, les femmes gagnent également une meilleure connaissance de leur fonctionnement corporel. Que ce soit auprès des gynécologues installés en libéral ou des conseillères et médecins des centres de planification, elles fréquentent un espace où une place importante est dédiée à l'éducation et à la parole. Depuis 1967, l'offre de contraceptifs s'est diversifiée : de nouvelles recherches ont permis de développer des pilules de moins en moins dosées afin de limiter les effets secondaires de la prise de ce contraceptif et d'autres modes d'administration d'hormones comme l'anneau vaginal ou l'implant sont venues rejoindre la pilule contraceptive et le stérilet. Le développement de contraceptifs et de ces habitudes médicales féminines a conduit à une situation paradoxale au regard de la maîtrise traditionnelle des techniques. Les travaux de critique féministe des sciences et avancent en effet l'argument selon lequel la maîtrise et la conception des techniques constituent des monopoles masculins. La dominante masculine des milieux scientifiques et des formations d'ingénieurs contribue à conférer aux techniques des caractéristiques masculines et à exclure les femmes des pratiques et connaissances technicisées²¹¹. Mais dans le domaine de la maîtrise de la

²¹⁰ Slogan du Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception (MLAC), cité par Isabelle Friedmann, *op. cit.*, p. 109

²¹¹ « *Dans les rapports sociaux entre les hommes et les femmes, les techniques apparaissent comme des instruments de la domination masculine. Elles sont appropriées par les hommes et utilisées dans la construction d'une culture masculine et de domaines d'activité qui excluent les femmes.* », Danielle Chabaud-Rychter, Delphine Gardey, « La neutralité des techniques à l'épreuve de la critique », in Danielle Chabaud-Rychter, Delphine Gardey (dir.), *op. cit.*, p. 31

reproduction, les femmes connaissent d'une manière générale bien mieux le fonctionnement de leur corps et les outils qui leur permettent de le maîtriser, que les hommes²¹².

L'avènement des techniques contraceptives s'inscrit donc dans un mouvement plus large d'émancipation vis-à-vis des normes et des modèles dominants. Ce mouvement, qui s'appuie notamment sur les mobilisations féministes, revendique une réappropriation par les femmes de leur corps et de leur image et prône leur autonomie vis-à-vis des attentes sociales qui encadrent leurs existences. Les représentations dominantes de la masculinité, notamment en lien avec la corporéité, ne font pas l'objet d'une mobilisation politique ou médicale.

Cependant, cette conquête politique et sanitaire, analysée de manière récurrente comme une des contributions majeures au mouvement d'émancipation des femmes, a progressivement été vécue de manière différente par les femmes qui n'avaient pas eu à lutter pour y avoir accès. Le droit à la contraception comme outil de libération est ainsi devenu une charge que les femmes doivent porter seules.

La charge contraceptive

Le basculement de la perception de la contraception vers la contrainte est en partie lié à la découverte progressive des effets secondaires à la prise d'une pilule contraceptive. La dénonciation de ces conséquences sur la santé des femmes peut être appréhendée à travers l'exemple des mobilisations américaines des mouvements pour la santé des femmes²¹³. Dans les années 1970, plusieurs collectifs composés de femmes se réunissent afin de se réapproprier les discours sur le corps et effectuent des critiques des énoncés médicaux. Ces initiatives constituent le *Women Health Movement*, à l'origine de plusieurs enquêtes sanitaires. Après la publication en 1969 de *Les docteurs contestent la pilule* par la journaliste New-yorkaise Barbara Seaman, qui révèlent

²¹² Cette hypothèse est corroborée par les propos de l'ensemble des praticiens rencontrés confrontés à une clientèle mixte, qui font état d'une meilleure connaissance du fonctionnement corporel par les femmes que par les hommes. Cf. Partie 2, Chapitre VI, B.

²¹³ Ilana Löwy, « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? – Le Women health movement et les transformations de la médecine aux Etats-Unis », *Travail, genre et société*, Vol. 2, n°14, 2005, p. 89-108

les méfaits de la pilule contraceptive, le mouvement se mobilise et parvient à obtenir une investigation du Congrès américain puis l'obligation pour les industries pharmaceutiques de faire figurer ces effets secondaires sur les notices accompagnant les boîtes de comprimés en 1970. Des procès très médiatisés sont également intentés par ces activistes contre les fabricants du DES, un analogue d'œstrogène administré comme contraception d'urgence et qui s'est révélé responsable de cancers gynécologiques, et contre le laboratoire qui met en vente un dispositif intra-utérin (ou stérilet), le Dalkon Shield, qui peut être impliqué dans la survenue d'infections graves. Ces différentes mobilisations ont pour conséquence l'augmentation des critères de sécurité dans le domaine de la santé féminine par la *Food and Drug Administration*²¹⁴. Les laboratoires, touchés par ces procès et l'augmentation consécutive des tarifs d'assurance pour la production de contraceptifs, retirent certaines pilules du marché et développent des formules moins dosées, appelées pilules de deuxième puis troisième générations.

En France, les critiques féministes de la contraception hormonale ont été plus modérées, car l'obtention du droit à la contraception a été médiatisée comme une conquête politique et l'image de la pilule comme outil de libération des femmes demeure opérante²¹⁵. Cependant, des évolutions affleurent dans les générations qui ont moins conscience du caractère politique de l'accès à la pilule et des peurs sanitaires de même qu'une certaine lassitude vis-à-vis de la contrainte contraceptive se font entendre.

Les entretiens menés par Janine Mossuz-Lavau²¹⁶ font état de la peur de ces effets secondaires : maux de tête, prise de poids, nausées, troubles oculaires sont autant de symptômes assimilés à la pilule, ce qui pousse parfois les femmes à

²¹⁴ Ce renforcement des exigences de sécurité médicamenteuse s'inscrit dans un mouvement plus général de durcissement du contrôle de l'industrie pharmaceutique. Les critères sont d'autant plus nombreux pour la recherche contraceptive que ces médicaments sont destinés à une population saine. L'augmentation du coût de la recherche et des assurances consécutive, ainsi que la plus forte probabilité d'échec des recherches dans un contexte d'extrême vigilance sanitaire ont eu pour conséquence le retrait progressif des industries pharmaceutiques américaines du marché des contraceptifs, qui dépend donc de plus en plus de financements publics (en 1993, seuls 39% de ce secteur était financé par les laboratoires privés). Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, pp. 28-29

²¹⁵ Ilana Löwy, Catherine Marry, *Pour en finir avec la domination masculine - De A à Z*, Editions du Seuil, Paris, 2007, p. 244 (Article « Pilule contraceptive »)

²¹⁶ Janine Mossuz-Lavau, *La vie sexuelle en France : une enquête inédite : des hommes et des femmes racontent comment ils font l'amour aujourd'hui*, Editions de La Martinière, Paris, 2002

renoncer à cette contraception. Par ailleurs, la perception de la prise quotidienne d'un médicament évolue et une certaine méfiance émerge vis-à-vis d'une perturbation du cycle jugée peu naturelle, voire dangereuse pour la santé et la fertilité des femmes. Enfin, l'administration même du traitement, sur une base quotidienne, est problématique pour beaucoup de femmes qui sont confrontées à de nombreux oublis. Ces éléments, peur des effets secondaires et de l'impact sanitaire d'une prise médicamenteuse, et lassitude liée à l'observance du traitement, ont pour conséquence que *« nombre de jeunes femmes ne vivent plus aujourd'hui la pilule comme une libération mais comme une contrainte, un geste que l'on doit immanquablement refaire chaque jour et dont la répétition leur paraît insupportable. »*²¹⁷

Les gynécologues rencontrées évoquent également cet aspect contraignant de la charge contraceptive : *« C'est subi, et tant est si bien que depuis quelque temps, enfin à mon niveau, (...) je me rends compte que il y a un petit pourcentage mais qui commence à grossir où les jeunes filles ne veulent plus prendre d'hormones. Donc, elles posent des questions sur les autres types de contraception sans hormones, il y en a pas cinquante d'ailleurs. Et puis il y en a quelques unes qui me disent qu'elles en ont assez de prendre tous les jours des comprimés, ça devient fastidieux, elles en ont marre, alors qu'elles ont encore pas eu d'enfants, etc. (...) Si à une époque c'était une libéralisation, enfin, une liberté pour la femme, ça devient une contrainte de prendre, en tout cas des médicaments. »*²¹⁸

Cette perception de la contraception hormonale comme une contrainte, couplée aux revendications égalitaires, aboutit à un sentiment d'injustice en ce qui concerne la gestion féminine de la contraception et à une demande de partage des responsabilités. L'une des enquêtées du sociologue Cyril Desjeux s'exprime ainsi à propos de son partenaire : *« Il ne s'investit pas beaucoup dans la contraception et c'est pour ça que je voudrais qu'il y ait une pilule masculine au moins on pourrait alterner. Il n'y a que moi qui m'en occupe et ça me saoule. C'est*

²¹⁷ Janine Mossuz-Lavau, *La vie sexuelle en France...*, op. cit., p. 259-260

²¹⁸ Virginie L., médecin généraliste avec formation en gynécologie médicale, exerçant dans un Centre de Santé Universitaire

pourtant la responsabilité du couple la contraception et pas seulement de la femme. »²¹⁹

En l'absence de contraception hormonale réversible pour les hommes, la diffusion de l'usage du préservatif masculin à partir des années 1980 pourrait potentiellement être interprétée comme une possibilité de gestion plus égalitaire de la fertilité de couple, mais les représentations qui entourent cet usage écartent ses propriétés contraceptives.

Le préservatif comme contraception alternative ?

Dans les années 1980, la découverte du virus du SIDA bouscule les pratiques contraceptives. Il ne s'agit plus seulement de se protéger contre une grossesse non désirée, mais contre des maladies sexuellement transmissibles, un risque qui concerne les deux partenaires. L'usage du préservatif se répand, notamment avec l'influence de campagnes d'information et de prévention publiques développées à partir de 1987 : la proportion d'individus utilisant un préservatif au premier rapport est ainsi passée de 10% à 85% entre 1985 et 1996²²⁰. La diffusion de cette pratique met en théorie un terme à l'exclusivité de la responsabilité féminine en matière contraceptive. Mais cette technique de protection sexuelle semble avant tout être perçue comme une protection sanitaire. Elle intervient de plus en plus dans les débuts de la relation amoureuse, en raison du manque de connaissance mutuelle des partenaires, mais est rapidement abandonnée lorsque la relation se stabilise. L'usage du préservatif ne semble perdurer que très rarement après six mois de relation et s'interrompt généralement dans les trois mois²²¹. Les femmes déclarent utiliser préférentiellement la pilule (45%) ou le stérilet (17%) et le préservatif est rarement choisi comme seule option contraceptive (7%)²²². En effet, le port du préservatif est une pratique jugée de plus en plus insatisfaisante : en 2001,

²¹⁹ Femme, 23 ans, en couple depuis 3 ans, citée par Cyril Desjeux, « Une occultation des pratiques masculines de contraception », *Interrogations ? - Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, n°6, 2008, p. 156

²²⁰ Clémentine Rossier *et al.*, « Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000 », *op. cit.*, p. 451

²²¹ Nathalie Bajos, Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, *op. cit.*, p. 459

²²² Enquête COCON 2000, INSERM-INED, citée par Cyril Desjeux, « Une occultation des pratiques masculines de contraception », *op. cit.*, p. 154

42,6% des répondants à un sondage publié par *Le Monde* estimaient que le préservatif diminue le plaisir sexuel contre 37% en 1998²²³. Pierre N., urologue en libéral, a notamment évoqué la réticence de ses patients en couple stable à envisager le préservatif comme méthode de contraception à long terme, même quand il y a une intolérance à la pilule chez leurs femmes : « *le préservatif, ils veulent pas en entendre parler* »²²⁴. Le préservatif est également perçu comme une technique moins sûre : « *c'est vrai que au niveau de la pratique, on voit souvent des jeunes filles qui ont des rapports sexuels protégés uniquement par des préservatifs et puis au cours du rapport, il y a des soucis, c'est mécanique. Donc, c'est pas facile à gérer non plus, comme "contraception". Donc c'est vrai que c'est vu de façon hygiéniste avec le SIDA, de toute façon la campagne du SIDA a fait que le préservatif, a vraiment mis en évidence que c'était le seul moyen de se protéger. Donc ça tout le monde, toute la population qu'on peut voir, le savent. Mais concernant une contraception, ben c'est vrai qu'il y a toujours, des fois il peut y avoir des accidents. Purement mécaniques.* »²²⁵ Le préservatif est donc majoritairement utilisé pour ses vertus protectrices sur le plan sanitaire et non pour son rôle contraceptif.

Selon Cyril Desjeux, l'utilisation de plus en plus systématique du préservatif dans les premiers rapports et en cas d'oubli de pilule ne contribue pas à une acceptation sociale de la part masculine de la gestion reproductive. L'investissement des hommes dans la gestion de la fertilité du couple n'est pas perçu comme tel par la plupart des couples qu'il a interrogés lors de son enquête auprès de 25 hommes et 19 femmes âgés de 20 à 40 ans²²⁶ : les femmes ont tendance à minimiser le rôle contraceptif du préservatif et à se plaindre d'être seules responsables de la contraception du couple²²⁷, et les hommes assimilent le port du préservatif à la protection sanitaire : « *Le préservatif, c'est d'abord pour se protéger des MST et ensuite, comme moyen de contraception. Et*

²²³ Janine Mossuz-Lavau, *La vie sexuelle en France...*, *op. cit.*, p. 270

²²⁴ Pierre N., urologue formé en andrologie, exerçant en libéral.

²²⁵ Virginie L.

²²⁶ Cyril Desjeux, « Une occultation des pratiques masculines de contraception », *op. cit.*

²²⁷ Cette plainte intervient même lorsque l'oubli d'un comprimé contraceptif implique l'utilisation du préservatif comme méthode de contraception jusqu'à la fin de la plaquette. Cyril Desjeux, « Une occultation des pratiques masculines de contraception », *op. cit.*, p. 156

c'est vrai que j'ai déjà utilisé un préservatif comme moyen de contraception mais dans ma tête, à ce moment là, je l'utilisais comme protection contre les MST, ce n'est qu'après coup que je me suis dit qu'il avait aussi servi de contraception. »²²⁸

Cette minimisation du rôle contraceptif du préservatif, seule méthode anticonceptionnelle masculine non-définitive à ce jour, est issue de la perception généralisée de la contraception comme une affaire de femmes : « *La principale nouveauté de la pilule a été de placer durablement la responsabilité et la pratique de la contraception sous le contrôle des femmes, à tel point que l'on parle désormais de l'irresponsabilité des hommes en ce domaine* »²²⁹. Elle renforce par ailleurs l'assimilation entre contraception et responsabilité féminine en niant l'éventuel investissement masculin dans la contraception du couple.

Par ailleurs, même dans le cadre de préoccupations sanitaires, la responsabilisation des femmes semble plus importante que celle des hommes. Dans l'enquête qualitative menée par Janine Mossuz-Lavau, les femmes évoquent très fréquemment la réticence de leurs partenaires masculins, qui pousse un grand nombre d'entre elles à renoncer à cette protection²³⁰. Une différence doit être établie entre les générations nées avant les années 1980 et les générations plus jeunes, qui informées antérieurement au début de leurs vies sexuelles des risques de transmission de maladies, semblent recourir plus fréquemment au préservatif²³¹, ce qui pourrait indiquer une responsabilisation masculine face au risque de maladies²³².

²²⁸ Homme, 27 ans, célibataire, cité par Cyril Desjeux, « Une occultation des pratiques masculines de contraception », *op. cit.*, p. 158

²²⁹ Alain Giami, Brenda Spencer, « Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels », *Revue Epidemiol Santé Publique*, n°52, 2004, cité par Cyril Desjeux, « Une occultation des pratiques masculines de contraception », *op. cit.*, p. 151

²³⁰ « *Les hommes, très souvent, n'ont pas envie de mettre un préservatif et il faut le demander, voire tenter de l'imposer. Sur ce point, les témoignages abondent. Même en milieu étudiant, où l'on avait l'impression pourtant que le message était bien passé. (...) Alexandra, 20 ans, abonde en ce sens : « En général, les garçons n'aiment pas ça et ils inventent toutes sortes de prétextes pour ne pas avoir à en mettre un. On a toujours droit à la fameuse question : « Tu penses vraiment que moi j'aurais une maladie ? Tu n'as pas confiance en moi ? »* », Janine Mossuz-Lavau, *La vie sexuelle en France...*, *op. cit.*, pp 277-278

²³¹ Janine Mossuz-Lavau, *La vie sexuelle en France...*, *op. cit.*, p. 279

²³² Le préservatif féminin qui permettrait potentiellement aux femmes de pouvoir imposer cette protection sanitaire à leurs partenaires est très rarement utilisé. Les gynécologues rencontrées indiquent que ce moyen de contraception et de protection sanitaire n'est jamais évoqué en

Les responsabilités, en matière sexuelle et reproductive, semblent donc incomber principalement aux femmes. Les représentations en jeu sont celles de femmes médicalement socialisées et responsables, capables de tempérer leurs désirs sexuels par des préoccupations sanitaires, face à des hommes dont la pulsion sexuelle ne peut être aménagée. L'article de Brenda Spencer, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable »²³³ aborde en ce sens les communications de prévention orchestrées par les pouvoirs publics et les mouvements de planning familial. Cette étude de cas montre des messages visant une responsabilisation des femmes et des hommes homosexuels mais qui ne s'adressent jamais aux hommes hétérosexuels. Par ailleurs, si les messages à l'intention des homosexuels mettent en avant une vision érotique de pratiques sexuelles non-risquées, ceux à l'intention des femmes insistent uniquement sur la responsabilité et ne font pas état d'un éventuel désir féminin. Ces campagnes dessinent les modèles de femmes responsables et capables de faire intervenir des préoccupations sanitaires face à des hommes irresponsables et incapables de prendre en compte les risques de leur activité sexuelle.

Le développement des techniques contraceptives, à l'inclusion du préservatif, et les représentations qui entourent leurs usages, semblent donc avoir participé à l'attribution de la gestion sanitaire et reproductive aux femmes seulement. Les représentations de genre hégémoniques jouent un rôle important dans cette répartition symbolique des tâches, et le respect d'une masculinité sexuelle et irresponsable a pour conséquence une absence presque totale de recours contraceptif pour les hommes.

B. Les hommes virils mais démunis

Les recherches en endocrinologie ont été dès le début de leur essor dans les années 1920 moins développées pour les hommes que pour les femmes, à l'exception des recherches à teneur idéologique prononcée mises en place dans l'Allemagne des années 1930. Ces recherches n'avaient pas pour objectif officiel

consultation. Il serait intéressant de s'attacher à comprendre les mécanismes à l'origine de ce moindre engouement pour le préservatif féminin.

²³³ Brenda Spencer, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, vol. 128, 1999, pp. 29-33

l'élaboration d'un contraceptif hormonal, car les techniques anticonceptionnelles étaient interdites dans la plupart des pays occidentaux, dont les gouvernements prenaient en compte des préoccupations démographiques dans leur réglementation des domaines scientifiques et médicaux. C'est l'action de militantes féministes qui a permis le financement des recherches portant sur la pilule contraceptive féminine. Malgré une découverte précoce de l'action hormonale de la testostérone sur la spermatogénèse, aucun contraceptif n'a été développé en parallèle de la pilule contraceptive, faute de mobilisation politique en ce sens. A partir des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé, sensible aux préoccupations démographiques de la Chine et de l'Inde, ainsi qu'aux revendications féministes pour plus d'égalité dans la gestion reproductive, met en place un programme scientifique visant l'élaboration d'une contraception masculine comparable à la pilule. Mais les difficultés techniques rencontrées, ainsi que les réticences de l'industrie pharmaceutique à exploiter les résultats obtenus n'ont pas permis à ces recherches d'aboutir. Ce développement chaotique et inabouti d'une possible contraception masculine traduit des réticences culturelles à l'encontre de l'idée même de ce produit, du fait notamment de l'importance de la fertilité dans les représentations de la masculinité, en l'absence de désolidarisation entre sexualité et fertilité. Cette absence de contraception masculine est problématique car elle laisse la charge contraceptive incomber aux femmes seulement et les hommes démunis dans le contrôle reproductif, alors même que la possibilité d'établir biologiquement les filiations induit une responsabilisation nouvelle des pères.

L'échec de la pilule masculine

La première publication scientifique sur les effets de la testostérone sur la spermatogénèse est parue en 1939²³⁴, dans le cadre de l'essor de l'endocrinologie qui caractérise l'entre-deux-guerres et l'après-guerre. Malgré l'intérêt manifesté pour cette discipline, le développement d'un contraceptif hormonal masculin n'est pas enclenché pour autant : l'absence de réseau de praticiens susceptibles de se mobiliser pour l'élaboration d'un tel produit ainsi que l'absence de mouvements politiques cherchant à convaincre les scientifiques

²³⁴ Heckel, 1939, cité par Nelly Oudshoorn, *The Male Pill., op. cit.*, p. 70

de braver la prohibition visant les contraceptifs mènent à un *statu quo* en la matière. En 1970, dans le cadre du programme sur la reproduction humaine (*Human Reproduction Program*), l'Organisation Mondiale de la Santé met en place la *Male Task Force*, chargée de mener des recherches sur de possibles contraceptifs masculins. L'organisation répond par cette initiative à deux types de pressions externes : celle des militantes féministes d'une part, qui exigent une alternative à la responsabilité exclusivement féminine de la contraception, et celle de pays confrontés à des croissances démographiques importantes d'autre part, la Chine et l'Inde. Ces deux types d'acteurs resteront la motivation principale des recherches menées par l'OMS tout au long du programme ; il est intéressant de noter que les principaux concernés par cette contraception sont restés muets : il n'y a ni mouvement masculiniste exigeant l'augmentation des recours contraceptifs pour les hommes²³⁵, ni réseau d'andrologues attirant l'attention sur le manque de développement de cette branche de la santé sexuelle. Par ailleurs, la Chine et l'Inde jouent un rôle mobilisateur certain, notamment lorsque l'OMS envisage de mettre fin à la *Male Task Force* en 1979, qui passe entre autres par la conduite de tests cliniques d'envergure en Chine, à l'initiative de l'Etat, sur plus de 14000 sujets²³⁶. Le caractère autoritaire du régime chinois, qui parvient à solliciter ces sujets et à mettre en place ces expériences, se révèle essentiel pour aller à l'encontre des sentiers de la dépendance scientifiques, ce qui rappelle le cas de l'Allemagne de l'entre-deux-guerres.

Lorsque l'OMS s'engage sur la voie du développement d'un contraceptif masculin, elle se retrouve face à un vide institutionnel : il lui faut mettre en place un réseau de chercheurs et de laboratoires susceptibles d'attirer des vocations et d'échanger le peu d'informations à disposition. Il n'existe au début des années 1970 qu'un très petit nombre de cliniques dédiées aux hommes et de spécialistes

²³⁵ A l'exception de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine, et de ses équivalents potentiels dans d'autres pays. L'action d'Ardecom est cependant restée limitée à des engagements individuels en l'absence de succès auprès des institutions susceptibles de la financer et auprès du public. Cf. Cyril Desjeux, « Histoire de la contraception masculine. L'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979 – 1986) », *Politiques sociales et familiales*, n°100, 2010

²³⁶ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill.*, *op. cit.*, p. 40

en reproduction masculine : seuls deux groupes européens et trois groupes américains se consacrent à ce type de recherches²³⁷. Il faut par ailleurs créer les conditions d'approvisionnement en hormones de synthèse qui sont loin d'être aussi nombreuses et disponibles que les hormones de synthèse dites féminines. Au delà des aspects matériels, il s'agit aussi de dépasser les représentations classiques de la gamétogénèse qui postulent de plus grandes difficultés et une moins grande pertinence à intervenir sur la spermatogénèse. Pourtant, certains scientifiques, comme l'endocrinologue Roy Greep, avancent qu'il est plus logique d'agir sur une gamétogénèse continue, qui dure toute la vie, et qui est le processus déclenchant des grossesses d'un point de vue extérieur, plutôt que sur une production cyclique, constamment changeante et interrompue²³⁸.

L'OMS coordonne une série d'expériences cliniques dans les années 1980 puis deux tests cliniques d'envergure en 1990 et 1996 sur 271 et 399 hommes. La testostérone semble avoir les effets escomptés : si l'azoospermie²³⁹ ne peut être atteinte chez tous les sujets, la modification des objectifs vers une oligospermie²⁴⁰ garantissant le même taux de grossesse que la pilule féminine permet d'atteindre ce but chez 98% des sujets²⁴¹. Mais la mise en place de ces expériences est beaucoup plus lente que le rythme habituel de l'industrie pharmaceutique : il s'agit en premier lieu d'une collaboration internationale entre pays développés et pays émergents qui demande des délais supplémentaires consacrés au partage des informations et à la standardisation des expériences. Par ailleurs, le recrutement des volontaires se confronte à

²³⁷ *Ibid.*, p. 23

²³⁸ « *There are potent biological reasons why the burden of responsibility for conception control should rightfully fall on the male. Firstly, it is the male that plays the initiating role in the procreation process. Procreation involves the union of egg and sperm, but it is only the sperm that must be transferred between the sexes. It is the sperm that comes calling on the egg at home... There is another and much overlooked circumstance that makes the practice of conception control by the male an imperative matter. This is the fact that men have a much longer fertile life than that of their female counterparts... Men, therefore, constitute a target population for the implementation of conception control that could be of unparalleled significance to the future welfare of human species.* », Roy Greep, cité par Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 46

²³⁹ L'azoospermie est définie par l'absence totale de spermatozoïdes dans l'éjaculat.

²⁴⁰ L'oligospermie correspond à un nombre réduit de spermatozoïdes dans l'éjaculat, en comparaison avec ce nombre chez un homme non traité. En dessous de 3 millions de spermatozoïdes par millilitre, les chances de conception sont équivalentes à celles sous traitement hormonal contraceptif féminin.

²⁴¹ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 102

l'absence de réseau médical susceptible de fournir des sujets sains, qui ne peut être pallié par le recours aux prisons ou aux casernes où l'efficacité contraceptive ne peut être testée²⁴². De plus, l'OMS est aux prises avec des considérations éthiques dans la mesure où le risque en cas d'inefficacité du produit testé ne repose pas sur les volontaires mais sur leurs partenaires féminines, à qui l'OMS ne peut pas automatiquement proposer de recours abortifs en fonction des législations nationales.

Ces délais importants, trente ans pour arriver à la première phase des tests cliniques quand l'élaboration d'un contraceptif féminin nécessite en moyenne quinze ans, troisième phase de tests cliniques comprise²⁴³, a une importance capitale pour plusieurs raisons. Les exigences sanitaires augmentent en effet exponentiellement au cours de ces décennies ; les différents scandales et procès liés aux effets secondaires des contraceptifs féminins ont conduit à une augmentation des normes d'acceptabilité et de contrôle des médicaments. Au cours de ces années d'élaboration et de tests, la notion de risque sanitaire prend donc de l'ampleur : chaque nouvelle expérimentation clinique voit le nombre de critères de risque augmenter, pour inclure progressivement des tests systématiques d'impact sur la coagulation, sur le taux de cholestérol des sujets, sur le fonctionnement rénal, la pilosité, la pression sanguine ou encore la santé dermatologique des sujets²⁴⁴. La hausse des critères d'acceptabilité des produits a augmenté le nombre de tests et les exigences pour les chercheurs ; selon Eberhard Nieschlag, figure référente des recherches sur la pilule masculine : « *Si nous avons eu cet actif de testostérone de longue durée au début des années 1970,*

²⁴² Carl Djerassi, « Birth Control after 1984 », *Science*, 169, 1970, p. 948

²⁴³ Les essais cliniques sont composés de quatre phases, après les tests sur animaux. Une première phase vise l'évaluation de la toxicité du produit et du mode d'administration le plus adapté, par le biais de tests conduits sur des groupes restreints d'individus (quelques dizaines au maximum). La seconde phase a pour objectif l'évaluation de l'efficacité du produit, ainsi que la tolérance des patients. Les tests sont conduits sur quelques centaines de sujet. La troisième phase consiste en des essais de plus grande échelle (plusieurs milliers de participants) à visée comparative, lors desquels les effets du produit sont comparés à ceux d'un placebo ou d'un produit existant. Cette phase permet d'évaluer l'intérêt thérapeutique du médicament ainsi que son rapport bénéfice/risque. A l'issue de cette phase, le produit peut être soumis aux autorités sanitaires, pour autorisation de mise sur le marché. Après commercialisation, l'évaluation de l'efficacité thérapeutique et des effets secondaires sur une population de plusieurs dizaines de milliers de consommateurs constitue la phase IV de tests et correspond à de la pharmacovigilance.

²⁴⁴ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 90

tout le monde l'utiliserait aujourd'hui. Les restrictions n'étaient pas aussi importantes qu'aujourd'hui. »²⁴⁵ Un biais semble de plus intervenir dans la définition des risques pour les hommes : le niveau de risque recherché est un risque zéro, car la comparaison est établie avec des sujets sains ne se chargeant pas habituellement de la contraception du couple. Si les risques pour les femmes se trouvaient minorés par la perspective d'échapper aux grossesses non désirées, ce n'est pas le cas pour les hommes qui ne sont pas concernés directement par les grossesses. Le modèle d'évaluation du risque est individuel, alors qu'il pourrait s'attacher à la santé du couple et prendre en compte les bénéfices sanitaires pour la partenaire féminine²⁴⁶ (disparition des effets secondaires dus à la prise d'une contraception hormonale comme les troubles de la menstruation ou les risques de thrombose et de maladies cardio-vasculaires). L'évaluation individuelle des risques donne lieu à une surestimation des risques pour les hommes et une minimisation des risques déjà existants pour les femmes sous contraception.

Les tests cliniques des années 1990 permettent tout de même d'atteindre un résultat appréciable : la formule testée consiste en l'ingestion d'une pilule complétée par des injections trimestrielles qui évitent la disparition des caractères sexuels secondaires²⁴⁷. Elle a la même efficacité que les contraceptions hormonales féminines, mais son mode d'administration se révèle problématique pour les investisseurs pharmaceutiques en Occident, qui le jugent trop contraignant. Or l'OMS dépend entièrement des laboratoires

²⁴⁵ « *If we had had this long-acting testosterone in the early seventies, everybody would be using it today. The restrictions were not as bad as it is today.* », Eberhard Nieschlag, interrogé par Nelly Oudshoorn en 1995. Cité par Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 106

²⁴⁶ L'andrologue Geoffrey Waites a tenté d'introduire ce modèle d'évaluation du risque selon une responsabilité partagée, sans succès. Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, pp. 108-109

²⁴⁷ La pilule agit sur l'hypophyse qui supprime la production de testostérone. Cela a pour effet d'arrêter ou de limiter fortement la spermatogénèse, mais en l'absence de testostérone, les caractères sexuels secondaires, comme la barbe, la libido, la masse musculaire, sont touchés également. L'administration de testostérone compensatoire permet de récupérer ces caractères sexuels secondaires sans relancer la spermatogénèse. L'injection a été choisie par l'OMS du fait de ses recherches précédentes sur des contraceptifs injectables de longue durée. En France, lors des expériences de Lyon ou de Paris, ce n'est pas l'injection qui a été choisie mais l'application d'un gel fortement dosé en testostérone qui permettait la conservation des caractères sexuels secondaires mais créait des cas d'hirsutisme chez les partenaires féminines, du fait de l'exposition cutanée à la testostérone. L'injection agit sur trois mois et permet d'éviter l'exposition du partenaire mais elle est très mal perçue en Occident, à la différence d'autres continents où le rapport médicalisé rassure, et met en danger l'acceptabilité du produit.

pharmaceutiques pour organiser la dernière phase de tests cliniques et la production matérielle du contraceptif. Des opérations d'intéressement sont tentées : l'OMS dépose des brevets pour les découvertes qu'elle a financées afin d'être en mesure de passer des contrats avec les industries pharmaceutiques pour la poursuite du projet. Mais aucun laboratoire ne veut reprendre le projet car le mode d'administration choisi paraît peu acceptable, et surtout parce que la contraception masculine a mauvaise presse.

Les médias réservent en effet un accueil très particulier à ces expériences. La comparaison entre les communiqués de presse des scientifiques et les articles parus en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas par Nelly Oudshoorn montre une insistance particulière sur les effets de la contraception masculine sur la libido, malgré des tests cliniques concluants, et sur la douleur des injections. Les articles mettent par ailleurs en doute l'acceptabilité sociale de ce produit, arguant que les femmes ne peuvent faire confiance aux hommes en matière contraceptive, ou que les hommes souffriraient de cette féminisation accrue²⁴⁸. Ils se fondent sur des micros-trottoirs et non sur les rapports présentés par l'OMS et les chercheurs²⁴⁹. Le rôle des médias auprès des laboratoires pharmaceutiques est décisif, car les relais médiatiques de ces expériences servent de base pour définir la rentabilité prévisionnelle du produit. A partir des années 1990, les études d'acceptabilité commanditées par l'OMS cherchent à convaincre l'industrie pharmaceutique de reprendre les recherches : elles font toutes état de la bonne acceptation du traitement par les sujets. Le réseau créé autour du projet de contraception masculine participe aux congrès internationaux et établit des liens avec des représentants de laboratoires. En 1997, après plusieurs refus de l'industrie pharmaceutique, l'OMS parvient à signer un contrat avec le

²⁴⁸ Pour le cas français, aucune étude aussi systématique de la couverture médiatique des tests cliniques de contraception masculine hormonale n'est parvenue à notre connaissance. Les travaux de Cyril Desjeux montrent l'insistance de la presse des années 1980 sur les effets secondaires des produits utilisés (notamment en termes de pilosité pour la partenaire féminine dans le cadre de l'utilisation d'un gel à base de testostérone à Lyon) ou sur les difficultés d'administration des différentes techniques, souvent tournées en ridicule. L'examen des titres des articles de presse sur lesquels cet auteur a fondé son analyse révèle une ambivalence de la presse, tantôt relai informatif neutre, tantôt militante et parfois moqueuse ou ne soulignant que les aspects négatifs de ces expériences. Cf. Cyril Desjeux, « Histoire de la contraception masculine. L'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979 - 1986) », *Politiques sociales et familiales*, n°100, 2010

²⁴⁹ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, pp. 200-204

laboratoire hollandais Organon. Le nouveau directeur du programme de médecine reproductive, Herjan Bennink, a pour objectif, en développant une version encore imparfaite de contraception masculine, de conserver la position de leader en matière d'hormones masculines du laboratoire, acquise avec l'élaboration de traitements contre l'andropause. Mais en 2007, le projet est abandonné avec l'argument selon lequel le mode d'administration du traitement contraceptif (implant et injections compensatoires hebdomadaires) est rédhibitoire²⁵⁰.

Le développement d'une contraception masculine doit donc faire face à des obstacles très nombreux. Si l'OMS est parvenue, du fait de préoccupations démographiques, à dépasser les obstacles institutionnels et cognitifs, la dépendance à l'industrie pharmaceutique pour les phases finales de développement du produit a permis aux réticences d'ordre culturel de reprendre une importance déterminante. Le manque de rentabilité provisionnelle analysé par les laboratoires, à dominante masculine, s'est en partie fondé sur le scepticisme médiatique, en dépit des études d'acceptabilité présentées par l'OMS et les acteurs du réseau de la contraception masculine²⁵¹. L'échec de la pilule masculine semble donc relever de logiques essentiellement culturelles, qui font état d'une incompatibilité entre contraception masculine et masculinité hégémonique.

Masculinité, sexualité et fertilité

La notion d'identité masculine hégémonique implique selon Robert Connell une subordination des identités féminines et masculines non-hégémoniques. Le pouvoir d'une identité hégémonique tient en effet à sa capacité à « empêcher les alternatives d'obtenir une définition et une reconnaissance culturelles comme alternatives, et à les circonscrire à des ghettos, au domaine privé et à

²⁵⁰ Pierre Kaldy, « Nouvelle donne pour la pilule masculine », www.larecherche.fr, juin 2007 : <http://www.larecherche.fr/content/recherche/article?id=7193>

²⁵¹ Ces études faisaient état de l'enthousiasme des participants aux essais cliniques ainsi que des femmes interrogées par exemple par le Réseau pour le développement contraceptif à Edinburgh, qui se sont prononcées en faveur d'une contraception masculine à 94%. Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, pp. 217-218

l'inconscient. »²⁵² Les représentations hégémoniques de la masculinité l'assimilent à la force physique, à la puissance sexuelle et au contrôle de soi, en excluant ce qui implique une féminisation²⁵³. Le développement d'un contraceptif masculin, qui rendrait les hommes responsables d'une tâche jusqu'ici confiée aux femmes et temporairement infertiles, entre en contradiction avec le rejet de la féminisation et avec la « *sauvegarde de l'intégrité du corps sexuel et reproductif masculin* »²⁵⁴.

Les craintes identitaires exprimées par les enquêtés de Cyril Desjeux corroborent ces hypothèses. L'utilisation d'une contraception masculine remettrait en question pour eux trois dimensions identitaires de la masculinité : « *Au niveau physiologique, (cette peur) est comparable à la manière dont ils perçoivent les effets secondaires de la pilule pour les femmes (prise quotidienne, prise de poids, effet sur l'humeur, risque de cancer, difficulté de reprise de la procréation). Au niveau symbolique, il y a une peur d'impuissance qui est plus particulièrement exacerbée lorsqu'il s'agit de penser la vasectomie. Au niveau social, c'est leur statut dans le couple et dans la famille qui est ébranlé par la perte de leur capacité reproductrice.* »²⁵⁵

S'exprime ici la peur d'une féminisation par la prise en charge d'un domaine assimilé très fortement aux femmes mais aussi par les changements corporels impliqués, qui entament la force physique masculine. Si les femmes sont habituées à de grandes variations dans leur fonctionnement sexuel et génital, à travers les menstruations mais aussi les changements hormonaux et physiques qui interviennent lors des grossesses et de la ménopause, le fonctionnement masculin est linéaire et une modification représente un changement qu'ils n'ont pas l'habitude d'expérimenter.

²⁵² Robert Connell, *Gender and Power*, op. cit., 1987, p. 186 (traduction personnelle)

²⁵³ La méfiance pour le féminin appartient au « cahier des charges » de la masculinité hégémonique : « *Quelque tautologique que semble la formule, être viril c'est se distancier de tout ce qui évoque socialement le féminin : faiblesse, larmes, peur, épanchement non maîtrisé des affects. Le refus de ce qui est efféminé inclut une composante d'homophobie, une défiance pour toute forme de proximité affective ou physique aux autres hommes qui puisse éveiller le soupçon d'homosexualité. Il est parlant de relever que selon une enquête de 1991, 57% des hommes français considéreraient qu'ils ne seraient plus de vrais hommes s'ils avaient une expérience homosexuelle.* », Christine Guionnet, Erik Neveu, op. cit., pp. 339-340

²⁵⁴ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, op. cit., p. 16, (traduction personnelle)

²⁵⁵ Cyril Desjeux, « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine », *Autrepart*, 52, 2009, pp. 49-64

Par ailleurs, l'analyse de Cyril Desjeux souligne l'assimilation de la fertilité à la puissance sexuelle, hautement valorisée en ce qui concerne les identités masculines. Les valorisations culturelles de la féminité ne visent pas l'activité sexuelle en termes de performance, mais essentiellement la maternité. La défense politique de la légalisation des contraceptifs les a associés à une gestion responsable de la fertilité féminine, afin de pouvoir accueillir au mieux les enfants conçus. Nathalie Bajos et Michèle Ferrand soulignent d'ailleurs la responsabilisation accrue des mères avec l'avènement des contraceptifs et la légalisation de l'avortement : « *Tout se passe comme si la contraception, en permettant de n'envisager une maternité que si la grossesse est souhaitée, avait consacré l'idéologie de la responsabilité d'abord maternelle.* »²⁵⁶ La contraception n'entre donc pas en contradiction avec les représentations dominantes de la féminité en lien avec la maternité. En ce qui concerne les hommes, la puissance, le désir et l'activité sexuels sont au cœur de la valorisation masculine : « *Une femme peut se dire sans désir sans que son identité sociale soit mise en cause, surtout lorsqu'elle est devenue mère. Ce n'est pas le cas d'un homme : dans la représentation commune, l'identité masculine est potentiellement menacée en cas d'absence de désir.* »²⁵⁷ Hommes et femmes partagent d'ailleurs la représentation d'une sexualité plus centrale dans l'identité masculine : 73% des femmes et 59% des hommes sont d'accord avec l'idée selon laquelle « *par nature, les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes* »²⁵⁸. Le fait d'agir sur l'intégrité physique et sexuelle d'un homme a donc potentiellement plus d'impact en termes identitaires, dans la mesure où la séparation entre capacités sexuelles et fertilité est culturellement plus difficile à effectuer.

A propos des réticences françaises dans le recours à la vasectomie comme technique contraceptive, Pierre N., urologue en libéral, s'exprime ainsi : « *Et puis là vraiment symboliquement, il y a toute cette idée préconçue, encore culture*

²⁵⁶ Nathalie Bajos, Michèle Ferrand, « La contraception : levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 22, n°3, 2004, p. 17

²⁵⁷ Michel Bozon, « Amour, désir et durée. Cycle de la sexualité conjugale et rapports entre hommes et femmes », in Nathalie Bajos, Michel Bozon, Alexis Ferrand, Alain Giami, Alfred Spira, *La sexualité aux temps du sida*, Presses Universitaires de France, 1998, cité par Nathalie Bajos, Michèle Ferrand, Equipe GINÉ, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, INSERM, Paris, 2002, p. 42

²⁵⁸Nathalie Bajos, Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France, op. cit.*, p. 547

latine, on va toucher aux organes de l'homme, on va donc supprimer sa virilité, etc.. Ils sont un peu surpris quand on leur explique « Ben vous savez, ce sera exactement pareil qu'avant, il y aura.. ». Ils ont pas fait, mais ça encore c'est culturel, la différence sexualité/fertilité. La femme l'a faite déjà depuis longtemps, l'homme, voilà, il est encore un peu embrouillé dans sa tête et il sait pas pour l'instant faire bien la différence. Certains plus que d'autres, mais globalement et de façon générale, oui c'est très... Alors oui dans d'autres cultures, notamment anglo-saxonne, c'est beaucoup plus cloisonné, ils ont vite compris la différence, et ils ont la main, notamment sur la vasectomie, plus rapide que chez nous. »²⁵⁹

Cette difficulté à différencier fertilité et sexualité se retrouve dans le domaine de la procréation médicalement assistée, où l'orientation même des recherches semble avoir été marquée par cette assimilation : *« pendant longtemps on ne s'est pas intéressé à la fertilité masculine parce que la stérilité c'était l'affaire de la femme. Parce que beaucoup d'hommes, ça a progressé mais enfin, il y a un amalgame qui se fait entre la fertilité et les capacités sexuelles. Ça a un petit peu progressé mais il y a beaucoup d'hommes qui sont atteints dans leur sexualité par la découverte d'une stérilité. »²⁶⁰*

Cet amalgame entre fertilité et capacités sexuelles est également reflété par les inquiétudes accrues des chercheurs vis-à-vis de la libido des participants aux tests cliniques pour la contraception masculine. Les critères d'appréciation des risques ont été redéfinis tout au long des trente années de recherche menée par l'OMS, incluant progressivement plus de critères de risque sanitaire. L'impact sur la vie sexuelle a occupé une place de premier choix à partir des années 1980, faisant parfois l'objet de questionnaires spécifiques pour les participants, dont les partenaires ont pu également être interrogées²⁶¹. En comparaison, l'impact des contraceptifs hormonaux sur la libido féminine a été pris en considération à partir des années 1990, relativement tard par rapport à l'émergence de la pilule ; selon John Bancroft, l'un des endocrinologues en charge d'études sur l'impact de la pilule sur la libido au Kinsey Institute for Research on Sex, Gender and Reproduction, dans l'Indiana : *« La preuve que les contraceptifs oraux peuvent*

²⁵⁹ Pierre N.

²⁶⁰ Gabriel E., biologiste dans un CECOS, MCU-PH

²⁶¹ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, op. cit., pp. 91-94

influencer la sexualité est peut-être plus certaine. Il est intéressant que, lorsque l'on a récemment commencé à développer des stéroïdes pour les hommes, l'inquiétude vis-à-vis de l'impact potentiel sur le comportement sexuel des hommes figurait tout en haut de l'agenda de recherche. Mais pour la pilule féminine, nous voilà quarante ans plus tard à faire le travail qui aurait dû être fait il y a des décennies. »²⁶² La performance sexuelle n'appartenant pas pour l'instant aux définitions normatives majoritaires de la féminité, l'influence que la pilule pouvait lui faire subir n'a pas bénéficié d'autant d'attention, alors que la libido masculine a été définie comme l'un des premiers critères d'acceptabilité d'une éventuelle contraception masculine :

*« De manière frappante, l'appréciation des risques sanitaires de la contraception masculine montre le rôle structurant des normes de genre dans la construction des standards de sécurité. Au cours des trois décennies de tests, les risques d'interférence des composés contraceptifs hormonaux avec les fonctions sexuelles ont été le plus débattu des effets secondaires. Cette inquiétude reflète une préoccupation culturelle pour les normes de la masculinité qui peut être résumée par « On ne touche pas à la sexualité masculine ». (...) Les tests cliniques des contraceptifs masculins ont été sérieusement délimités par cette masculinité hégémonique. (...) les technologies qui sont en contradiction avec la masculinité hégémonique rencontrent de grandes difficultés pour émerger et exister. »*²⁶³

L'idée d'une contraception masculine s'oppose donc aux représentations dominantes de la masculinité, en termes de distanciation avec le féminin et d'intégrité du corps masculin pour préserver ses capacités sexuelles. Pourtant, le respect de ces mythes masculins donne lieu à un manque de recours criant pour les hommes en matière de gestion de fertilité, à l'heure même où les implications de la paternité se transforment.

²⁶² John Bancroft, cité par Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 107, (traduction personnelle)

²⁶³ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill...*, *op. cit.*, p. 110 (traduction personnelle)

Maîtrise de la fécondité et devoirs paternels

Le fondement de la domination masculine a été analysé en anthropologie comme une tentative de la part des hommes de maîtriser la fécondité et de contrôler leur reproduction²⁶⁴. Mais depuis l'avènement des techniques contraceptives, cette maîtrise appartient en grande majorité aux femmes. Les recours actuels pour les hommes désireux de contrôler leur propre fertilité sont peu nombreux. Le préservatif que nous avons déjà évoqué est généralement abandonné si les relations amoureuses se stabilisent ; son utilisation comme contraceptif barrière semble ne pas convenir à la majorité des couples malgré un fort taux d'utilisation aux premiers rapports, lié à ses capacités protectrices sanitaires²⁶⁵. Le préservatif est cependant la seule technique anticonceptionnelle non définitive disponible pour les hommes. Il est intéressant de noter que contrairement au stérilet et à la pilule, méthodes féminines les plus utilisées en France²⁶⁶, il ne fait pas l'objet d'un remboursement. Selon Dominique Memmi, ce statut particulier du préservatif est lié au fait qu'il n'implique pas de prescription et donc pas de face à face avec un médecin. L'absence de remboursement relève d'un discrédit des pratiques qui font « *l'économie du médecin* »²⁶⁷, soit le préservatif ou encore les diaphragmes ou produits spermicides. Mais ce statut se révèle aussi représentatif de la considération sociale d'une prise en charge masculine de la contraception, qui est toujours plus coûteuse pour l'utilisateur²⁶⁸ que les méthodes féminines remboursées à 65%²⁶⁹.

Un autre recours possible est la vasectomie. Cette technique consiste à ligaturer les canaux déférents afin d'empêcher le mélange du sperme et du liquide séminal

²⁶⁴ « *A cette aune -l'obligation de passer par le corps des femmes pour faire les fils - et compte tenu du temps que prend le processus, l'idée s'est imposée aux hommes qu'il fallait s'approprier les femmes reproductrices de leurs semblables.* » Françoise Héritier, *Une pensée en mouvement*, Editions Odile Jacob, Paris, 2009, p. 107 Voir également : Françoise Héritier, *Masculin/Féminin II - Dissoudre la hiérarchie*, Editions Odile Jacob, Paris, 2002, p. 22

²⁶⁵ Cf. Partie 2, Chapitre IV, A.

²⁶⁶ Pour rappel : la pilule est utilisée par 45% des femmes et le stérilet par 17% d'entre elles, selon l'enquête COCON 2000, INSERM-INED

²⁶⁷ Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir - Le gouvernement contemporain de la naissance à la mort*, La Découverte, Paris, 2003, p. 93

²⁶⁸ Le coût de l'utilisation d'un préservatif comme méthode de contraception principale peut être nuancé par la distribution massive et gratuite dont il fait l'objet dans le cadre des campagnes de prévention, notamment auprès de la population étudiante.

²⁶⁹ Sauf pour les pilules de troisième génération qui ne sont pas remboursées et la contraception d'urgence qui n'est pas remboursée lorsqu'elle ne fait pas l'objet d'une prescription médicale.

lors de l'éjaculation. Les techniques pratiquées à ce jour sont difficilement réversibles, ce qui a motivé une légalisation tardive en France. La vasectomie n'est officiellement autorisée que depuis 2001, et ce avec des conditions particulières du fait de ce caractère définitif : les candidats à la vasectomie doivent fournir une confirmation écrite de leur volonté de subir cette intervention et un délai de réflexion de quatre mois entre la première consultation et l'opération est obligatoire²⁷⁰. La vasectomie est très peu utilisée en France, en comparaison avec d'autres pays : elle concerne ainsi 5% des hommes en France, contre 26% des hommes âgés de 50 à 70 ans en Amérique du Nord. 500 000 vasectomies à visée contraceptive sont pratiquées tous les ans aux Etats-Unis²⁷¹. En France, de fortes réticences culturelles freinent le recours à cette technique par les patients, mais aussi par les praticiens dans la mesure où elle est « *symbole de castration ou d'eugénisme dans le discours médical* »²⁷².

Ce manque de recours apparaît interpellant à la lumière des évolutions qui concernent le statut paternel. Au delà des transformations culturelles qui encouragent une plus grande implication des pères dans l'éducation de leurs enfants, avec notamment la mutation juridique intervenue en 1970 qui définit la paternité non plus par un statut mais par une fonction, les responsabilités paternelles se sont vues renforcées. Marcela Iacub²⁷³ souligne l'impact potentiel de l'évolution des lois régissant la filiation sur la définition sociale de la paternité. La possibilité actuelle d'utiliser la technologie de la recherche ADN pour prouver une paternité a profondément modifié les mécanismes traditionnels de filiation, tels qu'ils étaient organisés par le Code civil de 1804. La parentalité était fondée sur la volonté des individus et sur la présomption que tout enfant élevé par un couple marié était issu de ce même couple. La prééminence de l'institution maritale sur le biologique se traduisait par des pratiques remises en question par la possibilité d'établir un lien biologique entre des parents et un enfant : l'enfant d'une femme mariée était automatiquement

²⁷⁰ Art. L. 2123-1 de la Loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception.

²⁷¹ Cyril Desjeux, « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine », *op. cit.*, p. 51

²⁷² *Ibid.*

²⁷³ Marcela Iacub, *L'Empire du ventre – Pour une autre histoire de la maternité*, Fayard, Paris, 2004

considéré comme celui des deux époux, et ce même sans preuve que l'épouse avait véritablement accouché. La contestation de paternité était légalement limitée en termes de délais, car la préservation des apparences prévalait²⁷⁴. Enfin, dans le cas d'enfants conçus hors mariage, la recherche en paternité était interdite, tout comme la reconnaissance par un père de ses enfants adultérins²⁷⁵. La recherche en paternité a été autorisée en 1912 et ses développements techniques ont fortement réduit cette possible irresponsabilité paternelle, dans la mesure où une recherche ADN peut être requise par un juge si la mère ou l'enfant devenu majeur le souhaitent, et avoir pour conséquences des obligations financières pour le père avéré de l'enfant²⁷⁶ (dommages et intérêts, remboursement des frais de maternité, pension alimentaire). Dans ce contexte de responsabilisation par le biologique, les capacités procréatives des hommes les engagent à assumer les conséquences de leur sexualité.

Cette responsabilisation n'a pas d'équivalent en termes de capacités de maîtrise. Pourtant, la volonté masculine de contrôler ses capacités procréatives qui les engagent légalement s'exprime peu. Un seul des volontaires à des tests cliniques de contraception masculine interrogés par Nelly Oudshoorn a fait part de cette volonté de contrôler sa reproduction²⁷⁷. Dans les motivations évoquées par les volontaires aux expérimentations françaises relevées dans la presse par Cyril Desjeux, la peur de « *se faire faire un enfant dans le dos* » est évoquée mais seulement parmi d'autres motivations qui s'inscrivent dans des logiques d'altruisme (partage de la responsabilité et des risques sanitaires avec leurs partenaires féminines) ou d'héroïsme scientifique (faire avancer la recherche)²⁷⁸, comme si la revendication d'un recours contraceptif masculin ne pouvait se faire au nom du bien-être des hommes eux-mêmes²⁷⁹. Le mouvement ARDECOM (Association pour la Recherche et le Développement d'une CONtraception Masculine), militant dans les années 1980, se décrivait lui-même

²⁷⁴ *Ibid.*, p. 43

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 111

²⁷⁶ Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993, et notamment les articles 340-3 et 340-4

²⁷⁷ Nelly Oudshoorn, *op. cit.*, p. 37

²⁷⁸ Cyril Desjeux, « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine », *op. cit.*, p. 54

²⁷⁹ Ces recours à l'altruisme ou à l'héroïsme comme justifications se retrouvent dans la représentation du rapport des hommes à la santé, tel qu'il est véhiculé par les acteurs médicaux. Cf. Partie 2, Chapitre VI, A.

comme proféministe et les réflexions entamées sur les normes masculines ont été initiées par des réflexions féministes. Le caractère éphémère de ce mouvement dû au manque de soutien social et financier dont il a souffert, souligne par ailleurs la difficulté à mobiliser les hommes et les institutions sur des thématiques masculinistes politisées²⁸⁰. Il semblerait donc que malgré une responsabilisation accrue des pères sur les plans juridique et culturel, la contraception masculine n'apparaît que modérément comme un outil d'autonomie et de contrôle. Le lien peut être fait avec la mise en danger des identités masculines induite par le concept de contraception masculine, ce qui éclipserait son potentiel émancipateur.

²⁸⁰ Cyril Desjeux, « Histoire de la contraception masculine. L'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979 - 1986) », *op. cit.*

L'historique du développement de contraceptifs féminins s'inscrit dans la continuité de l'histoire médicale : l'essor d'une discipline gynécologique institutionnalisée et la focalisation des recherches en endocrinologie sur la population féminine ont permis de faire avancer les recherches et de fournir les connaissances nécessaires. Mais dans un contexte nataliste, un déclencheur politique s'est révélé indispensable à l'aboutissement de ces recherches dans un produit contraceptif féminin. Ce déclencheur apparaît sous la forme des mobilisations féministes qui parviennent à mobiliser des chercheurs, dont Gregory Pincus et à financer les recherches. Ces mobilisations ont également œuvré pour la légalisation de la diffusion de ce contraceptif parmi d'autres techniques anticonceptionnelles. Cette politisation de la santé sexuelle féminine a par la suite donné lieu à des remises en cause des identités féminines dominantes, notamment en ce qui concerne la liberté sexuelle. A partir des années 1970, avec la découverte des conséquences sanitaires de certains médicaments contraceptifs, une critique de l'unilatéralité de la responsabilité contraceptive émerge. C'est aussi grâce à l'action de féministes, notamment par le biais de procès intentés aux laboratoires pharmaceutiques, que les pilules contraceptives se sont progressivement améliorées. Mais le domaine masculin a été caractérisé par un silence presque total de la part des principaux intéressés : il n'y a pas eu de mobilisations masculines d'envergure pour l'élaboration et la légalisation d'un contraceptif masculin, et les tentatives de l'OMS n'ont pas été motivées par des revendications masculines. En l'absence de discipline médicale masculine institutionnalisée et de mouvements politiques liés aux hommes, la mobilisation des hommes pour le droit de contrôler leur fertilité est donc demeurée très limitée. L'absence de remise en cause politique des identités masculines a permis une perpétuation du lien établi entre fertilité et sexualité, un lien qui entre en contradiction avec une éventuelle contraception masculine qui entraverait temporairement la fertilité des hommes. La répartition actuelle des responsabilités reproductives correspond de plus à l'attribution sexuée classiques des sphères d'activité, puisque les femmes demeurent responsables de la reproduction. L'épidémie de SIDA et la diffusion du préservatif comme moyen de protection sanitaire et contraceptif n'ont pas modifié cette répartition, car cette protection est avant tout utilisée pour ses attributs sanitaires. Dans la

mesure où son utilisation n'exige aucun contact avec le monde médical, elle n'a pas transformé les habitudes médicales masculines en matière sexuelle. Si cette situation est jugée très préjudiciable aux femmes par un certain nombre de féministes qui critiquent le fait que cette charge leur incombe majoritairement, elle se révèle l'être pour les hommes qui n'ont pas de moyen sûr et réversible de contrôler leur fertilité. La situation contraceptive traduit les effets potentiellement néfastes de l'influence du modèle masculin puissant, viril et intouchable sur les hommes eux-mêmes.

Cette situation se retrouve dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation, où la focalisation des recherches sur les femmes a induit un développement des recherches et des recours orienté sur l'infertilité féminine, avec pour conséquence un nombre restreint de recours pour les hommes stériles.

Chapitre V : La procréation médicalement assistée : quelle place pour les stérilités masculines ?

Le domaine de l'aide médicale à la procréation (AMP) est en expansion depuis les années 1980. Cette prise en charge médicale des infertilités de couple est reconnue comme un droit, selon les conditions d'accès définies par les autorités publiques. Cette reconnaissance sociale s'explique, selon Dominique Memmi, par la prise en charge médicale des souffrances psychologiques liées aux limites corporelles, et au refus d'accepter « *le biologique comme destin* »²⁸¹. Le remboursement des interventions d'AMP, pourtant onéreuses²⁸², démontre l'importance sociale accordée à la détresse psychologique induite par la stérilité, et plus largement à la fécondité nationale. Mais dans la réalité de l'application des techniques d'AMP se dessine une asymétrie de pratiques forte entre hommes et femmes, qui va potentiellement à l'encontre d'une égalité devant ce droit. Elle concerne les recherches et techniques, qui se sont développées prioritairement autour des femmes, induisant une meilleure connaissance du fonctionnement reproductif féminin et la concentration des interventions médicales sur le corps féminin, au détriment des recherches sur les hommes et des recours en cas d'infertilité masculine ; hommes et femmes n'ont ainsi pas les mêmes chances d'accéder à la parentalité biologique en cas de difficultés à concevoir naturellement. Ce différentiel en termes de connaissances et de recours correspond à des réticences médicales et sociales à prendre en considération la corporéité sexuelle masculine, un mécanisme encore plus prégnant dans le domaine de l'infertilité. Si l'émergence de la technologie de la micro-injection a permis à partir des années 1990 la paternité biologique d'hommes auparavant considérés comme stériles, elle a renforcé l'asymétrie dans les traitements, les interventions se concentrant sur le corps des femmes, et a nui à la poursuite des recherches sur l'étiologie des infertilités masculines. Cette asymétrie se traduit également dans l'organisation concrète du processus d'AMP, dans lequel hommes et femmes occupent des places différentes.

²⁸¹ Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir...*, op. cit., p. 278

²⁸² En 2007, le site www.fivfrance.com estimait le coût moyen d'une insémination artificielle entre 700 et 1200€, le coût d'une Fécondation in vitro entre 3100 et 4100€ et le coût d'une FIV avec micro-injection entre 3500 et 4700€.

A. Les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation

Le développement des techniques d'aide médicale à la procréation s'est historiquement focalisé sur la palliation et le traitement d'infertilités féminines. Si le développement de l'insémination artificielle, avec utilisation éventuelle du sperme d'un tiers a été expérimentée dès la fin du XIXe siècle, elle ne constitue pas à proprement parler une technique exigeant une médicalisation de la procréation, car l'intervention des médecins répond à d'autres logiques que celles d'éventuelles difficultés techniques. Cette focalisation sur le traitement de l'infertilité féminine a deux origines. Elle repose premièrement sur le présupposé de la responsabilité exclusivement féminine de la stérilité d'un couple, qui ne s'est vue remise en cause qu'à partir des années 1960. Par ailleurs, le rôle du partenaire féminin dans la procréation est double : une femme apporte la moitié des gamètes nécessaires à la fécondation, un ovocyte, mais elle est aussi celle qui porte la grossesse. L'impossibilité de procréer pour un couple peut être liée à la gamétogénèse, à la circulation des gamètes (potentiellement entravée par des déformations anatomiques) mais aussi par des anomalies de l'appareil gestatif. Cette double fonction maternelle dans la procréation a conduit à une déformation du prisme à travers lequel la procréation était appréhendée, et a participé à la focalisation initiale des techniques d'AMP sur les femmes²⁸³.

La Fécondation in Vitro : une solution à l'infertilité féminine

La fécondation in vitro consiste en l'extériorisation de la fécondation, qui ne se produit plus à l'intérieur du corps féminin, mais dans un laboratoire. Le développement de cette technique, comme celui de l'insémination artificielle, a été initié dans le milieu agricole. L'insémination artificielle a été conçue afin d'augmenter la production de bovins à partir d'un seul prélèvement de sperme et l'essor de ces pratiques a permis d'améliorer les techniques de prélèvement et

²⁸³ La même remarque peut être faite quant au développement de la gynécologie : si le contexte idéologique de la naissance de cette discipline a été évoqué antérieurement (Cf. Partie 1, Chapitre I, A.), les inquiétudes pour la maternité des femmes ont alimenté le développement d'une médecine des femmes.

d'insémination, et de développer la cryoconservation des gamètes. La fécondation artificielle de gamètes et les techniques de transfert d'embryon ont été élaborées par des vétérinaires dans les années 1950 afin de faire porter à des animaux de moindre valeur des embryons racés²⁸⁴. Ces recherches ont créé un intérêt scientifique pour la fécondation qui a permis le transfert de ces procédés en médecine humaine. La première conception par FIV a eu lieu en 1978 en Angleterre ; Louise Brown a vu le jour grâce à l'action scientifique du gynécologue Patrick Steptoe et du biologiste Robert Edwards. En France, la technique a été importée par le biologiste Jacques Testart aidé du gynécologue René Frydman, permettant la naissance d'Amandine, le 24 février 1982.

A l'origine, la FIV a été conçue en médecine humaine pour pallier les stérilités féminines tubaires, c'est à dire lorsque les trompes de Fallope sont bouchées et ne permettent à l'ovocyte ni d'être fécondé, les spermatozoïdes ne pouvant y avoir accès, ni de se fixer dans l'utérus une fois fécondé. Ce motif de recours à une fécondation in vitro caractérisait la totalité des tentatives pendant les deux premières années d'utilisation de cette technique en France²⁸⁵. Cette technique provient donc de l'observation du corps féminin et du développement de l'imagerie médicale qui a permis de constater ce type d'anomalie et d'imaginer le palliatif représenté par la FIV. La fécondation in vitro exige également la maîtrise du corps féminin sur le plan hormonal, puisqu'il faut stimuler et observer la production d'ovocytes afin de pouvoir les extraire. La stimulation ovarienne a été élaborée à partir des années 1960-1970, grâce au Clomid (clomiphène nitrate), médicament capable de stimuler l'ovulation, voire d'induire des ovulations multiples. Ce traitement permettait d'augmenter les chances de conception avant l'élaboration de la technique in vitro, à condition que l'infertilité soit liée à une insuffisance ovarienne. Il s'est révélé indispensable pour l'organisation médicale de la ponction d'ovocytes nécessaire à une fécondation opérée hors du corps féminin, en permettant de maîtriser le cycle ovulatoire et de prélever un maximum d'ovocytes en une seule intervention. A

²⁸⁴ Ilana Löwy, « Assistance médicale à la procréation (AMP) et traitement de la stérilité masculine en France », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 18 n°4, 2000, p. 81

²⁸⁵ Cahiers du Centre Consultatif National d'Ethique en 1992, cités par Ilana Löwy, « Assistance médicale à la procréation.. », *op. cit.*, p. 83

l'issue de la stimulation ovarienne, les ovocytes sont en effet prélevés par une intervention chirurgicale, puis mis en contact avec les spermatozoïdes du conjoint, recueilli grâce à une masturbation en laboratoire. Les embryons qui se développent à l'issue de cette mise en contact sont ensuite réimplantés dans l'utérus de la femme, après une éventuelle stimulation chimique de l'endomètre afin de permettre une meilleure fixation des embryons. Cette technique représente donc un ensemble de traitements lourds pour les femmes qui s'y soumettent.

Le recours à la FIV a progressivement été étendu à d'autres types d'infertilités. Le traitement des stérilités tubaires ne qualifiait ainsi plus que 36% des recours en 1992²⁸⁶. Il a notamment permis d'envisager de pallier une infertilité féminine due à une mauvaise qualité ou à une absence d'ovocyte en autorisant l'utilisation des ovocytes d'une donneuse. La FIV a également été conceptualisée comme palliatif potentiel d'infertilités masculines dues à des anomalies du sperme. Les anomalies du sperme sont définies par l'absence de spermatozoïdes ou leur faible nombre (inférieur à 20 millions de spermatozoïdes par millilitre) ou par les caractéristiques mêmes des spermatozoïdes en présence (moins de 40% de spermatozoïdes mobiles et/ou morphologiquement normaux)²⁸⁷. Ce motif de recours à la FIV a fortement augmenté au cours des années 1980 : la proportion de FIV réalisées sur la base d'une indication masculine est passée de 11% en 1986 à 22% en 1992²⁸⁸. Ce recours accru à la FIV avec indication masculine a ouvert une ère d'hypermédicalisation du partenaire féminin dans le but de traiter une déficience masculine, et ce avec un certain nombre d'inconvénients. Outre la lourdeur physique et psychologique des traitements, la stimulation ovarienne a des conséquences sur la qualité nidatoire de l'endomètre et donc sur les chances de grossesse à terme. Une étude de Jacques Testart a prouvé que « *la stimulation ovarienne réduit six fois les chances d'un ovule d'être transformé en*

²⁸⁶ Cahiers du Centre Consultatif National d'Éthique en 1992, cités par Ilana Löwy, « Assistance médicale à la procréation.. », *op. cit.*, p. 83

²⁸⁷ Elise de La Rochebrochard, « Des hommes médicalement assistés pour procréer : IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine », *Population*, Vol. 58, n°4, 2003, p. 564

²⁸⁸ *Ibid.*, p. 565

enfant »²⁸⁹. L'observation d'un cycle naturel et le prélèvement de l'ovocyte ainsi produit serait théoriquement possible mais contraignant sur le plan organisationnel²⁹⁰, et n'offrant pas autant de possibilités de développement embryonnaire, en l'absence d'ovulation naturellement multiple. Par ailleurs, l'efficacité de cette technique en cas d'altération sévère du sperme (moins de 5% de spermatozoïdes morphologiquement normaux, moins de 3 millions de spermatozoïdes mobiles par millilitre) s'est montrée limitée : le taux de fécondation de ces FIV a été évalué de 18% contre 72% en cas de sperme normal en 1992²⁹¹. Le recours à la FIV ne permettant pas de traiter toutes les infertilités masculines, le seul recours possible pour les couples concernés consistait alors à utiliser le sperme d'un tiers dans le cadre d'une insémination artificielle avec donneur (IAD), et plus rarement d'une FIV avec donneur (FIV-D).

Le don de gamètes : la seule alternative pour les hommes ?

Le recours au sperme d'un donneur a été techniquement possible bien avant l'utilisation d'ovocyte de donneuse. Utilisé avec succès pour la première fois en 1884²⁹², son encadrement médical a été l'occasion de dépasser certaines réticences sociales entourant cette pratique et de « *neutraliser socialement un acte qui peut très facilement être perçu comme un adultère* »²⁹³. En France, à l'initiative du professeur Georges David, un réseau de centres destinés au recueil et à la préservation de gamètes masculines est mis en place à partir de 1973. Ces centres sont appelés CECOS, un acronyme évoquant au départ *Centres d'étude et de conservation du sperme humain*, pour progressivement inclure la conservation des ovocytes et tissus ovariens et des embryons, le sigle

²⁸⁹ Dans une procédure de FIV, le prélèvement d'un ovocyte naturellement produit promet un taux de réussite global de 24% contre 4% de chance de réussite lorsque la FIV est réalisée avec un cycle stimulé. Ce taux de réussite est calculé à partir du taux de fécondation (84% pour l'ovulation naturelle contre 57% pour le cycle stimulé), le taux de nidation de l'embryon transplanté (32% contre 9%) et la taux d'accouchement (88% contre 72%). Jacques Testart, 1993, cité par Laurence Tain, « Corps reproducteur et techniques procréatives : images, brouillages, montages et remue-ménage », *Cahiers du Genre*, n°34, 2003, p. 182

²⁹⁰ L'équipe de Jacques Testart et René Frydman relate les exigences du suivi d'un cycle naturel, qui demande par exemple de réaliser la ponction d'ovocytes à une heure avancée de la nuit, mobilisant médecins, anesthésistes et infirmières. Cf. Laurence Tain, « Corps reproducteur et techniques procréatives... », *op. cit.*, p. 182

²⁹¹ Le taux de fécondation équivaut au nombre d'embryons obtenus par rapport au nombre d'ovocytes mis en fécondation. Elise de La Rochebrochard, *op. cit.*, p. 565

²⁹² Elise de La Rochebrochard, *op. cit.*, p. 566

²⁹³ Ilana Löwy, « Assistance médicale à la procréation.. », *op. cit.*, p. 81

correspondant désormais à *Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain*. Les règles déontologiques de ces centres ont été établies par Georges David, afin de tempérer les réticences sociales autour de la pratique de l'IAD, qui est dès lors présentée comme la réalisation d'un projet parental grâce à un autre couple. Les donneurs doivent donc être père de famille, en couple et avoir l'accord de leur conjointe pour entreprendre cette démarche, qui est de plus obligatoirement gratuite et anonyme²⁹⁴.

Par ailleurs, l'intervention de médecins a permis la sélection des donneurs, afin d'éviter la transmission de maladies infectieuses et génétiques.

Les inséminations artificielles avec donneurs représentent dans les années 1990 un recours face à quatre types de cas : trois types d'infertilité masculine tout d'abord, de l'azoospermie (absence totale de spermatozoïdes, 53% des cas), aux oligospermies (moins de 20 millions de spermatozoïdes par millilitre, 38% des cas) en passant par les astheno-tératospermies (liées à la morphologie et/ou à la mobilité des spermatozoïdes, 7% des cas), mais aussi les cas où les couples veulent éviter la transmission d'une pathologie génétique par le géniteur (2%)²⁹⁵.

L'encadrement médico-légal de cette technique n'a pourtant pas eu pour conséquence un recours banalisé à l'IAD, du fait des difficultés éprouvées par les couples à admettre une paternité étrangère. Cette réticence est partagée par l'ensemble de la population française ; une enquête de l'INED conduite en 1994²⁹⁶ a montré que l'adoption était généralement jugée préférable à l'IAD, et ce même par les individus étant eux-mêmes confrontés à des difficultés à concevoir. La préférence pour l'adoption était d'ailleurs plus forte chez les

²⁹⁴ Le principe d'anonymat du don de gamètes est aujourd'hui fortement remis en cause, au nom du droit des individus à connaître leurs origines, notamment par les enfants issus d'IAD ou de FIV-D. Cf. notamment Irène Théry, *Des humains comme les autres – Bioéthique, anonymat et genre du don*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2010 et Arthur Kermalvezen, Blandine de Dinechin, *Né de spermatozoïde inconnu*, Presses de la Renaissance, Paris, 2008, manifeste du porte-parole de l'association Procréation Médicalement Anonyme.

²⁹⁵ Fédération française des CECOS, citée par Elise de La Rochebrochard, *op. cit.*, p. 565

²⁹⁶ Enquête INED-INSEE Situations familiales et emploi, 1994, citée par Elise de La Rochebrochard, *op. cit.*, pp. 568-569

hommes que chez les femmes, ce qui laisse supposer qu'il était plus difficile pour les pères de recourir à l'IAD²⁹⁷ :

TABLEAU 5. – ACCEPTATION DE LA FIV ET DE L'IAD EN FRANCE EN 1994
SELON LE SEXE ET L'EXISTENCE OU NON DE DIFFICULTÉS POUR AVOIR UN ENFANT (%)

Ce tableau présente les réponses à deux questions* :				
1) Pour un couple qui ne peut avoir d'enfant, il vaut mieux recourir à une FIV ou adopter un enfant (en supposant que la demande d'adoption aboutisse) ?				
2) Pour un couple qui ne peut avoir d'enfant, il vaut mieux recourir à une IAD ou adopter un enfant (en supposant que la demande d'adoption aboutisse) ?				
Femmes	N'ayant jamais eu de difficultés pour avoir un enfant		Ayant eu des difficultés pour avoir un enfant	
	FIV	IAD	FIV	IAD
Recourir à la méthode	57,5	31,7	66,0	38,5
Adopter un enfant	31,6	53,3	25,4	49,1
Ne se prononce pas	10,9	15,0	8,6	12,4
	100,0	100,0	100,0	100,0
Hommes	N'ayant jamais eu de difficultés pour avoir un enfant		Ayant eu des difficultés pour avoir un enfant	
	FIV	IAD	FIV	IAD
Recourir à la méthode	49,1	24,6	67,8	32,0
Adopter un enfant	34,3	54,7	24,0	52,2
Ne se prononce pas	16,6	20,7	8,2	15,8
	100,0	100,0	100,0	100,0

* En introduction à ces deux questions, l'enquêteur lisait un texte pour expliquer les deux méthodes. La FIV était décrite ainsi : « En laboratoire, on féconde l'ovule de la femme avec le sperme du mari, l'embryon est ensuite replacé dans le ventre de la mère ». L'IAD était présentée de la façon suivante : « La femme est fécondée par le sperme d'un autre homme que son mari, après un don de sperme anonyme ».

Source : Ined-Insee, enquête Situations familiales et emploi, 1994.

Le rapport à la filiation est en effet différent selon les sexes ; la transmission du patrimoine génétique semble plus importante pour le père qui ne vit pas l'expérience de la grossesse : « *C'est à dire que même s'il n'y a pas de fonctionnement ovarien, pour la femme, il y a la grossesse. (Pour l'homme) Quand il n'y a pas de spermatozoïdes, il n'y a rien du tout. Il reste plus rien. Et la grossesse de leur femme ne va..., il va falloir qu'ils construisent une autre façon d'être père. Les femmes, elles vont toujours garder la maternité, puisque la maternité, c'est la grossesse. Et ça même si il n'y a pas d'ovocyte, ça elles l'ont de toute façon.* »²⁹⁸

Jusqu'en 1992, le recours au don de gamètes constituait l'unique ressource en cas d'infertilité masculine (sauf dans les cas où une FIV permettait de dépasser une moindre pénétrance des spermatozoïdes). Le développement de l'imagerie médicale permettant d'explorer l'anatomie masculine a été relativement tardif

²⁹⁷ Tableau présenté par Elise de La Rochebrochard, *op. cit.*, p. 569

²⁹⁸ Sophie G., biologiste, coresponsable d'un CECOS

par rapport à l'investigation du corps féminin, et la spermatogénèse ne faisait pas l'objet des mêmes recherches ni de la même maîtrise médicale que l'ovulation. Cette situation peut être attribuée au tabou précédemment évoqué entourant le corps sexuel masculin, induisant un privilège accordé aux recherches sur le corps féminin, ainsi qu'aux réticences d'une population scientifique majoritairement masculine à prendre en compte de potentielles défaillances masculines dans la fertilité. Ce silence entourant les fonctions reproductives et sexuelles masculines correspond à des représentations de la masculinité l'éloignant de la corporéité et idéalisant la force corporelle et la puissance sexuelle. Cette congruence entre le monde médical et les représentations culturelles aboutit cependant à un paradoxe. En effet, historiquement, la maîtrise de la sexualité féminine par les hommes, par le biais des représentations idéales de la féminité prônant souvent la virginité des femmes avant leur mariage, mais aussi de la limitation des activités qui leur étaient autorisées et d'une condamnation accrue de l'adultère féminin, repose sur l'incertitude de la paternité. Si le lien entre enfant et mère repose sur l'expérience sensorielle de la gestation et de l'accouchement, celui entre père et enfant ne peut être que déduction et postulat, du moins jusqu'à l'émergence des tests de paternité. « *La paternité est une conjecture* »²⁹⁹, écrivait Freud au XIXe siècle et cette incertitude masculine peut être comprise comme au cœur du rapport à la sexualité féminine et des représentations liées à la procréation : il faut rendre le père indispensable et puissant, afin de la tempérer. Dans le cadre de l'aide médicale à la procréation, les conséquences, en termes d'avancée des recherches, du respect des représentations dominantes de la masculinité ont donc conduit à l'institutionnalisation de l'objet de craintes masculines traditionnelles : la production d'un enfant par leur femme « avec un autre ».

Ce paradoxe, et les difficultés culturelles entourant l'IAD ont été partiellement résolus par ce qui a été considéré comme une avancée majeure dans le domaine de la prise en charge médicale de l'infertilité masculine : le développement de la technique de l'ICSI ou *Intra-Cytoplasmic Sperm Injection*.

²⁹⁹ Cité par Thomas Laqueur, *op. cit.*, p. 81

Les bouleversements de l'ICSI

La technique de l'ICSI consiste à introduire directement un spermatozoïde dans le cytoplasme d'un ovocyte. Elle est développée par des chercheurs de l'Unité de fertilité de l'hôpital Erasme, relié à l'Université Libre de Bruxelles en 1992, qui permettent ainsi la naissance de quatre bébés. L'ICSI est immédiatement perçue comme une réponse révolutionnaire aux infertilités masculines, puisqu'elle permet la paternité biologique même lorsque il y a peu de spermatozoïdes ou peu de spermatozoïdes mobiles ou morphologiquement normaux. Le scientifique sélectionne un seul spermatozoïde issu d'un éjaculat et c'est lui qui réalise l'opération de pénétration de l'ovule.

Dès 1997, un manuel de médecine de la reproduction explique que « *l'ICSI est une révolution dans le traitement des stérilités masculines puisqu'elle permet une paternité biologique à pratiquement tous les patients* »³⁰⁰. L'ICSI se révèle même un recours en cas d'absence totale de spermatozoïde dans l'éjaculat, car des biopsies testiculaires permettent d'avoir accès aux spermatides, c'est à dire aux spermatozoïdes à un stade inabouti de leur développement. Entre 1995 et 1998, l'enquête FIVNAT rapporte que 7% des ICSI sont réalisées avec des spermatides³⁰¹.

L'utilisation de cette technique, qui nécessite donc une fécondation in vitro, se développe très rapidement, du fait de l'absence d'anomalies lors des premières expériences, et parce que l'ICSI améliore l'efficacité des FIV, en assurant la fécondation de tous les ovocytes prélevés. En permettant à de nombreux hommes considérés comme stériles de devenir pères, l'ICSI est progressivement largement préférée à l'insémination artificielle avec donneur. Les courbes d'utilisation des différentes techniques d'AMP montrent le succès rapide de l'ICSI³⁰² :

³⁰⁰ A. V. Hirsch, « A guide to the practice of andrology in the assisted conception unit », in P.A. Rainsburg, D.A. Vinker (eds.) *Practical guide to reproductive medicine*, The Pantheon Publishing Group, 1997, pp. 179-212, cité par Ilana Löwy, « Assistance médicale à la procréation.. », *op. cit.*, p. 92

³⁰¹ Elise de La Rochebrochard, *op. cit.*, p. 572

³⁰² Tableau présenté par Elise de La Rochebrochard, *op. cit.*, p. 574

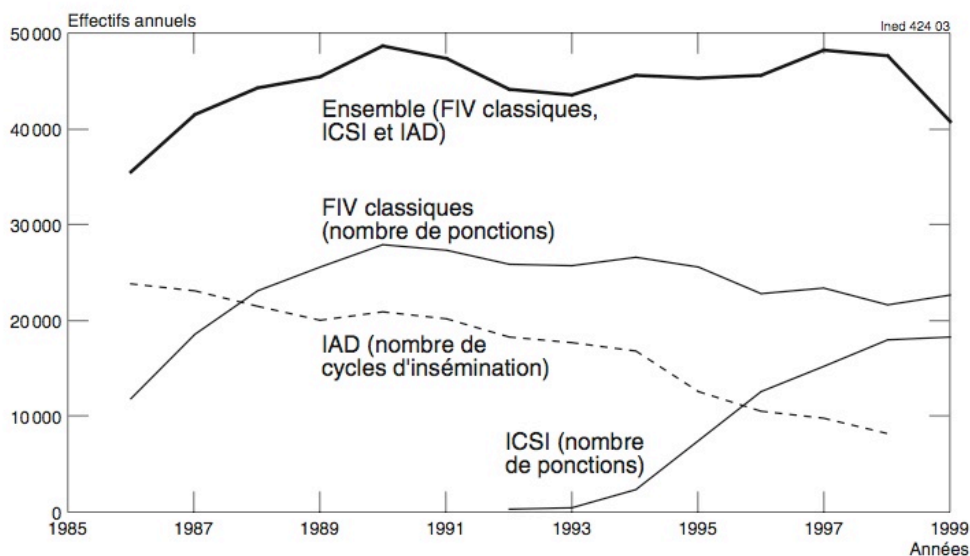


Figure 4. – Nombre de FIV classiques, d'ICSI et d'IAD réalisées en France entre 1986 et 1999

Sources : le nombre annuel d'IAD (nombre de cycles d'insémination) est issu des bilans annuels de la fédération des CECOS. Le nombre annuel de ponctions (englobant FIV classiques et ICSI) est issu des bilans d'activité des centres. L'estimation du nombre de FIV classiques et du nombre d'ICSI est réalisée en appliquant la proportion annuelle d'ICSI observée dans l'enquête FIVNAT.

En 2000, les données FIVNAT montraient que 71% des ICSI avaient été réalisées en cas d'indications masculines (éventuellement associée à une indication féminine), et les autres avaient été réalisées dans les cas d'échecs de FIV classique³⁰³. Cette rapide diffusion masque un certain nombre de problèmes posés par cette technique.

Premièrement, malgré les possibilités que l'ICSI offre aux hommes présentant des altérations sévères du sperme, elle constitue un traitement palliatif des stérilités masculines et non étiologique. Le recours à cette technique palliative a rendu les recherches sur les causes d'infertilité masculine difficiles à défendre et à financer, alors même qu'il n'existe aucun traitement direct : « *Il y a vraiment des cas particuliers, où on explique que les testicules sont pas assez stimulées par l'hypophyse, on peut donner, on peut faire des cures de stimulation, mais globalement aujourd'hui, non, on shunte le problème, c'est-à-dire qu'on arrive à, par la technique, permettre à des gens qui ne seraient pas arrivés tous seuls à faire leur enfant...voilà, donc on shunte le problème mais on le guérit pas. C'est vrai que si on pouvait, si on arrivait à faire ça, on dirait « Prenez ça, je vous prescris ça, et*

³⁰³Elise de La Rochebrochard, *op. cit.*, p. 576

puis ça va se faire tout seul sous la couette à la maison ». Malheureusement, il y a eu des progrès mais dans la technique et pas des progrès dans la résolution du problème, dans la guérison du problème. »³⁰⁴

Par ailleurs, de nombreuses interrogations quant au devenir des enfants ainsi conçus accompagnent le développement de cette technique. La performance de la pénétration du cytoplasme par le scientifique élimine les processus de sélection naturels du spermatozoïde fécondant, à la fois dans l'accès à l'ovule et en ce qui concerne l'acceptation du spermatozoïde par l'ovule. Des cohortes d'enfants conçus par ICSI ont été constituées afin d'évaluer les conséquences de ce biais de sélection en termes de malformations congénitales et de développement psychomoteur. Les études produites souffrent d'un manque de représentativité des échantillons constitués et d'une absence de coordination entre centres d'AMP : certaines concluent à l'absence de problèmes particuliers, quand d'autres soulignent des retards de développement chez ces enfants, ainsi qu'un risque accru de pathologies de l'appareil génital chez les garçons et d'anomalie des chromosomes sexuels³⁰⁵. Ces enfants ayant été conçus avec des spermatozoïdes, voire des spermatides, considérés comme altérés, la question de leur fertilité peut légitimement être posée, sans trouver de réponse pour l'instant dans la mesure où ils ne sont pas encore en âge de procréer.

Enfin, l'augmentation de la part des ICSI dans les techniques d'AMP renforce le problème de l'inégalité des traitements concernant les partenaires. Une femme fertile peut dans le cadre d'une ICSI se soumettre à un traitement lourd et à une opération chirurgicale risquée, afin de pallier l'infertilité de son partenaire, ce qui correspond à une « *instrumentalisation du corps de la femme* »³⁰⁶. Cette médicalisation du corps de la femme a de plus des conséquences néfastes sur les chances de développement des embryons comme l'a montré l'étude de Jacques Testart précédemment citée³⁰⁷. Selon Ilana Löwy, la terminologie utilisée en AMP cherche à dissimuler cette asymétrie dans le traitement des partenaires : « *Il fallait (...) justifier le recours à un traitement médical lourd appliqué à une femme*

³⁰⁴Pierre N., urologue formé en andrologie, exerçant en libéral.

³⁰⁵Elise de La Rochebrochard, *op. cit.*, p. 577

³⁰⁶Sophie G.

³⁰⁷ Cf. Partie 2, Chapitre V, A. Première sous-partie.

normalement fertile dans le seul but d'avoir un enfant biologique de son compagnon. La solution passa par la création d'une nouvelle entité médicale, "le couple infertile", traitée comme un ensemble unique dont un élément – la femme – est soigné pour la "défaillance du facteur masculin". (...) cette nouvelle unité est constituée par une série de "purifications" rhétoriques qui effacent les interventions médicales, souvent lourdes, sur le corps des femmes. »³⁰⁸

L'acceptation par les femmes de ces traitements lourds, même quand elles ne sont pas véritablement concernées par le diagnostic de stérilité de couple, peut s'expliquer par l'importance de la maternité et de la grossesse dans les définitions dominantes de la féminité³⁰⁹. Les gynécologues interrogées travaillant dans le secteur de l'AMP font toutes état d'une motivation féminine sans failles : « Les femmes sont très motivées pour avoir des enfants, donc elles viennent parce qu'elles ont un désir d'enfant et elles sont prêtes à tout ce qu'on veut leur faire, quasiment tout. »³¹⁰ Cette motivation semble être plus forte ou du moins plus facile à exprimer que pour les hommes : « De temps en temps en entretien, je leur demande de dire où ils en sont dans leur motivation : les femmes elles sont toujours à 10 sur l'échelle, et eux ils disent "oui, oui..." , ça passe 5 mais ils disent pas 10. C'est pas pareil. »³¹¹

L'asymétrie des pratiques et la lourdeur du traitement freinent rarement les patientes :

« MB - On peut avoir cette remarque là au tout début. Quand on dit « ben voilà sur Monsieur on ne peut rien faire, la seule chose qu'on peut faire c'est prendre ses spermatozoïdes, faire une fécondation in vitro, donc vous avez un mois de piqûres », et sur le moment la première fois où on leur dit, elles peuvent se dire « C'est pas juste », mais il y en a pas beaucoup qui reviennent en arrière quand même.

CV - Mais il y a des réactions...

³⁰⁸ Ilana Löwy, « Assistance médicale à la procréation.. », *op. cit.*, pp. 88-89

³⁰⁹ Arthur L. Greil, Thomas A. Leitko, Karen L. Porter, « Infertility : His and Hers », *Gender and Society*, Vol 2, n°2, 1988, pp. 172-199, Elisabeth Badinter, *L'amour en plus : histoire de l'amour maternel XVII-XXe siècles*, Flammarion, 1981, Yvonne Knibiehler, Gérard Neyrand (dir.), *Maternité et parentalité*, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, Rennes, 2004

³¹⁰ Maryline B., gynécologue exerçant en libéral, dans un service d'assistance médicale à la procréation, dans un Centre Hospitalier Universitaire et dans un Centre d'Orthogénie et de Planification Familiale.

³¹¹ Patricia G., MCU-PH, gynécologue dans un service d'assistance médicale à la procréation

MB - La toute première fois. On leur dit "On peut rien faire pour lui mais ce qu'on vous propose c'est ça", j'ai quelques fois entendu "C'est pas juste". C'est tout. Et après c'était : "Expliquez moi comment on fait", "ça va être quand ?", "Est-ce qu'on peut faire ça le mois prochain ?". Ça passe très très vite. »³¹²

La notion d'urgence touche également plus les femmes, limitées biologiquement dans leur projet parental par la perspective de la ménopause : « *Dans l'histoire du couple, l'âge de la femme est déterminant. Déterminant dans la fécondité naturelle, déterminant dans les possibilités ensuite de faire de la fécondation in vitro. Donc les gens sont aussi, et on les comprend, un petit peu obsédés par ça et par l'idée de ne pas faire trainer les choses au point où la femme aura atteint l'âge où sa réserve de cellules germinales dans les ovaires ayant trop diminué, on ne pourra plus lui faire les traitements hormonaux pour une fécondation in vitro. Tandis que chez l'homme, chez les 40, 50, 60 ans, on peut encore faire des trucs. »³¹³ Les limites sont également d'ordre légal puisque l'accès aux procédures d'AMP ainsi que leur remboursement sont conditionnés par l'âge de la partenaire féminine : une femme ne peut plus bénéficier du remboursement des techniques d'AMP après 43 ans, quand aucune limite d'âge n'a été fixée pour l'homme³¹⁴.*

Depuis les années 1960, un certain nombre de techniques ont été développées pour permettre la procréation malgré des infertilités féminines ou masculines. Les recherches se sont initialement orientées sur les origines et le traitement des infertilités féminines, conformément à la préférence traditionnellement accordée aux femmes comme objet d'étude et de soin dans le domaine de la santé sexuelle. De fait, jusqu'en 1992, la seule option pour la majorité des hommes confrontés à une infertilité consistait à recourir au sperme d'un donneur. Le coût du tabou entourant les fonctions sexuelles et reproductives masculines dans le milieu médical a donc représenté une entame paradoxale de la valorisation masculine par la filiation entre père et enfant. Le développement de l'ICSI permet

³¹² Maryline B.

³¹³ Gabriel E., biologiste dans un CECOS, MCU-PH

³¹⁴ Arrêté du 25 janvier 2000 modifiant l'arrêté du 3 avril 1985 fixant la Nomenclature des actes de biologie médicale

aujourd'hui à de nombreux hommes de devenir le père biologique de leurs enfants mais cette technologie soulève des incertitudes concernant la santé des enfants nés par son intervention. Elle accentue également le déséquilibre entre homme et femme dans le domaine de l'AMP, en faisant porter la quasi-totalité de la charge du traitement au partenaire féminin, même lorsque la stérilité est uniquement d'origine masculine. Enfin, l'ICSI ne constitue pas un traitement étiologique des infertilités masculines mais un palliatif. Les techniques d'AMP soulignent l'existence d'inégalités dans les connaissances et les traitements, tout en les renforçant. Hommes et femmes ont ainsi des statuts très différents dans les dispositifs d'assistance médicale à la procréation, sur le plan théorique mais aussi pratique.

B. Hommes et femmes dans les dispositifs d'AMP

Le monde de l'assistance médicale à la procréation s'est structuré autour des recherches sur la fertilité féminine et la connaissance du fonctionnement reproductif féminin. En termes démographiques, les biologistes et les gynécologues occupent une grande place dans les services d'AMP, sans qu'il n'y ait la même place pour les médecins spécialistes des hommes³¹⁵. En termes de recours, de développement des recherches et d'organisation du parcours de soins, les hommes ne bénéficient pas de la même attention que les femmes.

Un espace féminin ?

Le parcours de soins en assistance médicale à la procréation est extrêmement codifié. Au cours de ce parcours, des entretiens et consultations particuliers interviennent à des étapes spécifiques : il s'agit d'une part d'obtenir l'accès à l'AMP grâce aux justifications biographiques agréées par des professionnels de santé³¹⁶, et par la correspondance aux critères légaux d'accès à ces procédures. D'autre part, le parcours médical est constitué d'une phase de diagnostic d'infertilité, suivi d'une phase d'action qui se concentre en général

³¹⁵ Si les deux biologistes rencontrés avaient tous les deux une formation en andrologie, ils ne sont pas autorisés à exercer en tant que cliniciens et ne peuvent donc pas être considérés comme des médecins dédiés aux hommes.

³¹⁶ Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir...*, op. cit., pp. 136-152

principalement sur le corps de la femme. L'ensemble de ce processus est géré, du côté professionnel, par des gynécologues et des biologistes. Les gynécologues sont en charge de la première consultation, et prescrivent les examens nécessaires pour établir des bilans de fertilité, qui sont effectués en dehors du service d'AMP, ou par les biologistes en ce qui concerne les spermogrammes. Ensuite, le recueil de gamètes est effectué par les gynécologues pour les femmes, et par les hommes eux-mêmes par une masturbation en laboratoire. Enfin, ce sont les gynécologues qui procèdent au transfert d'embryons produits par les biologistes. L'intervention de médecins spécialisés sur les hommes ne se fait donc que dans le cadre de certains bilans en dehors du service hospitalier³¹⁷, et seulement depuis quelques années puisque dans les années 1980, les gynécologues pouvaient se charger des examens cliniques sur les hommes³¹⁸. Les opérations et traitements lourds touchant majoritairement les femmes, et les hommes n'ayant généralement que peu d'interventions à subir, l'organisation du service semble nécessairement incomber aux gynécologues et biologistes, mais elle est significative de la place faite aux hommes.

Les hommes sont donc confrontés à des gynécologues lors des premières consultations diagnostiques, ce qui se traduit par une certaine gêne :

« MB -Un sur deux est en retrait, est assis en retrait et laisse sa femme parler, il écoute, il répond à la rigueur quand j'insiste en lui posant des questions directement. Il n'y a que un sur deux qui a l'air sur un pied d'égalité dans le couple pour le désir d'enfant. (...) Ça peut être aussi bien la peur de la médicalisation que effectivement faire un enfant pour faire plaisir à sa femme mais pas vraiment pour lui.

CV- Et les femmes sont plus à l'aise pour ces deux raisons, parce que leur désir est très présent et parce qu'elles ont l'habitude...

³¹⁷ Ces bilans sont effectués par des urologues extérieurs au service disposés à faire ces bilans, dont le nombre est restreint et dont la perception de l'AMP ne semble pas toujours propice à pallier le manque de consultation spécifique aux hommes : *« Même nous on a du mal à avoir des urologues qui les voient un peu sérieusement, des fois ils font même pas l'écho des testicules et il y a des cancers, enfin bon, vraiment on a l'impression que ça leur passe au-dessus, même quand ils ont fait la formation. Vraiment. Ils appellent leurs consultations d'andrologie, « la consultation des couilles vides », c'est affreux. Moi j'aimerais bien qu'il y ait un médecin qui aime bien faire de l'andrologie, qui aime bien aider... »*, confie Patricia G.

³¹⁸ Maryline B.

MB- Et peut-être aussi parce qu'elles s'adressent à une femme. »³¹⁹

Le fait que les hommes sont mal à l'aise semble être dû à la fois à un manque de socialisation médicale et à la confrontation avec un médecin spécifiquement dédié à la santé des femmes : « *Les femmes viennent plus facilement. Les hommes, je sais pas, ça fait peut-être deux ans qu'on leur demande de venir en première consultation mais avant c'était pas du tout systématique. Et, ils sont pas très à l'aise, ça c'est certain, avec une gynéco. Bien qu'il n'y ait pas d'examen physique. (...) Ils vont moins chez le médecin je pense les hommes, à la base. Je sais pas ce qu'il en est sociologiquement mais je crois qu'ils consultent quand même moins et ils viennent moins facilement chez le médecin. Moi je les sens plus mal à l'aise, au premier rendez-vous, après ça s'arrange, mais au premier rendez-vous de parler de désir d'enfant, du délai, des rapports, des choses comme ça. »³²⁰*

Il n'existe pas de consultation spécifique dans le service hospitalier, susceptible de leur fournir un espace personnel dans la démarche et de les aider à dépasser la gêne éprouvée face aux gynécologues :

« Je ressens de façon permanente le fait que les hommes sont beaucoup laissés sur le côté. Et quand on discute avec eux, ils le disent. « On s'occupe beaucoup de ma femme, et moi : rien ». Donc moi je suis une militante fervente de la consultation d'andrologie pour tous les hommes, juste pour qu'il y ait un espace médical où on peut leur dire : « Vous avez un examen clinique normal, tout va bien ». Ou au contraire : « vous avez un examen clinique pathologique, on va documenter, etc.. ». Et que ce ne soit pas fait par celui qui gère la femme. Que l'homme ait un espace spécifique de consultation, même si effectivement dans la moitié des cas, on va dire « Ben oui, tout est normal » ou on va dire « Ben c'est pas normal, mais on peut rien faire ». Y compris du côté clinique, c'est des consultations extrêmement frustrantes. »³²¹

D'autre part, le manque d'habitudes médicales des hommes en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, ainsi que l'absence d'encadrement spécifique ont

³¹⁹ Maryline B.

³²⁰ Patricia G.

³²¹ Sophie G., biologiste, MCU-PH, coresponsable d'un CECOS et secrétaire générale de la Société d'Andrologie de Langue Française

pour conséquence que les rares examens auxquels ils sont soumis sont en général très mal vécus :

« MB - Par contre les hommes sont beaucoup plus réticents pour aller chez l'urologue déjà, il faut leur en parler déjà plusieurs fois. Et puis faire un spermogramme, quand il faut faire le recueil, ça paraît insurmontable quand on en parle pour la première fois. (...) »

CV - C'est dû au rapport masculin à la médecine ?

MB - Ouais, la peur de la maladie. L'impression d'être bien, ou d'être dévalorisé quand il y a un problème de santé. »³²²

Pour une autre gynécologue : « Pour les hommes, c'est principalement des examens de sperme, donc masturbation en laboratoire. Il y a de temps en temps des prises de sang. (...) pour les hommes c'est très lourd, ils rechignent chaque fois qu'il faut faire un contrôle. (...) il y en a quelques uns qui parlent du moment du prélèvement, quand on leur a prescrit, avec humour, mais la plupart, on sent que c'est lourd pour eux. »³²³

Alain Giami a étudié le vécu des hommes autour du recueil de sperme dans le cadre des procédures d'AMP, lors d'une enquête dans deux hôpitaux parisiens³²⁴. Les entretiens font état d'un très fort sentiment de gêne partagé par les hommes qui doivent effectuer ce prélèvement. Cette gêne est attribuée par Alain Giami à une conciliation difficile entre un acte envisagé comme sexuel et le milieu médical dans lequel il se déroule. Ce sentiment est d'autant plus fort que les hommes sont « mal préparés socialement et mentalement à subir des examens médicaux ou biologiques tels que des "prélèvements" portant sur des "sécrétions", une "radio" ou une "échographie" »³²⁵, à la différence des femmes dont la socialisation médicale est plus forte. Cette gêne est également liée à la charge symbolique du sperme et de l'examen en lui-même, qui constitue une « remise en cause de la masculinité associée à la fertilité »³²⁶ : « la simple prescription de cet examen vaut comme diagnostic et tombe comme un verdict : la fertilité de l'homme »

³²² Maryline B.

³²³ Patricia G.

³²⁴ Alain Giami, « Le "glauque" ou la production de sperme infertile », *Ethnologie Française*, Vol.41, n°1, 2011, pp. 41-48

³²⁵ *Ibid.*, p. 44

³²⁶ *Ibid.*, p. 42

est mise en doute dès que le médecin envisage de procéder à son évaluation. »³²⁷
C'est donc le caractère inhabituel de l'interrogation de la fertilité qui est au cœur du malaise ressenti par les hommes lors de ces examens.

Nous avons souligné le poids de la médicalisation de ces procédures pour les femmes. Si la différence d'intervention sur le corps masculin peut être vue comme un avantage pour les hommes, elle peut potentiellement contribuer à ce sentiment d'exclusion des hommes et correspond aussi à des manques de connaissances et de recours. L'ICSI offre une solution à une grande partie des hommes stériles, mais pas à tous et ne constitue pas un traitement des causes de la stérilité. Un certain nombre d'hommes qui s'engagent dans un parcours d'AMP sont confrontés à la limitation des recherches, comme Nathanaël V., urologue-andrologue dans un CHU : *« Pour l'instant, moi mon quotidien, c'est de tous les hommes qui viennent me voir pour infertilité masculine, bilan d'infertilité masculine, il y en a environ un tiers qui présentent zéro spermatozoïde sur le sperme éjaculé. Sur ce tiers, il y en a les trois quarts pour lesquels ce n'est pas un problème de tuyauterie, c'est un problème de production de spermatozoïdes. Au jour d'aujourd'hui, en 2011, on ne sait pas faire fabriquer des spermatozoïdes à un individu. Les causes en sont certainement multiples, à cette azoospermie dite sécrétoire, mais avant qu'on ait mis la main sur la connaissance déjà, avant de proposer des solutions il faut comprendre. On n'a même pas la connaissance, les pourquoi. On a des hypothèses sur les origines, mais sur la vraie microexplication, on n'a pas d'explication, et par conséquent on n'a pas de réponse à apporter »*³²⁸.

Ce manque de recours s'explique par un différentiel important dans le développement des recherches sur les causes d'infertilité chez l'homme et chez la femme.

³²⁷ *Ibid.*, p. 44

³²⁸ Nathanaël V., urologue-andrologue en Centre Hospitalier Universitaire

Le masculin ignoré

En raison du développement unilatéral d'une médecine des femmes et d'effets de cliquets qui ont conduit à la perpétuation de cette inégalité dans le domaine des sciences, les recherches et les tentatives thérapeutiques concernant l'infertilité se sont majoritairement concentrées sur les femmes, reflétant et nourrissant le tabou qui entoure la prise en compte médicale de défaillances sexuelles masculines. La stérilité d'un couple a ainsi longtemps été attribuée au partenaire féminin seulement, ce qui a pour conséquences des niveaux différents de connaissances relatives à la santé sexuelle et reproductive des hommes et des femmes :

« Moi je trouve qu'on en connaît beaucoup plus chez les femmes que chez les hommes mais je suis gynéco, j'ai pas assez fait d'urologie pour vous dire. Ça a beaucoup progressé, ce qui est sûr c'est que chez l'homme, quand j'ai commencé la fécondation in vitro vers 82-83, on s'occupait que des femmes, des trompes bouchées, et... des spermogrammes de base. On faisait très peu de choses chez l'homme. Et ça a beaucoup progressé. Mais bon peut-être qu'on sait encore plus chez les femmes quand même que chez les hommes. » Et quand j'interroge cette gynécologue sur les causes de ce différentiel : *« Parce qu'on a pas peut-être assez cherché. Peut-être parce que les chercheurs et les médecins, c'était beaucoup des hommes, qui cherchaient sur les femmes. Peut-être que le cycle chez la femme ça se voit plus, avec les règles, donc c'était peut-être plus facile, c'était plus examinable de l'extérieur. Mais il y a quand même de plus en plus de recherches chez l'homme. »*³²⁹

Le déséquilibre des recherches et des recours ne paraît donc pas inéluctable puisque des recherches se développent aussi du côté masculin et que l'avènement de l'ICSI a offert un recours pour la plupart des hommes. Cependant, du fait de cette focalisation originelle, l'état actuel des connaissances et des traitements possibles apparaît comme très inégal au biologiste Gabriel E. :

« CV – Du coup en termes de traitement, qu'est-ce qui existe du côté féminin et du côté masculin ?

³²⁹ Maryline B., gynécologue exerçant en libéral, dans un service d'assistance médicale à la procréation, dans un Centre Hospitalier Universitaire et dans un Centre d'Orthogénie et de Planification Familiale.

GE – C'est très inégal là aussi. Du côté féminin, on a tout ce qui ressort des anomalies anatomiques curables, il y a la chirurgie, on peut enlever des fibromes, on peut tenter de refaire des trompes, on peut enlever des lésions. Si l'ovulation ne se fait pas tout à fait correctement, on peut donner des petits traitements hormonaux ou bien des trucs plus musclés, mais on peut aussi agir de ce côté là, parce qu'on sait comment ça fonctionne et que on a découvert des analogues hormonaux qui au lieu de bloquer l'ovulation comme la pilule, vont faire qu'elle se fasse bien, que le fonctionnement du corps jaune se fasse normalement, etc. Donc il y a des recours du côté féminin. Du côté masculin, on en a très très peu. Parce que on n'a pas encore compris comment, on sait beaucoup de choses, mais dans la pratique, pourquoi un homme produit peu de spermatozoïdes, pourquoi les spermatozoïdes qu'il produit ont une mauvaise mobilité, ou une morphologie perturbée, ou beaucoup d'entre eux sont morts, on n'a pas de réponse et de critères de diagnostic suffisamment précis pour pouvoir dire à un homme : "Voilà, vous votre problème c'est ça, il y a tel traitement qu'on peut vous proposer ". »³³⁰

De plus, si des recherches avaient été amorcées en quête de traitement permettant de ne pas imposer l'IAD aux couples dont le partenaire masculin était stérile, elles se sont vues ralenties par le palliatif proposé par l'ICSI :

« Alors ça, je pense que c'est assez clair : ce qui a éteint énormément de recherches en fertilité, c'est le recours aux techniques de fécondation in vitro et à la micro-injection. L'ICSI a éteint toute la recherche sur les testicules. Parce que voilà, on pouvait contourner en allant prendre ce qu'il y avait et en faisant avec. Et ça a été extrêmement préjudiciable, c'est-à-dire qu'une partie de la connaissance sur les testicules ne peut actuellement avancer que sur les modèles animaux, parce qu'on a plus accès de façon fréquente aux biopsies testiculaires. On a accès aux biopsies testiculaires que dans les situations où il n'y a pas du tout de spermatozoïdes dans l'éjaculat. Dans toutes les autres situations de dysfonctionnement du testicule, dans la mesure où on a des spermatozoïdes dans l'éjaculat, qu'on peut les utiliser, on n'a plus de justification à aller faire une biopsie testiculaire. Et du coup cette

³³⁰ Gabriel E.

connaissance là devient très difficile à développer. On n'a que le produit fini accessible. Et pour comprendre, c'est pas beaucoup. »³³¹

Des recherches étiologiques sur les infertilités masculines sont donc difficilement défendables du point de vue des patients, à qui l'ICSI peut éviter des examens douloureux, sauf auprès de ceux pour lesquels cette technique n'est pas un recours pertinent : *« Alors ceux qu'on mobilise le plus facilement sont les cas désespérés oui. Quand ils sont motivés, même si on leur dit que les chances de trouver des spermatozoïdes sont peu importantes et qu'on ira quand même à la biopsie testiculaire, ceux là, ils sont tout à fait motivés pour qu'on avance dans la connaissance. Même si ils savent parfaitement que ça ne changera rien pour eux. J'ai rarement vu de refus dans ce cas là. »³³²*

Les recherches sur l'infertilité masculine sont également difficiles à défendre dans le milieu médical lui-même et auprès des financeurs : *« depuis qu'on a l'AMP ça a un petit peu asséché les recherches du côté masculin. Parce que voilà, il y a la FIV, on a fait l'ICSI, pourquoi se compliquer la vie à chercher des trucs qu'on va pas trouver de toute façon, ou qu'on va trouver une fois sur cent »³³³* Dans un contexte d'incertitude quant aux causes réelles de l'infertilité, et vis-à-vis des possibilités d'élaborer des traitements étiologiques à partir des connaissances qui pourraient être acquises, les projets de recherche n'apparaissent pas comme pertinents : *« (...) en termes d'amélioration du côté masculin, on est extrêmement démunis. Donc finalement, on en est parfois même à des discours, quand on propose de nouvelles explorations, il faut du temps pour montrer que réellement elles vont servir à quelque chose. On a l'expérience qu'on en a déjà montées qui finalement servaient peu, ou dont il était difficile de dire que ça avait réellement une utilité, et que de toute façon on avait pas de traitement derrière pour améliorer. On constatait et puis après, on se retrouvait quand même à être obligés de faire avec. Donc ça motive pas pour continuer à documenter ou... on peut se retrouver à avoir*

³³¹ Sophie G.

³³² Sophie G.

³³³ Gabriel E.

énormément de mal, ne serait-ce qu'à sensibiliser à construire de la recherche dans ce domaine là. »³³⁴

Pourtant, les études menées par les CECOS montrent une baisse de la qualité du sperme depuis trente ans ; les préoccupations démographiques pourraient concourir à une prise en compte politique des enjeux de la fertilité masculine : *« Pour la partie reproduction, il y a un enjeu, et ça c'est votre enjeu sur le plan administratif et sur le plan de la gestion des collectivités et des réseaux humains, c'est tout simplement le fait qu'aujourd'hui, il y a environ 12 à 15% des couples en France et en Europe occidentale qui souffrent de troubles de la fertilité. Or, vous savez aussi bien que moi que la fécondité est un enjeu majeur pour une société, une chute de la fécondité entraîne un vieillissement de la population et une population qui se meurt, si il n'y a pas un renouvellement frais, et bien ça va entraîner quoi ? ça va entraîner une cassure de la pyramide des âges et ça va entraîner une cassure des gens qui vont payer notre retraite au bout de la cohorte, dans cent ans. »³³⁵* Mais la situation de la France, considérée comme championne européenne de la fécondité, a tendance à voiler l'augmentation des problèmes d'infertilités masculines³³⁶.

La perception des recherches sur l'infertilité par les pouvoirs publics et le système de santé français semble encourager la résolution palliative et rapide des problèmes, aux dépens des recherches fondamentales et cliniques sur les origines des problèmes : *« pour revenir à notre discipline, c'est vrai qu'on a un petit peu de mal aussi à faire reconnaître que notre discipline, ça n'est pas que l'assistance médicale à la procréation, ça n'est pas que la fécondation in vitro et ce qu'ils font autour. C'est aussi, ça c'est un gros souci, enfin une préoccupation constante pour nous dans le service, c'est d'admettre, et que ce soit dans les faits tous les jours, c'est que avant de faire des actes, il faut essayer de comprendre pourquoi un couple est stérile ou infertile, essayer de trouver des causes, faire des recherches pour faire progresser la connaissance de ces causes. Et ça c'est pas évident à faire vivre, parce que ça prend du temps, ça ne rapporte pas d'actes qui*

³³⁴ Sophie G.

³³⁵ Nathanaël V.

³³⁶ 12,8/00 naissances en 2009 pour une moyenne européenne de 10,7/00, d'après les données d'Eurostat publiées sur le site de l'INSEE (www.insee.fr)

*rapportent de l'argent. C'est plutôt du travail de recherche, intellectuel. Donc ça c'est pas évident. »*³³⁷

Par ailleurs, les recherches actuelles soulignent des origines multiples aux infertilités masculines liées en grande partie à l'environnement et à l'exposition à des substances toxiques, que ce soit pour les hommes concernés ou pour leurs mères, car certains cas d'infertilité remontent au développement *in utero*. Intervenir sur les causes soulignées par ces études nécessiterait des actions politiques d'envergure qui paraissent hypothétiques :

*« En termes de fertilité actuellement, la politique de prévention, c'est-à-dire se mettre tellement en amont qu'on va éradiquer le risque, et notamment les risques pour la spermatogénèse, parce qu'il y a l'infectieux mais après il y a toute l'exposition toxique, environnement..., on n'en est qu'aux balbutiements d'études suffisamment bien montées pour se dire qu'il y a quelque chose à aller regarder. On aura là de la prévention. Et ça mettra en œuvre bien au-delà du monde de la médecine : ça va être l'aspect alimentaire, ça va être les industries chimiques, des choses très difficiles à aller limiter. Donc si il n'y a pas une réelle volonté des pouvoirs publics, on peut toujours se brosser. »*³³⁸

C'est donc la largeur des enjeux de la prise en compte des infertilités masculines qui semble constituer un frein aux recherches, dans la mesure où elle nécessiterait des changements sociétaux profonds. Pourtant, Nathanaël V. insiste sur l'augmentation des malformations génitales masculines dues à l'environnement des hommes ou des fœtus : *« On connaît aujourd'hui, il y a une liste d'à peu près 500 molécules qui peuvent interférer avec la petite horloge hormonale de l'embryon masculin, et notamment la petite horloge qui concerne la testostérone chez l'embryon. L'embryon mâle fabrique de la testostérone, c'est ce qui va faire qu'il va se différencier en embryon masculin. Et bien lorsque cette petite mécanique déconne, il peut y avoir exceptionnellement des grandes malformations masculines, mais de manière beaucoup plus fréquente, des petites malformations du pénis, c'est de plus en plus fréquent dans la population aujourd'hui. On voit vraiment l'incidence augmenter crescendo. On voit des maldescences du testicule, qui normalement est fabriqué dans le ventre et qui*

³³⁷ Gabriel E.

³³⁸ Sophie G.

descend à l'intérieur du scrotum pendant la dernière période de la grossesse. On voit apparaître également de plus en plus de cancers du testicule, chez le petit embryon une fois devenu adulte, chez l'homme adulte. Et puis on voit apparaître des infertilités. Tout ça procède d'une interférence avec la mécanique de la testostérone chez le petit embryon, qui est sans doute liée à des facteurs environnementaux, et aujourd'hui on commence à pointer du doigt ces facteurs environnementaux. On les retire tous en douce chaque fois que c'est possible, parfois on se heurte à des gros lobbys de l'industrie. Mais le fait est qu'on est entourés de polluants qui perturbent la fertilité masculine, à partir du stade de développement embryonnaire. »³³⁹

Le développement moindre des recherches sur les hommes dans le domaine de l'AMP repose donc sur trois éléments : tout d'abord, ce différentiel s'inscrit dans une dynamique historique de focalisation des recherches médicales sur les femmes, qui a pour conséquence une compréhension plus aboutie du fonctionnement reproductif féminin. Ensuite, le développement d'une technique palliative efficace s'est révélé préjudiciable aux recherches étiologiques, qui ne parviennent pas à mobiliser les pouvoirs publics. Pourtant un recours automatique aux techniques de FIV et d'ICSI est coûteux dans un contexte de prise en charge de ces actes par l'Assurance maladie. Mais les causes de l'augmentation des infertilités masculines sont attribuées par les quelques recherches actuelles à la détérioration de l'environnement et à l'exposition des individus à des produits toxiques, des éléments sur lesquels les pouvoirs publics ne peuvent intervenir sans envisager des changements sociétaux d'envergure. Pour le biologiste Gabriel E., intéressé de longue date par les questions de santé publique, le problème de l'infertilité rejoint des préoccupations sociales qui exigent une prise en charge politique : *« Je pense que effectivement, il y a beaucoup de gens qui n'y pensent même pas. Et que donc c'est important, d'un point de vue de santé publique, de développer des recherches et de faire comprendre qu'il y a des facteurs de l'environnement et du mode de vie qui sont mauvais pour la fertilité de l'homme. Que la société risque de payer cher ensuite en*

³³⁹ Nathanaël V.

soins d'AMP, voire plus tard. Ça rejoint des préoccupations de santé publique, d'écologie. (...) Donc je pense que c'est important de se préoccuper de ce qui peut toucher la fonction de reproduction de l'homme. C'est certainement beaucoup trop négligé à l'heure actuelle : comme c'est pas apparent, c'est négligé. »³⁴⁰

³⁴⁰ Gabriel E.

Le secteur de l'assistance médicale à la procréation se révèle donc caractéristique de l'orientation générale de la médecine sexuelle et reproductive, issue d'une focalisation initiale sur les femmes. Les techniques d'AMP font état de connaissances plus poussées sur les femmes et leur proposent un plus grand nombre de recours en termes de traitement qu'aux hommes. La portée des réticences médicales à faire état de possibles dysfonctionnements sexuels et reproductifs masculins donne donc lieu à un désavantage masculin dès lors qu'il s'agit de guérir des stérilités. L'organisation de l'AMP est structurée autour de la médecine des femmes et le manque de socialisation médicale des hommes rend le processus de traitement difficile sur le plan émotionnel.

Le manque d'investissement scientifique sur la compréhension et le traitement étiologiques des stérilités masculines est compris par un certain nombre de praticiens rencontrés comme lié à la largesse et au caractère politique des enjeux de ces recherches. La mise en place d'une politique préventive dans le domaine de l'infertilité nécessiterait une prise de position politique forte de la part des pouvoirs publics qui semble difficilement envisageable à l'heure actuelle.

Par ailleurs, pour certains médecins rencontrés, le rapport des hommes à la médecine rend peu probable le développement de comportements de prévention dans cette population : *« il n'y a pas de dépistage de routine (pour les hommes) parce qu'ils n'iraient pas. Rares sont ceux qui feraient un dépistage régulier. Combien d'hommes vont voir leur médecin traitant une fois tous les ans ou tous les deux ans pour leur tension, pour leur cholestérol ? Avant d'être malade ? Quand ils sont malades, ils vont mourir, donc ils y vont, mais autrement c'est dur. »*³⁴¹

La prise en compte de l'impact du mode de vie sur la fertilité dans les comportements masculins se révèle difficile même au niveau individuel, pour des hommes confrontés à des problèmes de stérilité : *« Je pense à un homme qui était là tout à l'heure qui est diabétique, on lui disait que ça altérait son sperme, que ça altérait ses testicules, et que si il voulait que sa femme soit enceinte, il fallait peut-être qu'il soigne son diabète et qu'il arrête de fumer. Et on a une amélioration du spermogramme avec ces deux choses là.*

CV – Donc ils écoutent quand même un peu...

³⁴¹ Maryline B.

MB- Ouais, mais c'était dur. C'est plus dur à convaincre. »³⁴²

Ces éléments soulèvent la question de la socialisation médicale masculine, qui peut s'avérer déterminante dans la conscience et la responsabilisation des patients vis-à-vis de leur santé. Dans le domaine du soin et de la prévention, les différences entre pratiques et représentations des hommes et des femmes s'avèrent elles aussi révélatrices d'un déséquilibre initial qui se perpétue avec des conséquences importantes en termes de recours et de connaissances des usagers.

³⁴² Maryline B.

Chapitre VI : La santé sexuelle au quotidien : le gynécologue... et tous les autres

Dans l'entre-deux-guerres, au moment de l'essor de la science endocrinologique, la place accordée par les médecins à la santé sexuelle des hommes était très réduite³⁴³. Les médecins ne constituaient pas un recours possible, car en l'absence de connaissances en la matière, ils se refusaient à écouter les doléances de leurs patients et discréditaient ce type de questions. En Grande-Bretagne, certains hommes décidèrent de s'adresser à la conseillère épistolaire Marie Stopes, connue pour ses ouvrages pédagogiques sur la sexualité, faute de trouver les réponses et les soins dont ils avaient besoin auprès de leurs médecins. Aujourd'hui, les possibilités de recours médical sont plus larges ; l'arrivée du Viagra a modifié les perceptions des problèmes sexuels et en a encouragé la verbalisation. Mais de fortes disparités entre hommes et femmes persistent et l'offre de soins n'est pas la même : la perception de corps différents et ne nécessitant pas les mêmes soins a conduit à une institutionnalisation des pratiques médicales en santé sexuelle et reproductive autour des femmes. Les hommes sont rarement visés par les campagnes de sensibilisation et par les soins proposés. Par ailleurs, l'organisation des soins implique un suivi gynécologique régulier, qui est souvent l'occasion d'apprendre le fonctionnement du corps et la verbalisation des problèmes sexuels, sans que ces processus d'apprentissages n'aient d'équivalent pour les hommes, pour lesquels l'offre médicale demeure fragmentée et non spécifique. Cette inégalité dans les pratiques a pour conséquence de grandes disparités dans la socialisation médicale des hommes et des femmes, qui se traduisent en termes de connaissances, de recours et de responsabilisation.

³⁴³ Lesley A. Hall, « "Somehow very distasteful" ... », *op. cit.*

A. Des corps différents

La création d'une spécialité médicale pour les femmes sans pendant masculin a contribué à diffuser des représentations distinctes des corps masculins et féminins. Avec la pérennisation de pratiques de prévention pour les femmes, et du fait du suivi médical impliqué par la prise d'une contraception, cette population apparaît aujourd'hui comme nécessitant plus de soins médicaux que les hommes, alors même que les représentations de « l'éternelle malade » ont été tempérées par les évolutions des rapports sociaux de sexes. Les pratiques et discours médicaux envisagent donc la santé des hommes et des femmes de manière différente, à la fois en termes de besoins, mais aussi en termes de rapports au corps et à la médecine.

La charge symbolique des organes sexuels

Ces différences de perception s'expriment notamment à travers les représentations des organes sexuels et du vécu des patients autour des pathologies qui les touchent. L'intervention médicale sur les organes génitaux est ainsi perçue comme ayant un impact psychique plus fort pour les hommes que pour les femmes :

« Clairement ça les fait tout remettre en cause. Après, c'est pareil, une femme qui a un cancer du sein, elle aussi elle va tout remettre en cause. Donc il y a quand même une identité sexuelle là derrière qui est vachement importante dans l'équilibre de la personne globalement. Mais oui, clairement, ils sont effondrés. Et d'ailleurs c'est pour ça que quand on parle de cancer de la prostate, quand on parle de retirer la prostate, et derrière il y a l'impuissance qui pointe, ça afflige autant les gens, enfin les hommes. (...) L'ovaire c'est plus facile, c'est plus banalisé parce que pendant des années, on a fait les ovaires à toutes les femmes en disant « de toute façon, ça sert plus à rien quand elles sont ménopausées ». Je crois que l'ovaire c'est pas tellement le cas, et puis ça se voit pas. D'ailleurs de toute façon les femmes sont déjà ménopausées et évidemment la ménopause, c'est un sacré deuil. Mais je crois que

c'est plus vrai chez les femmes pour les seins. Parce que c'est visible, c'est une perte de leur corps visiblement. »³⁴⁴

Pour Céline U., la différence entre hommes et femmes est liée à la différence de visibilité entre testicule et ovaire, dont l'ablation n'a pas d'impact sur l'apparence des femmes. C'est pourquoi elle déplace la comparaison au niveau de la poitrine, même si la visibilité d'une ablation d'un sein est nécessairement plus importante que de celle d'un testicule. Par ailleurs, même dans les cas où l'aspect des testicules pourrait être préservé par l'utilisation de prothèses, l'intervention est évitée au maximum. Ainsi dans le cas de cancers hormono-dépendants, le recours à l'ablation d'organes sexuels ne sera pas le même selon le sexe du patient : *« La deuxième différence que je vois entre les hommes et les femmes, c'est dans les traitements des cancers par exemple, cancer du sein chez la femme, ah bah on va lui enlever ses ovaires, on va lui faire une castration, radiothérapique ou chirurgicale ; chez les hommes on leur enlève pas leurs testicules mais on leur fait des injections de médicaments pour contrôler leurs hormones, des trucs comme ça. Là je sens une vraie différence, dans la préservation de la fertilité ou même si ils ont un certain âge, l'idée de la fertilité. (...) On enlève facilement un ovaire mais alors un testicule, ouh ! ça c'est flagrant, le cancer de la prostate, les hommes ils ont 80 ans, on leur laisse leurs testicules en place alors qu'on pourrait leur en mettre des en plastique, et on leur fait des traitements qui coutent très très cher. Les femmes, elles ont 45 ans, elles ont un cancer de l'ovaire, terminés les ovaires ! Pourquoi on nous laisse pas nos ovaires ? »³⁴⁵*

Dans le cadre de notre analyse, cette différence de traitement peut être attribuée aux charges symboliques liées aux organes sexuels. A l'instar du cas de la contraception, l'atteinte identitaire est plus forte lorsque la fertilité et la puissance sexuelle sont touchées pour les hommes que pour les femmes. Paul K., l'un des praticiens sexologues rencontrés, affirme que *« quelque part, être un homme, ça passe par l'érection, alors qu'une femme peut être femme de diverses*

³⁴⁴ Céline U., urologue en Centre Hospitalier Universitaire

³⁴⁵ Patricia G., MCU-PH, gynécologue dans un service d'assistance médicale à la procréation. La dernière phrase de cette citation souligne l'éventuelle empathie susceptible de jouer un rôle dans le ressenti des praticiens selon leur sexe. Cependant, le sentiment d'appartenance à un groupe sexuel n'apparaît pas déterminant dans les énoncés, praticiens masculins et féminins ont souligné le délaissement des hommes et l'instrumentalisation du corps des femmes, indépendamment de leur sexe.

manières et ne sera pas forcément atteinte narcissiquement par des troubles sexuels »³⁴⁶, et que les réticences à intervenir sur le corps masculin visent à protéger le mythe de la virilité, fortement lié à l'intégrité et au fonctionnement des organes génitaux. Ces représentations sont partagées de manière plus ou moins consciente par les patients et les praticiens comme le montre la question de la préservation de fertilité chez les individus confrontés à des traitements à effets potentiels sur les gonades :

« CV- Est-ce que vous sentez une réticence générale à intervenir sur cette partie du corps masculin, qu'on va faire seulement en dernier recours ?

SG – Oui. Pour exemple, quand on discute de congélation de tissus ovariens chez les femmes ou chez les petites filles, ça n'a pas du tout le même accueil que quand on discute de congélation de tissus testiculaires chez les jeunes garçons. Pas du tout. Ça s'exprime en termes de castration pour les garçons, et ça s'exprime en termes de chances de préservation de fertilité chez les filles.

CV – Quelles peuvent être les conséquences d'un côté comme de l'autre, d'un prélèvement de tissus ?

*SG – Pas très différentes. C'est la perte d'une partie ou de la totalité d'une gonade pour les deux, sauf que l'une est extérieure, et l'autre est interne. Donc ça je pense que ça contribue fortement à la représentation, c'est que l'une a un lien très fort avec la sexualité, alors que l'autre n'en a pas. »*³⁴⁷

Les gonades masculines semblent plus liées que les gonades féminines à la sexualité dans les représentations, une sexualité d'autant plus importante qu'elle est au cœur de la masculinité telle qu'elle est définie en Occident. Pour les femmes, la santé prime sur la préservation des gonades, parce qu'elles ne se voient pas, mais probablement aussi parce que leur importance est liée à la maternité, une expérience circonscrite dans le temps, et non à la sexualité qui potentiellement dure toute la vie. Cette différence de perception des organes sexuels se retrouve dans le vocabulaire qui est utilisé pour qualifier les dons de gamètes :

³⁴⁶ Paul K., gynécologue, psychiatre, formé en sexologie, exerçant en libéral et en Centre d'Orthogénie et de Planification Familiale

³⁴⁷ Sophie G., biologiste, MCU-PH, coresponsable d'un CECOS et secrétaire générale de la Société d'Andrologie de Langue Française

« C'est à mon sens aussi très clair dans la mesure où depuis 30 ans on parle de don de sperme, on parle de la totalité de tout ce qui est émis, donc quelque chose qui est liée à l'éjaculation, et l'éjaculation elle est liée à la sexualité. Alors que de l'autre côté, on parle de don d'ovocytes. Donc on parle de la cellule germinale qui contribue à la conception. Et quelque part, si nous-mêmes on change pas la façon d'en parler, en parlant de don de spermatozoïdes, parce que ce qu'on utilise ne sont que les spermatozoïdes finalement. Même pour l'insémination pour laquelle on va déposer..., actuellement dans 80 à 90% des cas, on utilise que les spermatozoïdes. Donc même en termes techniques, objectivement, c'est un don de spermatozoïdes. Quand on discute avec les donneurs, ils donnent leurs spermatozoïdes. Le liquide séminal, on s'en fout. Mais dans l'imaginaire, ça reste du don de sperme, c'est un recueil de sperme, donc c'est lié à l'éjaculation, et l'éjaculation, elle est liée à la sexualité. »³⁴⁸

Les perceptions de la santé sexuelle pour les hommes et pour les femmes établissent donc des différences entre les organes sexuels selon le genre, attribuant une grand rôle identitaire, fortement lié à la sexualité, aux testicules, quand les ovaires sont perçus avant tout pour leur rôle dans la procréation et ne revêtent pas la même importance individuelle. Les organes sexuels, mais aussi leur fonctionnement tendent à être perçus comme le fondement des disparités de traitement médical entre hommes et femmes, puisque cette perception établit des dissimilitudes de besoins fonctionnelles et biologiques.

Des différences de besoins ?

La plupart des praticiens rencontrés ont conclu à l'absence de nécessité de développement d'une discipline andrologique aussi institutionnalisée que la gynécologie. L'absence de contraception hormonale masculine crée de fait une différence de nécessité de suivi médical, mais d'autres arguments sont évoqués soulignant l'absence de besoin médical chez l'homme par rapport à la femme.

Une distinction entre la vie sexuello-génitale cyclique des femmes et celle linéaire des hommes a été établie comme suit : « *La vie génitale féminine est rythmée, est marquée par l'ovulation, par les règles, par les menstruations et la vie génitale masculine n'est rythmée par rien. (...) On les voit nous venir consulter*

³⁴⁸ Sophie G.

quand ils ont des dysérections, là ils viennent consulter, là il se passe quelque chose. Mais la femme durant sa vie génitale jusqu'à sa ménopause et même à la ménopause, elle passe son temps à se poser des questions : tiens j'ai des règles, tiens je suis pas réglée, tiens j'ai deux jours de retard, pourquoi, tiens j'ai mal à gauche, tiens j'ai mal à droite... »³⁴⁹ Nous voyons ici l'inversion de l'argument utilisé dans le domaine contraceptif, justifiant la plus grande simplicité d'intervention hormonale sur la gamétogénèse féminine du fait de son caractère cyclique³⁵⁰. Les attributs de cyclicité ou de linéarité sont donc mobilisés en fonction des arguments avancés. Par ailleurs, il existe une forme de normativité médicale en matière de menstruations : beaucoup de jeunes filles consultent parce que leurs cycles sont irréguliers et se voient prescrire la pilule pour obtenir des cycles « normaux », alors que cette irrégularité juvénile est très répandue³⁵¹. Linéarité et cyclicité ne sont pas a priori plus simples ou plus compliquées à vivre pour les individus, mais des différences s'établissent dans les pratiques et les discours sur ces processus, qui affirment une distinction biologique de besoins médicaux. La nécessité du suivi gynécologique réside a priori plus dans les exigences sanitaires de la prise d'une contraception, et dans le fort encouragement au dépistage des cancers chez les femmes, ces deux éléments n'ayant pas d'équivalents masculins, ainsi que dans le traitement de la ménopause.

Environ 10% des consultations des gynécologues travaillant en libéral que nous avons rencontrées sont consacrées au suivi de la ménopause³⁵². L'andropause ne bénéficie pas de traitement systématisé car son existence même est remise en cause³⁵³. Pour une gynécologue, l'absence de prise en compte médicale de l'andropause tient au fait qu'elle intervient de manière moins précoce et moins brutale que la ménopause : « *L'andropause, (...) est quelque chose dont on parlera sûrement à un moment donné, quand les hommes vivront plus de quatre-vingts ans. Parce que là ils ont une espérance de vie qui est à peu près à 80, un peu en dessous,*

³⁴⁹ Dennis M., urologue en libéral

³⁵⁰ Cf. Partie 1, Chapitre II, A.

³⁵¹ Laurence Guyard, « Chez la gynécologue : apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, Vol. 40, n°1, 2010, pp. 67-74

³⁵² Maryline B., gynécologue exerçant notamment en libéral et Hélène C., gynécologue exerçant en libéral.

³⁵³ Jean-Michel Bader, « Des médicaments pour quelles maladies ? », *op. cit.*,

mais l'andropause vient tard mais va apporter des problèmes spécifiques quand même donc il va bien falloir..

CV - Donc il y a une andropause ?

PG - Bien sûr ! ça consiste en une diminution très nette de la production hormonale, après 60 ans en général, mais c'est progressif, c'est pas comme chez nous. »³⁵⁴

Selon cette analyse des phénomènes de vieillissement hormonal, les hommes pourraient potentiellement avoir besoin de traitements hormonaux compensatoires, mais l'andropause n'est pas un motif de consultation connu et répandu aujourd'hui. En considérant l'importance du contexte social et culturel dans la prise en compte et la compréhension de la ménopause³⁵⁵, l'hypothèse peut être faite que les symptômes associés à la baisse du taux hormonal (troubles du sommeil et de la sexualité, épisodes dépressifs, baisse d'énergie), ne sont pas compris comme tels mais comme des signes de l'âge. L'acceptation sociale de l'existence d'une pathologie typiquement masculine nécessiterait de rassembler ce faisceau de symptômes dans un phénomène homogène de perte de vigueur liée aux hormones, alors que la continuité de la sexualité masculine est structurante culturellement et sur le plan identitaire. De plus, les traitements de la ménopause font l'objet de controverses du fait de l'incidence qu'ils pourraient avoir sur la fréquence des cancers chez les femmes, ce qui laisse augurer une remise en question de l'usage inconsidéré d'hormones³⁵⁶.

La question des infections et maladies sexuellement transmissibles révèle également une différence de perception à la fois par les praticiens et les patients. Des différences liées aux constitutions féminine et masculine s'expriment en termes de symptômes, les IST/MST étant le plus souvent asymptomatiques pour les hommes, ou avec des symptômes moins forts que chez les femmes. En termes d'impact sur le fonctionnement génitalo-sexuel, les conséquences peuvent cependant être équivalentes mais demeurent sous-étudiées pour les hommes : *« Par exemple là aussi on se pose la question de savoir quel est le rôle des infections chroniques inapparentes dans la dégradation de la physiologie de l'appareil génital*

³⁵⁴ Patricia G., MCU-PH, gynécologue dans un service d'assistance médicale à la procréation

³⁵⁵ Daniel Delanoë, « La ménopause comme phénomène culturel », *Champ psychosomatique*, Vol. 4, n°24, 2001, pp. 57-67

³⁵⁶ Jean-Paul Gaudillère, Ilana Löwy, « Controverses sur le traitement hormonal de la ménopause », *Mouvements*, Vol. 2, n°32, 2004, pp. 32-39

de l'homme, et est-ce que ça peut expliquer ensuite des anomalies ensuite, des altérations de la qualité du sperme. Et il y a un protocole de recherche là-dessus, qui part du principe que les infections génitales, sexuelles, sexuellement transmissibles, c'est assez fréquent. Que chez l'homme, on a de bonnes raisons de penser que souvent c'est peu apparent, de la même façon que chez la femme. Une femme peut très bien avoir une trompe bouchée à cause d'une salpingite dont elle s'était jamais aperçue. Voilà, pourquoi ça n'existerait pas chez l'homme en tout cas ? Et on a quelques raisons de penser que ça peut exister. Et sans boucher complètement l'épididyme ou le canal déférent, ça peut altérer leur constitution qui est très importante dans la maturation et la survie des spermatozoïdes. (...) du côté féminin, on sait très bien qu'une infection, chlamydiae ou des choses comme ça, sont pour une bonne partie responsables des stérilités tubaires, c'est à dire à cause des trompes bouchées. »³⁵⁷

Si ces conséquences sur la fertilité étaient connues du côté masculin, peut-être que les discours préventifs s'adresseraient également aux hommes et que ces derniers chercheraient à dépister et traiter ces maladies. En réalité, les hommes consultent bien moins que les femmes pour ces infections : 13,2% des hommes ne consultent pas ou se tournent vers un pharmacien lorsqu'ils sont confrontés à une IST, quand ce n'est le cas pour aucune femme. Ils sont également 18,2% à ne pas suivre de traitement contre 9,6% des femmes, et lorsqu'un traitement est prescrit, seuls 60,8% des hommes suivent la totalité du traitement contre 87,6% des femmes. Ces données soulignent une responsabilisation moindre des hommes vis-à-vis des IST/MST, qui s'explique en partie par l'organisation du système de soins, puisque les dépistages sont proposés aux femmes lors de consultations gynécologiques de routine dans 28,9% des cas³⁵⁸. Ce sont souvent les femmes qui consultent pour l'infection du couple et qui ont du mal à faire suivre le traitement par leur partenaire³⁵⁹. La prévention des IST/MST n'est pas aujourd'hui mise en avant comme nécessité pour la santé sexuelle masculine, mais comme prise en compte du partenaire féminin, une vision qui se retrouve généralement dans les discours institutionnels et médicaux.

³⁵⁷ Gabriel E., biologiste dans un CECOS, MCU-PH

³⁵⁸ Nathalie Bajos, Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France, op. cit.*, p. 472

³⁵⁹ Patricia G., Maryline B.

En effet, il semble que la santé sexuelle et reproductive masculine soit rarement encouragée en tant que telle, mais plutôt comme soutien aux responsabilités féminines. Les débats sémantiques qui ont eu lieu autour de l'inclusion des hommes dans les programmes internationaux, et le choix du terme « *men as partners* » font état de cette perception des responsabilités masculines comme relai de l'attention et des charges féminines en la matière³⁶⁰. Les registres de mobilisation des hommes pour leur santé sexuelle mettent d'ailleurs rarement en avant le bénéfice individuel des actions préventives. Les affiches et prospectus des campagnes de sensibilisation observés dans les salles d'attente fréquentées au cours de l'enquête ne mettaient jamais un homme en scène, mais des femmes ou des images asexuées³⁶¹. L'un des prospectus collectés encourage la prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate, qui crée des troubles mictionnels, en présentant l'image d'une femme réveillée en plein nuit, accompagnée du slogan : « *Pour que vos nuits et les siennes soient plus sereines* »³⁶². Le registre mobilisé pour convaincre les hommes n'est pas celui de la prise en charge de leur santé, mais celui de l'altruisme. Nelly Oudshoorn a constaté les mêmes logiques communicationnelles évitant la responsabilisation individuelle au profit cette fois de l'héroïsme, lorsqu'elle a étudié les campagnes de recrutement de volontaires pour les tests cliniques de la contraception hormonale masculine, qui proposaient entre autres aux hommes de devenir le « premier homme sur la pilule »³⁶³, en référence au premier homme sur la lune. Les médecins impliqués dans les tests suivis par cette auteur présentaient les volontaires comme des hommes souhaitant soulager leurs partenaires, sans que la possible volonté de contrôler sa fertilité et de disposer de recours ne soit évoquée³⁶⁴.

La santé sexuelle masculine en tant que telle ne fait pas l'objet de campagnes de prévention et de sensibilisation spécifiques, ce qui traduit la permanence d'une

³⁶⁰ Cf. Partie 1, Chapitre III, B.

³⁶¹ Les prospectus visant à sensibiliser sur le don de gamètes par exemple, présentaient la photo d'une femme souriante pour le don d'ovocytes, contre celle d'une plante germant pour le don de spermatozoïdes.

³⁶² Cf. Annexe 7

³⁶³ Cf. Annexe 8

³⁶⁴ Nelly Oudshoorn, « Technologies de la reproduction et identité des usagers : une co-construction. Le cas de la pilule masculine », *op. cit.*

division des tâches en la matière, puisque cette responsabilité incombe majoritairement aux femmes, mais aussi une différence de besoins perçus. Le fonctionnement sexuel et génital masculin est compris comme linéaire et ne nécessitant pas de soins particuliers. Au delà des différences physiologiques, la légitimité accordée à ce type de problèmes chez les hommes peut être interrogée car les exemples de l'andropause et des infections et maladies sexuellement transmissibles montrent que l'absence de besoin des hommes est une perception culturellement façonnée.

Malgré l'évocation de ces exemples et des inégalités qui caractérisent les recherches et pratiques médicales, la grande majorité des praticiens interrogés ont estimé que le développement d'une discipline andrologique comparable était peu probable et pas véritablement nécessaire. Cette conclusion se fonde parfois sur des représentations des individus comme culturellement déterminés par leur sexe : *« Et puis (les hommes) ressentent pas le besoin, et je vois même pas pourquoi ils devraient venir nous voir. Il n'y a pas de raison de faire non plus d'exams, il y a pas de dépistage du col, il n'y a pas des choses comme ça à faire. Avec la pilule notamment, il y a tous les problèmes de suivi de glycémie, cholestérol, donc des choses qui sont importantes à faire, qu'il faut faire régulièrement. Et je pense même globalement dans la psychologie de la femme, son organisation qui est bien plus importante que celle de l'homme, ben ça lui correspond bien, il y a une certaine maîtrise de son corps, de tout ça. L'homme, il se laisse un peu plus vivre, il est moins dans ce schéma là. Donc non, je pense qu'on arrivera jamais à ça. Parce que l'homme, c'est pas son besoin, il n'y a pas de nécessité à moins qu'on découvre des choses d'ici là, mais ce sera jamais aussi... »*³⁶⁵

Les différences biologiques entre hommes et femmes semblent ainsi avoir un impact sur leurs besoins psychologiques : *« Je vois pas ce que ça pourrait amener. Parce que autant il y a plein de femmes en consultation qui se posent plein de questions sur la sexualité et tout ça. Les hommes est-ce qu'ils s'en posent ? Ils savent grosso modo comment il faut faire. (...) Il y a quelque chose de la physiologie quand même, qui fait qu'ils en ont peut-être moins besoin. Parce que il y a la sexualisation du système nerveux central par la testo à six mois qui fait qu'il y a plein de choses*

³⁶⁵ Pierre N., urologue formé en andrologie, exerçant en libéral

réflexes, alors que chez les femmes il y a une part de réflexe mais qui est vachement inhibée, par l'environnement, la socio, etc.. Genre la séduction, gnagna.. Donc je sais pas. »³⁶⁶

Il est difficile de trancher entre ce qui relève de la culture et ce qui relève de faits biologiques mais nous avons vu l'imbrication de ces deux types de réalités³⁶⁷. Le monde médical actuel et l'offre de soins sont organisés autour de la santé sexuelle féminine et laissent peu de place, sur les plans pratiques et cognitifs, à la santé sexuelle et reproductive des hommes³⁶⁸.

B. Socialisation médicale et recours aux soins

Les représentations médicales différentielles des hommes et des femmes se traduisent en termes d'organisation du système de santé et de l'offre de soins. Les femmes sont encouragées à se soumettre à un suivi gynécologique régulier dès le début de leur vie sexuelle, ce qui a pour conséquence une socialisation médicale accrue et la conscience pour la plupart des femmes des possibilités de recours médical lorsqu'elles sont confrontées à un problème de santé gynécologique. L'offre de soins en santé sexuelle pour les hommes est plus fragmentée et ne s'organise pas sur un modèle régulier et préventif, ce qui a un impact certain en termes de connaissances et de comportements médicaux.

La gynécologie comme espace d'apprentissage et de soins

Une majorité de femmes est suivie en France par un gynécologue³⁶⁹. Débutant souvent au moment de la première contraception dans la vie des femmes, le suivi gynécologique est l'occasion d'amorcer plusieurs apprentissages.

³⁶⁶ Patricia G.

³⁶⁷ Cf. Partie 1, Chapitre II

³⁶⁸ Un autre élément important à prendre en compte et précédemment évoqué est le fait que le développement d'une andrologie médicale, permettant la prise en compte de problèmes et pathologies non reconnus et la sensibilisation des hommes à leur santé sexuelle va à l'encontre des orientations actuelles du système de santé français, qui ne valorise pas la consultation préventive.

³⁶⁹ Le suivi gynécologique des femmes est assuré pour 15% des femmes par un médecin généraliste et pour 70% d'entre elles par un gynécologue (23% par un gynécologue-obstétricien et 47% par un gynécologue médical). Source : Enquête BVA, « Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique », *op. cit.*

En ce qui concerne la connaissance de l'anatomie et du fonctionnement corporel, les gynécologues rencontrées évoquent toutes la nécessité de fournir des explications et de rectifier des connaissances erronées : « *Les jeunes, elles sont pleines de fausses idées. (...) Leur connaissance du corps est minime, mais on a plein de dessins, on a plein de papiers, on a plein de choses. Je dessine beaucoup en consultation.* »³⁷⁰. La prescription d'une contraception nécessite un volet pédagogique assez important, puisque la pilule est la contraception la plus souvent utilisée chez les jeunes et que son administration demande une certaine rigueur. Au delà de la transmission de connaissances anatomiques et physiologiques, le suivi gynécologique, lié à la contraception et aux dépistages, donne lieu à une responsabilisation des femmes vis-à-vis de leur santé. Dennis M., urologue, attribue le plus grand souci accordé par les femmes à leur santé à leur conscience maternelle, et ce depuis le plus jeune âge : « *La femme a un instinct de survie et une certitude génétiquement acquise qu'elle donne la vie. Du coup, même quand elle prend soin de son corps, frottis etc., elle le prend parce que potentiellement elle va donner la vie. (...) La femme de base, elle sait qu'elle donnera la vie et dans ces conditions, elle se prépare à ça.* »³⁷¹ Mais, si la gynécologue Maryline B. souligne le rôle de la maternité dans le soin apporté au corps, elle insiste également sur l'apprentissage qui intervient dans les premières années de consultation gynécologique et qui loin d'être naturel, demande du temps : « *En général chez les jeunes, il n'y a pas une très bonne organisation. Elles ont du mal à prendre un rendez-vous à l'avance, elles ont du mal à venir au rendez-vous pris à l'heure prise. Petit à petit, je pense qu'au fur et à mesure... c'est vrai pour les premières fois. Après quand elles reviennent, quand elles sont à la deuxième, troisième année, elles sont organisées, mais au départ c'est difficile à obtenir.* »³⁷² En France, les ordonnances pour les pilules contraceptives

³⁷⁰ Maryline B., gynécologue exerçant en libéral, dans un service d'assistance médicale à la procréation, dans un Centre Hospitalier Universitaire et dans un Centre d'Orthogénie et de Planification Familiale.

³⁷¹ Dennis M., urologue en libéral.

³⁷² Maryline B. Le temps est également nécessaire pour dépasser l'émotion liée à des consultations aussi intimes et se familiariser avec cet univers. A propos de la première consultation : « *Elles sont dans l'angoisse, mais elles sont pas dans l'écoute, donc c'est encore plus important la deuxième fois. Parce que là elles ont réfléchi, elles se sont posé des questions et elles écoutent plus ce qu'on leur dit. La deuxième fois est plus importante que la première.*

doivent être renouvelées une fois par an, voire tous les six mois, ce qui implique une régularité dans le suivi gynécologique, qui est aussi présentée aux jeunes filles comme une nécessité sanitaire :

« Alors, moi d'une manière générale, quand je vois une jeune fille, c'est ce que je dis à chaque fois en consultation : c'est que en prenant un médicament en continu (...), quelque soit le type de contraception, que ce soit oral, que ce soit par patch, ou que ce soit un stérilet, je dis quand on a un médicament en chronicité, il faut voir le médecin une fois par an, même si tout va bien. Ça nous permet de faire le point sur plein de choses et si ça va bien, ben tant mieux. Mais c'est important de voir ce qu'il se passe, et d'autant plus si la personne prend contact avec nous entre temps, si il y a un problème particulier. Donc j'essaie de leur dire « une fois par an » et c'est vrai que généralement, la tranche d'âge qu'on a, dans un gros pourcentage, on voit une fois par an les étudiantes. Moi je vois en général, elles s'appliquent à le faire. Je crois que le message est bien passé. »³⁷³

La consultation pour suivi contraceptif est aussi l'occasion d'effectuer des dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein, ce qui constitue une autre forme de sensibilisation à la santé sexuelle. En plus des dépistages, la sexualité est abordée de manière presque systématique : *« Dans la PMA beaucoup. Dans la contraception, oui parce que quand on choisit une contraception, le partenaire il est quand même intégré. Quand on pose un stérilet, on demande à la visite de contrôle si le monsieur il ne s'est pas senti piqué, sinon on raccourci le fil, c'est pas l'absence de rapports qu'on veut, c'est la contraception mais avec des rapports. A la ménopause, avec les sécheresses vaginales... Donc en fait la sexualité elle est évoquée, pas à chaque consultation, mais à peu près à chaque fois. »³⁷⁴*

Cette dimension de parole est spécifique à la gynécologie médicale et aux centres de planifications, où une conception particulière de la médecine a été développée notamment en lien avec les mobilisations féministes. Elle constitue aussi un apprentissage, parce que l'évocation de la sexualité permet une meilleure prise en charge sanitaire mais demande des efforts de socialisation : *« C'est là où on*

Emotionnellement la première est très importante, médicalement la deuxième l'est beaucoup. Et après c'est de la routine. » Ibid.

³⁷³ Virginie L., médecin généraliste formée en gynécologie médicale, exerçant en Centre de Santé Universitaire

³⁷⁴ Maryline B.

aborde quand même une intimité, comme je le dis souvent d'ailleurs aux étudiantes, on est obligés de rentrer dans leur intimité, de leur poser des questions, qui restent dans le cadre de la consultation mais qui nous aident aussi à leur donner des conseils. »³⁷⁵

Ce dialogue autour de la sexualité peut s'établir notamment à la faveur de la spécificité de la consultation gynécologique : « *à partir du moment où il y a une étiquette gynéco, on rentre .. elles viennent là pour quelque chose de bien précis. C'est pas un examen général, c'est un examen où on va parler vraiment de leur sexualité.* »³⁷⁶ Etant donné que la consultation gynécologique implique souvent un examen des organes génitaux, elle demande le déshabillage des patientes et exige une « *gestion de l'intime* »³⁷⁷, par les patientes et les praticiens. C'est dans cette intimité que des informations sur la sexualité, jugées nécessaires au traitement, peuvent être demandées ou spontanément évoquées par la patiente. Cette spécificité est aussi synonyme de compétence pour la majorité des femmes, puisque 91% d'entre elles estiment qu'un gynécologue est plus compétent qu'un médecin généraliste pour le suivi gynécologique³⁷⁸.

Cette spécificité permettant un dialogue nécessaire à la bonne santé des femmes, ainsi que la confiance qui peut potentiellement s'établir entre une patiente et la spécialiste³⁷⁹ qu'elle consulte ont été mises en avant lors de la défense de la gynécologie médicale comme spécialité, comme garanties d'efficacité sanitaire et préventive³⁸⁰. Maryline B. insiste ainsi sur la nécessité d'individualiser la prévention pour plus d'efficacité :

« Peut-être que le discours il est plus audible par quelqu'un pour qui on a personnalisé les facteurs, les facteurs de risque. C'est comme la vaccination, la vaccination pour la grippe H1N1 avec un système comme dans le tiers monde, il y a

³⁷⁵ Virginie L.

³⁷⁶ Virginie L.

³⁷⁷ Laurence Guyard, « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *Champ psychosomatique*, Vol. 3, n°27, 2002, pp. 81-92

³⁷⁸ Enquête BVA « Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique », *op. cit.*, p. 4

³⁷⁹ Pour rappel : 90% des gynécologues médicales sont des femmes. Cf. Sabine Bessière, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *op. cit.*

³⁸⁰ « *C'est sur les liens de confiance entre le médecin et sa patiente que reposent le désir de consulter et donc toute politique efficace de prévention. Ces liens se construisent petit à petit : Les femmes choisissent un médecin, d'abord pour sa compétence ('vous êtes formés pour ça' et 'chacun son métier'), mais aussi pour oser se confier et parler de leur problèmes intimes de femmes et oser se faire examiner sans trop de gêne.* », Conférence de Presse du Comité de défense de la gynécologie médicale au Sénat, le 5 mai 1999. Source : Archives du site du Comité : www.cdgm.org

beaucoup de gens qui ont été mécontents et qui ne l'ont pas fait. Ils auraient eu une convocation à venir chez leur médecin traitant pour en discuter, je suis sûre que ça aurait beaucoup mieux marché. Ça aurait peut-être été plus cher, et c'est pas sûr, parce qu'avant d'aller faire la vaccination, un certain nombre de mes patientes sont allées voir leur médecin, pour voir s'il fallait le faire ou pas, et vu leur état de santé, si c'était conseillé ou pas. Donc il y a eu la visite médicale quand même. »³⁸¹

Hélène C., également gynécologue, se montre inquiète quant à l'avenir de la prévention, pour laquelle la spécificité de la consultation gynécologique est jugée nécessaire, car malgré le rétablissement de la spécialité de gynécologie médicale, très peu de spécialistes sont formés chaque année :

« La spécialité, moi je dis qu'elle est arrêtée. Dix-sept internes pour la France , c'est quand même pas grand monde. (...) C'est hyper dommageable, parce que là on était très très bien placés au niveau de la prévention du cancer du col, j'ai des doutes sur le futur. Bon peut-être que grâce au vaccin, ça va permettre de pallier notre manque, mais on risque d'avoir des surprises. Parce que de toute façon, les femmes qui se font suivre en contraception par leur généraliste, on les voit arriver, elles ont pas le frottis, ça va pas, le généraliste il peut pas faire face à tout. Il faudra peut-être avoir des généralistes spécialisés en gynéco, mais ils ont pas eu trois ans d'études comme on a nous (...). Je pense que c'est vraiment très dommageable. Il peut y avoir, maintenant on va dire que les généralistes femmes qui veulent un peu s'investir, elles vont avoir une table de gynéco, elles vont avoir des spéculums, elles vont avoir tout ça. Mais déjà nous on a du mal à avoir des consultations de vingt minutes, je trouve que moi je passe souvent plus de vingt minutes, une demi-heure. Donc là les généralistes, passer une demi-heure avec un patient, une patiente plutôt, au milieu des consultations de généraliste, ça me paraît compliqué. Ou alors il faudrait beaucoup plus de médecins, ce qui n'est pas à l'ordre du jour. Donc je suis très pessimiste sur l'avenir. Nos patientes nous disent "à qui on va... ? J'ai pas envie de parler de ça avec mon généraliste". Il y en a qui le disent très franco. »³⁸²

³⁸¹ Maryline B.

³⁸² Hélène C., gynécologue exerçant en libéral. (c'est moi qui souligne) Elle appartient aux dernières promotions formées en gynécologie médicale avant la suppression de la spécialité en 1982. Après plus de vingt ans de pratique, elle a par ailleurs décidé de reprendre des études et a obtenu un DIU de sexologie, face à la demande de ses patientes.

La socialisation gynécologique de la plupart des femmes en France, si elle est parfois perçue comme une contrainte normative³⁸³, dessine ainsi un espace de référence pour les femmes, qui apprennent qu'elles peuvent s'adresser à la médecine des femmes en cas de problème d'ordre génital ou sexuel. La première consultation gynécologique représente souvent une étape dans la vie d'une jeune femme, et le suivi qui s'ensuit devient une responsabilité d'adulte. Lorsque ce sont les mères qui initient le contact entre leur fille et un gynécologue, il s'agit pour elles de transmettre cette référence, ce recours possible : « *Soit c'est les mères qui amènent leurs filles, donc là du coup j'ai souvent des jeunes filles qui sont autour de 16 ans, je leur dis la première consultation à 16 ans, moi ça me plaît bien. C'est pas forcément l'idée de contraception mais bon au moins pour qu'on se connaisse.* »³⁸⁴ Le suivi gynécologique se poursuit tout au long de la vie : si les premières années de vie sexuelle exigent souvent un suivi contraceptif, la maternité demande une surveillance spécifique et les gynécologues sont également compétents pour la prise en charge médicale de la ménopause lorsqu'elle est nécessaire. Les dépistages interviennent à tous les âges, et la vigilance des femmes est encouragée à la fois par les campagnes publiques de prévention, voire le dépistage de masse, et par les magazines féminins³⁸⁵.

Au delà de la responsabilisation accrue et des charges médicales que représentent le suivi gynécologique tel qu'il est organisé en France, il participe donc d'un certain nombre d'apprentissages autour du corps, de son fonctionnement et de sa prise en charge, et de la sexualité, notamment en offrant un espace référent spécifique d'expression et de recours en la matière.

A l'opposé, en matière de santé sexuelle, les hommes n'ont pas de recours médical évident, ni d'espace d'apprentissage organisé et spécifique.

³⁸³ Laurence Guyard, « Chez la gynécologue : apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *op. cit.*

³⁸⁴ Hélène C.

³⁸⁵ Laurence Guyard, « Chez la gynécologue : apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *op. cit.*, p. 68

La santé des hommes : entre silences et malaise

La gestion de la santé sexuelle et reproductive masculine n'est pas une pratique aussi balisée que la gynécologie dans le domaine médical. Comme l'indiquent les lenteurs de développement de contraceptifs masculins ou de recours en cas de stérilité masculine, l'orientation des recherches médicales n'accorde pas une grande place à cet aspect de la santé masculine. Le fonctionnement corporel masculin est en effet considéré comme différent du corps féminin et en quelque sorte non spécifique : le masculin se définit par l'absence de symptôme par rapport à la vie génitale et sexuelle féminine, rythmée par les menstruations, les grossesses et la ménopause. Les mesures de prévention spécifiques à la santé génitale et sexuelle des hommes n'interviennent qu'après 50 ans, avec une augmentation de la fréquence des troubles érectiles et le dépistage du cancer de la prostate, et ce dans une moindre mesure, puisqu'il n'existe pas encore de dépistage systématique. Le corps sexuel masculin est donc silencieux, il ne nécessite pas, selon l'organisation actuelle des soins, de suivi particulier, ni de médecin spécifique. Cela se traduit par la fragmentation de l'offre médicale sexuelle à destination des hommes : un homme confronté à un problème d'ordre sexuel pourra en référer au choix à son médecin généraliste, à un urologue, spécialiste des voies urinaires et *a fortiori* des organes génitaux mais non spécialiste des hommes, ou à un sexologue, à condition d'attribuer à ce problème une dimension psychologique³⁸⁶. Cette fragmentation induit une visibilité et une légitimité moindres de la consultation masculine pour motif sexuel. Le recours au généraliste comporte des difficultés, liées à la fois aux réticences de certains généralistes eux-mêmes, qui ne se sentent pas toujours en mesure de répondre à cette demande³⁸⁷, mais également liées au patient lui-même, qui fait ainsi basculer une consultation de routine dans un domaine intime qu'elle n'est pas spécifiquement habilitée à prendre en

³⁸⁶ Le sexologue Paul K. a fait état de très fortes réticences initiales à la psychologisation des problèmes sexuels par les hommes, puisqu'il n'avait que des patientes dans les années 1990. Ces réticences semblent s'atténuer aujourd'hui, même si une majorité d'hommes consultent en couple ou à la demande de leur partenaire. Une autre sexologue travaillant majoritairement avec des étudiants, Elise S., témoigne d'une acceptation grandissante dans cette population jeune de la dimension psychologique des difficultés sexuelles.

³⁸⁷ Cf. Partie 1, Chapitre II, B.

charge³⁸⁸ : « je pense que pour les garçons, c'est plus difficile, parce qu'il y a pas quelque chose de bien marqué pour eux. Et qu'il faut qu'ils en parlent d'abord à quelqu'un, comme ça lambda. C'est pas toujours simple. Alors que chez la fille, c'est... ces consultations gynéco permettent vraiment un suivi, au sens large du terme. »³⁸⁹ L'évocation de l'intime masculin est inhabituelle et le lien direct qui existe entre les préoccupations et l'examen gynécologiques et l'évocation de la sexualité n'a pas cours en médecine générale. Nous avons également vu que la consultation urologique a lieu dans un domaine chirurgical où le recueil de la parole a une importance moindre par rapport aux actes d'intervention. La verbalisation des problèmes d'ordre génital ou sexuel n'est donc pas encouragée par l'organisation même du système de soins. Les dimensions d'apprentissage corporel et cognitif présentes dans la pratique gynécologique n'interviennent pas chez les hommes qui bénéficient donc d'une socialisation à la santé sexuelle réduite.

Ce silence médical autour de la santé sexuelle masculine peut être tempérée dans le cas de certaines consultations de spécialistes. Parmi les urologues rencontrés, Céline U. et Pierre N. ont témoigné des efforts qu'ils déployaient pour que les patients évoquent leurs problèmes sexuels. Pierre N., formé en andrologie, prend à cœur la dimension pédagogique de son intervention et la nécessité de faire porter la discussion sur la sexualité : « Il y a un côté aussi peut-être latin, c'est-à-dire on est dans une société où les garçons, c'est un peu tabou, on touche pas trop, on parle pas trop de ces problèmes. Mais c'est vrai que notre rôle, enfin c'est comme ça que je le vois, c'est aussi un rôle d'éducation. Quand ils viennent pour un problème, on se contente pas que du problème. On parle de la prostate, on parle de choses bien plus générales. Après, ils accrochent dessus ou ils accrochent pas, souvent on trouve plus d'écho chez la femme que chez l'homme lui-même, parce que elle est sensibilisée à ça. Mais c'est plus.. oui, on essaie de faire une éducation en quelque sorte. Comme on peut faire aussi une éducation sur la sexualité parce que,

³⁸⁸ « Il y a pas mal de gens qui sont copains, ou qui connaissent depuis très très longtemps leur médecin généraliste, c'est leur médecin de famille, et ils osent plus aborder ces choses là. », Céline U., urologue en Centre Hospitalier Universitaire.

³⁸⁹ Virginie L., médecin généraliste formée en gynécologie médicale, exerçant en Centre de Santé Universitaire. Sa double formation fait qu'elle reçoit à la fois des jeunes filles en gynécologie et une population mixte en médecine générale.

c'est pas une sinécure dans certains cas. »³⁹⁰ Et à propos de la charge symbolique différentielle des organes sexuels : « Oui, oui, c'est vachement important. Là encore, pays latin donc l'homme doit assumer, doit être... enfin il peut pas être pris en défaut. Donc c'est difficile à vivre. En plus il y a toute la symbolique, c'est pour ça que l'éducation est importante, par rapport à l'érection et ses capacités érectiles, avec tout ce qui est problématique prostatique, qui n'a pas forcément de rôle à jouer. Donc pour atténuer un peu la souffrance et les idées préconçues, l'explication là encore est extrêmement importante. Pour les testicules, c'est pareil. »³⁹¹

Quant à Céline U., elle souligne la nécessité de créer un espace d'expression autour des problématiques sexuelles : *« Oui les hommes ont du mal souvent à l'aborder. Alors quand ils viennent pour ça c'est un peu plus clair, mais c'est rare. C'est souvent moi qui aborde le sujet. (...). Quand ils viennent pour ça ou que je suspecte qu'il peut y avoir ça, souvent c'est moi qui lance la discussion, et puis après c'est parti. Une fois qu'ils savent qu'ils peuvent en parler, il y a pas de soucis, ils se rendent compte qu'ils ont affaire à un professionnel. »³⁹²*

Mais dans ce contexte organisationnel, les hommes ne consultent que lorsqu'ils sont confrontés à un problème, ce qui participe de la stigmatisation de la consultation :

« Pour les femmes en plus c'est passé dans l'inconscient et la normalité d'aller chez le gynéco, d'avoir l'examen, le frottis, le truc, etc.. C'est banal, une femme qui va voir son gynécologue, c'est banal. L'homme qui va voir un urologue, il y va si vraiment il est obligé, parce qu'il a une douleur, quelque chose qui le tracasse, ça arrive quand même souvent, même pour des trucs qui sont pas graves mais ça les inquiète. Et puis d'un autre côté, ils y vont à reculons parce que je crois dans sa tête un homme qui va chez l'urologue pour un problème de sexualité ou un problème urinaire, c'est qu'il a un problème avec la prostate, la prostate c'est un peu tabou. Dans la tête c'est vite assimilé à l'impuissance, du coup à la perte un peu de la masculinité. Enfin voilà je pense qu'il y a beaucoup de choses derrière, effectivement : un homme attendra vraiment beaucoup plus avant d'être "contraint" d'aller chez l'urologue,

³⁹⁰ Pierre N.

³⁹¹ Pierre N.

³⁹² Céline U. Elle a cependant également déclaré ne pas vouloir consacrer trop de temps à la discussion. Cf. Partie 1, Chapitre III, B.

*alors qu'une femme va y aller sans se poser de questions...»³⁹³ La gêne éprouvée est renforcée par le symbolisme qui caractérise les organes génitaux masculins : « *L'homme qui consulte est un mâle blessé. C'est à dire qu'il a une espèce d'orgueil... Un adolescent qui va voir l'urologue ou le généraliste pour sa verge, c'est presque vécu comme une faiblesse.* »³⁹⁴*

La consultation pour motif sexuel ou génital n'est donc pas banalisée pour les hommes et semble être plus chargée symboliquement que la consultation de routine en gynécologie ; elle est l'aveu d'une défaillance vis-à-vis de la santé sexuelle attendue des hommes.

Le manque de socialisation masculine à la santé sexuelle peut être perçu comme un cercle vicieux, car en l'absence de sollicitations médicales, un certain nombre de problèmes sont passés sous silence. Les hommes eux-mêmes semblent réticents à évoquer ces problèmes spécifiques, et deux des praticiens rencontrés le comprennent comme le refus de se confronter aux risques, et qualifient cette attitude de « *politique de l'autruche* »³⁹⁵. En l'absence de verbalisation de la part des patients, des anomalies de développement des organes sexuels peuvent ainsi passer inaperçues parce qu'il n'y a pas lieu de faire se déshabiller un homme en consultation générale :

« Combien de pédiatres, ou combien de médecins généralistes au moment de la puberté, examinent les testicules des enfants ? Ça fait pas si longtemps que cet item là, il est dans le carnet de santé. Ça fait pas si longtemps que ça. Quand on essaie de documenter chez des hommes actuellement, de quand date l'hypotrophie testiculaire, on est souvent bien démunis. Le nombre d'hypotrophies majeures qui ont été découvertes à l'armée et qui sont passées complètement inaperçues... ça veut clairement dire que, à un moment donné où il devait y avoir des testicules qui étaient gros comme ça (elle montre), ça n'a alerté personne, et c'est certainement pas le garçon qui va en parler, parce que lui il va bien voir comment sont ceux des

³⁹³ Céline U.

³⁹⁴ Dennis M., urologue en libéral

³⁹⁵ Pierre N. et Patricia G., MCU-PH, gynécologue dans un service d'assistance médicale à la procréation

*copains, et il aura à ce moment qu'une hantise, c'est qu'on voit comment sont les siens, et donc il va tout faire pour qu'on les voit pas. »*³⁹⁶

Seuls des examens systématiques pourraient aller à l'encontre de cette pudeur³⁹⁷ qui semble marquer le rapport aux anomalies et aux maladies génitales chez les hommes : *« On fait déshabiller entièrement une femme quand elle vient voir son gynéco parce que l'examen clinique le demande. On fait pas entièrement déshabiller un homme, si il n'y a pas une demande. On peut le faire chez l'enfant, parce qu'il y a une certaine, et notamment au moment de la puberté, parce qu'il y a des vérifications à faire. Mais si on a passé le cap de la puberté, qu'est-ce qu'on a comme justificatif pour le faire si il n'y a pas de demande ? On n'en a pas. Il faudrait à ce moment là que ce soit dans la prise en charge systématique de l'individu. Pour l'instant, il me semble qu'on n'en est pas là. »*³⁹⁸

Le médecin traitant ne joue pas toujours son rôle en l'absence de demande spécifique de la part des hommes : *« En théorie, ça devrait être dépisté par le médecin traitant, je dirais. Soit dans l'enfance, soit après, parce que s'il vient parce qu'il est fatigué ou parce qu'il a mal au dos ou autre, ça fait partie de l'examen que moi on m'a appris à faire dans mes études. Donc je pense que le médecin traitant, il perd beaucoup son rôle de médecin traitant. Et je pense que, ça pourrait passer par lui quand même, parce que quelqu'un qui se rase plus.. ça se voit l'hypogonadisme médicalement. Alors comme ils voient moins leur médecin, c'est embêtant, mais pourquoi ils iraient le voir ? Si ils y vont pour fatigue, ou.. Généralement c'est beaucoup pour fatigue. Ils peuvent consulter aussi pour perte du désir, et là ils devraient vraiment.., le médecin traitant pourrait déjà tilter.*

CV -C'est pas le cas ?

³⁹⁶ Sophie G., biologiste, MCU-PH, coresponsable d'un CECOS et secrétaire générale de la Société d'Andrologie de Langue Française

³⁹⁷ Sophie G. évoque la différence de communication autour de ces problèmes selon le genre : *« Une hypotrophie testiculaire donc, (...) c'est gros comme ça (elle montre quelques centimètres). Comme c'est visible, c'est très vite entre les garçons eux-mêmes, sujet non pas à compassion, comme ça pourrait être le cas chez les jeunes filles... Une fille qui n'a pas ses règles, je pense que ça va susciter de la compassion, ça va pas susciter de la moquerie. Un garçon qui a des petits testicules, ça va forcément susciter de la moquerie. Ça va pas susciter de la compassion. »*

Un article journalistique récent, basé sur des entretiens, fait état d'une communication masculine particulièrement restreinte autour de la sexualité lorsqu'elle est problématique et des pathologies de l'appareil génital : Renée Greusard, « Pression sexuelle sur les mecs : "Entre nous c'est un tabou" », Rue89, 2 mai 2011 : <http://www.rue89.com/rue69/2011/05/02/pression-sexuelle-sur-les-mecs-entre-nous-cest-un-tabou-201862>

³⁹⁸ Sophie G.

PG- Non. Ah non, il y a des hyperprolactines qui trainent pendant des années... »³⁹⁹

Les anomalies anatomiques sont parfois découvertes tardivement dans le cadre de l'AMP, puisque le diagnostic de stérilité demande en théorie des examens pour les deux membres du couple :

« Nous heureusement qu'avant de faire une ICSI, ils voient tous un urologue. C'est obligatoire. Et on dépiste comme ça, c'est des trucs hallucinants. Par exemple, pour un couple sourd-muet, donc qui ont un accès aux soins qui est différent, et où c'était un phimosis et dès qu'on a enfin compris qu'il y avait ça, et bien après ils ont fait leur petit tous seuls. Heureusement qu'il y a un recours avant la technique. Mais à quel moment le mettre en place ? Avant il y avait l'armée aussi, il y avait l'armée, l'examen pré-nuptial, là il n'y a plus rien. »⁴⁰⁰ Le manque de consultation au masculin caractérise également le dépistage et le traitement des infections et maladies sexuellement transmissibles. Ces pathologies sont généralement prises en charge par les gynécologues pour les femmes ; pour les hommes, elles sont souvent caractérisées par une absence de symptômes ou par des symptômes moins présents que pour les femmes. La méconnaissance de l'impact potentiel de ces infections sur la fertilité des hommes, ainsi qu'un manque de sensibilisation de la population masculine à ces problématiques induit une prise en charge médicale moindre par rapport aux femmes. Ce sont souvent les compagnes qui se font soigner pour une pathologie qui touche d'abord leur conjoint : « Je ne vois pas les hommes, je ne vois que leurs femmes. Qui viennent faire un prélèvement vaginal quand monsieur a des irritations, alors que lui il ne va voir personne. »⁴⁰¹ Ce dernier élément souligne des responsabilisations et des attitudes très différentes entre homme et femme vis-à-vis de la santé sexuelle et reproductive.

Des rapports différents à la santé

Ces socialisations médicales distinctes se traduisent dans le niveau de connaissance des patients de leurs propres corps et du fonctionnement corporel constaté par les praticiens : « C'est un peu différent, un peu moins mystérieux pour (les femmes) parce que je pense qu'elles ont déjà un certain bagage, une culture

³⁹⁹ Patricia G.

⁴⁰⁰ Patricia G.

⁴⁰¹ Maryline B.

gynécologique. Donc elles sont moins dans cette méconnaissance, bien que des fois, c'est pas évident évident non plus, mais bon globalement, elles savent comment ça fonctionne. L'homme est beaucoup plus compliqué, enfin compliqué, beaucoup plus inculte là-dedans. »⁴⁰² Au delà d'une moins bonne connaissance de l'anatomie et de la physiologie, les hommes semblent être caractérisés par une inhibition qui entrave le gain de connaissance :

« CV- Les hommes ont-ils des questions sur leur fonctionnement ?

PG - Non. De temps en temps : "est-ce que les spermatozoïdes se renouvellent ?". Jamais sur le fonctionnement érectile, jamais, jamais. Je pense qu'il y a une pudeur par rapport à ça. Je suis en train de réfléchir, dans les quinze dernières années, je crois que j'ai eu deux questions. »⁴⁰³

En l'absence de consultations spécifiques, les hommes ne bénéficient pas d'un espace de parole propice aux interrogations, contrairement aux femmes. Dans le cadre des consultations d'AMP, les habitudes médicales genrées se traduisent par le besoin de comprendre de la part des femmes, et par la gêne et le silence pour les hommes. Cela signifie que les hommes échappent en partie aux dispositifs médicaux sollicitant la verbalisation par les patients, soit la « sollicitation biographique »⁴⁰⁴, analysée par Dominique Memmi comme un processus normatif. Le respect du silence autour de la santé sexuelle masculine apparaît comme une norme plus opérante que l'injonction à la verbalisation médicale, et ce parce qu'elle est intégrée par les praticiens eux-mêmes et par l'organisation de l'offre de soins.

L'évocation médicale de la sexualité apparaît donc comme plus facile pour les femmes socialisées dans les pratiques gynécologiques. Dans le cadre du couple, les femmes sont celles qui évoquent le plus fréquemment les questions de contraception et de MST/IST. A titre d'exemple, 44,1% des femmes interrogées en 2005 avaient parlé de contraception et d'IST avant le premier rapport avec leur partenaire, contre 29% des hommes. Cet écart est interprété par Nathalie Beltzer et Nathalie Bajos comme un indicateur de l'initiative féminine de cette

⁴⁰² Pierre N.

⁴⁰³ Patricia G.

⁴⁰⁴ Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir...*, op. cit., p. 67

discussion, puisque les deux partenaires y ont nécessairement participé⁴⁰⁵. Socialisation médicale et sensibilisation sociétale, qui attribue la gestion de la santé sexuelle aux femmes, peuvent être ici comprises comme les causes de cette moindre responsabilisation masculine.

Cette différence de socialisation s'exprime également dans le rapport général des individus à la médecine. Les habitudes des femmes en matière médicale, ainsi que la responsabilisation accrue qui découle de la prise d'une contraception et des injonctions aux dépistages, qu'il s'agisse de cancers ou de MST/IST, participent d'un rapport banalisé aux institutions médicales, facilitant le recours à un praticien et améliorant les connaissances médicales des patientes. Selon Dominique Memmi, les statistiques décrivent les femmes comme « *agent principal de verbalisation et de résolution des problèmes de santé au sein de la famille* »⁴⁰⁶. Du fait de leurs expériences médicales et de leurs habitudes de verbalisation, « *Les femmes sont les spécialistes de la santé de tous. Lorsqu'ils ont à parler des problèmes de santé, en effet, les hommes se tournent en majorité vers leur conjointe, les jeunes filles et les jeunes hommes vers leur mère, et ce, jusqu'à l'âge de 26 ans, où les hommes se mettent à s'adresser... à leur compagne. Les jeunes femmes devenues adultes, elles, s'adresseront, comme leur mère... directement à leur médecin.* »⁴⁰⁷

Ce statut d'experte et de responsable correspond à une perception sociale des femmes comme à même de gérer la santé de tous et découle des pratiques instaurées à partir de cette perception et de l'espace de verbalisation et de responsabilisation créé par les femmes. Comme le résume Hélène C. :

« *Ça fait vingt ans à peu près qu'on parle de sexualité. (...) Je pense que la sexualité chez les femmes on n'en parlait pas plus, mais les femmes peut-être dans les cabinets osaient dire qu'elles avaient des problèmes, du fait qu'elles avaient une consultation un peu plus spécifique. Parce que les messieurs ne vont pas voir un urologue comme ça, sauf problème. (...) Je pense que les hommes ils sont, on va dire, tant que tout va bien, ils ne voient pas pourquoi ils consulteraient. Peut-être à la cinquantaine quand il y a des problèmes un peu d'érection, là ils se posent des*

⁴⁰⁵ Nathalie Bajos, Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, op. cit., p. 439

⁴⁰⁶ Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir...*, op. cit., p. 265

⁴⁰⁷ *Ibid.*, p. 266

questions et ils se disent bon pourquoi pas aller voir soit un uro soit le médecin généraliste. Mais spontanément j'ai l'impression que les messieurs ils consultent pas facilement. C'est plutôt leurs femmes qui les poussent à aller voir le médecin, qui prennent le rendez-vous pour eux... »⁴⁰⁸

⁴⁰⁸ Hélène C., gynécologue et sexologue exerçant en libéral. La fréquentation de salles d'attente d'urologue a d'ailleurs été l'occasion de constater que les hommes âgés de plus de cinquante ans se faisaient systématiquement accompagner par leurs femmes, qui répondaient aux questions des secrétaires et géraient les ordonnances à la place de leurs maris. Les gynécologues ont affirmé que leurs patientes n'étaient jamais accompagnées de leurs compagnons, sauf dans les cas de suivis de grossesse. (Virginie L., Maryline B., Hélène C.). Cependant, cette prise en charge du suivi médical masculin par leurs femmes a été attribuée par les secrétaires interrogées à l'âge des patients. Les hommes des générations plus jeunes viennent seuls au cabinet et gèrent vraisemblablement seuls leurs ordonnances et rendez-vous.

Le monde médical véhicule donc des visions distinctes des hommes et des femmes, fondées sur la perception de différences biologiques et physiologiques. Ces représentations induisent des pratiques différentes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et justifient la permanence de disparités de traitements entre hommes et femmes. Concrètement, l'organisation du système de santé a pour conséquence des socialisations médicales très inégales selon le sexe : par le biais des pratiques gynécologiques, organisées en un réseau structuré de praticiens et un fort encouragement social à la responsabilisation sanitaire féminine, les femmes sont exposées régulièrement dès leur adolescence à un espace de soins spécifique, où elles font l'apprentissage de la gestion de leur santé sexuelle et reproductive et de la verbalisation des problèmes sexuels et génitaux. Les hommes doivent dépasser seuls une inhibition socialement entretenue dans des espaces non spécifiques et qui ne privilégient pas forcément la parole. Le respect du mythe de la virilité dans ses aspects sexuels a donc pour conséquences pratiques une offre fragmentée et non spécifique pour les hommes et des recours plus difficiles lorsqu'ils veulent se soigner. Au niveau sociétal, ces représentations impliquent une répartition des tâches entre hommes peu socialisés médicalement et femmes soignantes, grâce à l'expérience qu'elles ont de leur corps et de la médecine, et du fait de la responsabilisation sociale dont elles font l'objet.

Cette présentation des différences de rapports à la médecine des hommes et des femmes doit cependant être nuancée. La visite de forums sur des thèmes médicaux ou sexuels laisse entrevoir une grande variété de pratiques en gynécologie médicale, et notamment des situations où le dialogue entre médecin et patiente est impossible, où les praticiens diffusent des connaissances erronées ou encore imposent des décisions médicales arbitrairement à leurs patientes⁴⁰⁹. Le roman du médecin Martin Winckler⁴¹⁰ évoque à la fois ces pratiques négligentes et les combats de certains médecins généralistes et gynécologues

⁴⁰⁹ Voir notamment l'article de Gaëlle-Marie Zimmermann « Après les brèves de comptoir, les brèves de gynéco », et les commentaires des internautes sur <http://www.zonezerogene.com/magazine/apres-les-breves-de-comptoir-les-breves-de-gyneco/17/05/2010/>

⁴¹⁰ Martin Winckler, *Le chœur des femmes*, P.O.L., Paris, 2009

pour des soins qui laissent plus de place à la parole et à la volonté des patientes. L'enquête menée par l'institut BVA pour le compte de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale souligne cependant une plus grande autonomie des femmes qui se font suivre par un gynécologue, puisqu'elles sont 63% à décider elles-mêmes de la fréquence des rendez-vous, contre 42% des femmes qui se font suivre par un médecin généraliste⁴¹¹. L'existence de la gynécologie médicale n'est donc pas une garantie des connaissances et du bien-être sexuels des femmes mais offre des possibilités par l'espace spécifique de la consultation. Or plusieurs des praticiens rencontrés ont affirmé qu'en matière médicale, l'offre fait la demande :

*« Quand il y a pas de façon d'y répondre, généralement la demande n'y est pas. C'est l'offre qui va créer la demande. Ça c'est évident. Moi je crois que s'il y avait l'offre, il y aurait des gens qui demanderaient. Mais comment faire bouger les choses, je ne sais pas. Oui, il y a peut-être des hommes qui iraient consulter. J'ai peu d'hommes qui ont vraiment posé des questions, j'en ai deux. Mais peut-être qu'il y en a plus et qu'ils osent pas, je sais pas. »*⁴¹²

La naturalisation des hommes et des femmes peut donc potentiellement faire l'objet d'une remise en question, si les représentations hégémoniques de la masculinité sont aménagées en faveur d'une prise en compte médicale accrue des problèmes sexuels masculins.

⁴¹¹ Enquête BVA « Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique », *op. cit.*, p. 8. Les femmes suivies par un gynécologue bénéficient par ailleurs d'un suivi beaucoup plus régulier que les femmes suivies par des médecins généralistes : 56% ont une visite annuelle contre 36% des femmes suivies par un généraliste. Elles ne sont que 5% à voir leur gynécologue moins d'une fois tous les deux ans, contre 20% des femmes suivies par un généraliste.

⁴¹² Patricia G.

Les différents domaines de la santé sexuelle et reproductive peuvent donc faire l'objet d'un même constat, celui d'une inégalité de traitement entre hommes et femmes, fondée sur la perception de différences de fonctionnement biologique fondamentales. Que ce soit dans le domaine du contrôle de la reproduction, dans celui du traitement des stérilités ou dans celui de l'accès aux soins, la santé sexuelle masculine est caractérisée par un nombre réduit de possibilités et de recours par rapport à la santé des femmes. Le développement moindre des recherches en matière contraceptive, procréative ou encore infectieuse s'inscrit dans la continuité de l'histoire des pratiques médicales sexuelles, qui privilégient l'intervention sur le corps féminin, et perpétuent un tabou autour de la corporéité masculine. La sauvegarde des mythes entourant la masculinité, notamment structurés autour des notions de puissance corporelle et sexuelle, paraît relever de logiques de domination masculine par ce qu'elle implique de supériorité des hommes par rapport à des femmes nécessitant des soins particuliers. Mais cette sauvegarde se révèle à terme contre-intuitive pour les hommes qui sont confrontés à l'absence de contraceptif réversible leur permettant de contrôler leur fertilité, à des recours limités et controversés en cas de stérilité et à une offre de soins fragmentée, non spécifique, et ne leur offrant pas les possibilités d'apprentissage disponibles pour les femmes dans le secteur de la gynécologie médicale. La permanence de représentations dominantes de la masculinité refusant de faire état de possibles dysfonctionnements est un véritable obstacle à l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Elle implique par ailleurs, en miroir de ce sous-développement des connaissances et recours masculins, la prise en charge exclusivement féminine de ce domaine, que ce soit en termes de responsabilité procréative, sanitaire ou de poids des traitements de l'infertilité de couple.

Ce déséquilibre est issu de plusieurs décennies de focalisation scientifique et médicale sur les femmes, du fait de représentations différentielles des sexes. Il semble que des évolutions nécessiteraient un fort engagement politique : en l'absence d'intérêt de la part des laboratoires pharmaceutiques, seule la recherche publique paraît capable de mener à bien les projets d'élaboration

d'une contraception masculine. Or l'OMS ne peut prendre en charge les phases finales des essais cliniques des produits élaborés dans le réseau scientifique qu'elle a créé, ainsi que la commercialisation de ce composé. En France, les demandes de financement pour la continuation de projets portant sur un combiné testostérone-progestérone adressées au Ministère de la Santé et au Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle à la fin des années 1970 ont été refusées⁴¹³. Dans le domaine de l'AMP, le financement des recherches, mais aussi la prise en compte de facteurs environnementaux pourraient permettre une meilleure compréhension et la prévention des infertilités masculines, mais cet engagement politique demanderait une prise de position économique qui semble peu probable. La prévention n'est pas privilégiée dans un contexte de limitation des dépenses de la sécurité sociale, ce qui nuit au développement d'une discipline d'andrologie médicale susceptible d'offrir les mêmes services de prévention, d'apprentissage et de verbalisation aux hommes que ceux dont les femmes bénéficient déjà. La santé sexuelle et reproductive masculine n'apparaît pas comme une priorité, que ce soit aux yeux des pouvoirs publics ou dans les représentations sociales générales, comme en témoigne la faible fréquentation des médecins par les hommes évoquée par les praticiens rencontrés au cours de l'enquête.

Ce panorama des pratiques médicales en matière sexuelle et reproductive fait donc état de la permanence de représentations sexuées qui se traduisent en inégalités de traitement aux origines profondément culturelles et politiques.

⁴¹³ Cyril Desjeux, « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine », *op. cit.*, p. 53

Conclusion

Ce panorama des représentations et pratiques en médecine permet d'appréhender la structuration de la compréhension des corps féminins et masculins autour de normes sexuées influençant la perception de leurs besoins. La naissance d'une spécialité gynécologique s'est révélée socialement pertinente au XIXe siècle, parce qu'elle répondait à des conceptions idéologiques des femmes comme éminemment corporelles et sexuelles, et permettait de justifier scientifiquement l'organisation sociale de la cohabitation des sexes. Le modèle de féminité dominant à cette époque était celui d'une femme malade par nature, soumise à des aléas corporels causés en grande partie par ses organes sexuels, lui interdisant toute fonction de pouvoir public dans la société et tout effort intellectuel. En miroir de ce modèle féminin apparaît en creux celui d'une masculinité plus intellectuelle que corporelle, dont la force et l'intégrité physique ne peuvent et ne doivent être entamées par la reconnaissance de pathologies et dysfonctionnements corporels. Ces exigences de vigueur et d'impassibilité corporelles sont particulièrement fortes dans le domaine de la sexualité, dont le symbolisme est central dans la construction de ces identités masculines hégémoniques. Cette structuration initiale des représentations et des pratiques médicales s'est vue prolongée par des phénomènes de sentiers de la dépendance et par l'absence de remise en cause de ce tabou autour de la corporéité sexuelle masculine. Elle a eu pour conséquence une pérennisation d'une organisation des recherches et des soins en matière de santé sexuelle focalisée sur les femmes, au détriment des connaissances sur le masculin et des recours proposés aux hommes, et allant ainsi à l'encontre d'une gestion égalitaire de la santé sexuelle et reproductive. La situation actuelle dans ce domaine médical se révèle inégale que ce soit en ce qui concerne la contraception, le traitement des stérilités ou encore l'accès aux soins. Les hommes n'ont pas « leur andrologue » et ne font pas l'objet de soins spécifiques dans un espace qui leur serait réservé.

La normativité des discours et pratiques médicaux, analysée notamment par certains sociologues anglo-saxons a été décrite, dans une perspective foucauldienne, comme une forme de gouvernement des corps et de régulation des

conduites parfois liberticides pour les individus⁴¹⁴. Mais l'appréhension du domaine médico-sexuel par une perspective genrée souligne les potentiels émancipateurs des pratiques médicales, notamment par l'espace de parole et d'apprentissage que constitue la gynécologie médicale et dont les hommes sont privés. Les praticiens qui cherchent à offrir un espace de verbalisation des problèmes d'ordre sexuel et génital aux hommes, tout normatifs que puissent être leurs discours, s'inscrivent dans un vide institutionnel ; cette démarche de prise en compte de possibles dysfonctionnements et besoins sexuels masculins va à l'encontre de la norme sociale et des représentations dominantes de la masculinité, ce qui souligne le fait que les pratiques médicales peuvent potentiellement être contestataires et facteur de changement.

La critique genrée des discours médicaux a été généralement faite par les auteurs féministes. Les perspectives féministes sur le monde médical dénoncent une instrumentalisation du corps féminin et un assujettissement corporel par la responsabilisation exclusive des femmes et l'injonction à un suivi régulier. L'ouvrage d'Emily Martin est un exemple de critique détaillée des discours médicaux, notamment en ce qu'ils impliquent comme représentations du fonctionnement corporel féminin : « *Le code supposément abstrait de la science médicale véhicule en réalité une récit très concret, ancré dans nos formes spécifiques de hiérarchie et de contrôle sociaux. En général, nous n'entendons pas le récit, nous n'entendons que les "faits", et c'est ce qui rend la science si puissante. Mais les femmes, dont l'expérience corporelle est dénigrée et détruite par des modèles mobilisant les images d'échec de production, de gâchis, de dégradation et de décrépitude, possèdent en elles-mêmes la capacité de confronter ce récit scientifique à une autre histoire, fondée sur leur propre expérience.* »⁴¹⁵ Ces critiques se focalisent sur la naturalisation du féminin et l'imposition de normes féminines. Le masculin est assimilé à la domination normative qui pèse sur les femmes ; dans le même temps, il n'est jamais lui-même interrogé comme produit ou objet de cette normativité genrée. Les inégalités de traitement entre hommes et femmes dans le monde médical sont ainsi généralement dénoncées comme

⁴¹⁴ Didier Fassin, Dominique Memmi, « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », in Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps...*, op. cit., pp. 20-21

⁴¹⁵ Emily Martin, *The Woman in the Body...*, op. cit., p. 197 (traduction personnelle)

instrumentalisation des femmes, sans que les profits de cette focalisation sur les femmes soient perçus, et sans interroger les significations de ce déséquilibre pour les individus masculins.

Il faut inverser le regard porté sur les expressions des identités hégémoniques de genre pour appréhender la force des normes genrées pour les hommes. Celles-ci se dessinent en creux des normes féminines critiquées par les féministes. La lecture que Christine Détrez a faite des encyclopédies du corps destinées aux enfants⁴¹⁶ lui a par exemple permis de souligner le sexisme des modèles présentés, qui opposent une masculinité active, à travers les images des spermatozoïdes dans la fécondation ou encore en illustrant le travail des muscles par des silhouettes uniquement masculines, à une féminité passive, qui s'exprime notamment dans l'attentisme supposé de l'ovocyte ou encore dans le choix de silhouettes féminines pour représenter les muscles au repos. Si le préjudice porté aux représentations des femmes est souligné dans cette description des représentations du corps, l'injonction à la puissance et à l'activité qu'elles contiennent pour les hommes n'est pas mise en avant. Pourtant, si ce type de normativité sexuée fonctionne pour les jeunes lectrices, pourquoi en serait-il autrement pour les jeunes lecteurs ? Dans un autre domaine, Emily Martin⁴¹⁷ dénonce la dissimulation des phénomènes corporels, comme la menstruation, exigée des femmes lorsqu'elles ont pénétré le monde de l'entreprise, ce qui se traduisait par exemple par l'absence de toilettes séparées ou de pauses ménagées dans le temps de travail. Cette situation souligne une exigence de longue date vis-à-vis des hommes, confrontés à des injonctions culturelles d'impassibilité et de force physiques, sans que cela ne soit mentionné par l'auteure, qui n'en relève que les conséquences pour les femmes.

Plus généralement, les études féministes se sont consacrées à la réappropriation des discours sur le féminin, par la critique des normes, sans interroger l'impact de ces normes pour les individus masculins. Or, la domination « masculine » s'exerce aussi dans la définition de la masculinité hégémonique et chaque élément de normativité à l'encontre des femmes a potentiellement son pendant

⁴¹⁶ Christine Détrez, « Il était une fois le corps... La construction biologique du corps dans les encyclopédies pour enfants », *Sociétés contemporaines*, n°59-60, 2005, pp. 161-177

⁴¹⁷ Emily Martin, *The Woman in the Body...*, *op. cit.*, pp. 199-200

pour les hommes. Si cette inversion du regard n'a pas lieu dans le domaine des études de genre, cela peut être attribué à l'absence de perception du potentiel émancipateur de ce type d'interrogations par les hommes eux-mêmes, qui n'ont pas encore mis en marche un processus d'émancipation masculine.

Bibliographie indicative

Médecine

Histoire de la médecine

Jean-Claude Aron (dir.), *Misérable et Glorieuse : la femme au XIXe siècle*, Librairie Arthème Fayard, Paris, 1980

- Jean Borie, « Une gynécologie passionnée »
- Jean-Pierre Peter, « Les médecins et les femmes »

Hélène Berlan et Etienne Thevenin, *Médecins et société en France : du XVIe siècle à nos jours*, Editions Privat, Toulouse, 2005

Thomas Laqueur, *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Gallimard, Paris, 1992

Sigmund Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, (1905), Editions Gallimard, Paris, 1987

Articles :

Ivan Crozier, « La sexologie et la définition du "normal" entre 1860 et 1900 », *Cahiers du Genre*, n°34, 2003

Nicole Edelman, « Représentation de la maladie et construction de la différence des sexes. Des maladies de femmes aux maladies nerveuses, l'exemple de l'hystérie », *Romantique*, Vol. 30, n° 110, 2000

Olivier Faure, « Le regard des médecins », in Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps - 2. De la Révolution à la Grande Guerre*, Éditions du Seuil, Paris, 2005

Médecine contemporaine

Articles :

Jean-Michel Bader, « Des médicaments pour quelles maladies ? », *Les Tribunes de la santé*, Vol. 1, n°6, 2005

Laura Beltran, Alain Giami, « Processus d'interaction dans la consultation médicale : différends abords de l'impuissance masculine », *Revue européenne de sexologie et de santé sexuelle*, Vol 18, n°4, 2009

Sabine Bessière, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires Sociales*, Vol. 1, n°1, 2005

Joan Cassel, « The Woman in the Surgeon's Body : Understanding Difference », *American Anthropologist*, Vol. 98, n°1, 1996

Alain Giami, « De l'impuissance à la dysfonction érectile : Destins de la médicalisation de la sexualité », in Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2004

Marie Jaisson, « La mort aurait-elle mauvais genre ? – La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 3, n°143, 2002

Pratiques gynécologiques

Enquête BVA pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM), « Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique », 2008

Articles :

Daniel Delanoë, « La ménopause comme phénomène culturel », *Champ psychosomatique*, Vol. 4, n°24, 2001

Jean-Paul Gaudillère, Ilana Löwy, « Controverses sur le traitement hormonal de la ménopause », *Mouvements*, Vol. 2, n°32, 2004

Laurence Guyard, « Chez la gynécologue : apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, Vol. 40, n°1, 2010

Laurence Guyard, « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *Champ psychosomatique*, Vol. 3, n°27, 2002

Assistance médicale à la procréation

Irène Théry, *Des humains comme les autres – Bioéthique, anonymat et genre du don*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2010

Articles :

Alain Giami, « Le "glauque" ou la production de sperme infertile », *Ethnologie Française*, Vol. 41, n°1, 2011

Arthur L. Greil, Thomas A. Leitko, Karen L. Porter, « Infertility : His and Hers », *Gender and Society*, Vol 2, n°2, 1988

Elise de La Rochebrochard, « Des hommes médicalement assistés pour procréer : IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine », *Population*, Vol. 58, n°4, 2003

Ilana Löwy, « Assistance médicale à la procréation (AMP) et traitement de la stérilité masculine en France », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 18 n°4, 2000

Laurence Tain, « Corps reproducteur et techniques procréatives : images, brouillages, montages et remue-ménage », *Cahiers du Genre*, n°34, 2003

Histoire et sociologie du corps

Georges Didi-Huberman, *Ouvrir Vénus – Nudité, rêve, cruauté*, Editions Gallimard, Paris, 1999

Dominique Memmi, *Faire vivre et laisser mourir – Le gouvernement contemporain de la naissance à la mort*, La Découverte, Paris, 2003

Dominique Memmi, *Les Gardiens du corps – Dix ans de magistère bioéthique*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1996

Articles :

Alain Corbin, « La rencontre des corps », in Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello (dir.), *Histoire du corps - 2. De la Révolution à la Grande Guerre*, Éditions du Seuil, Paris, 2005

Christine Détrez, « Il était une fois le corps... La construction biologique du corps dans les encyclopédies pour enfants », *Sociétés contemporaines*, n°59-60, 2005

Didier Fassin, Dominique Memmi, « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », in Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2004

Yvonne Knibiehler, « Corps et cœur », in Geneviève Fraisse, Michelle Perrot (Dir.), *Histoire des femmes en Occident – IV. Le XIXe siècle*, Editions Perrin, Paris, 2002

Jean-Pierre Peter, préface d'Odile Arnold, *Le Corps et l'Âme - La vie des religieuses au XIXe siècle*, Editions du Seuil, Paris, 1983

Sociologie des sciences

Evelyn Fox Keller, *Reflections on Gender and Science*, Yale University Press, 1985

Bruno Latour, Steve Woolgar, *La Vie de laboratoire : la production de faits scientifiques*, La Découverte, Paris, 2008

Bruno Latour, *L'espoir de Pandore : pour une version réaliste de l'activité scientifique*, La Découverte, Paris, 2007

Bruno Latour, *La science en action – Introduction à la sociologie des sciences*, (1989), Editions La Découverte, Paris, 2005

Emily Martin, *The Woman in the Body : a Cultural Analysis of Reproduction*, Open University Press, 1989

Nelly Oudshoorn, *The Male Pill : the Biography of a Technology in the Making*, Duke University Press, Durham and London, 2003

Nelly Oudshoorn, *Beyond the natural Body : an archeology of sex hormones*, Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn, 1994

Danielle Chabaud-Rychter, Delphine Gardey (dir.), *L'engendrement des choses – Des hommes, des femmes et des techniques*, Editions des Archives Contemporaines, Paris, 2002

- Danielle Chabaud-Rychter, Delphine Gardey, « La neutralité des techniques à l'épreuve de la critique »
- Judy Wajcman, « La construction mutuelle des techniques et du genre : l'état des recherches en sociologie »

Delphine Gardey, Ilana Löwy (dir.), *L'invention du naturel – Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Editions des Archives Contemporaines, Paris, 2000

- Evelyn Fox Keller, « Histoire d'une trajectoire de recherche – De la problématique "genre et sciences" au thème "langage et sciences" »
- Nelly Oudshoorn, « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes »

Articles :

Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre », *Cahiers du Genre*, n°34, 2003

Nelly Oudshoorn, « Technologies de la reproduction et identité des usagers : une co-construction. Le cas de la pilule masculine », in Elsa Dorlin, Eric Fassin (Dir.), *Reproduire le genre*, Editions de la bibliothèque publique d'information/Centre Pompidou, 2010, (traduction et résumé de Eric Fassin, d'après l'article « Clinical Trials as Cultural Niche in which to Configure the Gender Identities of Users ; The Case of Male Contraceptive Development », in Nelly Oudshoorn, Trevor Pinch (Dir.), *How Users Matter. The co-construction of Users and Technology*, MIT Press, 2003)

Nelly Oudshoorn, « On the making of sex hormones : Research materials and the Production of Knowledge », *Social Studies of Sciences*, Vol. 1, n°1, (1990)

Christiane Sindin, « Le sexe des hormones », *Cahiers du Genre*, n°34, 2003

Etudes de genre

Robert Connell, *Gender and Power*, Cambridge : Polity Press, 1987

Christine Guionnet, Erik Neveu, *Féminins/Masculins – Sociologie du genre*, Armand Colin, Paris, 2009

Françoise Héritier, *Une pensée en mouvement*, Editions Odile Jacob, Paris, 2009

Françoise Héritier, *Masculin/Féminin II – Dissoudre la hiérarchie*, Editions Odile Jacob, Paris, 2002

Ilana Löwy, Catherine Marry, *Pour en finir avec la domination masculine – De A à Z*, Editions du Seuil, Paris, 2007

Anne Moir et David Jessel, *Brain Sex : the real difference between man and women*, NY Carol Publishing Company, 1991

Hommes

Ingeborg Breines, Robert Connell, Ingrid Eide (dir.), *Rôles masculins, masculinités et violences : perspectives d'une culture de paix*, Editions de l'UNESCO, 2004

Robert Connell, *Masculinities*, Cambridge : Polity Press, 1995

Pierre Darmon, *Le tribunal de l'impuissance – Virilité et défaillances conjugales dans l'Ancienne France*, Editions du Seuil, Paris, 1979

George Mosse, *L'image de l'homme – L'invention de la virilité moderne*, (1996), Editions Abbeville, Paris, 1997

Articles :

Lesley A. Hall, « "Somehow very distasteful" : Doctors, Men and Sexual Problems between the Wars », *Journal of Contemporary History*, Vol. 20, n°4, 1985

Debra Kalmuss, Carrie Tatum, « Patterns of Men's Use of Sexual and Reproductive Health Services », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, n°39, 2007

Tina Raine, Arik V. Marcell, Corinne H. Rocca, Cynthia C. Harper, « The Other Half of the Equation : Serving Young Men In a Young Women's Reproductive Health Clinic », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, n°35, 2003

Histoire du Militantisme

Isabelle Friedmann, Mouvement Français pour le Planning Familial, *Liberté, sexualités, féminisme – 50 ans de combat du Planning pour les droits des femmes*, La Découverte, Paris, 2006

Articles :

Marie-Françoise Lévy, « Le Mouvement Français pour le Planning Familial et les jeunes », *Vingtième siècle, Revue d'Histoire*, n°75, 2002

Ilana Löwy, « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? – Le Women health movement et les transformations de la médecine aux Etats-Unis », *Travail, genre et société*, Vol. 2, n°14, 2005

Etudes sur la sexualité

Nathalie Bajos, Michel Bozon (dir.), *Enquête sur la sexualité en France – Pratiques, genre et santé*, Editions La Découverte, Paris, 2008

Nathalie Bajos, Michèle Ferrand, Equipe GINE, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, INSERM, Paris, 2002

Janine Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour – Les politiques de la sexualité en France (1950-2002)*, Editions Payot & Rivages, Paris, 2002

Janine Mossuz-Lavau, *La vie sexuelle en France : une enquête inédite : des hommes et des femmes racontent comment ils font l'amour aujourd'hui*, Editions de La Martinière, Paris, 2002

Contraception

Articles :

Nathalie Bajos, Michèle Ferrand, « Contraception et rapports sociaux de sexes » in CADAC, Valérie Haudiquet, Maya Surduts, Nora Tenenbaum (coord.), *Une conquête inachevée : le droit des femmes à disposer de leur corps*, Editions Syllepse, Paris, 2008

Nathalie Bajos, Michèle Ferrand, « La contraception : levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 22, n°3, 2004

Cyril Desjeux, « Histoire de la contraception masculine. L'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979 – 1986) », *Politiques sociales et familiales*, n°100, 2010

Cyril Desjeux, « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine », *Autrepart*, 52, 2009

Cyril Desjeux, « Une occultation des pratiques masculines de contraception », *¿Interrogations ? - Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, n°6, 2008

Carl Djerassi, « Birth Control after 1984 », *Science*, 169, 1970

Clémentine Rossier *et al.*, « Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000 », *Population*, Vol. 59, n°3, 2004

Brenda Spencer, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », *Actes de la recherche en Sciences Sociales*, vol. 128, 1999

Filiation et parentalité

Elisabeth Badinter, *L'amour en plus : histoire de l'amour maternel XVII-XXe siècles*, Flammarion, Paris, 1981

Marcela Iacub, *L'Empire du ventre – Pour une autre histoire de la maternité*, Fayard, Paris, 2004

Yvonne Knibiehler, Gérard Neyrand (dir.), *Maternité et parentalité*, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, Paris, 2004

Les sentiers de la dépendance

William Brian Arthur, *Increasing Returns and Path Dependence in the Economy*, University of Michigan Press, 1994

Articles :

Paul A. David, « Comprendre les aspects économiques de *QWERTY* : la contrainte de l'histoire », *Réseaux*, CNET, Vol. 16, n°87, 1998

Bruno Palier, Giuliano Bonoli, « Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale », *Revue Française de Science Politique*, Vol.49, n°3, 1999

Paul Pierson, « Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics », *The American Political Science Review*, Vol. 94, n°2, 2000

Sites internet (consultés entre janvier et mai 2011)

Association Française d'Urologie : www.urofrance.org

Assurance maladie : www.ameli.fr

Comité de Défense de la Gynécologie Médicale : www.cdgm.org

Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale : www.fncgm.com

Fivfrance : www.fivfrance.com

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques : www.insee.fr

Société d'Andrologie de Langue Française : www.salf.fr

Textes de lois

Loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception.

Arrêté du 25 janvier 2000 modifiant l'arrêté du 3 avril 1985 fixant la Nomenclature des actes de biologie médicale

Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le code civil relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant et instituant la juge aux affaires familiales

Loi Veil du 17 janvier 1975, relative à l'interruption de grossesse

Loi Neuwirth du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances

Autres :

Arthur Kermalvezen, Blandine de Dinechin, *Né de spermatozoïde inconnu*, Presses de la Renaissance, Paris, 2008

Martin Winckler, *Le chœur des femmes*, P.O.L., Paris, 2009

Articles :

Gaëlle-Marie Zimmermann, « Après les brèves de comptoirs, les brèves de gynéco », <http://www.zonezerogene.com/magazine/apres-les-breves-de-comptoir-les-breves-de-gyneco/17/05/2010/>

Suzanne Goldenberg, « Why women are poor at science, by Harvard president », *The Guardian*, 18 janvier 2005 : <http://www.guardian.co.uk/science/2005/jan/18/educationsgendergap.genderissues>

Renée Greusard, « Pression sexuelle sur les mecs : “Entre nous c’est un tabou” », Rue89, 2 mai 2011 : <http://www.rue89.com/rue69/2011/05/02/pression-sexuelle-sur-les-meecs-entre-nous-cest-un-tabou-201862>

Pierre Kaldy, « Nouvelle donne pour la pilule masculine », juin 2007 : <http://www.larecherche.fr/content/recherche/article?id=7193>

Table des matières

Sommaire	1
Introduction	2
Première partie : La neutralité de la science à l'épreuve des rapports sociaux de sexes.....	14
Chapitre I : La gynécologie : naissance d'une science de la différence	17
A. Du modèle unisexe à la différence incommensurable.....	17
Le destin du modèle unisexe antique	18
Le basculement vers la différence sexuelle.....	20
Science et idéologie	24
B. Le féminin sexuel et le masculin neutre	27
L'éternelle malade	28
Le masculin neutre	31
Le rejet des déviances	34
Chapitre II : Culture, savoirs et pratiques dans la médecine.....	40
A. L'ancrage culturel de la production de savoirs scientifiques.....	41
L'apport de la sociologie des sciences.....	41
La critique féministe des sciences et des techniques	46
B. L'acteur médical.....	51
Un monde spécifique	51
La féminisation sectorielle du monde médical et la dimension de soin	54
Etre médecin, c'est guérir	59
Chapitre III : Les sentiers de la dépendance.....	67
A. Les hormones : une histoire de femmes ?	69
La gynécologie comme partenaire de l'endocrinologie	69
L'exception allemande	73
La pilule contraceptive, enfant des féministes et des gynécologues.....	76

B. Les « gardiennes du temple de la santé sexuelle et reproductive » ...	80
La planification familiale : inquiétudes médicales et féminismes.....	81
La difficile implication des hommes	85
Deuxième partie : Genre et santé sexuelle : les réalités de l'inégalité	93
Chapitre IV : Genre et contrôle reproductif : le monopole contraceptif	96
A. La contraception comme responsabilité féminine	97
La contraception : une conquête féministe.....	97
La charge contraceptive	102
Le préservatif comme contraception alternative ?.....	105
B. Les hommes virils mais démunis	108
L'échec de la pilule masculine.....	109
Masculinité, sexualité et fertilité.....	115
Maîtrise de la fécondité et devoirs paternels.....	120
Chapitre V : La procréation médicalement assistée : quelle place pour les stérilités masculines ?	126
A. Les techniques d'Assistance Médicale à la Procréation.....	127
La Fécondation in Vitro : une solution à l'infertilité féminine.....	127
Le don de gamètes : la seule alternative pour les hommes ?	130
Les bouleversements de l'ICSI.....	134
B. Hommes et femmes dans les dispositifs d'AMP.....	139
Un espace féminin ?.....	139
Le masculin ignoré.....	144
Chapitre VI : La santé sexuelle au quotidien : le gynécologue... et tous les autres.....	153
A. Des corps différents	154
La charge symbolique des organes sexuels	154
Des différences de besoins ?	157
B. Socialisation médicale et recours aux soins	163
La gynécologie comme espace d'apprentissage et de soins	163
La santé des hommes : entre silences et malaise	169

Des rapports différents à la santé	174
Conclusion.....	182
Bibliographie indicative.....	186
Table des matières	194
Annexes.....	197

Annexes

Annexe 1 : Liste des praticiens rencontrés.....	II
Annexe 2 : Sigles utilisés.....	IV
Annexe 3 : Le modèle unisexe	V
Annexe 4 : Les squelettes masculin et féminin	VI
Annexe 5 : La nature féminine selon Jules Michelet.....	VIII
Annexe 6 : La lutte contre l'onanisme au XIXe siècle	X
Annexe 7 : La sensibilisation masculine par l'altruisme.....	XII
Annexe 8 : La mobilisation masculine par l'héroïsme	XIII