



Thèse

2022

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Quelle andrologie ? Histoire des savoirs et des pratiques médicales du masculin en France et Suisse romande (années 1890-1970)

Bajeux, Camille

How to cite

BAJEUX, Camille. Quelle andrologie ? Histoire des savoirs et des pratiques médicales du masculin en France et Suisse romande (années 1890-1970). Doctoral Thesis, 2022. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:165276

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:165276>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:165276](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:165276)

Quelle andrologie ?
Histoire des savoirs et des pratiques médicales du
masculin en France et Suisse romande
(années 1890-1970)

THÈSE

présentée à la Faculté des sciences de la société de l'Université de Genève
par

Camille Bajoux

Sous la direction de

Delphine Gardey, Professeure, Université de Genève

Vincent Barras, Professeur, Université de Lausanne

Pour l'obtention du grade de

Docteur ès sciences de la société mention études genre

Membres du jury de thèse :

Estelle SOHIER, Professeure, Université de Genève, présidente du jury

Flurin CONDRAU, Professeur, Université de Zurich

Lorraine DASTON, Professeure et directrice émérite du Max Planck Institute
for the History of Science (MPIWG) de Berlin

Jean-Paul GAUDILLIÈRE, Directeur d'études à l'École des hautes études en
sciences sociales (EHESS), Directeur de recherche à l'Institut national de la
santé et de la recherche médicale (INSERM)

Genève, le 4 octobre 2022

Table des matières

Résumé	5
Abstract	6
Liste des abréviations	7
Remerciements	8
Remarques préliminaires	11
Introduction générale	12
État de la littérature et cadre théorique	22
Corpus de sources	34
Partie I. La spécialisation médico-chirurgicale. Juridictions de la santé masculine au début du XXème siècle	45
Introduction	46
Chapitre 1 : De nouvelles spécialités des maladies des organes génito-urinaires	51
1. L'émergence de spécialités des organes génito-urinaires	51
1.1. De la lithotritie aux maladies des voies urinaires	52
1.2. Le développement de la spécialisation dans les Facultés de médecine	61
2. Des maladies vénériennes aux maladies urinaires	69
2.1. Des spécialités aux contours imprécis	69
2.2. La « médecine de cabinet » et la médecine universitaire	74
Chapitre 2. Émergence, significations et usages de l'andrologie	80
1. L'andrologie comme science de la masculinité	80
1.1. D'une science humaine à celle de la masculinité	80
1.2. Produire la différence : des identités professionnelles en construction	84
2. Significations et usages du terme « andrologie »	92
2.1. Une spécialité des organes génitaux masculins	92
2.2. Troubles sexuels et reproductifs : l'andrologie dans l'entre-deux-guerres	98
Chapitre 3. L'éclatement de spécialités autour de la santé masculine	109
1. La reproduction masculine sous le regard médical	110
1.1. La stérilité masculine, une juridiction gynécologique	110
1.2. Biopolitique et la « qualité » des pères	115
2. Localiser les maladies masculines : du somatique au psychique	123
2.1. Économies corporelles masculines à la fin du siècle	123
2.2. Le pervers et l'impuissant : cliniques des sexualités masculines	132
3. Les frontières hormonales de la masculinité	136
3.1. « Eunuque naturel » et « inverti artificiel » : la masculinité comme continuum	136
3.2. Le vieillissement masculin, entre normalité et pathologie	145
3.3. Des thérapies de rajeunissement à l'endocrinologie sexuelle	150
Conclusion	157
Partie II. Le marché thérapeutique de la santé masculine au début du XXème siècle	160
Introduction	161
Chapitre 1. Une histoire pluraliste de la santé masculine	166

1.	La production et la circulation de connaissances sur les sexualités _____	166
1.1.	Prolifération des discours sur les sexualités masculines _____	166
1.2.	Circulation et appropriation d'un vocabulaire autour de la sexualité _____	171
2.	La consommation thérapeutique et les parcours de soin des patients _____	176
2.1.	Les séjours de santé à l'épreuve de la classe sociale _____	177
2.2.	L'offre et les consommations thérapeutiques en zones rurales et urbaines _____	182
2.3.	Les remèdes et l'automédication _____	187
2.4.	Médecines « alternatives » et médecines « des marges » _____	190
3.	Les femmes, entre soins formels et informels _____	195
3.1.	Les mères et le rôle d'éducation morale _____	195
3.2.	Travail de médiation et maternage _____	199
3.3.	Soignantes de l'âme et du corps _____	202
Chapitre 2. Décrire la maladie et vendre son remède _____		207
1.	L'essor de la publicité médico-pharmaceutique à la fin du XIXème siècle _____	207
1.1.	L'essor de la « science médicale-pharmaceutique » _____	207
1.2.	« Pseudo » publicité et « vrais » médecins ? _____	209
2.	Le marché de la santé par correspondance _____	212
2.1.	Le commerce à distance de la santé masculine _____	212
2.2.	Esquisser les contours d'un commerce transnational _____	218
3.	Représenter les corps et les maladies masculines _____	224
3.1.	Régénérer le corps épuisé _____	224
3.2.	Des maladies masculines « spéciales » ? _____	235
Chapitre 3. La création de frontières professionnelles _____		244
1.	Désigner le « charlatan » : contours d'une crispation _____	244
1.1.	De la question morale à la pléthore médicale _____	244
1.2.	Le tournant de la Grande Guerre _____	251
2.	La déontologie médicale contre le charlatanisme _____	257
2.1.	La publicité médico-pharmaceutique en question _____	258
2.2.	Écouter, persuader, consoler : le travail émotionnel des médecins _____	269
Conclusion _____		275
Partie III. Corps, sexualités et masculinités dans les pratiques cliniques de l'entre-deux-guerres aux années 1960 _____		278
Introduction _____		279
Chapitre 1. Les sexualités masculines en pratiques _____		284
1.	La fabrique de l'impuissance au cabinet du docteur Bourguignon _____	284
1.1.	Déceler l'origine de l'impuissance sexuelle _____	284
1.2.	La chronaxie vestibulaire comme mesure somatique de l'émotivité _____	292
1.3.	Le langage corporel de l'impuissance et des émotions _____	299
2.	Les sexualités « déviantes » dans les pratiques asilaires romandes _____	309
2.1.	Des techniques d'investigation du corps et de l'inconscient _____	309
2.2.	La castration « thérapeutique » et ses effets sur les corps _____	316
2.3.	Les scripts sexuels et rôles de genre dans la construction de la « déviance » _____	322
Chapitre 2. Les masculinités dans les interactions médicales _____		330
1.	La relation médecin-patient : des rapports entre hommes _____	330
1.1.	Retrouver les traces des masculinités dans la clinique _____	330
1.2.	De la sympathie à la connivence : solidarités et ententes masculines _____	334
1.3.	« Réparer » et protéger la masculinité des patients _____	341

2.	Des relations masculines comme rapports de pouvoir	347
2.1.	Des patients récalcitrants ? Discours et pratiques autour des résistances masculines	347
2.2.	Résistances et tactiques de pouvoir des hommes internés	353
3.	La gestion de l'intime dans les interactions médicales	359
3.1.	De la gêne à l'homoérotisme : gérer le tabou sexuel	359
3.2.	La transformation du sperme en objet médical	365
Conclusion		372
Partie IV. Des médecines « du couple » à celles du masculin pendant les Trente Glorieuses		375
Introduction		376
Chapitre 1. Des médecines de la stérilité masculine		380
1.	La « disciplinarisation » de la reproduction	380
1.1.	La redéfinition de la stérilité masculine comme une juridiction urologique	380
1.2.	La constitution du « couple » comme unité biologique	389
2.	Le développement de l'insémination artificielle	394
2.1.	L'insémination artificielle en contexte agronome	394
2.2.	Des fermes à la clinique : débats et pratiques de l'insémination artificielle	398
Chapitre 2. « Tout pour la femme, y compris l'homme » : Le couple devant la médecine		411
1.	Une offre médicale orientée vers les femmes	411
1.1.	De l'action militante à l'expertise médicale : le déploiement du planning familial	411
1.2.	Les femmes et leur médecin : un rapport privilégié ?	416
1.3.	Revendiquer le droit au plaisir	422
2.	Des hommes dans des espaces féminins	430
2.1.	Les médecins dans l'intimité des couples	430
2.2.	Renseigner, informer, ménager : interroger la notion de « travail »	436
Épilogue : L'andrologie au tournant des années 1970		446
Conclusion générale		462
Sources et bibliographie		473
Archives		473
Sources publiées		476
Annexes		522
Annexe I. Glossaire des termes techniques et maladies		523
Annexe II. Description et modalités d'accès aux principaux fonds d'archives		525
Annexe III. Dossier d'un patient du docteur Georges Bourguignon		527
Annexe IV. Dossier d'un patient du Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires		531

Résumé

Quelle andrologie ? Histoire des savoirs et pratiques médicales du masculin en France et Suisse romande (années 1890-1970)

Cette thèse porte sur l'histoire des savoirs et des pratiques médicales autour de la santé sexuelle et reproductive masculine en France et en Suisse romande de la fin du XIX^{ème} siècle aux années 1970. En partant du constat de l'absence d'un équivalent masculin de la gynécologie, ce travail interroge comment la notion d'une « science de la masculinité » a été imaginée et négociée entre les années 1890, moment où le terme « andrologie » a été utilisé pour la première fois, et les années 1970, lorsque les premières associations professionnelles d'andrologie ont été créées. Au-delà de l'histoire de la spécialisation, cette recherche s'intéresse également aux pratiques de prise en charge des hommes souffrant de troubles sexuels et reproductifs, ainsi qu'à la production de savoirs et de paradigmes médicaux concernant la santé des hommes durant cette période.

Pour ce faire, cette thèse s'appuie sur une grande variété d'archives : littérature médicale, annuaires médicaux, dossiers de patients, archives administratives, politiques et hospitalières, archives de presse, lettres publiées, témoignages d'histoire orale, archives radiophoniques et autobiographies.

La recherche montre que bien que le terme « andrologie » soit utilisé depuis la fin du XIX^{ème} siècle, il n'y a pas eu de tentative d'établir une science de l'andrologie en France ou en Suisse romande. Malgré l'absence de spécialité dédiée à la masculinité, la santé des hommes a fait l'objet d'attention médicale, de rivalités professionnelles et de pratiques de genre tout au long du XX^{ème} siècle. L'étude de ces transformations au temps long permettent de comprendre les conditions d'émergence d'une « andrologie » concernée par l'infertilité masculine à la fin des années 1960 et la marginalisation que connaît cette branche médicale depuis lors.

Abstract

The making of andrology. A history of men's sexual and reproductive health in France and French-speaking Switzerland (ca. 1890-1970)

This dissertation examines the history of medical knowledge and practices on male sexual and reproductive health in France and French-speaking Switzerland from the end of the nineteenth century to the 1970s. Noting the absence of a male equivalent to gynecology, this work explores how the notion of a 'science of masculinity' was imagined and negotiated between the 1890s when the term 'andrology' was first used and the 1970s, when the first professional andrological associations were created. Beyond specialization, this research also focuses on practices of caring for men with sexual and reproductive disorders as well as the construction of knowledge and medical paradigms concerning men's health during this time.

This thesis draws from a large variety of archives including medical literature, medical directories, patient files, administrative, political and hospital archives, press archives, published letters, oral history testimonies, radio archives and autobiographies.

It argues that although the term 'andrology' has been used since the end of the nineteenth century, there has been no attempts to establish a science of andrology in France or in the French-speaking part of Switzerland. Despite the lack of a specialty, this dissertation shows that men's health has been an object of medical attention, professional rivalries and gender practices throughout the twentieth century. The study of these long-term transformations makes it possible to understand the conditions of emergence of an 'andrology' concerned with male infertility in the late 1960s and the marginalization that this medical branch has been experiencing since then.

Liste des abréviations

17-CS	17-Cétostéroïdes urinaires
AAPHP	Archives de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris
ACV	Archives cantonales vaudoises
AEF	Archives d'État de Fribourg
AEG	Archives d'État de Genève
AFU	Association française d'urologie
AHUG	Archives des Hôpitaux universitaires de Genève
APA	Association pour l'autobiographie et le patrimoine autobiographique
APHP	Assistance publique des Hôpitaux de Paris
ARDECOM	Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine
ASA	<i>American Society of Andrology</i>
AUA	<i>American Association of Urology</i>
BnF	Bibliothèque nationale de France
CCER	Comité cantonal d'éthique de la recherche sur l'être humain
CECOS	Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme
CIDA	<i>Comité internacional de andrología</i>
CIFERN	Centre d'information familiale et de régulations des naissances
CSP	Conseil de surveillance psychiatrique
DES	Diplôme d'Études spécialisées
DU	Diplôme d'Université
ESCO	<i>European Sterility Congress Organization</i>
FMH	Fédération des médecins suisses
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IAD	Insémination artificielle avec sperme de donneur
INPI	Institut national de la propriété intellectuelle
INRA	Institut national de recherche agronomique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
LArch	Loi sur l'archivage
LRH	Loi sur la recherche sur l'être humain
MFPP	Mouvement français pour le planning familial
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMA	Procréation médicalement assistée
PRH	Programme de reproduction humaine
SALF	Société d'andrologie de langue française

Remerciements

Cette recherche n'aurait jamais abouti sans le concours, l'aide et le soutien des personnes qui m'ont accompagnée, soutenue et encouragée lors de ces six dernières années. Je suis heureuse de pouvoir les remercier ici.

Mes premiers remerciements vont à mes directrice et directeur de thèse, Delphine Gardey et Vincent Barras, pour leur soutien et leur accompagnement tout au long de ce parcours doctoral. Leur disponibilité, leurs relectures, suggestions et commentaires ont été précieux à la construction de mon identité de chercheuse et d'historienne en devenir. Merci plus particulièrement à Delphine de m'avoir encouragée à poursuivre en doctorat à la suite de mon mémoire de Master.

Je remercie ensuite les membres du jury, Flurin Condrau, Lorraine Daston, Jean-Paul Gaudillière et Estelle Sohier pour leurs commentaires stimulants. Les échanges que nous avons eu lors du colloque privé m'ont permis d'améliorer significativement ce manuscrit.

En démarrant ce travail de thèse, j'ai réalisé tout ce que les sciences historiques devaient aux rencontres humaines. Cette recherche n'aurait pas pu avoir lieu sans le soutien des personnes qui m'ont orientée dans la recherche de sources et signalé l'existence de fonds susceptibles de m'intéresser : merci à Nicolas Chachereau, Catherine Herr-Laporte, Jérôme Baudry et Cécile Thomé. Cette recherche n'aurait pas pu exister non plus sans l'aide précieuse de ceux et celles qui travaillent au plus près des archives, qui m'ont guidée et aidée à effectuer des demandes de dérogation pour avoir accès à des sources parfois sensibles. Je tiens donc à remercier Jérôme van Wijland, Gilles Jeanmonod et Emmanuel Ducry. Merci également à Taline Garibian pour ses conseils sur les démarches à suivre pour obtenir des dérogations auprès des Comités cantonaux d'éthique de la recherche (CCER). Enfin, merci à tous les hommes anonymes dont les fragments de vie ont laissé des traces dans les archives et dont les expériences et parcours composent le tissu de cette recherche.

Dans un climat de plus en plus marqué par la précarité académique, j'ai eu le privilège de jouir d'excellentes conditions matérielles de travail. Cette recherche a été possible grâce au soutien de l'Institut des Études genre de l'Université de Genève, où j'ai travaillé durant cinq ans en tant qu'assistante-doctorante à 70%, et du Fonds national suisse de la recherche scientifique, qui

m'a octroyé une bourse Doc.Mobility pour financer un séjour de recherche à l'Université de Linköping en Suède pour l'année 2020-2021.

It is only fair that I switch to English to thank all of those who welcomed me at Linköping University. Despite a global pandemic that turned all events into online meetings, I immediately felt at home at the Unit for Gender Studies. Most of this dissertation has been written during this stay, be it at the office, on a couch at home, in-between fikas, walks in the forest and barbecues. First of all, I would like to thank my host professor, Ericka Johnson, for her warm welcome and unconditional support in my research. I promise to translate some parts of this work into English so you will be able to read it! I am grateful to the P6 seminar group "Body, knowledge, subjectivity" for making Linköping such an intellectually stimulating environment. My thanks also go to Maria Björkman and Elin Björk for sharing their rare but precious interest in the prostate with me. Last but not least, I am thankful for all those who supported and helped me during this time in Sweden : Toby, Davide, Alex, Ruben, Pascal, Sara, Giacomo, Dominika, Maria, Sarah, Marie, Valentine, Anna, Isabel and Demian. I am grateful for having met you and I hope our paths will meet again soon.

Je tiens aussi à remercier toutes les personnes m'ont relues à divers moments de l'écriture de cette thèse et dont les retours ont permis d'améliorer significativement ce travail, notamment à l'occasion du séminaire interne de l'Institut des Études genre : Fabrice Cahen, Philip Rieder, Dolorès Martin Moruno, Francesca Arena, Claire Grino, Marilène Vuille, Lorena Parini et Solène Gouilhers.

Cette thèse est aussi le produit d'échanges et de discussions qui ont eu lieu dans le cadre du séminaire « Masculinités, santé et genre. Aux intersections des savoirs et pratiques médicales sur le corps » que je co-organise depuis 2018 avec Francesca Arena, Aude Fauvel et Joëlle Schwarz. Merci à elles de m'avoir conviée à participer à l'organisation de ce séminaire qui m'a permis de rencontrer un grand nombre de chercheur·ses travaillant sur des thématiques similaires dont les réflexions et les écrits ont nourri ma thèse. Merci à vous aussi pour les apéros, les repas, les cafés et les rires qui ont fait partie intégrante de ce travail d'organisation.

Durant ces six années, j'ai beaucoup appris sur le plan scientifique mais aussi sur le fonctionnement du monde académique en Suisse. Je tiens à remercier celles et ceux qui se sont engagé·es avec moi pour la défense des intérêts du corps intermédiaire et qui se battent encore aujourd'hui pour améliorer le monde de la recherche à l'AGRASS, ACCORDER et à l'Assemblée Universitaire.

Merci à toutes celles et ceux qui sont passé·es par l'Institut des Études genre depuis 2016 et qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à la réalisation de ce travail. Merci notamment à Lorena Parini pour m'avoir accompagnée dans mon apprentissage de l'enseignement universitaire avec confiance et humour. Merci à mes collègues qui sont devenues des amies : Yali, Carolina, Aline, Liz, Liliya, Marie, Solène, Marlyse, Eléonore. Merci pour les déjeuners, les rires, les essayages de vêtements, les rêves de librairie et les débats. Un grand merci aussi à toutes les personnes qui ont relu divers chapitres de cette thèse : Anne-Charlotte, Solène, Marlyse et Eléonore. Une dédicace spéciale à Marie pour sa relecture et sa quête andrologique dans les dictionnaires médicaux à plus de 2000 km !

Enfin, cette thèse n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien, l'amour et l'amitié dont j'ai bénéficié à l'intérieur mais aussi en-dehors de l'université. Merci à Marie et Alejandro pour les soirées dansantes, les compétitions culinaires et les jeux du vendredi soir. Merci à Manon et à Margaux pour avoir fait d'Annemasse un lieu où il fait finalement bon vivre. Merci à Ben et Océane pour leur positivité sans faille. Merci à Leïla, Claire, Anouchka, Marion, Nathalie et Léa pour leur amitié malgré les distances. J'espère que nous vieillirons comme nous avons grandi : ensemble.

J'aimerais remercier spécialement mes parents qui m'ont soutenue tout au long de mes études et qui m'ont permis d'arriver jusqu'ici aujourd'hui. Merci à mon père pour m'avoir transmis le goût de l'histoire et à ma mère pour son modèle de persévérance. Merci à Anaïs pour nos éveils féministes communs et au reste de ma famille pour son soutien et intérêt dans ma recherche.

Je tiens aussi à remercier mon partenaire canin Jeby pour sa présence constante, son amour inconditionnel et pour m'avoir gardé en forme (mentalement comme physiquement) ces quatre dernières années. Mon kemi, c'est à toi que va ma plus grande reconnaissance. Merci d'avoir été là, d'avoir cru en moi malgré les craintes et les moments de doute, d'avoir partagé la plupart des moments de ce parcours (bons comme mauvais), de m'avoir rassurée, soutenue et suivie jusqu'en Suède.

Merci à vous toutes et tous. Cette thèse est aussi la vôtre.

Remarques préliminaires

Note sur l'écriture inclusive

La thèse est rédigée selon des pratiques d'écriture inclusive et épïcène, d'après les recommandations formulées par le Service Égalité de l'Université de Genève¹. Étant donné que cette recherche porte sur la santé masculine et que les médecins qui produisent des connaissances à ce sujet sont en général des hommes, il est fréquent que j'emploie uniquement la forme masculine.

Note sur l'orthographe

J'ai fait le choix de ne pas corriger les fautes d'orthographe, de grammaire et de syntaxe qui apparaissaient dans les sources afin de restituer la teneur originale des écrits. Pour ne pas encombrer la lecture, ces erreurs ne sont pas notifiées avec la mention (*sic*) mais seront toujours situées au sein d'une citation permettant à la lectrice et au lecteur d'en comprendre l'origine.

¹ Le rapport *Rédaction inclusive et épïcène à l'UNIGE* produit en mars 2020 par le Service Égalité de l'Université de Genève est disponible en ligne : https://www.unige.ch/rectorat/egalite/files/7215/8695/9897/Directive_redaction_inclusive_epicene_UNIGE_Web_mars_2020.pdf

Introduction générale

À l'automne 1991, la une du journal lausannois *Le Nouveau Quotidien* décrivait le déferlement imminent d'une « révolution sexuelle masculine »². À en croire l'article, le temps était arrivé pour la virilité de « s'émancipe[r] »³ de « l'image sociale et psychologique de l'homme rigide, solide et toujours prêt »⁴. Signe de ces transformations à venir, une nouvelle discipline dédiée à la santé masculine, l'andrologie, était en phase d'institutionnalisation :

« Ils s'appelaient urologues, mais l'évolution de leur discipline les a amenés à se trouver un nouveau nom : andrologues. Spécialité : la masculinité. En Suisse romande, leurs cabinets ne désemplissent pas. S'ils proposent toute une gamme de nouveaux traitements contre l'impuissance, leur succès dépasse largement le domaine médical. [...] l'arrivée des médecins de la masculinité en Suisse romande offre aux hommes l'interlocuteur qui leur manquait, entre l'urologue et le psychanalyste »⁵

Cette description de l'andrologie comme signe d'un bouleversement des codes de la masculinité n'est pas isolée. Depuis les années 1980, les quelques mentions de l'andrologie dans la presse sont résolument optimistes : décrite comme une discipline d'avenir « en passe de conquérir un droit de cité au sein des spécialités médicales »⁶, l'andrologie aurait le potentiel de libérer les hommes écrasés sous le poids des normes viriles. L'andrologue deviendrait ainsi un « confident »⁷ auquel les hommes se confieraient « plus facilement [au sujet de] problèmes culpabilisants ou traumatisants qui empoisonnent leur vie »⁸ sans avoir à se questionner au sujet « du choix du spécialiste adéquat »⁹.

Cette révolution ne semble pourtant pas s'être produite. Il existe bien, depuis le tournant des années 1970 une « andrologie » dont des sociétés professionnelles définissent les contours dans divers pays occidentaux¹⁰. La discipline est notamment représentée par la Société d'andrologie de langue française (SALF) fondée en 1982. La SALF définit l'andrologie comme une branche médicale dédiée à « l'étude de la fertilité, de la sexualité et de la contraception masculines, la recherche clinique et fondamentale dans les domaines de la physiologie, de la biologie et de la

² *Le Nouveau Quotidien*, « La virilité s'émancipe », 29-30 septembre 1991, numéro 6, p. 1.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ *Le Nouveau Quotidien*, « La virilité s'émancipe », 29-30 septembre 1991, numéro 6, pp.1.

⁶ Jean-Yves Nau, « L'andrologie, discipline en gestation », *Le Monde*, 1^{er} octobre 1981.

⁷ Lucienne Lincio, « Misères maculines », *24 heures*, 22 janvier 1985, p. 26.

⁸ *Ibid.*

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, Oakland, University of California Press, 2020.

pathologie de l'appareil génital masculin, la connaissance des particularités physiologiques, pathologiques et psychologiques du sexe masculin »¹¹.

Pourtant, l'andrologie demeure très mal connue du grand public et d'une partie des médecins. J'ai eu l'occasion de constater cette ignorance à plusieurs reprises au cours de ma thèse alors que j'expliquais mon sujet de recherche : pour beaucoup des personnes que je rencontrais lors de rencontres informelles ou académiques, le terme même d'« andrologie » était tout à fait inconnu. Cette méconnaissance n'est pas seulement un problème de communication mais aussi la conséquence de la marginalisation professionnelle de l'andrologie. Dans la plupart des pays occidentaux, cette discipline n'est pas considérée comme une spécialité médicale. En Suisse, l'andrologie ne figure pas parmi les 45 titres de spécialistes réglementés par la Fédération des médecins suisses (FMH), l'association faîtière qui représente le corps médical suisse vis-à-vis de la population, des autorités et des autres institutions. Aucune des 37 formations approfondies de droit privé qui permettent aux spécialistes d'élargir leurs connaissances dans un domaine précis ne sont non plus désignées comme relevant de l'andrologie¹². En France, si les médecins qui souhaitent se former à l'andrologie peuvent suivre des compléments de formation pendant leurs études sous la forme d'un Diplôme d'Université (DU), il ne s'agit pas d'un diplôme d'études spécialisées (DES) qui donne accès au statut de spécialiste. Le nombre de médecins français ayant suivi une sur-spécialisation d'andrologie n'est d'ailleurs pas précisément connu mais il est estimé à moins d'un millier sur l'ensemble du territoire¹³. Or, la reconnaissance de l'andrologie a des effets très concrets sur l'offre destinée aux hommes en matière de santé sexuelle et reproductive. Un rapport sur les causes d'infertilité remis au Ministère français des Solidarités et de la Santé en 2022 souligne ainsi que l'andrologie « apparaît particulièrement peu développée au regard des besoins considérables du public masculin, en matière de consultation de santé reproductive »¹⁴.

L'espoir de réunir au sein d'une même spécialité l'ensemble des maladies touchant à la sphère sexuelle et reproductive masculine ne s'est donc pas tout à fait réalisé. Avant d'être andrologues, les praticiens qui s'intéressent à la sexualité ou l'infertilité masculines sont d'abord urologues, gynécologues, endocrinologues ou médecins généralistes. Or, comme le

¹¹ Société d'andrologie de langue française, « Nos missions » [En ligne]. Disponible : <https://www.salf.fr/decouvrir-la-salf/>

¹² Pour plus d'information au sujet des titres de spécialistes et des formations complémentaires, consulter le site de la FMH : <https://www.siwf.ch/fr/formation-postgraduee/titres-specialiste-formations.cfm>

¹³ Samir Hamamah et Salomé Berlioux, *Rapport sur les causes d'infertilité. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité*, 2022. Je remercie Éléonore Crunchant d'avoir attiré mon attention sur ce rapport.

¹⁴ *Ibid.*, p. 65.

note la chercheuse Cécile Ventola 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 »¹⁵. En ce sens, le constat dressé par une journaliste en 1985 semble encore d'actualité aujourd'hui :

« Les femmes ont leur gynécologue avec lequel elles règlent, tout au long de leur vie, leurs problèmes spécifiquement féminins. Rien de tel pour les hommes [...] Jusqu'ici, ils choisissaient leur spécialiste en fonction de leurs maux : dermatologues pour leurs boutons de jeunesse, psychologues, sexologues ou endocrinologues pour leurs pannes de libido, urologues pour leur prostate, médecin de famille pour les retours cuisants d'expédition lointaines »¹⁶

Ces dernières années, l'asymétrie de genre en matière d'offre thérapeutique a surtout été interrogée dans les mouvements militants et les travaux féministes sous l'angle de l'inégale charge du « travail contraceptif »¹⁷. La « crise de la pilule » survenue en 2013 autour de controverses liées aux risques veineux chez les utilisatrices de pilules nouvelles générations a mis en évidence la prédominance féminine des méthodes de contraception médicale. En effet, parmi la quinzaine de méthodes listées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), onze agissent sur le système reproductif féminin, par la prise d'hormones sexuelles (pilule, implant contraceptif, anneau vaginal, injections de progestérone, dispositif intra-utérin hormonal, patch) ou par voie mécanique (dispositif intra-utérin au cuivre, diaphragme, cape cervicale, préservatif féminin et stérilisation tubaire)¹⁸. Les méthodes dites « naturelles » (températures, méthode Billings ou aménorrhée lactationnelle) sont quant à elles principalement accomplies par les femmes. D'autres méthodes nécessitent a priori l'implication des deux partenaires : l'abstinence périodique, le retrait (ou coït interrompu) et dans une certaine mesure, le préservatif (masculin ou féminin). C'est en ce sens que la chercheuse Cécile Ventola en conclut que la seule forme de méthode contraceptive exclusivement masculine est la stérilisation masculine (vasectomie)¹⁹.

Autour de la dénonciation de cette inégale charge pesant sur les femmes en couple hétérosexuel, un renouvellement de l'historiographie féministe s'est interrogé sur les origines de « l'évidence

¹⁵ Cécile Ventola, *Où est mon andrologue? Le tabou masculin en santé sexuelle et reproductive*, Mémoire de l'Institut d'Études politiques de Grenoble, 2011, p. 6.

¹⁶ Lucienne Lincio, « Misères maculines », *op.cit.*

¹⁷ Cécile Thomé et Mylène Rouzaud-Cornabas, « Comment ne pas faire d'enfants?: La contraception, un travail féminin invisibilisé », *Recherches Sociologiques et Anthropologiques*, vol. 48, n° 2, 2017, p. 117-137.

¹⁸ Cécile Ventola, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, thèse de l'Université Paris-Saclay et de l'Université Paris-Sud, 2017.

¹⁹ *Ibid.*

sociale et médicale » que constitue le recours à la pilule contraceptive²⁰ et sur l'émergence d'une « norme gynécologique » poussant les femmes à consulter régulièrement un·e professionnel·le de santé pour un suivi gynécologique basé sur la contraception et le dépistage²¹. L'entrée par les pratiques contraceptives a aussi permis d'interroger la construction du genre dans les couples hétérosexuels mais aussi les logiques professionnelles des prescripteur·ices en matière de contraception masculine²². Dans son travail de thèse, Cécile Ventola montre ainsi l'influence des systèmes de santé et de l'encadrement des pratiques médicales dans les méthodes contraceptives proposées aux couples. En Angleterre, où les préconisations des autorités sanitaires nationales en matière de contraception sont très encadrées, la vasectomie est plus souvent suggérée aux couples qu'en France, où les prescripteur·ices français·es s'appuient plus volontiers sur leurs propres représentations genrées en matière de responsabilité contraceptive²³.

Plus récemment, la thèse d'Élodie Serna a aussi mis en évidence le rôle des politiques publiques et du droit à disposer de son corps dans le recours à la stérilisation volontaire dans l'entre-deux-guerres²⁴. Envisagée comme une méthode efficace pour réduire les naissances des classes défavorisées en Grande-Bretagne, la vasectomie était aussi employée de manière clandestine dans certains réseaux anarchistes transnationaux afin de permettre aux hommes de limiter la taille de leur famille²⁵. Elle souligne ainsi que « [l]a condamnation de pratiques médicales autonomes procède alors du même principe que la répression de la propagande anticonceptionnelle [...] le corps et la sexualité ne sont pas des biens personnels, mais les objets et instruments d'une volonté collective défendue par l'État »²⁶.

Au-delà des contraintes liées aux politiques publiques en matière de régulation des naissances et de la structuration des systèmes de santé, d'autres recherches se sont penchées sur l'histoire

²⁰ Alexandra Roux, « *Par amour des femmes* » ? *La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale*, thèse de l'EHESS, 2020.

²¹ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, thèse de l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 2021.

²² Cécile Thomé, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)*, thèse de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2019 ; Caroline Rusterholz, « *Deux enfants, c'est déjà pas mal* ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, Lausanne, Antipodes, 2017 ; Cécile Ventola, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, op. cit.

²³ Cécile Ventola, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, op. cit.

²⁴ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2021.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Élodie Serna, « Médecine clandestine et vasectomie volontaire dans l'Europe de l'entre-deux-guerres », *Histoire, médecine et santé*, n° 4, 2013, p. 102.

du développement de méthodes de contraception masculine. Dans une enquête sur le développement inabouti d'une « pilule masculine », Nelly Oudshoorn montre comment l'OMS a pris l'initiative d'encourager le développement de contraceptifs masculins en coordonnant un réseau de recherche mondial sans précédent dans les années 1970²⁷. À cette époque, les recherches se heurtent à l'absence d'une spécialité dédiée à la santé masculine, ce qui nécessite de créer des cliniques spéciales pour les hommes, de recruter de nouveaux professionnels et de définir de nouvelles catégories de patients²⁸. L'absence de réseaux d'andrologie contraste alors avec ceux qui existent autour de la santé reproductive féminine. C'est en effet sur le corps des femmes que se constitue la plupart des savoirs de la médecine reproductive au XXème siècle²⁹.

Les corps et la « nature féminine » sont depuis longtemps considérés comme un « objet médical par excellence ». C'est ce que soulignent les historiennes Delphine Gardey et Ilana Löwy dans leur ouvrage fondateur sur les sciences et la fabrication du féminin : « d'elles [les femmes] ont tant parlé, de leurs humeurs, de leurs capacités, de leurs incapacités, plus nombreuses, de leurs faiblesses physiologiques, de leur destinée sociale et de leur destination sociale »³⁰. D'après l'historienne Ornella Moscucci, l'idée que le sexe et la reproduction seraient plus fondamentaux à la nature des femmes qu'à celle des hommes est d'ailleurs l'une des conditions de possibilité de l'essor d'une nouvelle spécialité médicale à la fin du XIXème siècle : la gynécologie³¹. Avec l'émergence de la gynécologie, les femmes sont identifiées comme un groupe spécial de patient·es auxquelles sont dédiées des sociétés savantes, des revues et des services hospitaliers³². Pour Moscucci, la spécificité du « destin biologique » des femmes ne se constate d'ailleurs qu'à la lumière de l'absence d'un équivalent masculin :

« la physiologie et la pathologie du système sexuel masculin n'étaient tout simplement pas considérées comme définissant la nature de l'homme. Bien que la gynécologie ait un pendant masculin dans la médecine génito-urinaire, ce n'est peut-être pas une coïncidence si les tentatives de redéfinir l'urologie comme la 'science de la masculinité' ont échoué dans le passé »³³

²⁷ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, Durham, Duke University Press, 2003.

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Delphine Gardey et Ilana Löwy, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, p. 10.

³¹ Ornella Moscucci, *The Science of Woman. Gynaecology and Gender in England 1800-1929*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

³² *Ibid.*

³³ Ornella Moscucci, *The Science of Woman. Gynaecology and Gender in England 1800-1929*, *op. cit.*, p. 32, ma traduction.

Dans la suite de ces travaux, des recherches se sont intéressées aux effets de l'existence d'une « science de la femme » sur la production de connaissances médicales. Dans sa recherche sur l'émergence de l'endocrinologie sexuelle dans l'entre-deux-guerres, Nelly Oudshoorn souligne ainsi l'importance des liens entre clinique et laboratoire dans la production des connaissances et des techniques sur les hormones sexuelles dites « féminines »³⁴. À ce moment-là, les chercheurs qui s'intéressent à l'action et l'usage des hormones féminines disposent d'un accès facilité aux corps des femmes, grâce à l'existence de réseaux déjà constitués de gynécologues. Au contraire, ceux qui s'intéressent à la synthétisation et aux usages thérapeutiques des hormones masculines sont isolés par l'absence de réseau dédié à la santé masculine³⁵.

Ainsi, l'histoire de la santé masculine a le plus souvent été abordée en creux, en termes d'absence : absence d'une spécialité médicale, absence de connaissances, absence de contraceptifs masculins. Plus rares sont donc les travaux qui se sont penchés sur l'histoire de l'andrologie en tant que discipline médicale. En 2004, une première thèse est écrite sur le sujet à l'Université de Manchester en Grande-Bretagne. Son auteur, Timothy O'Neill, propose une lecture critique de l'historiographie du genre et de la médecine. En étudiant la « médecine sexuelle » en Grande-Bretagne et aux États-Unis entre 1800 et 1950, il remet en cause la tendance de « certains historien·nes [...] à considérer qu'ils·elles peuvent découvrir la masculinité en examinant l'histoire des corps masculins »³⁶. En évoquant l'apparition (puis la disparition) d'ouvrages et de sociétés savantes portant le nom d'« andrologie » entre la fin du XIX^{ème} siècle et les années 1920, il montre que le terme et les réflexions associées à une science du masculin circulent aux États-Unis et en Grande-Bretagne depuis la fin du XIX^{ème} siècle sans pour autant se constituer en science équivalente à la gynécologie³⁷.

Mais sa thèse est avant tout une critique du travail d'Ornella Moscucci. En montrant l'existence de maladies sexuelles associées à la masculinité au XIX^{ème} siècle, O'Neill cherche à démontrer que les hommes ont aussi fait l'objet d'un discours médical au sujet de leurs particularités sexuées. Il considère, par exemple, que l'existence d'analogies entre « l'utérus et la prostate déstabilise la construction historique de la Femme, car certains historien·nes soutiennent que [...] la centralité de l'utérus dans la santé féminine n'avait pas d'équivalent chez les

³⁴ Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, London and New York, Routledge, 1994.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, thèse de l'Université de Manchester, 2003, p. 10, ma traduction.

³⁷ Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, *op. cit.*

hommes »³⁸. Son travail – qui ne fera l’objet d’aucune publications – ne conclut pas pour autant à une symétrie de genre dans le traitement des maladies sexuelles. Il concède ainsi que si certaines maladies sexuelles sont présentées comme typiquement masculines, cela ne signifie pas que l’appareil génito-urinaire masculin soit considéré comme pathogène *en soi* – au contraire de celui des femmes³⁹.

Depuis lors, d’autres chercheuses et chercheurs se sont intéressés à l’objet « andrologie ». En Allemagne, l’historien Torsten Wöllmann a notamment étudié la constitution de groupes d’andrologie à partir des années 1960 et 1970⁴⁰. Du côté du Brésil, l’anthropologue Sérgio Carrara a aussi étudié la courte histoire de la première chaire d’andrologie clinique qui a été ouverte lors de la création de l’Universidade do Distrito Federal en 1935⁴¹. À partir d’entretiens avec des andrologues français, le travail de mémoire de Master de Cécile Ventola met quant à lui en évidence les mécanismes actuels de marginalisation de la discipline et les représentations de genre des professionnel·les⁴². Une dernière étude plus fouillée a été publiée récemment par la sociologue Rene Almeling⁴³. Dans un ouvrage centré sur le cas des États-Unis, Almeling examine l’histoire de l’acquisition de connaissances médicales sur la santé reproductive masculine et ses conséquences sur les politiques reproductives aujourd’hui. Les deux premiers chapitres portent sur l’histoire de l’andrologie dont elle retrace « l’échec » de la création à la fin du XIX^e siècle puis la réapparition dans les années 1960 et 1970⁴⁴. Entre ces deux moments séparés de plus de 70 ans, elle s’attarde relativement peu sur les transformations politiques et médicales qui façonnent la production de connaissances sur la santé masculine car « une chose n’a pas changé : il n’y avait toujours pas d’effort global et unifié de la part de la profession médicale pour étudier et traiter le corps reproducteur masculin »⁴⁵.

Ces différents travaux se sont principalement attardés sur les questions suivantes : comment expliquer que la santé sexuelle et reproductive masculine n’ait pas fait l’objet d’attention

³⁸ *Ibid.*, p. 35, ma traduction.

³⁹ *Ibid.*, p. 31.

⁴⁰ Voir Torsten Wöllmann, « Andrologie und Macht: Die medizinische Neuerfindung des Männerkörpers », dans Ilse Lenz, Lisa Mense et Charlotte Ullrich (dir.), *Reflexive Körper? Zur Modernisierung von Sexualität und Reproduktion*, Budrich, Opladen, Springer Fachmedien, 2004, p. 255-280 ; Torsten Wöllmann, « Zur Medikalisierung von Männlichkeiten Das Beispiel Andrologie », dans Mechthild Bereswill, Michael Meuser et Sylka Scholz (dir.), *Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit*, Münster, Verlag, 2007, p. 169-185.

⁴¹ Sérgio Carrara, « Une science dérisoire : L’andrologie au Brésil entre les deux guerres », *Vibrant*, vol. 1, n° 1, 2004, p. 256-274.

⁴² Cécile Ventola, *Où est mon andrologue? Le tabou masculin en santé sexuelle et reproductive*, op. cit.

⁴³ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men’s Reproductive Health*, op. cit.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*, p. 55, ma traduction.

similaire à celle des femmes alors même que la médecine était dominée par des hommes jusqu'à la fin du XX^{ème} siècle ? Pourquoi dispose-t-on de si peu de connaissances sur la reproduction masculine alors que les corps masculins ont longtemps été décrits comme des corps « standards » de la recherche médicale ? Et d'autre part, comment expliquer l'émergence et les « échecs » de développement de cette spécialité à différents moments de l'histoire ?

Pour Almeling, ces apparents paradoxes s'expliquent par la prémisse dichotomique de notre conception culturelle du sexe. Cette approche de la différence sexuelle qui serait, si l'on en croit les travaux de Thomas Laqueur, une invention du XIX^{ème} siècle considère que les sexes sont « opposés » et qu'ils ne peuvent donc pas coexister⁴⁶. En ce sens, pour Almeling, la conception moderne et dualistique des sexes implique aussi une répartition binaire et mutuellement exclusive des caractéristiques corporelles sexuées (le fait d'être « standard » ou « reproductif ») qu'elle résume de cette manière : « si les corps masculins sont standards, alors les corps féminins ne le sont pas » et au contraire « si les corps féminins sont reproductifs, alors les corps masculins ne le sont pas »⁴⁷. Ce serait la raison pour laquelle des spécialités médicales sont entièrement consacrées à la reproduction des femmes, tandis que les connaissances sur la santé reproductive des hommes sont ténues et éparpillées au sein de diverses spécialités. Avec Timothy O'Neill, elle considère d'autre part que l'échec du développement de l'andrologie à la fin du XIX^{ème} siècle s'explique aussi par l'association de l'andrologie avec la sexualité illicite et les maladies vénériennes, à un moment où la vénéréologie se situe en bas de la hiérarchie médicale aux États-Unis⁴⁸.

D'autres travaux ont davantage mis l'accent sur l'absence de demande d'une spécialité dédiée à la santé masculine. Ainsi, la sociologue Liberty Walther Barnes considère qu'une « science de la masculinité » aurait été inutile au début du siècle en raison du biais androcentrique de la médecine, étant donné que « toutes les spécialités autres que la gynécologie étudiaient et traitaient déjà les hommes »⁴⁹. Au-delà des enjeux autour de la production de connaissances, l'historienne Rose Holz considère que la demande, du point de vue des potentiels patients explique aussi l'absence de développement de l'andrologie. Les mouvements de femmes et féministes ont contribué à faire de la reproduction l'un de leur champ d'expertise : la maternité,

⁴⁶ Thomas W. Laqueur, *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*, Cambridge and London, Harvard University Press, 1990.

⁴⁷ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit., p. 13, ma traduction.

⁴⁸ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit. ; Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, op. cit.

⁴⁹ Liberty Walther Barnes, *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine and Identity*, Philadelphie, Temple University Press, 2014, p. 24, ma traduction.

par exemple, joue un rôle politique important dans les revendications féministes au tournant du siècle⁵⁰. Tant les mouvements de réforme maternelle que ceux plus tardifs pour la contraception et l'avortement reposent ainsi sur la prémisse que les femmes ont beaucoup à perdre et à gagner en termes de droits lorsqu'il s'agit de la reproduction. Au contraire, il n'y a pas d'organisations masculines revendiquant une meilleure prise en charge de leur santé reproductive⁵¹. Cet enjeu de la demande et des mobilisations de patient·es se trouve aussi dans la recherche de Nelly Oudshoorn sur le développement de la « pilule masculine ». En l'absence de mouvements d'hommes demandant la mise au point d'une méthode contraceptive masculine, l'acceptabilité par les hommes et les couples d'une « pilule masculine » fait l'objet de controverses. Là où les rapports de recherche mettent en avant des formes de masculinités « responsables » intéressées à partager le travail contraceptif, les représentations médiatiques de la « pilule masculine » insistent sur les effets indésirables et la réticence des femmes à déléguer le travail contraceptif⁵².

En s'intéressant aux moments d'apparition de l'andrologie, ces travaux laissent néanmoins une importante lacune historiographique. Que se passe-t-il en effet entre la fin du XIX^e siècle au moment où le terme d'« andrologie » apparaît en langue anglaise et les années 1970, au moment où se constituent les premières organisations savantes d'andrologie ? Quelles sont les différentes spécialités qui produisent des connaissances sur la santé masculine ? Quelles sont les maladies qui sont décrites comme « masculines » et comment sont-elles prises en charge ? Plus globalement, quel est l'impact des transformations de la médecine tout au long du XX^e siècle sur la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive masculine ? Et en l'absence d'une spécialité dédiée, vers qui se tournent les hommes ?

Voici les questions qui guident ce travail de recherche. En partant du constat de l'absence d'une spécialité médicale dédiée au masculin, ce travail de thèse s'attache à étudier l'histoire de la spécialisation, des savoirs et des pratiques médicales, ainsi que de la construction des masculinités autour de la santé sexuelle et reproductive masculine. Il explore plus particulièrement les contextes de la France et de la Suisse romande, où l'histoire de l'andrologie demeure à ce jour tout à fait inexplorée. Les deux contextes permettent peut-être à certains moments d'adopter une perspective comparative mais ce n'est pas là mon ambition. Loin de vouloir établir une anthologie de toutes les idées médicales produites sur les spécificités

⁵⁰ Rose Holz, « Cynthia R. Daniels, Exposing Men: The Science and Politics of Male Reproduction ». [Compte-rendu], *Sexuality Research & Social Policy*, vol. 4, n° 4, 2007, p. 120-123.

⁵¹ Rose Holz, « Cynthia R. Daniels, Exposing Men: The Science and Politics of Male Reproduction ». [Compte-rendu], *op.cit.* ; Nelly Oudshoorn, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, *op. cit.*

⁵² *Ibid.*

masculines, je souhaite plutôt montrer la diversité des configurations des pratiques médicales. Comme le souligne Ilana Löwy, l'approche transnationale est particulièrement utile en histoire de la médecine : les maladies sont en effet des phénomènes transnationaux, les pratiques médicales sont influencées par les tendances économiques et politiques mondiales et les chercheur·ses et praticien·nes voyagent, tout comme leurs idées⁵³.

Les perspectives à la fois suisse et française permettent ainsi de dénaturiser un récit monolithique de la médecine et de mettre l'accent sur les aspects situés des pratiques et des savoirs, tout en étant connectés par des circulations d'idées et de personnes. Au-delà des diversités locales, les deux contextes permettent aussi de mettre en regard les influences de différentes politiques nationales en matière de gestion de la population et de la santé publique. En effet, là où les cantons romands mettent en œuvre des politiques de stérilisation et de castration thérapeutiques et eugénistes dès l'entre-deux-guerres, le contexte médical français est plutôt caractérisé par des politiques natalistes ayant pour objectif de lutter contre la dépopulation⁵⁴. La division du territoire suisse sur un modèle cantonal signifie que le pays est partagé à la fois de manière religieuse (certains cantons étant majoritairement protestants et d'autres catholiques), politique (les cantons disposant de leur propre constitution et système législatif) et culturelle. Je m'intéresse plus particulièrement aux cantons romands pour souligner les échanges scientifiques et culturels entre cette région francophone et le territoire français voisin. Au niveau cantonal, je me suis plus particulièrement attardée sur les cas de Genève et de Vaud, les deux seuls cantons à disposer alors d'une Faculté de médecine. Ces choix ont guidé ma recherche et en informent les limites : bien qu'ayant pris connaissance tant que possible des travaux produits en langue allemande, une partie de la littérature m'est restée inaccessible, faute de parler allemand.

La borne chronologique qui guide ce travail reprend celle des moments d'apparition et de disparition de l'andrologie : elle débute dans les années 1890 pour prendre fin dans les années 1970. Cette période me permet d'explorer plus de 80 ans d'histoire, entre le moment où le terme « andrologie » commence à être employé (notamment par la création de l'*American Association of Andrology and Syphilology* en 1890 et celle de la *Revue clinique d'Andrologie et de*

⁵³ Ilana Löwy, « The Social History of Medicine: Beyond the Local », *Social History of Medicine*, vol. 20, n° 3, 2007, p. 465-481.

⁵⁴ Pour plus d'informations au sujet des politiques natalistes françaises, voir notamment Marie-Monique Huss, « Pronatalism in the Inter-War Period in France », *Journal of Contemporary History*, vol. 25, n° 1, 1990, p. 39-68 ; Francis Ronsin, *La grève des ventres. Propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (XIXe-XXe siècles)*, Aubier Mon., Paris, 1980.

Gynécologie en 1895) et le moment de création des premières organisations professionnelles d'andrologie. En l'absence d'historiographie sur le sujet, certaines parties évoquent néanmoins une histoire plus ancienne : c'est notamment le cas dans les deux premiers chapitres de cette thèse qui reviennent respectivement sur les origines de l'urologie et sur les premiers usages du terme « andrologie » depuis le début du XIX^{ème} siècle. Ce détour historique me semble nécessaire pour poser les bases d'une histoire de la spécialisation médicale et de la santé masculine encore peu explorée par l'historiographie. Afin de comprendre les spécificités des périodes et des objets étudiés, je m'appuie d'autre part sur un riche corpus de travaux académiques.

État de la littérature et cadre théorique

Cette recherche se situe au croisement de plusieurs champs : histoire sociale de la médecine, histoire du genre et histoire des masculinités. D'un point de vue épistémologique, elle s'inspire également de travaux produits en études sociales des sciences et plus particulièrement de la critique féministe des sciences et des techniques. Le tournant des années 1970 constitue à plusieurs égards un moment décisif dans l'émergence de ces champs de recherche. Dans la veine des mouvements féministes, s'amorce en langue française et anglaise un travail de production de connaissances et de légitimation de l'histoire des femmes⁵⁵. Le projet politique qui sous-tend cette démarche vise tout d'abord à contrer l'invisibilisation et l'effacement de la contribution des femmes à l'histoire, jusqu'alors opéré dans l'histoire traditionnelle. Comme le souligne l'historienne Ana Paula Vosne Martins, ce projet ne se limite pas à l'histoire des femmes mais englobe aussi les groupes sociaux marginalisés et subalternes, tels que les classes ouvrières et les minorités raciales, culturelles et sexuelles⁵⁶.

L'attention portée aux récits subalternes marque aussi un renouvellement épistémologique de l'histoire de la médecine. Tout comme celle des sciences, l'histoire de la médecine était jusqu'alors marquée par des lectures téléologiques du « progrès » et de la « modernité » suivant le récit des « découvertes » des « grands hommes »⁵⁷. Déjà en 1962, la publication de *The*

⁵⁵ En France, ce mouvement est notamment initié par l'historienne Michelle Perrot qui organise dès 1973 avec Fabienne Bock et Pauline Schmidt un séminaire au titre provocateur : « Les femmes ont-elles une histoire ? ». Pour plus d'informations sur le développement de l'histoire des femmes en France, voir Michelle Perrot, « Histoire des femmes, histoire du genre », *Travail, genre et sociétés*, vol. 31, n° 1, 2014, p. 29-33.

⁵⁶ Ana Paula Vosne Martins, « Women, male doctors, and female historians: A historiographic essay on the history of women, medicine, and gender », *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*, vol. 27, n° 1, 2020, p. 241-264.

⁵⁷ Lorraine Daston, « The History of Science and the History of Knowledge », *KNOW: A Journal on the Formation of Knowledge*, vol. 1, n° 1, 2017, p. 131-154.

Structure of Scientific Revolutions par le philosophe Thomas Kuhn faisait du concept de « paradigme scientifique » un outil permettant de déjouer les lectures téléologiques de l'histoire des sciences en mettant au centre l'étude des pratiques scientifiques⁵⁸. Pour l'historienne Corinne Doria, c'est d'ailleurs dans les années 1960-1970 que se développe une « véritable bataille idéologique » autour des approches en histoire de la médecine. Cette controverse oppose trois postures distinctes sur la manière d'écrire et de faire de l'histoire : celle, « traditionnelle », de l'histoire de la médecine faite par des médecins ; une tendance, représentée par les philosophes Georges Canguilhem et Michel Foucault, qui appréhende l'histoire médicale dans une perspective épistémologique ; et finalement, l'émergence d'une histoire sociale née dans le sillage de l'*École des Annales* dont l'historien Jacques Léonard est l'initiateur⁵⁹. En mettant l'accent sur les pratiques et les relations de soin, l'histoire sociale de la médecine se détache de celle écrite des médecins, volontiers décrite comme « hagiographique » et « triomphaliste »⁶⁰. C'est ainsi que Jacques Léonard en décrit l'orientation en 1978 :

« L'histoire sociale de la médecine n'est pas l'histoire érudite des grands médecins et des principales conquêtes scientifiques. S'appuyant éventuellement sur l'histoire des sciences et des savants, elle s'attache en priorité à décrire les pratiques médicales, les relations qui se nouent entre ceux qui souffrent et ceux qui soignent, les circonstances pathogènes des travaux, des âges et des loisirs. Elle parcourt les différentes couches sociales et s'arrête aux tenants et aboutissants matériels et culturels de la vie et de la mort. Attentive aux croyances, elle s'insinue au cœur de la cité et de l'économie »⁶¹

Le projet d'histoire sociale de la médecine rejoint aussi l'attention portée aux pratiques de soins, aux relations, et ce faisant aux thèmes de la domesticité, de la famille et du foyer. La centralité du corps et de la maternité dans les questionnements féministes fait que les pratiques médicales apparaissent comme une thématique importante de l'histoire des femmes⁶². Les réflexions féministes autour de la santé, des sciences et des techniques se développent aussi dans la lignée de mouvements sociaux des années 1970, tels que le *Women Health Movement* qui constitue un premier espace d'élaboration de pratiques alternatives et de critique du sexisme de

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Corinne Doria, « Qui a le droit d'écrire l'histoire? Controverses autour de l'histoire de la médecine en France (XXe-XXIe siècle) », *Journal of the Canadian Historical Association*, vol. 27, n° 2, 2017, p. 41-62.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ Jacques Léonard, *La France médicale au XIXe siècle*, Paris, Gallimard/Julliard, 1978, p. 9.

⁶² Michelle Perrot, « Chemins et problèmes de l'histoire des femmes en France », dans Delphine Gardey et Ilana Löwy (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, p. 59-74.

l'institution médicale⁶³. Pour les mouvements féministes, le récit historique des femmes et de leurs pratiques de soin fait office de contre-discours et nourrit les discussions de prise de conscience⁶⁴. C'est dans ce cadre que les militantes féministes Barbara Ehrenreich et Deirdre English publient des « livrets » en 1973 et 1974 portant sur la répression des femmes soignantes (notamment sous les figures des sorcières, sages-femmes et infirmières) ainsi que sur la construction médicale du corps des femmes comme un corps malade⁶⁵. En s'intéressant à la fois aux traitements médicaux destinés à soigner les « maladies féminines » et à la masculinisation de la naissance, les ouvrages d'Ehrenreich et English marquent les orientations d'un large champ d'étude en histoire de la médecine et du genre⁶⁶.

Pourtant, cette lecture de la médecine comme instrument de répression des femmes fait rapidement l'objet de critiques au sein même de l'historiographie féministe⁶⁷. Celles-ci mettent en cause l'interprétation des sources primaires, principalement basée sur des traités médicaux, ainsi que la représentation des femmes comme victimes passives de l'oppression médicale⁶⁸. Dans un article publié en 1977, l'historienne Gail Pat Parsons évoque ainsi le « traitement égal » que subissent hommes et femmes atteints de maladies sexuelles au XIX^e siècle. Elle prétend ainsi que si « les gynécologues ont débattu du rôle des femmes [...] une profession médicale éclectique a engagé un débat tout aussi animé sur des questions telles que la perte de sperme, la fréquence des rapports sexuels et l'âge approprié pour la paternité »⁶⁹. En mettant en avant la similarité des traitements prescrits aux femmes et aux hommes et l'attention portée au système reproductif des hommes elle appelle à nuancer l'histoire de la médecine victorienne en prenant en compte la prise en charge des maladies masculines⁷⁰.

⁶³ Delphine Gardey, « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XX^e siècle ? », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol. 37, 2013, p. 143-162.

⁶⁴ Ana Paula Vosne Martins, « Women, male doctors, and female historians: A historiographic essay on the history of women, medicine, and gender », *op. cit.*

⁶⁵ Publiés en français sous les titres *Sorcières, sage-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 1976 ; *Fragiles et contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes*, Cambourakis, 2016.

⁶⁶ Ana Paula Vosne Martins, « Women, male doctors, and female historians: A historiographic essay on the history of women, medicine, and gender », *op. cit.*

⁶⁷ Mark S. Micale, « Hysteria and its Historiography: A Review of Past and Present Writings (II) », *History of Science*, vol. 27, n° 4, 1989, p. 319-351 ; Ana Paula Vosne Martins, « Women, male doctors, and female historians: A historiographic essay on the history of women, medicine, and gender », *op. cit.*

⁶⁸ Ana Paula Vosne Martins, « Women, male doctors, and female historians: A historiographic essay on the history of women, medicine, and gender », *op. cit.*

⁶⁹ Gail Pat Parsons, « Equal treatment for all: American medical remedies for male sexual problems: 1850-1900 », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 32, n° 1, 1977, p. 61, ma traduction.

⁷⁰ Gail Pat Parsons, « Equal treatment for all: American medical remedies for male sexual problems: 1850-1900 », *op. cit.*

Similairement, le travail de l'historienne Ornella Moscucci sur la constitution d'une science gynécologique au XIX^{ème} siècle en Grande-Bretagne met en évidence les conflits qui marquent l'histoire de l'obstétrique et de la gynécologie⁷¹. En montrant les controverses autour de l'existence d'une science dédiée aux maladies féminines, de l'entrée des hommes médecins dans le domaine de l'accouchement, de l'utilisation de forceps par les obstétriciens ou encore des responsabilités incombant aux sages-femmes, elle nuance la thèse répressive d'une institution médicale monolithique servant au contrôle social des femmes sans pour autant nier les enjeux de pouvoir qui y sont associés⁷².

Ces réflexions sont aussi développées à mesure que le concept de « genre » se diffuse dans les travaux en sciences humaines et sociales et participe à mettre en évidence le caractère relationnel et dynamique des rapports de pouvoir. Dans l'article fondateur qu'elle publie en 1986, l'historienne américaine Joan Scott propose d'utiliser le genre comme une « catégorie utile d'analyse historique »⁷³. Elle définit le concept de genre comme un processus de construction des différences entre les sexes mais aussi comme une manière de signifier les rapports de pouvoir⁷⁴. En mettant la notion de pouvoir au centre de sa définition, Scott fait du genre un concept transversal de tous les domaines de l'histoire, et non pas uniquement de l'histoire des femmes et de la domesticité. Dès lors, le concept permet de réexaminer des sujets traditionnels de l'histoire – tels que la guerre ou la politique – comme concernés et façonnés par le genre⁷⁵.

Le déplacement de l'histoire des femmes à celle du genre introduit aussi la possibilité d'interroger la construction du masculin. L'historien britannique John Tosh souligne ainsi en 1994 l'importance pour tout projet historique féministe de s'intéresser à l'histoire des masculinités car « les historien·nes de la masculinité sont bien placé·es pour démontrer (et pas seulement affirmer) que le genre est inhérent à tous les aspects de la vie sociale, qu'il y ait ou non des femmes »⁷⁶. Les études qui se développent sur les masculinités s'articulent autour de deux aspects : d'une part la reconnaissance qu'une théorisation des masculinités inclut

⁷¹ Ornella Moscucci, *The Science of Woman. Gynaecology and Gender in England 1800-1929*, *op. cit.*

⁷² *Ibid.* ; Ana Paula Vosne Martins, « Women, male doctors, and female historians: A historiographic essay on the history of women, medicine, and gender », *op. cit.*

⁷³ Joan W. Scott, « Gender: A Useful Category of Historical Analysis », *The American Historical Review*, vol. 91, n° 5, 1986, p. 1053-1075.

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ *Ibid.* ; Dyan Elliott, « The three ages of Joan Scott », *American Historical Review*, vol. 113, n° 5, 2008, p. 1390-1403.

⁷⁶ John Tosh, « What Should Historians Do with Masculinity ? Reflections on Nineteenth-Century Britain », *History Workshop Journal*, n° 38, 1994, p. 180, ma traduction.

l'élaboration et l'articulation de rapports de pouvoir et de l'autre, la déclinaison de la masculinité comme un concept s'attachant à la multiplicité des expériences et pratiques des hommes⁷⁷. Ce champ d'études se développe notamment autour du concept de « masculinité hégémonique » théorisé par la sociologue Raewyn Connell pour désigner la forme de masculinité la plus valorisée dans une société donnée⁷⁸. En même temps qu'elle théorise l'existence d'une forme de masculinité socialement légitimée, Connell postule aussi l'existence de « masculinités plurielles » qui existent dans l'une des trois relations suivantes à la forme hégémonique : subordination, complicité et marginalisation. Les masculinités subordonnées sont celles à qui sont déniées la légitimité ; les masculinités complices ne se conforment pas au modèle hégémonique mais perçoivent des bénéfices du système patriarcal ; et enfin, les masculinités marginalisées se trouvent à l'intersection du genre avec d'autres axes de stratification sociale comme la race ou la classe⁷⁹.

L'utilisation du concept de « masculinité hégémonique » n'a néanmoins pas été sans poser problème dans la discipline historique. Si l'approche de Connell demeure centrale dans les études sur la masculinité, en l'absence d'autre cadre théorique permettant d'étudier les relations de pouvoir entre les masculinités, le défi consiste néanmoins à trouver des moyens d'étudier ces relations de pouvoir du côté de l'histoire⁸⁰. En effet, l'historiographie s'est souvent emparée du concept de « masculinité hégémonique » pour faire référence à des traits traditionnellement associés à la masculinité, sans pour autant définir le concept ni en justifier l'usage : malgré des déclarations de principe, ces travaux ont ainsi souvent participé à figer et essentialiser leur objet d'étude⁸¹.

Cette critique s'applique notamment aux travaux qui se sont intéressés à la masculinité du point de vue des représentations et de l'identité⁸². C'est le cas par exemple de l'ouvrage fondateur de l'historien George Mosse, *The Image of Man. The Creation of Modern Masculinity* publié en

⁷⁷ Harry Brod et Michael Kaufman (dir.), *Theorizing Masculinities*, Thousand Oaks, London, Sage Publications, 1994.

⁷⁸ Raewyn W. Connell, *Masculinities*, Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 2005.

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Ben Griffin, « Hegemonic Masculinity as a Historical Problem », *Gender & history*, vol. 30, n° 2, 2018, p. 377-400.

⁸¹ John Tosh, « Hegemonic masculinity and the history of gender », dans Stefan Dudink, Karen Hagemann et John Tosh (dir.), *Masculinities in Politics and War. Gendering Modern History*, Manchester et New York, Manchester University Press, 2004, p. 41-60 ; Bruno Benvindo, « Instables masculinités », *Sextant*, vol. 27, 2009, p. 7-11.

⁸² En langue française, voir notamment André Rauch, *L'identité masculine à l'ombre des femmes. De la Grande Guerre à la Gay Pride*, Paris, Fayard, 2004 ; Luc Capdevila, « L'identité masculine et les fatigues de la guerre (1914-1945) », *Vingtième siècle: Revue d'Histoire*, vol. 75, n° 3, 2002, p. 97-108 ; André Rauch, *Le premier sexe. Mutations et crise de l'identité masculine*, Paris, Hachette Littératures, 2000 ; Annelise Mauge, *L'identité masculine en crise au tournant du siècle, 1871-1914*, Marseille, Éditions Rivages, 1987.

1996 qui pose les fondements d'un courant historiographique consistant à interroger la constitution de normes et d'idéaux virils dans les idéologies nationales⁸³. Les trois volumes de l'*Histoire de la virilité* coordonnés par les historiens français Georges Vigarello, Alain Corbin et Jean-Jacques Courtine portent le même projet en retraçant depuis l'Antiquité l'histoire de « structures inégalitaires, d'origine archaïque mais toujours présentes »⁸⁴. En mettant l'accent sur les codes et idéaux virils, ces travaux ont aussi généralement thématisé l'existence de nombreux moments de « crise » lors desquels serait mise en question la domination masculine. Dans son étude sur la Révolution française, l'historien André Rauch souligne ainsi « les modifications du rôle, du statut et de l'image de l'homme dans la société, au moment où les repères de l'Ancien Régime s'effacent »⁸⁵ qui se manifestent notamment par une « détresse d'identité que rencontrent alors les individus mâles confrontés au renversement de leur statut »⁸⁶. Ce discours de la crise n'est pas uniquement présent dans le domaine universitaire mais se trouve également relayé dans les médias et l'édition grand public, à tel point que la thématique est devenue une sorte de « lieu commun » des travaux sur les masculinités⁸⁷. La prédominance du thème de la crise de la masculinité à travers les époques et les espaces invite à s'interroger avec l'historienne Judith A. Allen si les « hommes ne seraient pas interminablement en crise »⁸⁸. Comment expliquer alors la centralité du motif de la « crise » ? Pour l'historienne Judith Surkis, il s'agit là d'un paradoxe : « Comment expliquer que la masculinité, représentation sociale de force, d'autorité, de maîtrise, de pouvoir, puisse en même temps apparaître si faible ? »⁸⁹.

Il faut d'autre part souligner, comme le fait le politologue Francis Dupuis-Déri, que ce discours de la « crise de la masculinité » est employé dans des mouvements politiques masculinistes visant à susciter la pitié envers les hommes et à discréditer les projets féministes⁹⁰. Ainsi, convient-il de se méfier d'une expression qui, comme le souligne l'historienne Toby L. Ditz, tend à éluder la position privilégiée des hommes – pourtant blancs et de classe sociale favorisée

⁸³ George L. Mosse, *The Image of Man. The Creation of Modern Masculinity*, Oxford and New York, Oxford University Press, 1996.

⁸⁴ Jean-Jacques Courtine (dir.), *Histoire de la virilité t.3. La virilité en crise? Les XXe et XXIe siècle*, Paris, Editions du Seuil, 2011, p. 8.

⁸⁵ André Rauch, *Le premier sexe. Mutations et crise de l'identité masculine*, op. cit., p. 8.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 9.

⁸⁷ Francis Dupuis-Déri, *La crise de la masculinité. Autopsie d'un mythe tenace*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 2018.

⁸⁸ Judith A. Allen, « Men Interminably in Crisis ? Historians on Masculinity, Sexual Boundaries, and Manhood », *Radical History Review*, n° 82, 2002, p. 191-207.

⁸⁹ Judith Surkis, « Histoire des hommes et des masculinités : passé et avenir », dans Régis Revenin (dir.), *Hommes et masculinités de 1789 à nos jours Autrement*, Paris, Éditions Autrement, 2007, p. 17.

⁹⁰ Francis Dupuis-Déri, *La crise de la masculinité. Autopsie d'un mythe tenace*, op. cit.

– qui sont les objets d'étude les plus fréquents de cette historiographie⁹¹. Elle ironise ainsi : « les hommes privilégiés dans ces textes apparaissent souvent comme fragiles [...] C'est un miracle qu'ils soient sortis du lit le matin, et pourtant ils ont construit à leur profit des économies urbaines et industrielles et imposé des systèmes impériaux à travers le monde, au détriment des autres »⁹². Plutôt que de considérer la violence masculine envers les femmes, les minorités raciales et sexuelles comme une « réponse défensive à une crise identitaire », elle appelle à la comprendre comme l'une des techniques habituellement employées par les hommes pour maintenir leurs privilèges⁹³. En s'appuyant sur la théorie de Connell, elle propose de réévaluer l'histoire des masculinités à l'aune des réflexions féministes matérialistes, c'est-à-dire en considérant l'ordre de genre comme « l'accès des hommes aux femmes [...] de sorte que les hommes ont accès, dans des conditions avantageuses, à la sexualité des femmes, à leurs capacités de reproduction, à leur travail »⁹⁴. Au sein de cet ordre, « la distribution différentielle de cet accès aux femmes sous-tend également les solidarités et les hiérarchies entre les hommes »⁹⁵. Je m'inspire aussi des suggestions de l'historien Bruno Benvindo qui propose, afin de sortir d'une perspective réifiante de « l'identité masculine », d'interroger de nouvelles sources permettant de mettre en évidence les processus de subjectivation et la façon dont les hommes « peuvent, dans une certaine mesure, « jouer » avec les normes masculines, pensées comme autant de performances au sens butlérien du terme »⁹⁶.

Les critiques adressées aux travaux sur les codes et idéaux virils soulèvent également la question du vocabulaire employé pour parler du masculin et de sa traduction. Pour trois termes anglais (*manhood* ; *masculinity* et *manliness*) correspondent deux français : « masculinité » et « virilité ». Parfois utilisés interchangeablement, le choix des termes implique aussi une réflexion théorique. Les chercheuse et chercheurs Mélanie Gourarier, Gianfranco Rebutini et Florian Vörös critiquent ainsi les usages du terme « virilité » qui « désigne essentiellement une masculinité visible : elle décrit des propriétés telles que la force physique, la violence ou

⁹¹ Toby L. Ditz, « The new men's history and the peculiar absence of gendered power: Some remedies from early American gender history », *Gender and History*, vol. 16, n° 1, 2004, p. 1-35.

⁹² *Ibid.*, p. 6, ma traduction.

⁹³ Toby L. Ditz, « The new men's history and the peculiar absence of gendered power: Some remedies from early American gender history », *op. cit.*

⁹⁴ *Ibid.*, p. 10, ma traduction.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Bruno Benvindo, « Instables masculinités », *op. cit.*, p. 10.

l'autorité, sans historiciser leur valeur. La virilité apparaît dès lors comme une qualité sans histoire, définissant un sexe masculin universellement stable »⁹⁷.

Le terme de « virilité » est généralement employé pour faire références aux normes, là où celui de « masculinité » fait plutôt référence aux expériences vécues. Ainsi, dans leur *Histoire de la virilité*, les historiens Georges Vigarello, Alain Corbin et Jean-Jacques Courtine expliquent avoir choisi le terme de « virilité » plutôt que celui de « masculinité » pour mettre en évidence les mécanismes de consolidation de la domination masculine et les normes qui la soutiennent. Pour eux, l'usage du terme de « masculinité » serait aussi anachronique au regard du vocabulaire présent dans les sources :

« l'histoire de la virilité ne se confond [...] pas avec celle de la masculinité : « masculin » n'a guère le plus longtemps été qu'un terme grammatical. Au XIX^e siècle, et dans le premier XX^e siècle encore, on n'exhorte pas les hommes à être « masculins », mais « virils » [...] Que « masculin » en soit venu à supplanter « viril » est bien le signe qu'il y a, décidément, quelque chose qui a changé dans l'empire du mâle »⁹⁸

Comment alors faire une histoire des hommes qui ne soit pas celle de la « valeur » que représente la « virilité » sans éviter le risque anachronique ? Dans son étude de la construction de la masculinité au XIX^e siècle, l'historienne Anne-Marie Sohn propose d'employer le terme de « virilité » lorsqu'elle fait référence aux sources mais celui de « masculinité » pour renvoyer à l'appareil théorique et analytique⁹⁹. C'est là aussi ma position : j'emploie donc alternativement les termes de « virilité » et de « masculinité » selon que je discute des sources ou que mon propos soit plutôt d'ordre analytique. Le concept de « masculinité » tel qu'il a été théorisé par Connell me paraît en effet particulièrement utile pour mettre en lumière les différentes expériences des hommes mais aussi pour interroger les rapports de pouvoir entre hommes médecins et hommes patients.

Puisque l'objet de mon étude porte sur la médecine, l'intérêt pour la masculinité implique aussi de porter une attention particulière à la construction des corps. Il s'agit là d'un objet classique de l'histoire de la médecine depuis les années 1980 et 1990. Au sein de ce « tournant du corps », l'historiographie s'est principalement penchée sur deux aspects : l'étude des corps individuels en tant que sites d'expérience ou de résistance et celle des corps sociaux, formés discursivement

⁹⁷ Mélanie Gourarier, Gianfranco Rebutini et Florian Vörös, « Penser l'hégémonie », *Genre, sexualité et société*, n° 13, 2015, p. 4.

⁹⁸ Jean-Jacques Courtine (dir.), *Histoire de la virilité t.3. La virilité en crise? Les XX^e et XXI^e siècles*, op. cit., p. 8-9.

⁹⁹ Anne-Marie Sohn, « Sois un homme ! » *La construction de la masculinité au XIX^e siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2009.

par des instances de pouvoir¹⁰⁰. Je m'inspire ici des perspectives féministes sur la biologie et l'histoire des sciences qui se sont ainsi attachées à dénoncer le « mythe » d'un corps naturel en mettant en évidence la manière dont des « faits de nature » au sujet des corps et des identités sexuées sont activement produits par les discours, les pratiques et les institutions médicales¹⁰¹. Dans cette perspective, une partie de ces travaux historiques se sont donc intéressés à la production de « faits » anatomiques, endocrinologiques, immunologiques et à la façon dont les énoncés médicaux ont défini et localisé la différence sexuelle dans les corps à travers l'histoire¹⁰².

Peu d'entre eux se sont pourtant intéressés à la construction médicale du corps des hommes¹⁰³. Dans son célèbre ouvrage sur la « fabrique du sexe » en Occident, l'historien Thomas Laqueur considérerait d'ailleurs qu'il « serait probablement 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 »¹⁰⁴. Ainsi, si les hommes occupent une place centrale dans les recherches sur l'histoire de l'homosexualité - au prix d'une certaine invisibilité des lesbiennes - c'est principalement leur sexualité plutôt que leurs corps et leur « sexe » qui a été étudié comme objet du regard médical¹⁰⁵. Pourtant, comme le souligne l'historienne Nelly Oudshoorn au début des années 2000, en se concentrant sur le corps des femmes, les recherches

¹⁰⁰ Roger Cooter et Claudia Stein, *Writing History in the Age of Biomedicine*, New Haven, Yale University Press, 2013 ; Kathleen Canning, « The body as method? Reflections on the place of the body in gender history », *Gender & history*, vol. 11, n° 3, 1999, p. 499-513.

¹⁰¹ Pour en savoir plus sur ces perspectives, consulter Delphine Gardey, « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XXe siècle ? », *op. cit.*

¹⁰² Voir par exemple Delphine Gardey, « Les sciences et la construction des identités sexuées », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 3, n° 61, 2006, p. 649-673 ; Thomas W. Laqueur, *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*, *op. cit.* ; Jean-Paul Gaudillière, « On ne naît pas homme... A propos de la construction biologique du masculin », *Mouvements*, vol. 1, n° 31, 2004, p. 15-23 ; Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *Cahiers du Genre*, vol. 34, n° 1, 2003, p. 57 ; Elsa Dorlin, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris, La Découverte, 2006 ; Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 2006.

¹⁰³ En langue française, notons le travail de Jean-Paul Gaudillière, « On ne naît pas homme... A propos de la construction biologique du masculin », *op. cit.*

¹⁰⁴ Thomas W. Laqueur, *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*, *op. cit.*, p. 61, ma traduction.

¹⁰⁵ Dana Rosenfeld et Christopher A. Faircloth (dir.), *Medicalized Masculinities*, Temple Uni., Philadelphia, 2006. Au sujet de l'histoire de la répression médicale de l'homosexualité en France et en Suisse, voir notamment Robert A. Nye, « Sex Difference and Male Homosexuality in French Medical Discourse, 1830-1930 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 63, n° 1, 1989, p. 32-51 ; Taline Garibian, « Medicine and the Paradox of the Decriminalization of Homosexuality in Switzerland: Toward a New System of Coercion (1940-1960) », dans Alain Giami et Sharman Levinson (dir.), *Histories of Sexology. Between Science and Politics*, Cham, Palgrave Macmillan, 2021, p. 103-117 ; Florence Tamagne, « Genre et homosexualité: De l'influence des stéréotypes homophobes sur les représentations de l'homosexualité », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° 75, 2002, p. 61-73 ; Thierry Delessert, *Sortons du ghetto. Histoire politique des homosexualités en Suisse, 1950-1990*, Zurich et Genève, Seismo, 2021.

¹⁰⁵ Dana Rosenfeld et Christopher A. Faircloth (dir.), *Medicalized Masculinities*, *op. cit.*

féministes ont participé à reproduire un discours médical présentant les corps des femmes comme altérés et intrinsèquement différents¹⁰⁶.

Depuis lors, de nombreux travaux se sont donc intéressés à la construction des corps et des masculinités. Dans une perspective de sociologie des sciences et des techniques, ces recherches se sont notamment penchées sur la médicalisation de la dysfonction sexuelle et du vieillissement masculin¹⁰⁷, sur les expériences et la construction de l'infertilité masculine¹⁰⁸ ou encore sur la prostate et ses maladies¹⁰⁹. Du côté de l'histoire de la médecine, ces travaux se sont principalement concentrés sur des maladies touchant à la sexualité masculine ou à des fonctions corporelles traditionnellement associées à la masculinité, telles que l'impuissance sexuelle ou de la spermatorrhée (écoulement de sperme involontaire)¹¹⁰. Plus récemment,

¹⁰⁶ Nelly Oudshoorn, « On Bodies, Technologies, and Feminisms », dans Angela N. H. Creager, Elizabeth Lunbeck et Londa Schiebinger (dir.), *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*, Chicago et Londres, The University of Chicago Press, 2001, p. 199-213.

¹⁰⁷ Voir par exemple Annie Potts, « “The Essence of the Hard On”. Hegemonic Masculinity and the Cultural Construction of “Erectile Dysfunction” », *Men and Masculinities*, vol. 3, n° 1, 2000, p. 85-103 ; Alain Giami, « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité », dans Didier Fassin et Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions EHESS, 2004, p. 77-108 ; Laura Mamo et Jennifer R. Fishman, « Potency in All the Right Places. Viagra as a Technology of the Gendered Body », *Body and Society*, vol. 7, n° 4, 2001, p. 13-35 ; Meika Loe, « Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality », *Sexuality & Culture*, n° 5, 2001, p. 97-125 ; Barbara L. Marshall, « The new virility: Viagra, male aging and sexual function », *Sexualities*, vol. 9, n° 3, 2006, p. 345-362 ; Barbara L. Marshall, « 'Hard Science' : Gendered Constructions of Sexual Dysfunction in the “Viagra Age” », *Sexualities*, vol. 5, n° 2, 2002, p. 131-158.

¹⁰⁸ Voir notamment Alan Dolan, Tim Lomas, Tarek Ghobara et Geraldine Hartshorne, « 'It's like taking a bit of masculinity away from you': towards a theoretical understanding of men's experiences of infertility », *Sociology of Health and Illness*, vol. 39, n° 6, 2017, p. 878-892 ; Liberty Walther Barnes, *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine and Identity*, op. cit. ; Marcia C. Inhorn, « Middle Eastern Masculinities in the Age of New Reproductive Technologies : Male Infertility and Stigma in Egypt and Lebanon », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 18, n° 2, 2018, p. 162-182 ; Cynthia R. Daniels, *Exposing Men. The Science and Politics of Male Reproduction*, New York, Oxford University Press, 2006 ; Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

¹⁰⁹ Louis Braverman, « La sexualité des hommes après un cancer de la prostate: âge, genre et pouvoir », vol. 37, 2019, p. 5-30 ; Juane Nancarrow Clarke, « Health Communication Prostate Cancer's Hegemonic Masculinity in Select Print Mass Media Depictions (1974-1995) », *Health Communication*, vol. 11, n° 1, 1999, p. 59-74 ; Ericka Johnson, *A Cultural Biography of the Prostate*, Cambridge Massachusetts, MIT Press, 2021 ; Louis Braverman, *La fabrique du sujet vulnérable: étude sur l'expérience du cancer de la prostate*, thèse de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), 2017 ; John Oliffe et Sally Thorne, « Men, Masculinities, and Prostate Cancer: Australian and Canadian Patient Perspectives of Communication With Male Physicians », *Qualitative Health Research*, vol. 17, n° 2, 2007, p. 149-161.

¹¹⁰ Marie Walin, *Savoirs sur l'impuissance sexuelle en Espagne (années 1780-années 1910). Contribution à une histoire de l'hétérosexualité*, thèse de l'Université Toulouse 2, 2021 ; Camille Bajoux, « L'impuissance sexuelle au cabinet du Docteur Bourguignon (1924-1953) », *Histoire, médecine et santé*, n° 16, 2021, p. 121-139 ; Nahema Hanafi, « « Je décharge quelquefois sans bander parfaitement... » : évocations masculines de la sexualité avec le médecin Samuel-Auguste Tissot », *Dix-huitième siècle*, vol. 47, n° 1, 2015, p. 103-118 ; André Béjin, « L'éjaculation prématurée selon les médecins et les sexologues français de 1830 à 1960 », *Sexologies*, vol. 16, n° 3, 2007, p. 195-202 ; Angus McLaren, *Impotence. A Cultural History*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 2007 ; Lesley A. Hall, *Hidden Anxieties. Male Sexuality, 1900-1950*, Cambridge, Polity Press, 1991 ; Robert A. Nye, « Honor, Impotence, and Male Sexuality in Nineteenth-Century French Medicine », *French Historical Studies*, vol. 16, n° 1, 1989, p. 48-71 ; Pierre Darmon, *Le tribunal de l'impuissance. Virilité et défaillances conjugales dans l'ancienne France*, Paris, Editions du Seuil, 1979 ; Elizabeth Stephens,

quelques travaux se sont aussi penchés sur l'histoire des maladies de la prostate¹¹¹, de l'infertilité masculine¹¹², de la vasectomie¹¹³, mais aussi des troubles mentaux touchant les hommes¹¹⁴. L'historiographie de la Grande Guerre en particulier s'est penchée sur l'expérience du « shell-shock », du « cafard » et des traumatismes des soldats provoqués par le conflit¹¹⁵.

Malgré l'apport considérable de ces travaux, il n'existe pas de recherche problématisant la médecine sexuelle et reproductive masculine sous l'angle de la spécialisation médicale qui permette d'appréhender la construction des masculinités, ce que cette thèse se propose de faire. En m'inscrivant dans les traditions historiographiques présentées plus tôt, ce travail s'appuie aussi sur un corpus historique spécifique aux contextes spécifiques à la France et à la Suisse

« Pathologizing Leaky Male Bodies : Spermatorrhea in Nineteenth-Century British Medicine and Popular Anatomical Museums », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 17, n° 3, 2008, p. 421-438 ; Elizabeth Stephens, « Coining Spermatorrhoea: Medicine and Male Body Fluids, 1836-1866 », *Sexualities*, vol. 12, n° 4, 1 août 2009, p. 467-485 ; Ellen Bayuk Rosenman, « Body Doubles: The Spermatorrhea Panic », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 12, n° 3, 2003, p. 365-399.

¹¹¹ Maria Björkman et Alma Persson, « What's in a Gland? Sexuality, Reproduction and the Prostate in Early Twentieth-Century Medicine », *Gender and History*, vol. 32, n° 3, 2020, p. 621-636 ; Helen Valier, *A History of Prostate Cancer. Cancer, Men and Medicine*, Londres, Palgrave Macmillan, 2016 ; Christopher D. O'Shea, « “A plea for the prostate”: doctors, prostate dysfunction, and male sexuality in late 19th- and early 20th-century Canada. », *Canadian bulletin of medical history = Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 29, n° 1, 2012, p. 7-27.

¹¹² Camille Bajoux, « Managing masculinities. Doctors, men, and men's partners facing male infertility in France and French-speaking Switzerland (c. 1890–1970) », *Norma*, vol. 15, n° 3-4, 2020, p. 235-250 ; Jennifer Evans, « ‘They are called Imperfect men’: Male Infertility and Sexual Health in Early Modern England », *Social History of Medicine*, vol. 29, n° 2, 2016, p. 311-332 ; Antje Kampf, « Times of danger : embryos , sperm and precarious reproduction ca . 1870s-1910s », *History and Philosophy of the Life Sciences*, vol. 37, n° 1, 2015, p. 68-86 ; Antje Kampf, « Tales of healthy men: Male reproductive bodies in biomedicine from “Lebensborn” to sperm banks », *Health*, vol. 17, n° 1, 2012, p. 20-36 ; Christina Benninghaus, « Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870-1900 », *Gender & history*, vol. 24, n° 3, 2012, p. 647-676.

¹¹³ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit. ; Sarah Shropshire, « What's a Guy To Do?: Contraceptive Responsibility, Confronting Masculinity, and the History of Vasectomy in Canada », *Canadian bulletin of medical history = Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 31, n° 2, 2014, p. 161-182. Voir également la thèse en cours de Georgia Grainger, *A Social History of Vasectomy in Britain, c. 1920-2000*, à l'Université de Strathclyde.

¹¹⁴ Rory Du Plessis, « Madness, Masturbation and Masculinity in the Casebooks of the Grahamstown Lunatic Asylum, 1890–1907 », *Gender Questions*, vol. 7, n° 1, 2019, p. 1890-1907 ; Ali Haggett, *A History of Male Psychological Disorders in Britain, 1945–1980*, Palgrave Macmillan, 2015 ; Catharine Coleborne, « White men and weak masculinity: men in the public asylums in Victoria, Australia, and New Zealand, 1860s–1900s », *History of Psychiatry*, vol. 25, n° 4, 2014, p. 468-476. Mark S. Micale, *Hysterical Men. The Hidden History of Male Nervous Illness*, Cambridge et Londres, Harvard University Press, 2008 ; Christopher E Forth, « Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France », dans Marijke Gijswijt-Hofstra et Roy Porter (dir.), *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War*, Amsterdam, Rodopi, 2001, p. 329-361.

¹¹⁵ Au sujet de l'histoire du « cafard » par exemple, voir la thèse en cours de Marie Leyder, *Femmes humanitaires sur le front de l'Yser : Soins et émotions pendant la Première Guerre mondiale*, Université de Genève. Sur le shell-shock, consulter par exemple Stefanie Caroline Linden et Edgar Jones, « “Shell shock” revisited: An examination of the case records of the national hospital in London », *Medical History*, vol. 58, n° 4, 2014, p. 519-545 ; Tracey Loughran, « A Crisis of Masculinity? Re-writing the History of Shell-shock and Gender in First World War Britain », *History Compass*, vol. 11, n° 12, 2013, p. 1088-1093.

romande, au sujet de l'histoire de la profession et de la spécialisation médicale¹¹⁶, de l'histoire du médicament¹¹⁷ ou encore de la sexologie, du genre et des sexualités¹¹⁸.

Poser la question de la « santé masculine » implique aussi de s'interroger sur la catégorie médicale et politique des « hommes ». Comme le soulignent Rene Almeling et Sebastian Mohr, une grande partie des recherches sur la santé masculine se sont avant tout intéressées aux hommes (généralement des hommes cisgenres) plutôt qu'aux masculinités¹¹⁹. L'idée sous-jacente que la masculinité serait présente dès lors que l'objet d'étude concerne les hommes cisgenres ne permet pas d'interroger les liens entre la construction des corps et celles des masculinités¹²⁰. Pour l'historienne Francesca Arena, une perspective d'histoire de la santé devrait justement chercher à interroger la pertinence des catégories de sexe, notamment « celle de femme, qui ne fait que reproduire, dans ce champ particulier du gouvernement des corps, une vision essentialiste, réductionniste, biologique des femmes et donc des sexes »¹²¹.

Il n'est donc pas évident qu'une histoire de l'andrologie (et de son absence) soit aussi nécessairement une histoire des masculinités. Mais il me semble essentiel de développer une perspective d'histoire culturelle et des sensibilités qui interroge les expériences, les préoccupations et les représentations sociales partagées par les profanes et les médecins. L'ambition de cette thèse consiste aussi à mettre médecins et patients au centre de l'histoire de l'andrologie (et de son absence) en montrant qu'il s'agit d'êtres incarnés, socialement situés,

¹¹⁶ Voir par exemple George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford and New York, Oxford University Press, 2006 ; Philip Rieder, *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876-1920)*, Lausanne, Éditions BHMS, 2009 ; Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, 2005, p. 3-17.

¹¹⁷ Voir par exemple Christian Bonah et Anne Rasmussen (dir.), *Histoire du médicament aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Biotem & Éditions Glyphe, 2005 ; Alessandro Campanelli, *L'émergence de l'État helvétique entre unité et fédéralisme: l'exemple des législations médicales et pharmaceutiques (1798-1900)*, Lausanne, Éditions Juridiques Libres, 2018 ; Jeremy A. Greene, Flurin Condrau et Elizabeth Siegel Watkins (dir.), *Therapeutic Revolutions: Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 2016.

¹¹⁸ Voir par exemple Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, thèse de l'Université de Lausanne en co-tutelle avec l'Université Toulouse Jean-Jaurès, 2017 ; Sylvie Burgnard, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, thèse de l'Université de Genève, 2012 ; Christel Gumy et Cynthia Kraus, « Désirer : une histoire de la sexologie à Lausanne (1950-2000) », *Revue suisse d'histoire*, vol. 1, n° 67, 2017, p. 79-100 ; Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, Paris, Payot, 2012 ; Anne-Claire Rebreyend, *Intimités amoureuses, France 1920-1975*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 2008.

¹¹⁹ Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, *op. cit.* ; Sebastian Mohr et Rene Almeling, « Men, masculinities, and reproduction—conceptual reflections and empirical explorations », *Norma*, vol. 15, n° 3-4, 2020, p. 163-171.

¹²⁰ Sebastian Mohr et Rene Almeling, « Men, masculinities, and reproduction—conceptual reflections and empirical explorations », *op. cit.*

¹²¹ Francesca Arena, « Le genre nous tuera-t-il ? Médecine, histoire, santé », *Implications philosophiques*, 2021, p. 9.

qui construisent et incarnent certaines formes de masculinités. En même temps que cette thèse s'attache à montrer les dynamiques à l'œuvre dans la fabrication d'un savoir spécialisé, elle interroge la façon dont les masculinités participent (ou non) de l'émergence d'un regard médical spécifique. L'usage que je fais ici de termes tels que « sexe » ou « appareil génital masculin » ne fait donc pas appel à une réalité anhistorique des « corps masculins » mais plutôt à leur construction médicale. En ceci, les termes que j'emploie sont aussi le produit de logiques d'assignation sexuée de l'épistémologie médicale : les catégories d'« hommes » et « masculin » seront utilisées pour faire référence aux corps et personnes perçues comme cisgenres dans le discours médical.

Corpus de sources

Au moment de commencer cette recherche s'est rapidement posée la question de l'identification d'un corpus de sources. Comment en effet retracer l'histoire d'une spécialité qui ne se constitue pas ? En l'absence d'une spécialité autour de la santé sexuelle et reproductive masculine, le matériau rassemblé dans cette thèse est le résultat de choix méthodologiques mais aussi d'un travail approfondi de recherche d'archives. Le corpus que j'ai constitué est conséquent mais très inégal : il comprend différents types de sources qui couvrent des périodes historiques et des espaces géographiques divers et dont les modalités d'accès varient.

Je me suis tout d'abord appuyée sur la production médicale et scientifique de la période étudiée : monographies, thèses de médecine, articles scientifiques qui abordaient d'une manière ou d'une autre des thématiques liées à la sexualité ou la reproduction masculine (impuissance sexuelle ; stérilité masculine ; « perversions sexuelles » ; maladies de la prostate ou des organes génitaux, etc.). Les thèses de médecine constituent à ce titre des ressources utiles pour mettre en évidence les sujets porteurs selon les époques mais aussi les espaces de production des connaissances. Je me suis aussi intéressée aux périodiques médicaux avec divers degrés de diffusion (nationale, régionale ou internationale). Espaces de discussions, d'échanges et de débats entre praticiens, les revues médicales signalent aussi des formes de spécialisation à l'œuvre. Si l'histoire de la vénéréologie et des luttes contre les maladies vénériennes a déjà été en partie couverte par l'historiographie¹²², d'autres spécialités – comme l'urologie – ont fait l'objet de très peu de

¹²² Au sujet de la France et de la Suisse, consulter notamment Judith Surkis, « Enemies Within: Venereal Disease and the Defense of French Masculinity between the Wars », *op. cit.* ; Michelle K. Rhoades, « Renegotiating French Masculinity : Medicine and Venereal Disease during the Great War », *op. cit.* ; Jean-Yves Le Naour, « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) », *op. cit.* ; Gérard Tilles, « Syphilis, syphilitiques et syphiligraphes dans les hôpitaux de l'Assistance publique », dans Marie Barthélémy, Patrice Guérin et Romain Tardy (dir.), *La guerre, l'A.P. L'assistance publique dans la Grande Guerre*, AP-HP, 2014, p. 113-148 ; Claude Quétel, *Le mal de Naples*.

recherches¹²³. Une partie de ce travail a donc constitué à retracer les grandes étapes du développement de cette spécialité depuis le milieu du XIX^{ème} siècle pour établir quels en étaient les objets, préoccupations et espaces de discussion. Afin de saisir les thématiques associées à la santé masculine au cours du temps, j'ai dépouillé de façon exhaustive les index thématiques de plusieurs revues afin d'identifier les principaux thèmes (notamment en termes de maladies étudiées) et acteurs qui apparaissent et s'intéressaient à la santé masculine : les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1883-1911) devenues en 1912 le *Journal d'urologie médicale et chirurgicale* (1912-1960) puis le *Journal d'urologie et de néphrologie* (1961-1979) ; la *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie* (1895 à 1925) et la *Revue médicale de la Suisse romande* (1895 à 1975). Sur des périodes temporelles plus ciblées, j'ai également consulté les index du *Bulletin de la Société de Sexologie*, du *Bulletin des médecins suisses*, de la *Revue française d'endocrinologie* ou encore du bulletin de la Société suisse de gynécologie *Gynaecologia*.

Pour rendre compte des formes de spécialisation et de la manière dont le marché thérapeutique pouvait apparaître aux hommes à la recherche de soin, je me suis aussi appuyée sur des annuaires médicaux et du commerce. J'ai dépouillé de manière exhaustive entre les années 1890 et 1940 trois annuaires du commerce : *Tout Paris*, l'*Indicateur des adresses de Genève-Ville & Communes* et l'*Indicateur vaudois*. Je me suis aussi appuyée périodiquement sur des annuaires médicaux, tels que le *Guide Rosenwald* et l'*Annuaire médical suisse*. Si j'ai pu m'appuyer, pour le cas de la France, sur les travaux fondateurs de l'historien George Weisz à partir des annuaires médicaux¹²⁴, les annuaires suisses constituent des sources originales jusqu'ici peu explorées.

La partie la plus importante de ce corpus est constituée de dossiers de patients. J'ai tenté, tant que possible, d'avoir accès à des dossiers de patients de nature diverses, reflétant à la fois une certaine variété en termes de types de patients mais aussi d'institutions et de spécialistes. Ainsi, j'ai cherché à recouper une palette large à la fois de maladies masculines (affections de la prostate, troubles sexuels, sexualités « déviantes », stérilité, maladies vénériennes) ainsi que de spécialités (urologie, neurophysiologie, psychiatrie, gynécologie et dermatologie). Ces sources sont réparties géographiquement : une partie se trouve à Paris et l'autre en Suisse romande. Je

Histoire de la syphilis, Paris, Éditions Seghers, 1986 ; Matteo Pedroni, « Radiographie de la peur: 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », *Revue historique vaudoise*, vol. 103, 1995, p. 139-186 ; Nicole Malherbe, *Péril vénérien. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Lausanne et à Neuchâtel avant l'apparition du Sida*, Neuchâtel, Éditions Alphil, 2002 ; Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

¹²³ Voir le chapitre 1 de la première partie.

¹²⁴ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit.

me suis notamment appuyée sur le fonds de l'urologue Joaquín Albarrán, conservé à la Bibliothèque Interuniversitaire de santé (BIU santé) de Paris. Professeur à la Faculté de médecine de Paris et chef de la clinique urologique de Necker au début du siècle, Albarrán est l'un des grands noms de l'urologie française. Le fonds, légué par son petit-fils, contient principalement des travaux personnels ainsi que dix dossiers de patients ayant consulté entre 1902 et 1905, dont certains pour des maladies de la prostate. À Paris, j'ai également consulté le fonds du médecin neurophysiologiste et spécialiste de l'électricité Georges Bourguignon, légué à l'Académie de médecine. Au moment de ma consultation, le fonds étant encore en cours d'inventaire et reste encore aujourd'hui largement inexploré. Un grand nombre de dossiers de patient·es qui ont consulté Bourguignon à son cabinet privé entre 1924 et 1953 ont été conservés. Parmi ceux-ci, j'ai consulté une centaine de dossiers d'hommes se plaignant de troubles sexuels (en majorité d'impuissance) qui ont cherché un traitement électrique auprès de Bourguignon.

En Suisse romande, les dossiers de patients que j'ai analysé sont principalement issus d'institutions hospitalières et asilaires. À Genève, j'ai pris connaissance d'archives jusqu'ici inexplorées du Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, une institution créée en 1966 et rattachée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Situés au dépôt des Maraîchers, seuls les dossiers commençant par une lettre spécifique de l'alphabet ont été conservés dans le cadre des politiques d'échantillonnage des archives publiques. J'ai néanmoins pu consulter une vingtaine de dossiers de couples qui ont consulté dans la seconde moitié des années 1960. Ces dossiers fournissent des renseignements précieux sur les modalités de consultation, les formes de négociation entre les patients, leurs partenaires et les médecins, ainsi que les savoirs et pratiques médicales concernant la fertilité masculine.

À partir de l'analyse des registres d'entrée et de sortie de l'Asile de Bel-Air conservés aux archives des HUG, j'ai aussi identifié une centaine de dossiers d'hommes internés entre 1900 et 1966 à l'Asile de Bel-Air pour des délits et crimes de nature sexuelle. Ces dossiers sont conservés aux dépôt des Maraîchers par les Archives d'État de Genève et ont été mis à ma disposition pour consultation dans leurs locaux. Ces sources comportant une longue trame historique permettent de mettre en regard les différents régimes de localisation de la « déviance sexuelle » et du « désir sexuel » dans le corps masculin, ainsi que les méthodes thérapeutiques (castration, psychothérapie, et thérapies hormonales) mises en place pour y remédier. Dans une même démarche, j'ai consulté des expertises psychiatriques produites dans le cadre des procédures de stérilisation et castration eugénistes et thérapeutiques du canton de Vaud entre

les années 1920 et 1960. Ces documents sont disponibles, sur dérogation, sur le site des Archives cantonales vaudoises (ACV) à Lausanne. Sur place, j'ai également consulté des dossiers de patients de la Clinique dermatologique de Lausanne entre 1891 et 1943 dont j'ai retenu les cas d'hommes venant consulter pour maladies vénériennes.

En l'absence d'une spécialité médicale dédiée à la santé sexuelle et reproductive masculine, les dossiers de patients m'ont permis d'identifier les principaux interlocuteurs des hommes se plaignant d'affections sexuelles ou reproductives mais aussi de comprendre comment les spécialités (urologie, psychiatrie, vénéréologie, médecine généraliste, etc.) se différenciaient autour de ces maladies. D'autre part, les dossiers de patients apportent des informations précieuses pour retracer les transformations, à travers le temps, des pratiques, perceptions et discours cliniques mais aussi pour mettre à jour les caractéristiques sociodémographiques des patients¹²⁵. En les croisant avec d'autres sources, les dossiers permettent également de mettre en regard les activités cliniques avec les idées et donc d'explorer les différences entre connaissances formelles et les pratiques effectives¹²⁶.

J'ai aussi cherché la trace de débats autour de la spécialisation au sein des archives administratives et hospitalières. Aux Archives municipales de Lyon et aux Archives nationales à Paris, j'ai trouvé des dossiers liés à l'ouverture de services spécialisé d'urologie et à celle de la chaire clinique des maladies urinaires. Aux Archives des HUG, aux Archives nationales et à celles de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AAPH) j'ai également consulté les rapports d'activité des services hospitaliers et les correspondances liées à leurs activités. Lorsque des questions intéressantes le nécessitaient, j'ai consulté les procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne. Pour retracer la carrière et les parcours de certains médecins, j'ai pris connaissance des dossiers biographiques de certains membres de l'Académie de médecine ainsi que des dossiers administratifs au sujet de certains andrologues dont j'ai pu trouver la trace dans les archives des Facultés de médecine, tels que le docteur Charles A. Joël à Bâle.

Au-delà des archives administratives liées au fonctionnement des hôpitaux et des Facultés de médecine, je me suis penchée sur les fonds constitués par les institutions politiques au sujet de questions de santé publique. Ainsi, le fonds du Ministère de la Santé publique et de la population

¹²⁵ John Harley, « The Uses of Patient Records by Historians : Patterns , Possibilities and Perplexities », *Health and History*, vol. 1, n° 2-3, 1999, p. 101-111.

¹²⁶ Guenter B. Risse et John Harley Warner, « Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history », *Social History of Medicine*, vol. 5, n° 2, 1992, p. 183-205.

conservé aux Archives nationales de Pierrefitte-sur-Seine s'est révélé assez riche en informations. Il contient à la fois des éléments liés au contrôle de la prostitution et à la propagation des maladies vénériennes mais aussi des dossiers consacrés à la question de l'eugénisme, de la stérilité et de l'insémination artificielle. Lorsque j'en ai eu l'occasion, j'ai aussi essayé d'identifier des sources similaires en-dehors de Paris : c'est le cas d'un fonds dédié à la lutte antivénérienne aux Archives départementales du Gard qui donne un aperçu de la mise en place de politiques régionales de santé publique. Du côté de la Suisse, je me suis également appuyée sur les pièces relatives à la répression du « charlatanisme » et au contrôle des médicaments du fonds du Conseil de Santé du canton de Vaud.

J'ai également cherché la trace d'éventuelles poursuites pour exercice illégal de la médecine mais mes recherches dans ce sens n'ont pas révélé une grande quantité de pièces intéressantes : le motif de la santé sexuelle ou reproductive masculine y apparaissait peu en comparaison avec d'autres pratiques. J'ai néanmoins trouvé quelques cas où la question apparaît dans des poursuites pénales portées devant la Direction des affaires criminelles et des grâces aux Archives nationales mais aussi dans le fonds du Service sanitaire cantonal et de la Chambre des médecins dans le canton de Vaud.

Pour rendre compte de la façon dont ces questions émergeaient dans le débat public et des pratiques publicitaires, je me suis aussi appuyée sur la presse française et suisse dont des exemplaires numérisés sont mis à la disposition du public par la Bibliothèque nationale de France (BnF) et diverses institutions suisses¹²⁷. Afin de comprendre dans quelle mesure les publicités apparaissant dans la presse faisait l'objet de censure, j'ai croisé ces sources avec des informations trouvées au sein de travaux historiques sur le sujet en France¹²⁸ et, du côté de la Suisse, des documents témoignant du contrôle des institutions publiques de la « littérature immorale » aux Archives cantonales vaudoises (ACV) et aux Archives d'État de Fribourg (AEF).

Initialement intéressée par les techniques, je me suis également tournée vers les bases de données de l'Institut national de la propriété intellectuelle (INPI) et du Bureau fédéral de la propriété intellectuelle afin d'inclure les objets et techniques médicales dans cette histoire. Cette

¹²⁷ Voir les références.

¹²⁸ Le travail en cours de Pauline Mortas fournit notamment des informations précieuses à ce sujet, voir Pauline Mortas, « Hot stuff. Anatomy of the sex market at the dawn of the twentieth century », *French History*, vol. 34, n° 2, 2020, p. 213-234 ; Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, op. cit. ; Annie Stora-Lamarre, *L'Enfer de la IIIe République. Censeurs et pornographes (1881-1914)*, Paris, Imago, 1990.

recherche ne s'est pas révélée particulièrement fructueuse, mais quelques brevets d'invention sont présentés dans cette thèse à titre d'exemple.

Je m'appuie d'autre part sur des recueils de correspondances publiés par des historien·nes et des enquêtes d'histoire orale dont les entretiens ont été mis à la disposition du public sous forme d'ouvrages ou dans les centres d'archives. C'est le cas par exemple de la mission Archives orales et de la revue Archorales, nées de l'initiative d'un chercheur en sciences sociales, Denis Poupardin qui avait été chargé en 1995 de réfléchir aux problèmes des archives de l'Institut national de la recherche agronomique (INRA)¹²⁹. Dans le cadre de cette enquête, des entretiens ont été menés avec d'anciens membres du personnel de l'INRA dans le but d'établir des récits biographiques servant à la communication interne et externe de l'institution. Jusqu'ici, ces entretiens – dont une partie a été numérisée et est disponible en ligne – n'ont pas été exploités dans les travaux sur l'histoire de la médecine de la reproduction en France bien qu'ils fournissent des informations riches sur l'histoire de la génétique et de la zootechnie¹³⁰. Pour retracer l'histoire de la médecine vétérinaire en France, j'ai croisé ces sources avec les archives administratives (rapports d'activités, notes et correspondances) de l'INRA conservées aux Archives départementales de l'Indre et Loire à Tours. Lors de ce séjour de recherche à Tours, j'ai également consulté des émissions de radio animées par la journaliste Ménie Grégoire dans les années 1960 et 1970. Le fonds de Ménie Grégoire ayant déjà fait l'objet de nombreuses recherches, je me suis appuyée sur les recueils et témoignages déjà publiés dans la littérature secondaire et les ai complétées avec l'écoute d'émissions portant sur des thématiques telles que « impuissance » et « stérilité »¹³¹.

Ces émissions me donnaient en effet accès à d'autres voix : celles de patients, de couples et de femmes évoquant leurs difficultés. Cet intérêt pour les expériences des patients m'a poussé à me tourner vers d'autres sources, notamment des ego-documents. J'ai ainsi pris contact avec l'Association pour l'autobiographie et le patrimoine autobiographique (APA) à Ambérieu-en-Bugey où j'ai cherché dans leur inventaire en ligne des thématiques susceptibles de recouper

¹²⁹ Pour en savoir plus sur la mission et les archives orales, consulter le site internet de l'INRAE : <https://www6.inrae.fr/comitedhistoire/ARCHORALES>

¹³⁰ Une partie des entretiens numérisés sont disponibles en ligne sur la revue Archorales. Disponible : <https://www7.inra.fr/archorales/>

¹³¹ Voir notamment Marie-Véronique Gauthier, *Le Coeur et le corps - Du masculin dans les années soixante*, Paris, Éditions Imago, 1999 ; Anne-Marie Sohn, « Les individus-femmes entre négation du moi et narcissisme. Les auditrices de Ménie Grégoire (1967-1968) », dans Geneviève Dreyfus-Armand, Robert Frank, Marie-Françoise Lévy et Michelle Zancarini-Fournel (dir.), *Les Années 68: Le temps de la contestation*, Paris, Éditions Complexe, 2000, p. 179-197 ; Dominique Cardon, « Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Menie Grégoire », *Temps des Medias*, vol. 1, n° 1, 2003, p. 77-94.

les miennes. Les termes techniques et anatomiques n'ont, sans surprise, rien donné : « âge critique » ; « andropause » ; « blennorragie » ; « (in)fertilité » ; « testicule », etc. À l'inverse, des termes plus génériques susceptibles d'être employés par les hommes eux-mêmes ont donné de meilleurs résultats : c'est le cas de « sexualité » (ou son variant « sexuel »), « impuissance », « paternité » ou encore « viril/virilité ». Parmi ces textes, rares sont ceux qui évoquaient ouvertement des difficultés sexuelles ou reproductives, se limitant généralement à la découverte de la sexualité ou à des correspondances érotiques, mais j'ai sélectionné quelques autobiographies qui me semblaient apporter des éléments complémentaires aux autres sources. Du côté de la Suisse, j'ai cherché des sources similaires auprès des Archives de la vie privée à Carouge, sans succès cependant.

Le genre de l'autobiographie médicale s'est révélé, à l'inverse, étonnamment riche. Concernant souvent les parcours de médecins français dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, ces ouvrages publiés auprès de diverses maisons d'édition apportent des éléments précieux pour avoir accès aux expériences et témoignages des praticiens. Travailler à partir d'autobiographies n'est évidemment pas sans problèmes mais comme le souligne l'historienne Anne-Claire Rebreyend, les archives autobiographiques ne sont « pas nécessairement plus mensongères que d'autres. En les croisant avec d'autres archives, il est possible sinon de les authentifier, du moins de détecter les inventions trop flagrantes »¹³².

J'ai d'autre part finalement renoncé à avoir recours à l'histoire orale qui aurait nécessité un nombre d'entretiens conséquent afin de mettre en confrontation les propos des personnes et les souvenirs rapportés mais aussi parce qu'une grande partie des acteur·ices de ce travail étaient déjà décédé·es au moment où j'ai commencé ce travail.

Le corpus constitué dans cette thèse rassemble donc des sources diverses : littérature médicale, annuaires du commerce, dossiers de patients, archives administratives et hospitalières, fonds d'institutions chargées des politiques de santé publique, archives de presse, recueils de correspondances, enquêtes d'histoire orale, archives radio et autobiographies. La variété de ces sources permet d'appréhender l'histoire de la santé masculine avec des focales très différentes sur les sociétés étudiées. Le fait même de « faire archive » est éminemment politique et dépend tant de la capacité des acteur·ices à laisser des traces (notamment écrites) que des logiques de sélection et de conservation des archives publiques. Ainsi, ces différentes sources parlent surtout des préoccupations des institutions et des personnes qui les ont produites. Leur format

¹³² Anne-Claire Rebreyend, *Intimités amoureuses, France 1920-1975*, op. cit., p. 22.

est contraint par les normes narratives, administratives et médicales qui ordonnent l'information. Les publications médicales (monographies, articles de revues spécialisées notamment) fournissent des informations précieuses sur le monde médical, l'état des connaissances, les controverses ou encore les préoccupations professionnelles telles qu'elles sont communiquées à des pairs. Tant que ces connaissances se concentrent sur la détection des maladies et leur traitement, elles demeurent néanmoins peu instructives au sujet des pratiques et expériences des patients tant que celles-ci ne sont pas jugées dignes d'intérêt. Les archives administratives révèlent quant à elles les préoccupations des pouvoirs publics en matière de gestion de la population, de santé publique et de contrôle de l'exercice médical sur de larges territoires. Les dossiers de patients et les autobiographies impliquent au contraire un changement d'échelle conséquent. En combinaison avec les sources citées plus tôt, ces archives permettent de déplacer l'axe d'analyse d'une histoire de la spécialisation médicale vers une histoire « par le bas » qui rend davantage compte de la perspective des patients, des subjectivités et des pratiques de la clinique.

Loin de prétendre atteindre une totale représentativité des connaissances, pratiques et expériences autour de la santé masculine au XX^{ème} siècle, ce corpus permet néanmoins de reconstituer une partie du « monde médical » au sens large en croisant les perspectives de ceux et celles qui le font advenir (médecins, patients, publicitaires, législateurs, administrateurs...). En ceci, il permet d'interroger l'histoire des pratiques et des savoirs médicaux à la fois à l'intérieur et à la marge de la médecine des élites.

Notamment parce qu'elle s'appuie sur des sources contenant des informations personnelles et médicales, cette enquête présente différents enjeux éthiques. En Suisse, l'accès aux archives médicales rentre à la fois dans le cadre des lois sur l'archivage (LArch) mais aussi dans le cadre de la loi relative à la recherche sur l'être humain (LHR). Les Commissions cantonales d'éthique et de la recherche sur l'être humain (CCER) sont chargées d'évaluer la conformité des projets à la LHR. Principalement compétentes en matière d'essais cliniques et de projets de recherche sur l'être humain, les CCER délivrent également des dérogations pour consulter des documents protégés par le secret médical. Dans ma démarche initiale d'identification des archives, je me suis tout d'abord tournée vers les fonds des Archives cantonales vaudoises (ACV) concernant les castrations et stérilisations. La procédure fut relativement simple. Il suffisait alors de motiver le caractère académique de la recherche, de s'engager à anonymiser les données et les archivistes des ACV se chargeaient de transmettre la demande auprès du service producteur des archives. Cette première demande acceptée, je me tournais ensuite vers les Archives de l'État

de Genève où j'ai moi-même fait la démarche pour obtenir une dérogation, cette fois-ci auprès de la CCER. Une première demande a été soumise sous le titre du projet « Histoire des savoirs et des pratiques médicales andrologiques » en novembre 2017 à la CCER du canton de Genève pour laquelle j'étais désignée comme la seule responsable du traitement des données à caractère personnel. Ayant identifié des sources complémentaires qui me semblaient intéressantes, j'ai obtenu une seconde dérogation au printemps 2019 à la CCER du canton de Vaud avec les mêmes restrictions. Je me suis par ailleurs engagée à ne pas prendre de photographies des dossiers de patients que j'ai consulté afin de protéger leur anonymat : j'ai donc retranscrit une grande partie de leur contenu. Ces mêmes restrictions ont été employées pour consulter le fonds Bourguignon à la Bibliothèque de l'Académie de médecine.

Je n'étais sans doute pas toujours préparée émotionnellement à la découverte de ces sources dont les histoires semblaient parfois dépasser le cadre de ma recherche. Dans les sources asilaires, je découvrais, souvent encore plus intensément que les pratiques médicales, des tranches de vie marquées par les violences (notamment sexuelles intrafamiliales), la pauvreté et l'inaction voire la violence des institutions. Cette lecture était influencée par les différents contextes de production des sources. Ainsi, l'historienne Arlette Farge fait la distinction entre le journal intime, qui, même oublié pendant des siècles dans le coin d'un grenier, a été écrit par quelqu'un qui « estimait que les événements de sa vie nécessitaient une mise en texte »¹³³ avec l'archive (dans son cas judiciaire) qui produit le « sentiment naïf, mais profond [...] d'accéder, comme, après un long voyage certain, à l'essentiel des êtres et des choses »¹³⁴. Le caractère matériel de l'archive renforce d'ailleurs parfois cet effet de réel : la couche grise de poussière, les dossiers dont les pages se sont soudées avec le temps qui passe, les objets, dessins et gribouillis contribuent à donner une vie à ces personnages dont on sait qu'ils ont souffert et vécu. Pour l'historienne Emily Robinson, c'est d'ailleurs cette tension entre la capacité à *toucher* le passé tout en ayant conscience de son inaccessibilité qui anime la recherche historique et provoque son caractère affectif¹³⁵. À la manière des archives judiciaires, les dossiers de patients foisonnent de personnages qui les habitent involontairement, dans la mesure où le système de production du discours qui les concerne échappe à leur contrôle. Je crois qu'il est nécessaire ici d'admettre que mon positionnement a influencé ma lecture de ces sources et les émotions ressenties au moment de leur consultation. En tant que féministe, les récits de

¹³³ Arlette Farge, *Le goût de l'archive*, Paris, Éditions du Seuil, 1989, p. 10.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 9.

¹³⁵ Emily Robinson, « Touching the void: Affective history and the impossible », *Rethinking History*, vol. 14, n° 4, 2010, p. 503-520.

violences sexuelles et leur prise en charge m'ont particulièrement heurté. Mais ils ont aussi été accompagnés de sentiments d'empathie voire de gêne devant des témoignages de vulnérabilité prononcées dans l'intimité du cabinet, notamment dans les dossiers du neurophysiologiste Georges Bourguignon. Les longues heures passées à retranscrire l'écriture serrée du médecin¹³⁶ m'ont aussi poussé à m'interroger sur ma propre démarche : Où commençait la fascination et l'intérêt scientifique ? Dans quelle mesure l'exploitation de ces bribes d'information relevaient-elles du voyeurisme ? Et à l'inverse, que devais-je laisser de côté ? Comment s'extirper aussi de l'objectivation du regard médical ? Tant que possible j'ai voulu restituer la conflictualité des récits, pour montrer les formes de capacité d'agir et de résistances des patients. Leurs traces consistaient en quelques lettres et notes amenés lors de la consultation mais leur parole était néanmoins prise dans un réseau de contraintes, soumise à plusieurs strates de traduction : transformation de pensées en langage dans la relation avec le médecin, pratique d'écriture de ce dernier, et finalement ma propre interprétation.

Ces sources et les limites qui caractérisent leur interprétation constituent la base archivistique et documentaire grâce à laquelle cette thèse a été écrite et organisée. J'ai fait le choix de la structurer autour de quatre grandes parties, à la fois chronologiques et thématiques afin de mettre en évidence non seulement la diversité de mes sources mais aussi les différentes approches adoptées dans cette recherche.

La première partie porte sur la constitution de nouvelles spécialités médicales et chirurgicales entre le XIX^{ème} et le XX^{ème} siècle. En croisant des sources originales, il s'agit d'interroger comment se constituent des champs de compétence professionnelle sur la santé masculine et de comprendre quelles sont les éventuelles demandes sociales ou politique auxquels ils répondent. Revenant sur l'histoire de l'urologie, de la vénéréologie, de la gynécologie, des sciences du psychisme et de l'endocrinologie sexuelle, il s'agit ainsi de mettre en évidence l'éclatement de maladies sexuelles et reproductives masculines au sein de plusieurs professions.

La seconde partie porte sur l'offre, la consommation thérapeutique et les pratiques de santé entre la fin du XIX^{ème} siècle et la fin de la Seconde Guerre mondiale. Dans une tentative d'esquisser une histoire « pluraliste » de la santé, cette partie montre que les hommes ne se tournent généralement qu'en dernier recours vers la médecine académique et privilégient le soin de proches, de pharmaciens, ou encore par correspondance. Ce « marché thérapeutique »

¹³⁶ Je remercie encore ici Jérôme van Wijland pour m'avoir aidé à consulter et à déchiffrer l'écriture de Bourguignon lors de mes visites à Paris.

repose sur des stratégies publicitaires et commerciales mises en œuvre pour attirer de potentiels consommateurs dont les enjeux politiques se cristallisent pendant la Grande Guerre autour de la distinction entre « charlatans » et médecine légitime.

La troisième partie porte sur la manière dont les pratiques médicales façonnent la production des corps, des sexualités et des masculinités dans la clinique. Elle s'appuie d'abord sur l'étude de deux contextes spécifiques : celui du cabinet privé de Georges Bourguignon où se rendent des hommes impuissants entre les années 1920 et 1950 ; et le contexte du contrôle psychiatrique exercé sur des hommes internés pour délits et crimes sexuels dans les cantons de Vaud et Genève de l'entre-deux-guerres aux années 1960. Dans un second temps, cette partie analyse les rapports entre médecins et patients comme des rapports de masculinités qui font advenir des enjeux de solidarités, de pouvoir et de pudeur qui structurent la façon dont sont pris en charge les maladies masculines.

La quatrième et dernière partie porte sur le développement des sciences de la reproduction pendant les Trente Glorieuses. Dans un premier temps, elle met en évidence l'émergence de nouveaux discours et pratiques sur la prise en charge de la stérilité masculine. Revenant par la suite sur l'histoire de la gynécologie et du développement de la contraception médicale, elle montre par la suite que derrière la figure du « couple » et l'apparente inclusion des hommes persiste un travail gratuit et invisible effectué par les femmes.

Pour conclure, un épilogue revient sur l'émergence des réseaux d'andrologie au début des années 1970 dans un contexte de transformations sociales et politiques et ouvre des pistes d'explications quant aux limites de développement de cette discipline.

Partie I.

La spécialisation médico-chirurgicale.

Juridictions de la santé masculine au début
du XXème siècle

Introduction

Dans son ouvrage *Naissance de la clinique*, le philosophe Michel Foucault théorise l'émergence au XIX^e siècle d'une nouvelle manière de voir, de comprendre la maladie et d'en identifier les signes qui repose sur la pratique de la dissection des cadavres ainsi que la mise à disposition des corps des pauvres dans les hôpitaux¹³⁷. Là où la médecine humorale faisait de la maladie une expérience personnelle pouvant être expliquée par le récit biographique, l'émergence de la clinique repose sur l'identification des signes visibles de la maladie et son objectivation qui fait disparaître la figure de la personne souffrante¹³⁸. L'observation clinique des corps devient une composante centrale de la rationalité médicale du XIX^e siècle. Elle impose un va-et-vient entre la lésion observable chez les cadavres et le corps du patient souffrant de la même maladie¹³⁹.

Cette nouvelle approche est concomitante de la restructuration hospitalière entamée à la fin du XVIII^e siècle qui transforme l'hôpital en un lieu de soins et d'enseignement dont le système de connaissance est basé sur l'analyse de cas individuels censés représenter la maladie¹⁴⁰. En s'appuyant sur l'observation d'un grand nombre de corps, tant de cadavres que de malades, la méthode clinique facilite le développement des spécialités dans les institutions hospitalières. Cette segmentation des savoirs et des pratiques médicales et chirurgicales qui se constitue au XIX^e siècle s'inscrit d'autre part dans un contexte de professionnalisation de la science et de constitution de communautés disciplinaires dans différents champs de savoirs¹⁴¹. Elle répond également à une aspiration collective à étendre le champ de la science médicale et apparaît progressivement comme le moyen le plus efficace pour rassembler un grand nombre de cas et d'observations empiriques, une démarche devenue nécessaire dans la médecine universitaire¹⁴². L'historien George Weisz rapproche ainsi l'émergence des spécialités des nouvelles conceptions de la rationalité administrative qui apparaissent dans l'État-nation du XIX^e siècle

¹³⁷ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France, 1963.

¹³⁸ *Ibid.* ; N. D. Jewson, « The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870 », *Sociology*, vol. 10, n° 2, 1976, p. 225-244.

¹³⁹ Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, *op. cit.*

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, *op. cit.*

¹⁴² *Ibid.*

siècle, voyant dans le regroupement et la classification d'individus une méthode efficace de gestion d'importants groupes de population¹⁴³.

Les causes à l'origine du phénomène de spécialisation ont fait l'objet de diverses interprétations historiographiques¹⁴⁴. Certains historien·nes, tels George Rosen et Erwin Ackerknecht, ont tout d'abord considéré la spécialisation comme la conséquence de l'abandon des représentations humorales du corps au profit d'une explication « localiste » de la maladie apparue à la fin du XVIIIème siècle¹⁴⁵. D'autres travaux ont plutôt proposé de comprendre la spécialisation comme l'une des manifestations, dans le domaine de la médecine, d'un phénomène plus large de professionnalisation¹⁴⁶. Cette approche a néanmoins fait l'objet de critiques, résumées par l'historienne Christelle Rabier : « outre sa dimension téléologique, [le concept de professionnalisation] se fonde sur une conception abstraite du changement social, qui laisse peu de place à la contingence, à la discontinuité ou à la régression »¹⁴⁷. Je rejoins ici l'approche de l'historien George Weisz qui, plutôt que de rechercher une théorie unique à l'émergence de la spécialisation, propose de produire des données empiriques qui permettent d'en décrire l'émergence et le développement¹⁴⁸.

Les travaux historiques portant sur les spécialités se sont principalement concentrés sur certaines disciplines telles que la chirurgie¹⁴⁹, la psychiatrie et la psychologie¹⁵⁰ et dans une

¹⁴³ George Weisz, « Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 156-157, n° 1, 2005, p. 37.

¹⁴⁴ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*

¹⁴⁵ George Rosen, *The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophtalmology*, New York, Froben Press, 1944 ; Erwin Ackerknecht, *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*, Baltimore, John Hopkins Press, 1967.

¹⁴⁶ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.* Voir par exemple James A. Neff, Stephanie L. McFall et Timothy D. Cleaveland, « Psychiatry and Medicine in the US : interpreting trends in medical specialty choice », *Sociology of Health & Illness*, 9, 1, 1987, pp. 45-61 ; Toby Gelfand, *Professionalizing Modern Medicine: Paris surgeons and medical science and institutions in the Eighteenth Century*, Wesport, Greenwood Press, 1980 ; Ian R. Dowbiggin, *Inheriting Madness: Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth Century France*, Berkeley, University of California Press, 1991.

¹⁴⁷ Christelle Rabier, « Le Système des professions, entre sociologie et histoire: retour sur une recherche », dans Didier Demazière et Morgan Jouvenet (dir.), *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago (vol.2)*, Paris, Éditions EHESS, 2013, p. 2.

¹⁴⁸ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*

¹⁴⁹ Voir par exemple Toby Gelfand, *Professionalizing Modern Medicine: Paris surgeons and medical science and institutions in the Eighteenth Century*, *op.cit.* ; Christelle Rabier, « La disparition du barbier chirurgien. Analyse d'une mutation professionnelle au XVIIIe siècle », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 65, 2010, p. 679-711 ; Peter J. Kernahan, « Surgery Becomes a Specialty: Professional Boundaries and Surgery », dans Thomas Schlich (dir.), *The Palgrave Handbook of the History of Surgery*, London, Palgrave Macmillan, 2018, p. 95-114.

¹⁵⁰ Voir notamment Ian R. Dowbiggin, *Inheriting Madness: Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth Century France*, *op.cit.* ; Annick Ohayon, « La psychologie clinique en France : Éléments d'histoire », *Connexions*, vol. 85, n° 1, 2006, p. 9-23 ; Nicolas Henckes, « Réformer et soigner. L'émergence de la psychothérapie institutionnelle en France, 1944-1955 », 2008, p. 277-288 ; Jean Nicolas Despland et Sylvie Berney, « Psychiatre et psychothérapeute ? Petite histoire suisse », *Information Psychiatrique*, vol. 88, n° 7, 2012, p. 535-542.

moindre mesure de la gynécologie¹⁵¹. Alors même que la question du développement des spécialités est centrale dans l'histoire de l'andrologie, peu de travaux se sont interrogés sur la manière dont la structuration du champ médical a influencé la production de connaissances et des formes de spécialisation autour de la santé masculine. En d'autres termes, dans cette partie, je m'interroge : quelles sont les spécialités qui décrivent et prennent en charge les maladies masculines ? Et comment l'existence de ces spécialités permet, limite ou définit la possibilité d'une science de l'andrologie ? En croisant un ensemble de sources, allant des publications spécialisées, des archives administratives témoignant des processus de spécialisation dans les hôpitaux français et suisses et des annuaires médicaux et du commerce, il s'agit ainsi de mettre en évidence les conditions d'émergence, d'apparition et de possible spécialisation de regards cliniques sur le masculin au début du XX^e siècle.

L'enjeu est de problématiser le processus de définition d'un champ de compétences ainsi que de production de distinction symbolique et matérielle entre groupes de médecins et de spécialistes¹⁵². Pour ce faire, je m'appuie sur les travaux du sociologue Andrew Abbott qui soutient que les professions définissent et défendent leur « juridiction », c'est-à-dire leur champ de compétence technique réservée¹⁵³. Le sociologue Thomas F. Gieryn emploie le terme de « travail de frontières » pour évoquer les tentatives, par des groupes de scientifiques, de démarquer leur discipline afin d'affirmer ou de recouvrer une autorité épistémique et d'obtenir une juridiction sur un territoire contesté¹⁵⁴. S'appuyant sur le programme d'analyses de controverses issue de la sociologie des sciences et des techniques¹⁵⁵, il conçoit ce « travail de frontières » comme un outil utilisé dans des luttes pour l'obtention d'une crédibilité et d'une autorité scientifique¹⁵⁶. Reprenant le concept de « travail de frontière », la chercheuse Olga Amsterdamska le développe pour comprendre la construction de frontières intra-professionnelles au sein d'un champ spécifique sans qu'il n'y ait nécessairement de conflit ou

¹⁵¹ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, op. cit. ; Tommy De Ganck, *Cultiver la différence. Histoire du développement de la gynécologie à Bruxelles (1870-1935)*, thèse de l'Université Libre de Bruxelles, 2016 ; Ornella Moscucci, *The Science of Woman. Gynaecology and Gender in England 1800-1929*, op. cit.

¹⁵² Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », op. cit. ; Regula Valérie Burri, « Doing Distinctions : Boundary Work and Symbolic Capital in Radiology », *Social Studies of Science*, vol. 38, n° 1, 2008, p. 35-62.

¹⁵³ Andrew Abbott, *The System of Professions*, Chicago & London, The University of Chicago Press, 1988.

¹⁵⁴ Thomas F. Gieryn, *Cultural boundaries of science: Credibility on the line*, Chicago, University of Chicago Press, 1999.

¹⁵⁵ Dominique Pestre, « L'analyse de controverses dans l'étude des sciences depuis trente ans », *Mil neuf cent*, vol. 1, n° 25, 2007, p. 29.

¹⁵⁶ Thomas F. Gieryn, *Cultural boundaries of science: Credibility on the line*, op. cit.

de volonté de protéger une juridiction particulière¹⁵⁷. Dans ce cadre, le concept de « travail de frontières » permet de comprendre les contingences et formes de démarcation entre disciplines et champs d'expertise. Il permet également de questionner la production de la différence dans les cultures scientifiques et d'organiser et de faire sens de l'hétérogénéité et du désordre des pratiques scientifiques¹⁵⁸.

En s'inspirant de ces approches, cette partie vise à montrer comment les champs de compétence professionnels qui se constituent autour de la santé masculine définissent leur « juridiction » et se démarquent vis-à-vis d'autres spécialités. En d'autres termes, il s'agit de donner à voir la façon dont la différenciation inter- et intra-professionnelle façonne les connaissances et pratiques médicales sur la santé masculine.

Le premier chapitre revient sur l'émergence de sciences des maladies des organes génito-urinaires. Il retrace principalement les origines de l'urologie qui demeurent à ce jour peu investies par l'historiographie¹⁵⁹ et considère les luttes pour la reconnaissance de cette spécialité, son institutionnalisation ainsi que le processus de caractérisation des organes et des techniques comme construction d'un pouvoir de « juridiction »¹⁶⁰ en relation aux autres spécialités émergentes des organes génito-urinaires : la gynécologie et la vénérologie. La première section de ce chapitre présente les débuts de la spécialisation dans le contexte des hôpitaux publics français par le regroupement de patient·es présentant des affections des organes génito-urinaires au sein de services ou de consultations. Ce faisant, elle évoque la constitution d'une identité professionnelle autour de la catégorie des « voies urinaires » ainsi que la spécialisation dans les hôpitaux et les Facultés de médecine en-dehors du contexte parisien. La seconde section de ce chapitre explore le travail de frontières intra- et interprofessionnelle en France et en Suisse romande autour de la prise en charge des maladies vénériennes et notamment de la blennorragie.

¹⁵⁷ Olga Amsterdamska, « Demarcating Epidemiology », *Science, Technology & Human Values*, vol. 30, n° 1, 2005, p. 17-51.

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ Malgré quelques éléments apportés dans l'article de Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*, l'histoire de l'urologie n'a été à ce jour écrite qu'au sein de la profession. Voir notamment René Küss et Willy Gregoir, *Histoire illustrée de l'urologie de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Éditions Roger Dacosta, 1988 ; Association française d'urologie, *100 congrès français d'urologie 1896-2006* [En ligne] Disponible : <https://www.urofrance.org/quisommes-nous/histoire-de-lurologie/histoire-congres-afu.html> ; Adrian W. Zorngiotti, « The Creation of the American Urologist, 1902-1912 », *Bull. N.Y. Acad. Med.*, vol. 52, n° 3, 1976, p. 283-292.; Ernest Desnos, *Encyclopédie française d'urologie. T.I. Histoire de l'urologie*, Paris, Octave Doin et Fils, 1914. Un article de l'historienne suédoise Maria Björkman est en cours de publication : « 'Educated, cultured men'. Features of urological masculinity » à paraître en hiver 2023 dans la revue *Histoire médecine et santé*.

¹⁶⁰ Andrew Abbott, *The System of Professions*, *op. cit.*

Le deuxième chapitre porte plus spécifiquement sur les réflexions autour d'une science de la santé masculine équivalente à la gynécologie. Il montre dans un premier temps que le terme « andrologie » est employé depuis la fin du XVIII^{ème} siècle mais qu'il ne devient associé à la masculinité qu'à la fin du XIX^{ème} siècle, en référence à la gynécologie naissante. Par la suite, il s'agit d'interroger quelles sont les significations et les usages du terme « andrologie » dans les contextes dans lesquels il apparaît (notamment la Grande-Bretagne, la France, les États-Unis et le Brésil). Ce chapitre montre que ces moments d'apparition de l'andrologie répondent à des intérêts contextuels, d'ordre professionnel, administratif ou politique, mais ne sont pas toujours accompagnés de revendications de spécialisation.

En l'absence d'une spécialité dédiée à la masculinité en France et en Suisse, la santé sexuelle et reproductive masculine est abordée dans le giron de chaque champ disciplinaire, participant à un éclatement des savoirs et des pratiques. Le dernier chapitre reconstitue les différentes juridictions établies autour de la santé masculine à partir de la description de maladies spécifiques à la masculinité. Le fait de nommer, classer et décrire des maladies participe ainsi à définir le périmètre d'action d'une profession en établissant sa capacité à diagnostiquer ou à traiter la pathologie. Le chapitre porte tout d'abord sur la fertilité et la reproduction masculine avant d'explorer les formes de médicalisation des sexualités masculines qui s'opèrent autour de la masturbation, de la perte de sperme involontaire et des « perversions sexuelles ». Enfin, il présente l'apparition de nouveaux regards sur les corps masculins avec l'émergence de l'endocrinologie sexuelle et d'un nouvel espoir : celui de viriliser les corps.

Chapitre 1 : De nouvelles spécialités des maladies des organes génito-urinaires

1. L'émergence de spécialités des organes génito-urinaires

Ce premier chapitre a pour objectif d'établir des bases nécessaires à la compréhension du contexte social, politique, légal et institutionnel dans lequel émergent les spécialités médicales et chirurgicales à la fin du XIX^{ème} siècle. Pour ce faire, il nous faut tout d'abord faire un détour au Paris du début du XIX^{ème} siècle afin d'établir les origines d'une nouvelle spécialité des organes génito-urinaires : l'urologie. À ce moment-là, la capitale française est en passe de devenir le plus important centre de développement de la clinique et le lieu de l'émergence de nouvelles spécialités¹⁶¹. La Faculté de médecine de Paris est alors la plus grande école médicale en Europe et elle rassemble un nombre considérable d'étudiants et de professeurs¹⁶². La réorganisation hospitalière, la structure de l'enseignement médical, le développement d'un outillage et d'un savoir-faire particulier, la rivalité entre praticiens, et le développement de la perspective anatomo-pathologique permettent l'essor de regards médicaux spécialisés¹⁶³.

Depuis la fin du XVIII^{ème} siècle, la politique engagée par le gouvernement du Directoire pour transformer l'hôpital en lieu de soins, de science et de formation a en effet abouti sur une réorganisation de l'espace des hôpitaux parisiens¹⁶⁴. Minoritaire au sein de la médecine libérale, le phénomène de spécialisation s'établit principalement au sein des hôpitaux, non sans provoquer certaines résistances, notamment exprimées par le refus de personnalités dominantes (professeurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux, membres de l'Académie de médecine) de reconnaître les spécialités cliniques dans la Faculté de médecine¹⁶⁵. La spécialisation prend d'abord la forme du regroupement de certaines populations dans des hôpitaux spécifiques, à l'instar des femmes en couche et allaitantes, des indigent·es vénérien·nes et des fous·folles, donnant *de facto* accès aux médecins hospitaliers aux corps d'un grand nombre de malades. Cette réorganisation hospitalière favorise le développement d'un regard clinique intéressé à déterminer les potentielles spécificités des pathologies propres à ces malades, et ce d'autant

¹⁶¹ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit. ; Dora B. Weiner et Michael J. Sauter, « The City of Paris and the Rise of Clinical Medicine », *Osiris*, vol. 18, 2003, p. 23-42.

¹⁶² George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit.

¹⁶³ *Ibid.* ; Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », op. cit.

¹⁶⁴ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », op. cit.

¹⁶⁵ *Ibid.*

plus dans un contexte où la perspective anatomo-clinique prend de plus en plus d'importance¹⁶⁶. Néanmoins, comme le souligne Patrice Pinell, « la spécialisation hospitalière crée des conditions favorables à la construction d'un savoir clinique spécialisé [...] si, et seulement si, l'étude des pathologies regroupées peut être convertie en projet intellectuel cohérent du point de vue clinique »¹⁶⁷. La constitution d'espaces médicaux spécialisés répondant à des objectifs d'assistance ou de contrôle de certaines populations, n'est d'ailleurs pas l'unique voie par laquelle se développe la spécialisation médicale dans la première moitié du XIX^e siècle. Le déploiement de traitements basés sur un appareillage ainsi qu'un savoir-faire nécessitant des compétences techniques spécifiques ouvre également la voie à d'autres formes de pratiques spécialisées, telles que l'ophtalmologie, l'orthopédie et l'extraction chirurgicale des calculs urinaires¹⁶⁸.

1.1. De la lithotritie aux maladies des voies urinaires

Au début du XIX^e siècle, l'instrumentation facilitée par les progrès de l'industrie permet aux chirurgiens d'adopter de nouveaux outils pour traiter les pathologies affectant l'appareil génito-urinaire. Une nouvelle génération de praticiens, ayant bénéficié d'une instruction à la fois en médecine et en chirurgie¹⁶⁹ se distingue par le développement d'instruments destinés au broyage des pierres urinaires dont la propriété intellectuelle attise des querelles¹⁷⁰. L'émergence de cette instrumentation et de techniques spéciales pour traiter les maladies urinaires est concomitante d'une production de connaissances sur l'anatomie humaine, notamment de l'urètre. La disponibilité des cadavres pour la recherche clinique ainsi que l'essor de l'anatomie comparative explique en partie le développement de ces outils¹⁷¹. Des instruments déjà employés tels que les cathéters, les dilateurs, les bougies, ou uréthrotomes (un instrument ayant pour but de couper l'urètre de l'intérieur) sont transformés pour répondre aux nouvelles connaissances sur l'anatomie de l'urètre et se déploient avec de nouveaux matériaux, tels que le caoutchouc¹⁷².

¹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 13.

¹⁶⁸ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*

¹⁶⁹ Comme le souligne Pinell, la séparation entre médecine et chirurgie est définitivement abolie avec l'ouverture, dès 1795, des nouvelles écoles de médecine. Je remercie Philip Rieder pour avoir attiré mon attention sur cet effet générationnel.

¹⁷⁰ Helen Valier, *A History of Prostate Cancer. Cancer, Men and Medicine*, *op. cit.*

¹⁷¹ *Ibid.*

¹⁷² *Ibid.*

À Paris, ces recherches se développent dans un cadre d'une « rivalité instrumentale »¹⁷³ qui favorise la production de connaissances sur la chirurgie des calculs urinaires mais aussi plus globalement des opérations sur les organes participant à la miction. Dans les années 1820, ce conflit oppose les chirurgiens français Jean Civiale, Jean-Jacques-Joseph Leroy d'Etiolles et Jean Zuléma Amussat qui revendiquent la paternité de la lithotritie. Cette technique chirurgicale, impliquant l'introduction d'un instrument dans le canal de l'urètre, permet de détruire les calculs urinaires là où la chirurgie effectuait d'ordinaire des opérations par voie périnéale ou par la taille¹⁷⁴. Comme le souligne Pinell, la lithotritie « apparaît à un moment où les problèmes posés par l'extraction chirurgicale des calculs sont de plus en plus perçus comme humainement inacceptables »¹⁷⁵ puisque l'intervention de la taille est « si redoutée et redoutable qu'une partie des chirurgiens propose de l'abandonner à cause des souffrances qu'elle entraîne et de son coût élevé en vies humaines »¹⁷⁶. La lithotritie présente ainsi l'avantage considérable de ne nécessiter aucune incision et de réduire drastiquement la mortalité opératoire à une époque où celle-ci est relativement fréquente avant le développement de l'antisepsie et de l'asepsie¹⁷⁷. En 1826, le chirurgien Joseph François-Louis Deschamps décrit comment les rivalités autour de la lithotritie mobilisent les nouvelles connaissances anatomiques sur l'urètre :

« M. Civiale reconnu et annonça, dès l'année 1818, la possibilité de faire pénétrer des sondes droites dans la vessie, et présenta au préfet de la Seine le projet d'un instrument ayant cette forme, à l'aide duquel il se proposait de saisir et de broyer les calculs urinaires. En 1819, son lithotriteur, qui a toujours été droit, fut exécuté. En 1822, MM. Amussat et Leroy publièrent les résultats de leurs travaux. Le premier avait démontré, par des dissections aussi exactes qu'ingénieuses, la forme presque droite de l'urètre, et fait valoir qu'un instrument dépourvu de courbure peut le parcourir sans lui faire éprouver de violence. [...] M. Leroy décrivit de son côté le lithoprione, instrument analogue au lithotriteur »¹⁷⁸

Les « arènes de juridiction » dans lesquelles s'opposent les chirurgiens sont les sociétés de pairs qui sont chargées de reconnaître la propriété intellectuelle de la lithotritie. En 1824, Jean Civiale effectue l'opération sur trois malades ayant la pierre devant un public composé de chirurgiens

¹⁷³ René Auvigne, « Note sur la création à Necker d'un service d'Urologie sous le nom de "Fondation Civiale" », *Société Française d'Histoire de la Médecine*, 1969, p. 50.

¹⁷⁴ Jean-Jacques-Joseph Leroy d'Etiolles, *Plainte en diffamation et en calomnie portée contre le Docteur Civiale*, Rue Dainiette no.2, La Crampe Fils et Cie, 1847. L'opération « de la taille » consiste à inciser la chair et la vessie pour extraire la pierre, ce qui est désigné de nos jours comme une cystotomie.

¹⁷⁵ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*, p. 18.

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ Germain Sarrut B. Saint-Edmé, *Biographie des hommes du jour*, t. 3. Première partie, Paris, Henri Krabbe, 1837.

¹⁷⁸ Joseph François-Louis Deschamps, *Traité historique et dogmatique de la taille*, Paris, J.-B. Baillière, 1826, p. 351.

ainsi qu'une commission de l'Académie des sciences¹⁷⁹. La même année, la commission de l'Académie tranche l'affaire et attribue à Amussat la découverte de la structure de l'urètre permettant l'action libre des instruments, à Leroy d'Etiolles d'avoir imaginé et fait exécuter les instruments nécessaires et à Civiale d'avoir, le premier, pratiqué l'opération sur le vivant¹⁸⁰.

Le développement de cette technique chirurgicale permet à ces chirurgiens d'accéder à un prestige sur lequel ils bâtissent leur carrière même s'ils ne disposent pas de poste dans les élites médicales en tant que professeurs ou chirurgiens des hôpitaux. L'ouverture de services ou consultations spécialisées dans les voies urinaires s'organise en premier lieu autour de ces personnalités qui ont développé des techniques et connaissances en-dehors du cadre officiel de la médecine. Il faut souligner qu'en cette première moitié du XIX^e siècle, l'instruction médicale ne s'effectue pas uniquement au sein des Facultés de médecine. Comme le souligne l'historien Jacques Léonard, « les lacunes de l'enseignement officiel rendent indispensables des répétitions complémentaires, privées et payantes, notamment dans les spécialités qui ne correspondent pas encore à des chaires »¹⁸¹. Ainsi, des médecins ou des chirurgiens qui ne disposent pas tous d'un poste dans les écoles ou Facultés de médecine concurrencent ouvertement l'enseignement officiel en dispensant des cours parfois très suivis dans leurs services et leurs amphithéâtres privés¹⁸². Là où les Facultés défendent un enseignement « à tendance encyclopédique »¹⁸³, l'enseignement libre permet de diffuser de nouvelles formes de spécialisation.

Les débuts de la spécialisation au sein des hospices et hôpitaux publics de Paris répondent initialement à deux objectifs : il s'agit d'une part de bénéficier du savoir de ces praticiens et de l'autre de réaliser des économies financières. En 1829, l'administration des Hôpitaux et hospices publics de Paris met à la disposition de Civiale un service de douze lits à l'Hôpital Necker pour le traitement des calculeux indigents. L'objectif est à la fois de faire bénéficier les patients pauvres du traitement mais aussi de faire connaître la méthode de Civiale¹⁸⁴. L'ouverture de ce service est initialement pensée comme temporaire, justifiée par sa célébrité

¹⁷⁹ Germain Sarrut B. Saint-Edmé, *Biographie des hommes du jour*, t. 3. Première partie, op. cit.

¹⁸⁰ Jean-Jacques-Joseph Leroy d'Etiolles, *Plainte en diffamation et en calomnie portée contre le Docteur Civiale*, op. cit.

¹⁸¹ Jacques Léonard, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1977, p. 27.

¹⁸² Jacques Léonard, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, op. cit.

¹⁸³ Pierre Huard, « L'enseignement libre de la médecine à Paris au XIX^e siècle », *Revue d'histoire des sciences*, vol. 27, n° 1, 1974, p. 45.

¹⁸⁴ Raymond Gervais, *Histoire de l'hôpital Necker: 1778-1885*, Paris, A. Parent, 1885.

et personnalité et devant disparaître une fois son activité cessée¹⁸⁵. Les chirurgiens en titre perçoivent d'ailleurs Civiale, qui n'est pas médecin des hôpitaux, comme un concurrent illégitime, établi contre leur avis¹⁸⁶. Les administrateurs hospitaliers interviennent alors pour délimiter les juridictions respectives de Civiale vis-à-vis du chirurgien de l'Hôpital Necker : Civiale se voit interdire les opérations sur les voies urinaires dès lors qu'elles sont dépourvues de calculs¹⁸⁷.

L'accumulation des observations au sein d'un service permet néanmoins de soutenir les revendications de Civiale en faveur de la spécialisation d'une médecine des voies urinaires au nom de l'expansion des connaissances médicales. Il défend ainsi en 1837 :

« Nul esprit n'est capable de rassembler, à lui seul, tous les matériaux qui doivent constituer la science du médecin ou du chirurgien, et l'expérience démontre que celui qui veut les puiser à d'autres sources que l'étude des faits de sa pratique, tombe dans d'inextricables difficultés. D'un côté, impossibilité absolue de colliger assez de faits propres pour édifier complètement la science, et de l'autre impossibilité d'éviter des méprises, en ayant recours aux observations recueillies par les prédécesseurs. [...] Le seul moyen de tourner avec avantage cette position difficile, est de réduire le cadre de ses recherches. Or, de là sont nées les *spécialités* »¹⁸⁸

En 1840, Leroy d'Etiolles propose à l'administration d'exercer dans les hôpitaux et hospices de Paris. Il suggère trois possibilités : l'ouverture d'un service spécial pour toutes les maladies des « voies urinaires », sa nomination par la voie du concours pour obtenir le grade de chirurgien des hôpitaux ou encore l'ouverture d'une consultation pour le traitement externe de ces maladies au bureau central, le lieu chargé de répartir les malades entre les différents hôpitaux parisiens. Les deux premières propositions sont rejetées par le Conseil général, considérant :

« que les maladies dont il s'agit sont traitées dans tous les hôpitaux par les praticiens qui y donnent leurs soins aux malades, que ces habiles docteurs ont montré par l'épreuve du concours qu'ils étaient également versés dans toutes les branches de la chirurgie, qu'il y aurait donc injustice et inconvénient à restreindre le domaine des praticiens qui embrassent la généralité de la science, pour doter leur confrère qui ne se livre qu'à une spécialité [...] que l'ouverture de services particuliers dans les hôpitaux pour les diverses natures d'affections, pourrait être ainsi successivement proposées, et que les subdivisions multipliées ne seraient pas moins contraires aux intérêts des malades qu'à ceux de la

¹⁸⁵ René Auvigne, « Note sur la création à Necker d'un service d'Urologie sous le nom de "Fondation Civiale" », *op. cit.*

¹⁸⁶ Antoine Ermakoff, *Le Conseil général d'administration des hospices civils de Paris: Science d'administration des hôpitaux et médecine clinique (1801-1832)*, thèse de l'Université Paris 7 - Denis Diderot, 2012.

¹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁸⁸ Jean Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, Paris, Crochard et Cie, 1837, p. viii.

science »¹⁸⁹

Jusqu'aux premières années de la III^e République, le développement de différentes formes de spécialisation clinique dans le secteur hospitalier est au cœur de luttes de concurrence autour de la définition même de la médecine clinique¹⁹⁰. L'hostilité marquée de l'élite de la profession médicale – professeurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux, membres de l'Académie de médecine – s'explique en partie par la concurrence pour l'accès à une clientèle « payante ». Patrice Pinell décrit cette résistance comme une « stratégie indissociablement scientifique et sociale »¹⁹¹ pour ceux qui tirent profit du prestige attaché à leur position hospitalière et universitaire pour attirer une patientèle fortunée. Dans ce cadre, la spécialisation est présentée comme dangereuse pour la santé des patient·es puisqu'elle limite les compétences du praticien en matière de diagnostic et l'expose donc à l'erreur¹⁹².

Ces éléments de contexte permettent de comprendre la réticence de l'administration à ouvrir des services spécialisés au sein des hôpitaux parisiens mais surtout à créer un précédent qui pourrait ouvrir la voie à de futures demandes. Néanmoins, le Conseil général consent à ouvrir au bureau central un service externe de traitement des maladies des voies urinaires, estimant « qu'il offrirait aux malades, dans certains cas, des soulagements et des moyens de guérison sans les séparer de leurs familles, et sans les obliger à abandonner leurs travaux »¹⁹³. Il n'est pas fait mention de la rémunération de Leroy d'Etiolles si ce n'est que l'administration « peut accueillir l'offre faite par ce praticien, d'utiliser ses connaissances, au profit de pauvres malades »¹⁹⁴ et que les soins prodigués doivent être gratuits. Il est probable en effet que cette rémunération se fasse uniquement sous la forme du « matériel clinique » et de l'autorité médicale associée à la place de chirurgien des hôpitaux¹⁹⁵. Au-delà du prestige du poste, en effet, les indigents accueillis par les hôpitaux forment une cohorte de corps soumis et facilement observables sur lesquels les médecins peuvent se former et approfondir leurs connaissances sur les symptômes, les traitements et l'évolution des maladies.

En réalité, la consultation externe a l'avantage de libérer des lits disponibles « pouvant ainsi être consacrés à des individus qui ne peuvent être traités que par un séjour dans ces

¹⁸⁹ AAPHP, 804 FOSS14 service des voies urinaires, séance du Conseil général du 22 janvier 1840.

¹⁹⁰ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 19.

¹⁹² Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*

¹⁹³ AAPHP, 804 FOSS14 *op.cit.*, séance du Conseil général du 22 janvier 1840.

¹⁹⁴ *Ibid.*

¹⁹⁵ Dans sa thèse sur le développement de la gynécologie à Bruxelles, Tommy de Ganck montre également ce système de don et contre-don dans l'ouverture de services spécialisés. Tommy De Ganck, *Cultiver la différence. Histoire du développement de la gynécologie à Bruxelles (1870-1935)*, *op. cit.*

Etablissements »¹⁹⁶. La spécialisation externalisée est un gain financier pour l'administration des hôpitaux car elle libère du temps de travail des chirurgiens et des lits pour les hospitalisations. Un rapport adressé à l'administration en 1850 précise ainsi que « les fournitures n'ont pas dépassé la somme de [...] 4 franc par chaque malade. La durée ordinaire du séjour dans les hôpitaux des malades qui se trouvent dans ces conditions étant d'un mois environ il y a évidemment économie pour l'administration »¹⁹⁷.

Les précautions prises par l'administration n'empêchent néanmoins pas une vive résistance des chirurgiens des hôpitaux. Dans une lettre adressée à l'administration, ceux-ci expriment leur inquiétude et leur confusion par rapport à la nature des soins administrés par Leroy d'Etiolles. Ils s'interrogent ainsi sur les fonctions de cette consultation : « aura-t-il pour objet le traitement spécial de la pierre par la lithotritie, ou bien s'occupera-t-il de toutes les affections des voies urinaires ? »¹⁹⁸. Pour les chirurgiens, la première solution est inenvisageable en raison de l'absence de lits à disposition des malades pour leur convalescence, nécessaire au vu de la gravité de la l'intervention. Quant à la seconde, elle leur semble dérisoire :

« si quelques maladies des voies urinaires sont assez légères pour pouvoir être guéries par des soins administrés à une consultation, il n'est besoin de rien changer à ce qui est établi. Chaque jour, dans tous les hôpitaux, c'est-à-dire tous les quartiers de Paris, les secours de ce genre sont administrés aux malheureux par des chirurgiens qui ont fait leurs preuves dans les concours, et qui sont investis de la confiance de l'administration. »¹⁹⁹

Un rapport d'activité de la consultation établi en 1850 semble en effet confirmer cette deuxième hypothèse. Contrairement au service dont dispose Civiale à l'Hôpital Necker, la consultation confiée à Leroy d'Etiolles accueille une diversité de malades qui présentent généralement des conditions suffisamment bénignes pour ne pas justifier leur hospitalisation. Les malades imaginés pour cette consultation sont ceux qui souffrent de rétrécissement de l'urètre, une réduction du conduit de l'urètre conduisant à une diminution ou un arrêt du flux urinaire traitée par l'insertion d'une sonde pour dilater le conduit urétral.

La pratique de la dilatation temporaire de l'urètre est alors ordinairement réalisée par des chirurgiens installés en ville sans qu'elle ne soit suivie d'alitement. En s'inspirant de cette pratique, l'administration espère libérer des lits disponibles et du temps de travail des chirurgiens des hôpitaux. Un rapport suggère ainsi d'opérer une nouvelle division du travail

¹⁹⁶ AAPHP, 804 FOSS14 service des voies urinaires, séance du Conseil général du 22 janvier 1840.

¹⁹⁷ *Ibid*, rapport adressé à l'administration, 1850.

¹⁹⁸ *Ibid*, lettre d'un groupe de chirurgiens, n.d.

¹⁹⁹ *Ibid*.

basée sur la gravité de la maladie :

« MM. les chirurgiens des hôpitaux seront invités à ne plus admettre dans leurs salles les malades affectés de rétrécissements de l'urètre qu'autant que la gravité de leur maladie [...] ne nécessiterait leur séjour au lit. Les autres qu'ils jugeront pouvoir guérir par la dilatation temporaire faite au moyen de l'introduction successive et graduelle de bougies pendant une heure au plus, ou par la cautérisation, seront soumis à ces modes de traitement qui leur seront administrés à la consultation externe de chaque hôpital et à celle du Bureau central »²⁰⁰

Les rétrécissements de l'urètre sont principalement considérés comme une maladie masculine, les chirurgiens estimant que les femmes n'en sont atteintes que de manière excessivement rare²⁰¹. Cette différence est attribuée à l'anatomie de l'urètre chez l'homme et la femme ainsi qu'à la double fonction de l'urètre masculin qui permet à la fois le transport de l'urine et du sperme. Ainsi, le docteur Jozan, spécialiste des pathologies urogénitales dans les années 1850, affirme que chez la femme « [l]a brièveté du conduit, sa largeur naturelle, sa structure spéciale, et ses fonctions qui ne sont pas si complexes que celles du canal de l'urètre de l'homme, sont autant de causes qui le mettent à l'abri des strictures »²⁰².

Si la consultation de Leroy d'Etiolles est tout d'abord pensée pour les cas de rétrécissements de l'urètre, les administrateurs envisagent également que les consultations puissent accueillir des femmes « affectées d'ulcérations et de granulations du col de l'utérus pour lesquelles tout le traitement consiste dans une cautérisation pratiquée tous les huit à dix jours [...] qui n'entraînent pas la suspension des activités habituelles et le séjour à l'hôpital »²⁰³. En réalité, les cas d'ulcérations et de granulations du col de l'utérus sont les plus fréquents, suivis par les rétrécissements, les pathologies de la vessie, les maladies vénériennes, les pathologies de la prostate, les pertes séminales involontaires, et les fistules vésico-vaginales²⁰⁴. Quant aux calculs, quelques-uns sont pris en charge par le chirurgien, à l'occasion des leçons publiques qu'il effectue à l'Ecole pratique de médecine, à domicile, ou encore « dans les hôpitaux avec le

²⁰⁰ *Ibid.*, « Considérations administratives et médicales du traitement externe des maladies des organes génito-urinaires », n.d.

²⁰¹ Émile Jozan de Saint André, *Traité pratique des maladies des voies urinaires et des organes générateurs de l'homme et de la femme*, Paris, Jules Masson, 1856, p. 336.

²⁰² *Ibid.* Le terme de « stricture » désigne le rétrécissement pathologique.

²⁰³ AAPHP, 804 FOSS14 service des voies urinaires, « Considérations administratives et médicales du traitement externe des maladies des organes génito-urinaires », n.d.

²⁰⁴ *Ibid.*, rapport de 1850, non signé. Pour 160 malades traité·e·s chaque année, les statistiques établissent comme suit : 40 « leucorrhées, ulcérations, granulations du col de l'utérus » ; 30 « rétrécissements » ; 20 « rhumatismes, névralgies de vessie » ; 20 « catarrhes de vessies sans rétention d'urine » ; 20 « blennorrhagies chroniques, suintements urétraux » ; 15 « engorgement de la prostate, valvules du col, paralysie de vessie avec rétention d'urine » ; 5 « ténésme vésical causé par la position vicieuse de l'utérus » ; 4 « calculs » ; 4 « pertes séminales » ; 2 « fistules vésico-vaginales ».

consentement des chefs de service »²⁰⁵.

Le fait que les maladies utérines et les leucorrhées constituent le nombre le plus important de cas révèle la proximité, dans la pratique chirurgicale, des maladies des organes génito-urinaires féminins et masculins. En effet, si le XIX^{ème} siècle est marqué par l'émergence d'une spécialisation de l'obstétrique et de la chirurgie gynécologique²⁰⁶, il aurait été conceptuellement possible de voir émerger une chirurgie des organes génito-urinaires dans les deux sexes²⁰⁷. La diversité des cas reçus à la consultation de Leroy d'Etiolles permet de souligner les différentes dynamiques à l'œuvre dans le phénomène de spécialisation : plutôt que la recherche d'une vision unitaire des organes, la spécialité des voies urinaires de cette consultation répond surtout à des intérêts administratifs et professionnels.

Il faut dire que l'existence des consultations dépend des personnalités qui justifient leur existence et en tirent bénéfice pour leurs propres carrières. La stabilisation de la spécialisation de l'étude des voies urinaires dans le dispositif hospitalier s'effectue à partir de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle et reste initialement circonscrite à l'Hôpital Necker. Après trente ans de travail non rémunéré, Civiale effectue en 1857 un acte de donation perpétuelle à l'administration hospitalière afin de « lever les difficultés financières en assurant un traitement annuel de 1 500 F aux chirurgiens qui se succéderont »²⁰⁸ au service des voies urinaires afin d'en pérenniser l'existence. L'initiative pose définitivement la question de la spécialisation des services à laquelle l'administration s'était toujours refusée. Malgré l'opposition initiale des chirurgiens, craignant qu'il n'entraîne d'autres revendications d'ouverture de spécialités, le legs de Civiale est accepté et permet la création d'un service de vingt-six lits pour les calculeux à l'Hôpital Necker²⁰⁹. Parmi eux, vingt sont destinés aux hommes et six aux femmes²¹⁰.

Dès les années 1840, dans les cours qu'il dispense à l'École de médecine pratique²¹¹, Leroy d'Etiolles emploie le terme d'« urologie » pour désigner ses leçons sur les rétrécissements de

²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, thèse de l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 2021.

²⁰⁷ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*

²⁰⁸ Cité par René Auvigne, « Note sur la création à Necker d'un service d'Urologie sous le nom de "Fondation Civiale" », *op. cit.*, p. 49.

²⁰⁹ René Auvigne, « Note sur la création à Necker d'un service d'Urologie sous le nom de "Fondation Civiale" », *op. cit.*

²¹⁰ *Ibid.*

²¹¹ Paradoxalement, c'est dans les locaux de l'Ecole pratique de la faculté de médecine de Paris qu'ont lieu grand nombre de cours payants de l'enseignement libre. A ce sujet consulter Pierre Huard, « L'enseignement libre de la médecine à Paris au XIX^e siècle », *op. cit.*

l'urètre, les maladies de la prostate, la lithotritie et la cystotomie²¹². Le néologisme sert des intérêts professionnels personnels puisqu'il permet de valoriser sa carrière et de le désigner comme précurseur d'une nouvelle branche de la médecine. À l'occasion de sa candidature à l'Académie des sciences en 1850, il déclare ainsi : « Que cette dénomination soit ou ne soit pas adoptée peu m'importe pourvu qu'il demeure avéré que j'ai puissamment contribué à la création de la chose qu'elle désigne »²¹³. Le terme semble être relativement nouveau, puisqu'un commentateur du *Journal de Chirurgie* semble le découvrir en 1845 : « [A propos du terme d'] Urologie, qui signifie *discours* ou *traité de l'urine*, nous n'avons pas grand'chose à dire si ce n'est que la langue chirurgicale s'en était jusqu'à présent passé sans trop de dommage »²¹⁴.

S'il n'est que peu utilisé jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, l'émergence du terme d'urologie reflète les transformations qui permettent aux spécialistes de la lithotritie d'étendre leur domaine de juridiction à d'autres maladies de l'appareil génito-urinaire. La focale sur l'urine et ses troubles (douleurs lors de la miction, difficultés à uriner, incontinence, etc.) regroupe en effet un ensemble de maladies d'organes différents tels que la prostate, l'urètre, la vessie ou les reins. La dénomination des « voies urinaires » est principalement déterminée par les *symptômes urinaires* plutôt que par les organes eux-mêmes. Comme le souligne Civiale en 1837, ce sont l'analogie des symptômes plutôt qu'une fonction commune aux organes qui détermine cette catégorisation :

« En effet, qu'un malade soit atteint de rétrécissement organique de l'urètre, qu'il ait ce qu'on nomme une névralgie du col vésical, une simple irritation des vésicules séminales ou des conduits prostatiques, qu'il soit sous l'influence d'une phlegmasie ou d'une lésion organique du col de la vessie, qu'il porte la pierre dans ce viscère ou dans l'urètre, etc., il peut présenter et présente souvent des phénomènes morbides analogues. Toujours on observe un trouble dans l'émission de l'urine et dans les caractères qu'elle présente, des besoins plus rapprochés d'expulser ce liquide, des difficultés et des douleurs pour y satisfaire, et une exaspération accidentelle des symptômes par des causes diverses »²¹⁵

En prenant la focale de l'urine, les spécialistes se situent également dans un champ médical qui les place en concurrence avec d'autres praticiens et délimitent des frontières d'expertise. Au début du XIX^{ème} siècle en effet, l'étude des maladies vénériennes bénéficie d'une forme de reconnaissance institutionnelle, du moins dans l'organisation hospitalière. Au même titre que

²¹² Jules Guérin, « Variétés », *Gazette médicale de Paris*, 1845, p. 228. La cystotomie désigne l'incision de la vessie.

²¹³ Jean-Jacques-Joseph Leroy d'Etiolles, *Exposé des titres scientifiques du Dr Leroy d'Etiolles*, Paris, J.-B. Baillière, 1854, p. 24.

²¹⁴ « Commentaire de M. Leroy-d'Etiolles, Urologie. Traité des angusties ou rétrécissements de l'urètre, et de leur traitement rationnel », *Journal de Chirurgie*, t. iii, 1845, p. 377.

²¹⁵ Jean Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, op. cit., p. vii-viii.

les femmes, les aliéné·es et les enfants, les personnes souffrant de maladies vénériennes sont affectées à des hôpitaux spécialisés²¹⁶. Le regroupement des vénérien·nes au sein des hôpitaux sert de véritable terrain d'étude de ces maladies et permet l'essor de travaux cliniques, notamment sous l'égide du chirurgien Paul Ricord, entré à l'hôpital du Midi dans les années 1830 qui établit une distinction entre la gonorrhée et la syphilis²¹⁷. Il s'agit donc pour les spécialistes de l'appareil génito-urinaire de recomposer le champ médical en soulignant les spécificités, la fréquence et la diversité des affections des voies urinaires, tout en les sortant de la sphère de l'illégitimité. Civiale souligne ainsi en 1837 que « [c]es maladies [de l'appareil génito-urinaire] ne sont point nouvelles, et ne tiennent pas exclusivement à la syphilis »²¹⁸.

La spécialisation demeure néanmoins liée à l'instrumentation. Le rapide développement du nombre et du type d'opérations à un moment où les frontières entre les pratiques de médecine générale et spécialisée sont toujours fluides implique une concurrence entre les médecins pratiquant quelques actes de chirurgie et les chirurgiens se consacrant uniquement à cette tâche²¹⁹. Le docteur Gustave Le Bon, auteur d'un *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires* paru en 1869 déplore ainsi que les spécialistes eux-mêmes ne possèdent que des compétences circonscrites sur les voies urinaires : « Certaines opérations, la lithotritie, par exemple, ne sont guère exécutées que par un petit nombre de chirurgiens [...] obligés [...] de négliger les autres branches des connaissances médicales, même de celles qui, en apparence, paraissent se rattacher le plus directement à l'objet habituel de leurs études »²²⁰.

1.2. Le développement de la spécialisation dans les Facultés de médecine

A partir des années 1850 et 1860, la Faculté de médecine de Paris se penche sur la question de la spécialisation. Dans un premier temps, elle introduit des cours complémentaires d'enseignement spécialisé, par le biais d'un arrêté ministériel du 14 août 1862 qui institue six cours portant sur les maladies de la peau, des voies urinaires, des yeux, des enfants, les maladies vénériennes et des maladies mentales²²¹. Ces cours reviennent initialement à des agrégés libres médecins et chirurgiens des hôpitaux, ce qui soulage la Faculté, « craignant de se voir envahir

²¹⁶ George Weisz, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social History of Medicine*, vol. 7, n° 2, 1994, p. 177-211.

²¹⁷ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.* ; Claude Quétel, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, *op. cit.*

²¹⁸ Jean Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, *op. cit.*, p. vii.

²¹⁹ Peter J. Kernahan, « Surgery Becomes a Specialty: Professional Boundaries and Surgery », *op. cit.*

²²⁰ Gustave Le Bon, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, Alfred Duquesne, 1869, p. 7.

²²¹ George Weisz, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *op. cit.*

par des professeurs en titre de spécialités »²²². La défaite de la guerre avec la Prusse en 1871 initie un mouvement de réflexion sur le retard de la science française par rapport à l'Empire allemand qui met en cause le faible développement des branches spécialisées²²³. De plus en plus, la spécialisation commence à être considérée comme un principe inéluctable du progrès scientifique et comme la conséquence de l'avancement des connaissances médicales. Elle ouvre la voie à la création de chaires de clinique spécialisée²²⁴. L'ouverture d'une chaire atteste de la reconnaissance académique de la particularité du domaine médical dont elle trace les frontières « officielles ». La chaire assure également la structuration mais surtout la reproduction institutionnelle de cette spécialité en assurant un enseignement et une transmission des pratiques et des savoirs²²⁵. En ceci, la reconnaissance d'une chaire « modifie la structure d'ensemble du champ médical et, de ce fait, les conditions d'émergence de nouvelles spécialités »²²⁶.

Dans les premières années de la III^e République, le contenu de l'enseignement médical se transforme significativement tant du point de vue des connaissances que des branches spécialisées. L'émergence de la microscopie, de l'histologie et de la physiologie expérimentale transforment la manière de comprendre le corps humain. Ainsi, comme le souligne l'historien Jacques Léonard, la « sectorisation » du corps humain s'établit dans les journaux médicaux, les bibliographies et les hôpitaux, balayant les anciennes classifications²²⁷. La production de connaissances sur l'appareil génito-urinaire profite du développement des méthodes de laboratoire et de la spécialisation des sciences médicales qui marquent l'enseignement et les pratiques médicales à partir des années 1870. Le microscope, connu depuis le XVII^e siècle et jusqu'alors rarement employé dans les pratiques cliniques se répand dans la seconde moitié du XIX^e siècle comme instrument guidant le diagnostic et le traitement avec le développement de l'histologie et de la bactériologie²²⁸.

Le développement de l'asepsie et de l'antisepsie permet désormais d'effectuer des interventions plus longues mais surtout d'assurer la meilleure survie des opérés, là où les opérations restaient compliquées par la crainte de l'infection et de la gangrène. L'expansion de ces pratiques favorise l'émergence de nouvelles techniques opératoires qui assurent les bases de

²²² *Gazette des Hôpitaux*, 1862 cité par Pascal Pfister, *Le phénomène de spécialisation médicale au 19^e siècle*, thèse de l'Université Paris Val de Marne, 1986, p. 31.

²²³ George Weisz, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *op. cit.*

²²⁴ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*

²²⁵ *Ibid.*

²²⁶ *Ibid.*, p. 8.

²²⁷ Jacques Léonard, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, *op. cit.*

²²⁸ Ann F. La Berge, « Debate as Scientific Practice in Nineteenth-Century Paris: The Controversy Over the Microscope », *Perspectives on Science*, vol. 12, n° 4, 2004, p. 424-453.

spécialités chirurgicales²²⁹. Celles-ci se construisent non seulement grâce à l'expansion des outils et techniques chirurgicales mais aussi en s'appuyant sur des préoccupations de santé publique, tels que la réduction de la mortalité maternelle et infantile²³⁰. Dans plusieurs pays occidentaux, des chirurgiens se spécialisent dans la gynécologie chirurgicale et consacrent à la nouvelle spécialité des services hospitaliers. Ils réinvestissent le genre médical des « maladies des femmes » qui s'attache à étudier les phénomènes de la gestation, de l'accouchement et de l'allaitement depuis le tournant du XVIII^e siècle²³¹. À Genève, la chaire d'obstétrique est l'une des premières spécialités à entrer dans le curriculum des futurs médecins lors de la création de la Faculté de médecine en 1873. Elle est attribuée à Alfred Vaucher qui obtient l'ouverture d'une branche de « Gynécologie » par décision du Conseil d'État en 1878²³². Inspirée par le modèle allemand, la nouvelle Faculté de médecine de Lausanne créée en 1890 comprend également une chaire d'obstétrique confiée au docteur Oscar Rapin²³³. Parce qu'elle s'occupe des femmes les plus marginales et que les maternités ne rencontrent pas toujours une importante fréquentation, la gynécologie de la fin du XIX^e siècle est néanmoins placée en bas de la hiérarchie académique²³⁴.

En France, le développement de l'obstétrique d'un côté et de la chirurgie gynécologique de l'autre fait l'objet d'une lutte entre les deux professions²³⁵. Le chirurgien Samuel Pozzi introduit en France des travaux allemands et autrichiens, où la gynécologie y est enseignée au titre de spécialité. En 1887, il ouvre un enseignement libre de gynécologie à l'Hôpital Lourcine dans son service dédié aux femmes vénériennes qui comprend une consultation de chirurgie pour les hommes²³⁶. Impliqué dans les associations professionnelles de chirurgiens, il utilise sa position afin de faire reconnaître la gynécologie : il participe à créer un journal spécialisé, la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* et fait école par le biais de son enseignement

²²⁹ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, op. cit.

²³⁰ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit.

²³¹ Elsa Dorlin, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, op. cit.

²³² Philip Rieder, *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876-1920)*, op. cit.

²³³ Guy Saudan, *La médecine à Lausanne du XVI^e au XX^e siècle*, Denges, Éditions du Verseau, 1991.

²³⁴ Philip Rieder, « La Maternité de Genève (1874-1907), une nouvelle porte d'entrée dans la vie? », *Gesnerus*, vol. 57, n° 1-2, 1999, p. 51-76 ; George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit.

²³⁵ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, op. cit.

²³⁶ Jean-Paul Martineaud, *L'amour au temps de la vérole*, Paris, Éditions Glyphe, 2010 ; Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », op. cit.

spécialisé²³⁷. En 1901, il est nommé à la tête de la première chaire de clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Paris à l'Hôpital Broca²³⁸.

Principalement d'ordre chirurgical et liée à la structure hospitalière, la gynécologie portée par Samuel Pozzi pose les bases d'une science qui, comme le souligne Marilène Vuille, « nourrit la prétention de détenir un savoir total sur « la femme » »²³⁹. Cette spécialité émergente s'appuie sur une construction sociale et politique de « la femme » déterminée par ses organes reproducteurs qui s'accompagne d'une certaine complaisance voire d'une fascination désirante des médecins à étudier et décrire les corps féminins²⁴⁰.

L'émergence de la chirurgie gynécologique est concomitante d'une chirurgie urinaire qui s'étend de plus en plus à l'ensemble des organes génitaux masculins²⁴¹. Le déploiement de l'étude des maladies des voies urinaires au-delà des techniques chirurgicales s'appuie sur les sciences de laboratoire, entrées dans l'enseignement par le biais de l'histologie et de la bactériologie. En 1867, le chirurgien Félix Guyon succède à Civiale à l'Hôpital Necker. Initialement réticent à l'idée de se restreindre aux calculs urinaires, Guyon accepte l'offre à la condition d'y joindre un service de chirurgie générale, qu'il ouvrira progressivement à d'autres maladies des voies urinaires²⁴². En même temps qu'il introduit l'antisepsie dans son service, Guyon se décide à ouvrir un enseignement sur sa spécialité en 1876²⁴³. En 1890, la Faculté de médecine de Paris transforme la chaire de pathologie chirurgicale qu'il occupe en chaire de clinique des maladies des voies urinaires, faisant de fait entrer l'étude de l'appareil génito-urinaire dans les enseignements dispensés aux futurs médecins. Guyon demande alors de nouveau l'agrandissement de son service. En mettant en avant l'important nombre de patient·es et donc la nécessité d'obtenir plus de lits, il y ajoute la demande d'annexer « un laboratoire de chimie, un laboratoire d'histologie et de bactériologie »²⁴⁴. Il souligne ainsi l'importance des activités non-chirurgicales dans le travail des spécialistes :

²³⁷ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, op. cit. ; Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », op. cit.

²³⁸ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », op. cit.

²³⁹ Marilène Vuille, « Gynécologie », dans Juliette Rennes (dir.), *Encyclopédie critique du genre*, Paris, La Découverte, 2016, p. 285.

²⁴⁰ Alain Corbin, « La virilité reconsidérée au prisme du naturalisme », dans *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 15-30.

²⁴¹ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », op. cit.

²⁴² Félix Legueu, « Félix Guyon, 1831-1920. Éloge prononcé à l'Académie de Médecine dans la séance du 8 décembre 1931 », *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, xxxii, n° 6, 1931, p. 483-508.

²⁴³ *Ibid.*

²⁴⁴ AN, AJ/16/8382, Lettre de Félix Guyon au directeur de l'Assistance publique de Paris, le 9 mars 1890.

« Il ne nous est pas possible de pratiquer convenablement l'examen des urines. Leur analyse chimique, anatomique et bactériologique est cependant indispensable dans la majorité des cas. Pour arriver à le faire, pour mieux voir et mieux soigner les malades, pour mettre les élèves à même de profiter des ressources qu'offre pour leur instruction une consultation active où les malades reviennent jusqu'à guérison, une nouvelle installation est nécessaire »²⁴⁵

L'activité clinique du service de Guyon fait école et suscite l'intérêt d'étudiants venus du monde entier²⁴⁶. Élève de Guyon, le docteur Pierre Maurel décrit ainsi ces élèves : « Ce sont en général des gens au teint brun, à l'élégance un peu outrée, au langage [...] fortement teinté d'accent exotique [...] en grande partie cosmopolite, beaucoup déjà d'un certain âge, semblent être des étrangers attirés par l'universelle renommée du maître »²⁴⁷. Les années 1870 marquent en effet l'émergence d'une certaine « mondialisation » de la médecine et de la chirurgie, caractérisée par la mise en place de réseaux de communication et d'échanges parmi lesquels le voyage constitue l'un des principaux moyens de transférer des savoirs et des techniques entre pays et groupes professionnels²⁴⁸. Le voyage est alors particulièrement prisé des chirurgiens, car les compétences chirurgicales sont alors pensées comme une compétence manuelle difficile à transmettre et à acquérir par le langage uniquement²⁴⁹.

L'école d'urologie parisienne fondée par Guyon se réunit autour d'un journal, les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* fondé en 1883, puis de l'Association française d'urologie (ci-après AFU) créée en 1896. La création de sociétés et de revues savantes participe à faire advenir la « spécialité » en produisant des espaces qui représentent l'intérêt professionnel de celle-ci qui dépasse les intérêts individuels des spécialistes²⁵⁰.

S'inspirant de la reconnaissance du travail de Guyon, le Conseil des Hospices de Lyon suggère dès 1877 au Ministre de l'Instruction publique d'ouvrir un service dédié aux malades des voies génito-urinaires :

« Il y a un devoir à consacrer [...] aux malades des voies génito-urinaires non syphilitiques. Ces malades se présentent en si grand nombre et ils forment un groupe si bien délimité qu'il lui a semblé qu'il y aurait un intérêt sérieux à créer un service spécial de cette nature, que

²⁴⁵ *Ibid.*

²⁴⁶ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*

²⁴⁷ Docteur Pierre Maurel, *Les Professeurs de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris*, Paris, G. Steinheil, 1907, p. 1-2.

²⁴⁸ Thomas Schlich, « "One and the Same the World Over": The International Culture of Surgical Exchange in an Age of Globalization, 1870-1914 », *Journal of the history of medicine and allied sciences*, vol. 71, n° 3, 2016, p. 247-270.

²⁴⁹ *Ibid.*

²⁵⁰ Peter J. Kernahan, « Surgery Becomes a Specialty: Professional Boundaries and Surgery », *op. cit.*

ce service compléterait heureusement les autres services chirurgicaux [...]

La science et l'enseignement vont chaque jour en se spécialisant. C'est donc faire une chose utile et conforme à la loi du progrès que de créer des chaires nouvelles toutes les fois qu'une branche de la science a acquis un développement suffisant. Tel est à coup sûr le cas des maladies qui nous occupe. Ainsi la faculté de Paris est-elle maintenant en possession d'une chaire des maladies des voies génito-urinaires »²⁵¹

Portée par un idéal de la science comme progrès, la demande s'appuie sur la description des malades des voies génito-urinaires comme un groupe distinct « bien délimité » qui se différencie en particulier des maladies syphilitiques. Entamée avec Ricord dans les années 1830 et plus tard avec l'identification de la bactérie responsable de la blennorragie par Albert Neisser en 1879, la différenciation entre la syphilis et la gonorrhée permet d'établir de nouvelles frontières entre spécialités. La volonté de créer un service des maladies génito-urinaires répond, dans le cas lyonnais, à un conflit de juridiction qui oppose Marius-Antoine Horand, chirurgien en chef de l'Antiquaille, alors le plus important centre de traitement des maladies vénériennes de la ville, à Antoine Gailleton, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille. Gailleton a en effet été nommé à la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, au détriment de Marius-Antoine Horand :

« La création de la clinique de M. le docteur Gailleton a causé un préjudice important au ch[irurgien] en chef actuel de l'Antiquaille, M. Horand [qui] était à la tête d'un grand hospice et désigné par là même à l'attention et à la confiance publique. Au moment où il rentre à peine en possession de cette situation [...] il voit M. Gailleton, son prédécesseur rentrant à l'Antiquaille avec la notoriété agrandie et fortifiée par le titre officiel de professeur ; Il descend en quelque sorte du premier rang au second mais il y a plus : dans la crainte que les salles de clinique de M. le professeur Gailleton ne soient pas suffisamment pourvues de malades syphilitiques, nous allons probablement, sur les trois salles de M. Horand, en fermer une de façon à renflouer les malades vers la clinique.

M. Horand indépendamment du préjudice moral dont je vous parlais dont je vous parlais tout à l'heure souffrirait ainsi de préjudice matériel. C'est pour le dédommager autant que cela était possible que nous lui avons confié le nouveau service des maladies des voies génito-urinaires »²⁵²

La demande est réalisée dans le cadre d'un décret passé en août 1877 qui autorise l'ouverture de cours annexes de cliniques consacrées à l'enseignement des spécialités médicales et chirurgicales dans les Facultés où des chaires sur ces sujets n'ont pas été instituées. Le décret, conclu entre les administrations de la Ville, du Rhône et de la Préfecture prévoit notamment la création d'un cours annexe de clinique des maladies des voies urinaires, mais il faudra plusieurs

²⁵¹ AML, AC/4/KP/7, Lettre du Conseil des Hospices de Lyon au Ministre de l'Instruction publique, 22 mai 1877.

²⁵² AML, AC/4/KP/7, Lettre du Conseil des Hospices de Lyon au Ministre de l'Instruction publique, 22 mai 1877.

décennies avant qu'il ne se mette réellement en place²⁵³.

Le cas est révélateur des logiques professionnelles d'arrangement et de découpage des spécialités. Il faut dire que la fusion et la production de différence entre spécialités s'explique en partie par des préoccupations politiques, dont l'un des principaux exemples est celui de l'union de la dermatologie et la vénéréologie. En 1879, le gouvernement français crée une chaire clinique dédiée aux maladies de la peau et aux maladies vénériennes à la Faculté de médecine de Paris, combinant de fait deux spécialités occasionnellement pratiquées ensemble mais qui étaient jusque-là généralement distinguées dans la littérature médicale²⁵⁴. Cette décision est prise en dépit de la recommandation des rapports de la Faculté de médecine et des commissions administratives d'élever, seule, la dermatologie au statut de chaire, la vénéréologie étant considérée comme ne présentant que peu d'intérêt scientifique²⁵⁵. Mais les maladies vénériennes représentent à ce moment-là un objet d'inquiétude pour l'État et la création de la chaire n'est envisagée qu'à la condition que la vénéréologie soit accolée à la dermatologie, ce qui force la Faculté à capituler²⁵⁶. Le ministre de l'Instruction publique nomme le vénérologue Alfred Fournier à l'Hôpital Saint-Louis, personnalité publique et médicale, sans consulter la Faculté, ce qui est alors d'usage²⁵⁷. Alors que les maladies vénériennes deviennent de plus en plus perçues dans les pays européens comme un danger national nécessitant une intervention politique, il devient utile pour les dermatologues de s'associer avec le champ malgré la connotation immorale associée aux maladies sexuelles²⁵⁸.

En Suisse romande, la dermato-vénéréologie est inscrite dans le cursus d'étude des futurs médecins des deux Facultés de médecine romandes, dès 1876 à Genève et 1891 à Lausanne²⁵⁹. En contraste, l'urologie helvétique demeure relativement marginale, n'ayant pas de chaire, de revue, ou d'association professionnelle jusqu'aux années 1930. Rares sont d'ailleurs les praticiens qui utilisent le terme d'urologie pour qualifier leurs recherches et pratiques cliniques. En 1906, le docteur Théodore Perrin, formé à l'Université de Berne, fait une demande pour donner un cours d'urologie à titre de privat-docent à l'Université de Lausanne. Les chirurgiens

²⁵³ AML, AC/4/KP/7, Rapport de M. l'Administrateur Holstein sur la création et l'état des Cliniques dans les Hôpitaux de Lyon, avril 1914.

²⁵⁴ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit.

²⁵⁵ *Ibid.*

²⁵⁶ *Ibid.*

²⁵⁷ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit.

²⁵⁸ *Ibid.*

²⁵⁹ Paul Laugier, Nicolas Hunziker et Monika Harms, « La Clinique de dermatologie de Genève », dans Edgar Frenk (dir.), *Dermatologie und Venerologie in der Schweiz*, Neuchâtel, Éditions Alphil, 2002, p. 27-48 ; Edgar Frenk, « Le Service de dermatologie et de vénéréologie du Centre hospitalier universitaire vaudois », dans Edgar Frenk (dir.), *Dermatologie und Venerologie in der Schweiz*, Neuchâtel, Éditions Alphil, 2002, p. 49-64.

de la Faculté de médecine soutiennent la candidature. Quelques mois plus tard, en février 1907, il est chargé de donner cours sur « les nouvelles méthodes d'examen de l'urètre chez l'homme et chez la femme »²⁶⁰. Dans un livre qu'il publie quelques années plus tard, Perrin regrette cependant l'absence de reconnaissance de la spécialité, dont il attribue les résistances à des conflits générationnels :

« Les affections des voies urinaires sont considérées couramment comme un domaine de la chirurgie générale si petit, si restreint et de si peu d'importance, qu'il ne vaut pas la peine ni d'être enseigné, ni étudié. [...] Aussi est-ce avec regrets quoique sans amertume que nous entendons si souvent encore des médecins dont le diplôme est antérieur à la généralisation des doctrines de Nitze, Grunfeld, Casper, Neisser, etc., contester à l'urologie son droit de cité parmi les branches spéciales »²⁶¹

A Genève, où la Faculté de médecine est réticente au développement des spécialités, l'enseignement de l'urologie y est encore plus tardif²⁶². Dès 1916, le chirurgien Charles Perrier exprime son désir d'avoir accès à plus d'indépendance vis-à-vis du titulaire de la chaire de clinique chirurgicale afin de développer son activité urologique à l'Université. La question d'ouvrir une chaire spéciale d'urologie est alors discutée, mais le candidat pressenti à la chaire de clinique chirurgicale, Ernest-Frédéric Kummer, s'oppose à l'indépendance d'un service d'urologie, estimant que « [l']urologie doit rester à la clinique chirurgicale. Si on enlève à celle-ci la médecine des accidents, l'oto-rhino-laryngologie et l'urologie, c'est la dépouiller complètement »²⁶³. La Faculté se range du côté de Kummer, jugeant la question prématurée. Il faudra attendre 1933 pour que, une chaire de clinique étant vacante, la Faculté confie à Perrier un enseignement d'une heure par semaine²⁶⁴.

L'absence d'un service consacré à l'urologie en Suisse n'empêche néanmoins pas les connaissances établies dans la nouvelle spécialité de circuler. Certains chirurgiens et médecins suisses romands participent à des congrès et réunions scientifiques dans lesquelles sont présentées les dernières techniques et savoirs urologiques, notamment le congrès annuel de l'Association française d'urologie. Il faut dire que les conditions d'adhésion à l'AFU sont relativement souples, reflétant une conception large de la spécialité : peuvent devenir membres « tous les savants et praticiens dont les travaux concourent aux progrès de cette branche et de la science médicale »²⁶⁵. Ainsi, même s'ils ne se définissent pas comme urologues, les romands

²⁶⁰ AUNIL, Procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine 1890-1914, séance du 06 mars 1907.

²⁶¹ Théodore Perrin, *Leçons cliniques d'urologie*, Lausanne, Edwin Frankfurter Éditeur, 1913, p. 1.

²⁶² Philip Rieder, *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876-1920)*, op. cit.

²⁶³ AUG, *Faculté*, le 3/7/1916, cité dans *Ibid.*, p. 278.

²⁶⁴ Charles Borgeaux, *Histoire de l'Université de Genève, t.4*, Genève, Georg et Cie, 1959.

²⁶⁵ Association française d'urologie, *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, Octave Doin, 1896, p. xi.

Auguste Reverdin, César Roux et Édouard Martin en sont membres correspondants au même titre que certains chirurgiens italiens, allemands, portugais ou américains²⁶⁶.

Qu'elle rassemble des spécialistes ou non, l'AFU représente la discipline dont elle définit le champ de compétence dans ses statuts comme « l'étude des affections de l'appareil urinaire dans les deux sexes »²⁶⁷. Revenir sur les origines de l'urologie depuis la première moitié du XIX^{ème} siècle nous permet de comprendre pourquoi la spécialité ne s'est pas définie comme une science de la masculinité. Si les premiers services d'urologie dans les hôpitaux parisiens se sont concentrés sur des maladies principalement masculines – les calculs urinaires et les rétrécissements de l'urètre – l'urologie ne s'est pas développée sur le principe d'une différence fondamentale basée sur le sexe. De fait, contrairement à la chirurgie gynécologique qui se développe au même moment, les services spécialisés s'ouvrent tout d'abord au nom de la spécificité des techniques chirurgicales et des instruments nécessaires pour traiter les maladies des voies urinaires. Ce n'est donc pas sur la base de leur sexe que les hommes sont pris en charge dans les services d'urologie mais sur celle de leurs symptômes urinaires. Pour autant, et ce notamment dans la pratique, les distinctions entre gynécologie, urologie et vénéréologie demeurent loin d'être marquées au début du siècle, révélant une certaine porosité de frontières professionnelles au sein de la médecine génito-urinaire.

2. Des maladies vénériennes aux maladies urinaires

2.1. Des spécialités aux contours imprécis

Étant donné que le titre de spécialiste ne fait pas l'objet de régulations jusqu'aux années 1930 en Suisse²⁶⁸ et 1940 en France²⁶⁹, les identités professionnelles sont relativement fluides : certains praticiens se décrivent d'ailleurs comme spécialistes puis abandonnent le titre d'une année à l'autre²⁷⁰. La diversité des termes employés dans les annuaires médicaux et dans les annuaires du commerce révèle les contours imprécis des disciplines traitant des maladies des organes génito-urinaires masculins au sens large. Plutôt que de tenter de stabiliser ces informations en trouvant la « réelle » spécialité des praticiens, il importe au contraire de partir du présupposé que ces transformations révèlent le caractère processuel de la spécialisation « en

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ *Ibid.*

²⁶⁸ « La réglementation de la question des spécialistes », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 49, n°121-122, 1935, p. 653-655.

²⁶⁹ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, *op. cit.*

²⁷⁰ George Weisz, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *op. cit.*

train de se faire » au début du siècle²⁷¹. En 1905, plus de 20% des praticiens de l'annuaire de médecine français, le *Guide Rosenwald*, qui se décrivent comme spécialistes des voies urinaires se considèrent également spécialistes des maladies vénériennes, la même proportion s'appliquant aux maladies de la peau et des femmes²⁷². Si les praticiens qui se déclarent spécialistes sont assez peu nombreux dans les annuaires du commerce vaudois et genevois, la même tendance peut néanmoins être observée. Ainsi, dans l'*Indicateur Vaudois* tout comme dans l'*Annuaire genevois*, la pluralité des dénominations laisse également entrevoir un champ encore non unifié de la médecine jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Certains médecins s'identifient comme spécialistes des « maladies de la peau et des organes génito-urinaires », des « maladies des voies urinaires », des « maladies vénériennes », d'autres de « dermatologie et syphiligraphie » ou d'autres encore des « maladies infectieuses²⁷³ et des organes génito-urinaires ».

Contrairement à l'assertion de l'historien Patrice Pinell qui considère que « les maladies vénériennes (y compris celles qui restent localisées aux organes génitaux) étant déjà du ressort d'une autre spécialité clinique, elles [...] échappent [aux urologues] »²⁷⁴, les maladies vénériennes apparaissent fréquemment dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Ainsi, si le terme de « syphilis » est peu présent dans les index thématiques de la revue, celui de « blennorragie » constitue l'un des termes les plus souvent indexés jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale²⁷⁵. Cet intérêt s'explique notamment par le fait que l'infection au gonocoque responsable de la blennorragie est présentée comme l'une des principales causes de l'inflammation de la prostate, des troubles de l'urètre et de la vessie²⁷⁶.

À Lyon, l'urologie se développe d'ailleurs pour traiter les conséquences urétrales des maladies vénériennes. Alors qu'il est en charge depuis 1900 du service des « hommes vénériens et dartreux » à l'Hôpital de l'Antiquaille de Lyon, le chirurgien-major Victor Rochet développe l'activité urologique de son service, dont il demande la reconnaissance en clinique des voies urinaires en 1905 auprès de l'Administration :

²⁷¹ *Ibid.*

²⁷² *Ibid.*

²⁷³ Tout comme le terme de « maladies secrètes », celui de « maladies infectieuses » est un euphémisme pour faire référence aux maladies vénériennes.

²⁷⁴ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*, p. 26.

²⁷⁵ Ce déclin à partir de la Seconde Guerre mondiale s'explique par l'émergence de la pénicilline et le développement des antibiotiques dans les années 1940 qui deviennent une méthode privilégiée de traitement de la blennorragie et de la syphilis.

²⁷⁶ Maria Björkman et Alma Persson, « What's in a Gland? Sexuality, Reproduction and the Prostate in Early Twentieth-Century Medicine », *op. cit.*

« Peu à peu, j'ai distraité du service des vénériens une cinquantaine de lits, que j'ai réunis dans un étage à part et que j'ai spécialement affectés à des maladies des voies urinaires. Ces lits sont les plus occupés de mon service, et un renouvellement important existe pour eux. L'Administration m'a [...] fourni l'instrumentation, les salles de pansement et d'opération, les locaux de consultation, et un laboratoire de microscopie etc., tous les moyens en somme nécessaires pour assurer le fonctionnement parfait de ce service, suivant les données les plus modernes. [...] les médecins des hôpitaux ne peuvent objecter la suppression d'un service de peau ou de syphilis, puisque je rends à l'administration le service dit des Vénériens et dartreux qu'elle m'avait confié et qu'on pourra utiliser pour de nouveaux chefs de service hospitaliers »²⁷⁷

En se démarquant du service des maladies syphilitiques et cutanées, le service d'urologie de Rochet marque le déclin de la chirurgie dermatologique à Lyon²⁷⁸. D'un point de vue matériel et architectural néanmoins les frontières restent poreuses : Rochet enseigne dans la salle de cours des maladies vénériennes²⁷⁹ et les plans du nouvel hôpital financé à l'initiative de l'homme politique Édouard Herriot en 1911 rassemblent clinique de dermatologie et service des voies urinaires dans un seul et même bâtiment²⁸⁰.

La littérature urologique du début du siècle consacre peu d'attention aux spécificités des malades des voies urinaires. Le fait que les patients réunis dans cette catégorie présentent des caractéristiques similaires et constituent un groupe différent des vénérien·nes semble être suffisamment évident pour ne pas avoir besoin de le mentionner. Plutôt que d'une claire distinction de juridiction entre les deux spécialités, je formule plutôt l'hypothèse de frontières mouvantes, s'effectuant par une redistribution mutuelle d'intérêts professionnels plutôt que par un conflit ouvert. En France, la Société de prophylaxie sanitaire et morale créée par Albert Fournier en 1901 se concentre en effet principalement sur la syphilis²⁸¹. Les dermato-vénérologues portent peu d'intérêt à la blennorragie, considérée comme une maladie moins létale et dangereuse du point de vue de l'hérédité²⁸². Aux urologues reviennent ainsi les urétrites blennorragiques et les opérations de l'appareil génital tandis que les vénérologues se concentrent davantage sur l'analyse bactériologique, la syphilis et son traitement par le mercure puis par les préparations arsenicales. Ainsi, à l'Hôpital privé d'urologie et de chirurgie urinaire

²⁷⁷ AML, AC/1/L/23, Rapport du Dr Rochet sur la création d'une clinique des maladies des voies urinaires, 20 février 1905, p. 2.

²⁷⁸ Jacques Chevallier, « L'école de l'Antiquaille à Lyon », dans Daniel Wallach et Gérard Tilles (dir.), *La dermatologie en France*, Toulouse, Editions Privat, 2002, p. 227-242.

²⁷⁹ AML, AC4KP7, Extrait du registre des délibérations du Conseil général d'administration des Hospices civils de Lyon, séance du 11 avril 1906.

²⁸⁰ AML, AC2OP113, Plans de l'Hôpital Henri Herriot, 1911.

²⁸¹ Fabrice Cahen et Adrien Minard, « Fecundity in a World of Scourges. Venereal Diseases, Criminal Abortion, and Acquired Infertility in France, circa 1880-1950 », dans Simon Szreter (dir.), *The Hidden Affliction. Sexually Transmitted Infections and Infertility in History*, New York, University of Rochester Press, 2019, p. 341-372.

²⁸² *Ibid.*

fondé par Fernand Cathelin à Paris en 1907, les syphilitiques sont renvoyés dans un service de vénéréologie :

« Nous relevons encore la plus grande fréquence chez l'homme [que chez la femme] [...] [de] la syphilis avec 77 contre 7 [...] il est évident que cette statistique reste curieuse, car ces 77 infections sont bien dues à 77 femmes, mais cela tient d'abord à ce que nous voyons moins de femmes *avouées* de cette catégorie, puisque notre service est surtout un service d'urinaires et non de vénériens, qu'en principe nous renvoyons toujours avec bon dans le service du professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis »²⁸³

Si les raisons de pudeur expliquent peut-être la réticence des femmes à aller consulter pour des maladies vénériennes, il est également probable que les malades eux-mêmes interprètent plus aisément leurs maladies comme relevant de la sphère urinaire. Dans les archives et la littérature urologique que j'ai étudiée, les symptômes urinaires telles que les douleurs lors de la miction, l'évacuation de sang, ou le besoin fréquent d'uriner occupent en effet une place prépondérante dans les troubles qui décident les malades à consulter.

Les hommes fréquentent d'ailleurs bien plus souvent l'hôpital urologique de Cathelin : ils sont en moyenne deux fois plus nombreux que les femmes à se présenter aux consultations²⁸⁴. Quant aux opérations non-urologiques et les opérations de l'« appareil génital femelle » telles que les hystérectomie ou ovariectomies, Cathelin affirme qu'elles « n'ont aucun intérêt pour nous. Ce sont des opérations faites à des personnes [...] qui ne connaissent que leur cœur et nullement les frontières de la spécialité qui pour elles n'existent pas, ce qui explique notre incursion involontaire dans un domaine voisin »²⁸⁵. Si les organes urinaires communs aux deux sexes (reins, vessie, urètre, notamment) sont investis par les urologues, ce n'est pas le cas des organes catégorisés comme féminins, alors aux mains des gynécologues et obstétriciens. Cette frontière se traduit dans les pratiques d'indexation des *Annales des maladies des organes génito-urinaires* : là où les termes d'« utérus », d'« ovaire » et de « vagin » apparaissent respectivement trois, une et seize fois entre les années 1889 et 1910, ceux de « pénis » et « testicules » sont indexés quarante-six et cent-cinquante-deux fois.

Le fait que la distinction entre maladies urinaires et vénériennes ne soit pas clairement délimitée explique en partie l'absence de service spécialisé d'urologie en Suisse romande. Considérant qu'il devrait relever de l'urologie, Théodore Perrin déplore ainsi en 1913 que l'enseignement

²⁸³ Fernand Cathelin, *Cinq années de Pratique et d'Enseignement à l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1913, p. 87-88.

²⁸⁴ Ce chiffre est consistant au moins lors des cinq premières années de l'hôpital, voir *Ibid.*, p. 52.

²⁸⁵ *Ibid.*, p. 70.

de la blennorragie « rentre (on n'a jamais su pourquoi) dans les maladies de la peau »²⁸⁶ en Suisse romande. Ainsi, les cliniques dermatologiques universitaires de Genève et de Lausanne prennent en charge une grande partie des maladies localisées sur les organes génito-urinaires. À la veille de la Première Guerre mondiale, les infections gonococciques de l'urètre, des épидidymes et des testicules constituent même le plus grand contingent des affections traitées à la clinique dermatologique de Genève²⁸⁷. La clinique procède d'autre part à quelques opérations chirurgicales mineures telles que l'ablation de testicules tuberculeux, des circoncisions ou encore des excisions de chancre du prépuce²⁸⁸. En revanche, la clinique chirurgicale prend en charge les opérations plus importantes, telles que les rétrécissements de l'urètre, l'hypertrophie et les cancers de la prostate, les hydrocèles (épanchement de liquide dans les « poches » du testicule) et varicocèles (une dilatation des veines du cordon spermatique), ou encore les cancers de la verge et la chirurgie plastique de l'urètre en cas d'hypospadias (une variation du développement sexuel caractérisée par l'ouverture de l'urètre dans la face intérieure du pénis plutôt qu'à son extrémité)²⁸⁹. Là encore, la clinique est principalement fréquentée par des hommes : en 1914, elle accueille 278 hommes pour 115 femmes, une proportion qui reste constante au fil des années²⁹⁰.

Dans le canton de Vaud, la dermatologie occupe également une place centrale dans la prise en charge des maladies masculines. La nomination du docteur Émile Dind à la chaire de dermatologie en 1891 révèle l'importance politique attribuée aux maladies vénériennes, même si celles-ci ne représentent pas la majorité des cas traités dans la clinique de dermatologie²⁹¹. Dans *l'Indicateur vaudois*, Dind se décrit en 1897 à la fois comme spécialiste des maladies de la peau mais aussi comme spécialiste des organes génito-urinaires²⁹². Ainsi, comme le souligne le dermatologue Edgar Frenk, l'activité clinique du service de dermatologie « couvrait un spectre de maladies très vaste dépassant largement le cadre de la dermato-vénéréologie selon

²⁸⁶ Théodore Perrin, *Leçons cliniques d'urologie*, op. cit., p. 1.

²⁸⁷ Pour l'année 1914, 64 patients consultent pour des uréthrites gonococciques, 26 pour des épидidymites gonococciques, 23 pour des chancres, et 22 pour des orché-épидidymites gonococciques, soit les quatre affections les plus fréquentes pour cette année. AHUG, République et canton de Genève, *Rapport général de l'Assistance publique médicale pour l'année 1914*, Genève, Imprimerie Centrale, 1915, p. 102.

²⁸⁸ *Ibid.*, p. 104.

²⁸⁹ *Ibid.*, p. 80.

²⁹⁰ *Ibid.*, p. 101.

²⁹¹ Edgar Frenk, « Le Service de dermatologie et de vénéréologie du Centre hospitalier universitaire vaudois », op. cit.

²⁹² *Indicateur vaudois. Livre d'adresses de Lausanne et du canton de Vaud*, Lausanne, Société suisse d'édition, 1897, p. 255.

notre conception actuelle »²⁹³. La petite salle d'opération dont dispose le service est utilisée pour effectuer toute une variété d'interventions : examens de l'urètre, opération des hydrocèles ou encore sondages urétraux dans les cas de rétrécissements²⁹⁴. Le professeur Émile Dind procède d'ailleurs lui-même à enlever des prostates, comme l'évoque une ancienne diaconesse de l'hôpital : « A peine l'opération achevée, M. Dind se dépêchait d'aller peser la prostate dont le poids l'intéressait toujours »²⁹⁵. Les dossiers conservés aux Archives cantonales vaudoises témoignent encore de la division du travail hospitalier au début du siècle. Là où les cas d'inflammation des reins (néphrite), de cystites, de troubles du contrôle de la vessie (énurésie) sont pris en charge par la clinique médicale, les cas de blennorragie sont quant à eux transférés au sous-sol au service de dermatologie²⁹⁶.

2.2. La « médecine de cabinet » et la médecine universitaire

Les pratiques de division du travail expert sont contextuellement et donc géographiquement situées. Elles répondent également à la diffusion de la médecine académique dans les territoires. Au début du siècle, l'urologie demeure une spécialité très élitiste, réservée aux grands centres urbains, avec un nombre restreint de praticiens : d'après les chiffres de l'Association française d'urologie, seuls quarante urologues exercent en France en 1925²⁹⁷. Comme le souligne le médecin Jean-Michel Dubernard dans son histoire de l'urologie à Lyon :

« les maladies de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme, ainsi que celles de l'appareil génital de l'homme ont pendant longtemps été traitées dans les services de chirurgie générale se faisant parfois aider, dans ce domaine, par des urologues installés en ville »²⁹⁸

Il importe néanmoins de prendre ces chiffres avec précaution. Si l'urologie est une spécialité chirurgicale dans les hôpitaux et dans les Facultés, les urologues se déclarent rarement comme chirurgiens dans les annuaires médicaux²⁹⁹. En 1920, l'urologie représente 10% de toutes les spécialités listées dans les annuaires médicaux français, contre 18% pour la gynécologie³⁰⁰. En

²⁹³ Edgar Frenk, « Le Service de dermatologie et de vénéréologie du Centre hospitalier universitaire vaudois », *op. cit.*, p. 53.

²⁹⁴ Edgar Frenk, « Souvenirs de Soeur Henriette Dufey », *Dermatologica Helvetica*, vol. 4, 1998, p. 8-9.

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ ACV SB 54/332-341 « Système uro-génital, H. & F. »

²⁹⁷ Association française d'urologie, « Le vingtième siècle » [ressource en ligne], <https://www.urofrance.org/quisommes-nous/histoire-de-lurologie/histoire-urologie-france/le-vingtieme-siecle.html>

²⁹⁸ Jean-Michel Dubernard, « L'urologie et la chirurgie de transplantation », Alain Bouchet (dir.), *La Médecine à Lyon des origines à nos jours*, Paris, Editions Hervas, 1987, p. 432.

²⁹⁹ Patrice Pinell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*

³⁰⁰ George Weisz, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *op. cit.*

pratique, de nombreux spécialistes s'identifient à la fois comme spécialistes des maladies des femmes, spécialistes des maladies vénériennes et des maladies urinaires³⁰¹. Ces connexions peuvent en partie s'expliquer par la proximité et les similitudes des organes touchés mais reflète également la compétitivité du marché médical³⁰². Dans une ville telle que Paris, les spécialistes des voies urinaires, pédiatrie et électrothérapie développent leurs compétences pour essayer de toucher le marché lucratif des maladies des femmes en s'associant à celles-ci, faisant ainsi largement augmenter le nombre de spécialistes en zones urbaines, en comparaison avec le reste du pays³⁰³.

Tout comme des gynécologues qui ne font pas partie de l'élite médicale pratiquent une médecine des maladies des femmes sans chirurgie, de nombreux spécialistes qui se déclarent urologues ne pratiquent pas d'opérations chirurgicales. En 1947, l'urologue Ernest Perrin décrit ainsi cette « petite urologie de cabinet »³⁰⁴ comme comprenant également « la vénéréologie, la gynécologie médicale, les affections cutanées, parfois même celles des veines superficielles »³⁰⁵. L'existence de cette forme de spécialisation est attestée dès le début du siècle par le grand nombre de publications rédigées par des spécialistes à l'attention des praticiens. Ces ouvrages de vulgarisation attestent de la volonté des spécialistes de déléguer une partie du travail urologique, et d'étendre de cette manière le champ d'influence de la spécialité tout en conservant l'exclusivité sur les tâches considérées comme les plus nobles de la chirurgie. En effet, les opérations ratées représentent non seulement un danger pour la santé des patients mais également un risque pour la réputation de la spécialité émergente si elles viennent à être connues³⁰⁶. Il s'agit de plus de réduire le délai entre les premières expériences de symptômes et le moment où un patient se décide à consulter afin d'assurer des meilleures chances de traitement, ce qui nécessite de faire connaître les maladies urinaires comme étant à la fois fréquentes et guérissables et ce seulement si les chirurgiens et les médecins généralistes n'hésitent pas à renvoyer vers un spécialiste³⁰⁷. Ainsi, le *Guide clinique d'urologie médico-chirurgicale* publié en 1916 à l'attention des médecins prend soin de ne pas inclure « la description de la cystoscopie, ni celle de la séparation des urines ; le cathétérisme des

³⁰¹ *Ibid.*

³⁰² *Ibid.*

³⁰³ *Ibid.*

³⁰⁴ « Allocation de M. le docteur Emile Perrin », Association française d'urologie, *Quarante et unième congrès d'urologie. Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, G. Doin & Cie, 1947, p. lxxv.

³⁰⁵ *Ibid.*

³⁰⁶ Helen Valier, *A History of Prostate Cancer. Cancer, Men and Medicine*, op. cit.

³⁰⁷ *Ibid.* ; Théodore Perrin, *Leçons cliniques d'urologie*, op. cit.

uretères »³⁰⁸ qui réclament « la main délicate et le jugement autorisé de ceux qui se sont consacrés à la spécialité »³⁰⁹ laissant la « petite chirurgie urinaire »³¹⁰ aux praticiens. Cette hiérarchisation intra-professionnelle révèle, comme le souligne Jean-Paul Gaudillière, la construction d'« un monopole d'accès aux outils [comme] un des moyens d'associer défense d'un statut professionnel et acquisition de savoir »³¹¹.

Le fait que ces auteurs marquent cette distinction entre « petite urologie » et « urologie chirurgicale » souligne néanmoins que l'identité professionnelle est toujours en construction, qu'elle est parfois contestée et que pour légitimer son existence, elle s'appuie sur l'exclusion des médecins et chirurgiens généralistes. Ce travail de frontières s'explique comme une compétition pour l'acquisition de ressources, notamment financières. Dans son ouvrage portant sur l'Hôpital privé d'urologie qu'il a fondé à Paris, Fernand Cathelin explique avoir obtenu les fonds nécessaires grâce au legs d'un patient fortuné « sans que personne, des pouvoirs publics ou de la charité privée, ne soit venu [lui] tendre la main »³¹². La nécessité d'allouer des fonds et d'encourager l'enseignement de la spécialité s'explique selon lui par le fait que :

« Cette chirurgie spéciale demande en outre pour être menée à bien un matériel compliqué, nécessitant beaucoup de place, beaucoup d'argent, beaucoup de temps et beaucoup de patience. Il ne peut donc pas y avoir de concurrence possible avec les médecins praticiens qui ne peuvent soigner ces malades spéciaux qu'après un examen sérieux et des explorations délicates établissant le diagnostic avec un caractère de précision inconnu des autres chirurgies abdominales. Cette nécessité de la spécialisation est donc inéluctable et impérieuse et bien sot serait aujourd'hui celui qui tenterait de la nier »³¹³

L'instrumentation et la capacité à l'utiliser sans danger sont ainsi des ressources épistémiques et matérielles dans la recherche de reconnaissance de l'identité professionnelle³¹⁴. C'est ainsi autour de l'instrumentation que Perrin définit l'urologie : comme un art de guérir qui « comporte [...] plus de savoir-faire que de bagage scientifique [...] [qui] exige un arsenal d'instruments spéciaux assez compliqué et [...] une certaine adresse manuelle, une routine, qui ne s'acquiert que par l'habitude et à la longue »³¹⁵.

³⁰⁸ Préface de Félix Guyon de la première édition, E. Pillet, *Guide clinique d'urologie médico-chirurgicale*, 3^e édition, Paris, Maloine et Fils, 1916, p. vi.

³⁰⁹ *Ibid.*

³¹⁰ *Ibid.*

³¹¹ Jean-Paul Gaudillière, *La médecine et les sciences : XIXe-XXe siècles*, Paris, La Découverte, 2008, p. 18.

³¹² Fernand Cathelin, *Cinq années de Pratique et d'Enseignement à l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire*, op. cit., p. 15.

³¹³ *Ibid.*, p. 2.

³¹⁴ Regula Valérie Burri, « Doing Distinctions : Boundary Work and Symbolic Capital in Radiology », op. cit.

³¹⁵ Fernand Cathelin, *Cinq années de Pratique et d'Enseignement à l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire*, op. cit., p. 1.

L'entrée dans la Grande Guerre constitue un important bouleversement dans l'organisation des soins. La nécessité de trier les soldats pour les orienter vers des structures sanitaires adaptées à leurs pathologies participe au développement d'une réflexion autour de la division du travail entre vénérologues et urologues. Le Service de Santé militaire français met en place des Centres Régionaux spécialisés afin de permettre aux soldats blessés d'avoir accès aux soins de spécialistes par un décret ministériel en 1915³¹⁶. En visite dans les centres médicaux des forces françaises, l'urologue américain Hugh Young évoque ainsi « une série de centres d'urologie vers lesquels étaient envoyés les blessés nécessitant des opérations spéciales des organes génito-urinaires [...] dans la plupart des cas, des opérations initiales avaient été effectuées lors de l'évacuation ou à l'hôpital de la base »³¹⁷. Chargé du Centre d'Urologie d'Orléans, Fernand Cathelin opère des blessures de guerre de la région lombaire, des reins et des uretères, de la vessie, de la prostate, du périnée ainsi que du pénis et des testicules. Il appelle à une meilleure orientation des malades souffrant de blennorragie :

« peut-être y aurait-il intérêt à mieux établir la dissociation entre les centres vénérologiques et urologiques, les malades blennorragiques étant souvent mal aiguillés, par erreur.

Les premiers centres traitent surtout de la syphilis et des dermatoses, mais en général ne veulent pas s'occuper des urétrites.

Comme, d'un autre côté, ces maladies ne peuvent toujours être reçues dans le Centre urologique, elles sont soignées par les médecins de dépôt dont les multiples occupations les empêchent de s'occuper comme il le faudrait des écoulements urétraux. Les malades sont alors traités tant bien que mal par un infirmier ou par eux-mêmes, ce qui peut, faute de direction scientifique, éterniser leur écoulement dont ils peuvent profiter pour retarder leur récupération »³¹⁸

Les politiques publiques pour lutter contre le « péril vénérien » s'organisent surtout en France comme en Suisse autour de la crainte de la syphilis qui retient pendant et à la fin de la Grande Guerre l'attention des pouvoirs publics qui participent considérablement à consolider l'autorité disciplinaire de la vénérologie³¹⁹. D'après l'historien Jean-Paul Martineaud « dans l'entre-deux-guerres, les vénérologues de Saint-Louis ouvrirent une consultation spécialisée. Mais comme les maîtres dédaignaient les affections vénériennes dites mineures, ils concédèrent la blennorragie aux urologues »³²⁰. En 1922, le chirurgien militaire Joseph Maisonnnet souligne la

³¹⁶ Fernand Cathelin, *Chirurgie urinaire de guerre*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1919.

³¹⁷ Hugh Young, *A Surgeon's Autobiography*, Harcourt, Brace and Company Inc., 1940, p. 287, ma traduction.

³¹⁸ Fernand Cathelin, *Chirurgie urinaire de guerre*, op. cit., p. 282.

³¹⁹ Nicole Malherbe, *Péril vénérien. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Lausanne et à Neuchâtel avant l'apparition du Sida*, op. cit. ; Fabrice Cahen et Adrien Minard, « Fecundity in a World of Scourges. Venereal Diseases, Criminal Abortion, and Acquired Infertility in France, circa 1880-1950 », op. cit.

³²⁰ Jean-Paul Martineaud, *L'amour au temps de la vérole*, op. cit., p. 244.

nécessité de délimiter les frontières de l'urologie non pas en termes de hiérarchie intra-professionnelle mais plutôt en relation avec les autres disciplines, notamment la vénérologie :

« [l'urologie] est voisine de la vénérologie, puisque les complications de la blennorrhagie lui appartiennent [...] Elle se sépare, en effet, de la vénérologie, qui appartient au médecin doublé d'un bactériologue et qui n'abandonne au chirurgien que ses complications chirurgicales. Celle-ci constituerait, pour certains, la « petite urologie », par opposition à la « grande urologie » [...] mais, pour éviter bien des confusions, nous estimons qu'il faut parler franchement et distinguer nettement la vénérologie et la chirurgie génito-urinaire »³²¹

En Suisse romande, le développement de l'enseignement de l'urologie dans les Facultés de médecine de Genève et de Vaud participe à la constitution de frontières avec la dermatovénérologie. Au sortir de la Grande Guerre, de plus en plus de médecins associent les maladies des voies urinaires à la pratique chirurgicale dans les annuaires vaudois et genevois. L'orientation des services hospitaliers dépend également des intérêts professionnels individuels des médecins en place. En 1925, le professeur Ramel succède à Dind au service de dermatologie de l'Hôpital cantonal vaudois qu'il agrandit et dont il restreint l'activité. La diaconesse Henriette Dufey note ainsi que « l'augmentation des biopsies compensa largement la disparition des traitements urinaires et des opérations de prostate »³²².

Plutôt que l'État ou les Facultés de médecine, c'est la Fédération des médecins suisses qui introduit, dès 1931, une régulation sur le titre de « spécialiste » et en délivre la certification³²³. Il s'agit, pour l'organisation professionnelle, de restreindre le nombre grandissant de spécialités. Parmi celles qui sont reconnues se trouvent notamment l'urologie, la vénérologie et la dermatologie, qui sont distinguées comme des spécialités différentes, ainsi que l'obstétrique et la gynécologie. Certaines spécialités peuvent être pratiquées de manière simultanée, à l'instar de la dermatologie/vénérologie, de la chirurgie/gynécologie ainsi que de l'obstétrique/gynécologie³²⁴. Aucune combinaison n'est envisagée pour l'urologie, entérinant donc la différenciation avec l'étude des maladies vénériennes.

Entrepris par l'Ordre des médecins en 1947, le processus de régulation des spécialités médicales aboutit en France à un résultat similaire. Si la technique et les compétences constituent les principaux critères pour obtenir un statut de spécialiste, l'importance sociale est également prise

³²¹ Joseph Maisonnnet, « Chronique d'urologie », *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, vol. lxxvii, n°1, 1922, p. 170.

³²² Edgar Frenk, « Souvenirs de Soeur Henriette Dufey », *op. cit.*, p. 8.

³²³ Jean-Nicolas Despland et Sylvie Berney, « Psychiatre et psychothérapeute ? Petite histoire suisse », *L'Information psychiatrique*, 88, 2012/7, pp. 535-542.

³²⁴ « La réglementation de la question des spécialistes », *op.cit.*

en compte comme un critère important et c'est celui-ci même qui justifie le statut de spécialité pour l'obstétrique, la psychiatrie et la dermato-vénérologie³²⁵. À l'inverse, l'urologie est initialement uniquement reconnue comme une « compétence » permettant aux praticiens qui le souhaitent de se consacrer à cette branche.

L'entreprise de régulation des spécialités médicales marque la cristallisation de nouvelles frontières professionnelles entre ce qui constituait jusqu'alors une forme de continuum de pratiques d'une « médecine génito-urinaire » rassemblant maladies vénériennes, maladies urinaires et maladies des femmes. En pratique, les frontières floues qui existent entre la vénéréologie et l'urologie permettent le déploiement d'une médecine principalement concernée par la masculinité, bien qu'elle n'en ait pas le nom. La proximité entre ces deux spécialités permet d'ailleurs l'émergence d'un nouveau vocabulaire pour désigner les maladies propres à la masculinité : celui de l'andrologie.

³²⁵ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit.

Chapitre 2. Émergence, significations et usages de l'andrologie

Au tournant du siècle, le terme d'« andrologie » commence à être employé en langue française pour faire référence aux spécificités corporelles des hommes. Puisqu'il n'existe à ce jour aucune étude sur l'histoire de l'andrologie en langue française, ce chapitre propose de s'intéresser à l'évolution sémantique du terme lui-même. Comme le souligne l'historienne Christelle Rabier, il est intéressant de s'attarder sur la dimension langagière de l'histoire des spécialités car « [l]es mots construisent et mettent en ordre la société, autant qu'ils la reflètent »³²⁶ mais aussi car « la variété chatoyante des désignations [...] condui[t] à s'interroger sur les clivages et les enjeux de pouvoir qui travaill[ent] le groupe professionnel »³²⁷. Il s'agira ainsi d'interroger : quand et comment apparaît le terme d'« andrologie » en langue française ? Quelles sont les significations qui lui sont associées ? Et à quel point le terme est-il employé ? Ainsi, l'histoire du terme d'« andrologie » et de ses usages permet d'interroger plus largement la construction des corps, des identités professionnelles mais aussi des classifications qui organisent la pratique médicale dans ce début du XXème siècle³²⁸.

1. L'andrologie comme science de la masculinité

1.1. D'une science humaine à celle de la masculinité

Comment retracer l'histoire d'un mot ? Les recherches au sein de dictionnaires génériques et de dictionnaires médiaux se sont avérées généralement inefficaces – l'andrologie y étant presque toujours absente. À la recherche d'occurrences sur des bases de données d'ouvrages numérisés, je me suis rendue compte que le terme apparaissait bien plus tôt que je ne l'avais initialement cru : au moins dès la fin du XVIIIème siècle³²⁹. En 1772, l'officier et homme de lettres François de Chastellux publie un ouvrage sur la « physiocratie », c'est-à-dire un mode de gouvernement politique « par la nature » considérant que toute richesse est toujours le produit de l'agriculture. Dans cet ouvrage, Chastellux décrit l'andrologie comme une

³²⁶ Christelle Rabier, « Le Système des professions, entre sociologie et histoire: retour sur une recherche », *op. cit.*, p. 3.

³²⁷ *Ibid.*

³²⁸ Geoffrey Bowker, C. et Susan Star, Leigh, *Sorting Things Out. Classification and its Consequences*, Cambridge and London, The MIT Press, 1999.

³²⁹ Étant donné le caractère restrictif de ces bases de données, il est tout à fait possible que le terme ait été employé avant. Une recherche plus conséquente serait nécessaire pour tracer la généalogie et les usages du terme.

connaissance médicale et philosophique sur l'homme³³⁰. Dans une démarche de classification scientifique du monde naturel propre à la seconde moitié du XVIIIème siècle, il explique ainsi :

« L'examen de la nature, de ses lois fixes, immuables et nécessaires, serait le premier fondement de toute doctrine [...] De ces premières notions de la nature, on passerait à ses principales productions, et ensuite à son action circonscrite et individualisée ; l'*andrologie*, ou la connaissance de l'homme en général, servirait de base à la médecine physique et morale, et de cette science naîtrait la politique [...] Ce serait alors qu'on aurait une véritable *Physiocratie*, un gouvernement fondé sur les forces de la nature, et sur l'énergie de son action »³³¹

Le choix du préfixe *andró*, génitif de *anêr* (signifiant « homme »), accolé à celui de *logie*, (signifiant « la parole, le discours »), réaffirme l'assimilation du genre masculin à l'humanité et la culture. Ainsi, comme le souligne l'historienne Delphine Gardey, le « sexe » des femmes est au contraire réifié comme une « indication inaltérable de la nature du corps et source de la définition de l'identité des sujets »³³². Le terme « andrologie » est ainsi tout d'abord utilisé pour désigner les sciences humaines en général. Plus de cinquante ans plus tard, dans ses *Recherches sur les principes fondamentaux de la classification bibliographiques* J. M. F. Albert décrit que « tous les livres connus et [...] tous les livres à venir pivotent et pivoteront inévitablement sur l'un ou l'autre [...] des trois sujets principaux que nous pouvons appeler : DIEU. L'HOMME. LE MONDE »³³³. Il emploie alors le terme d'« andrologie », pour comprendre les ouvrages portant sur les « sciences relatives à l'homme », c'est-à-dire les sciences médicales, économiques, politiques et sociales, les arts ainsi que la philosophie³³⁴. L'expression s'oppose à la théologie ou à la cosmologie qui comprennent les sciences naturelles, physiques, chimiques et mathématiques³³⁵.

La définition du terme change d'ailleurs selon les auteurs qui l'emploient au cours du XIXème siècle. Dans son étude sur l'organisation administrative des Nations publiée en 1862, l'hydrographe et navigateur français Gustave Lambert l'utilise plutôt pour signifier l'être humain à l'échelle de l'individu. Plutôt que le terme en lui-même, c'est la subdivision qui

³³⁰ Étant donné les deux significations du terme « homme » désignant à la fois l'être humain et l'adulte mâle, il n'est pas possible de savoir quelle était la signification employée ici. Néanmoins, il est possible de faire la supposition que cette construction de l'homme est intrinsèquement liée à des conceptions masculines de la citoyenneté et donc androcentrique.

³³¹ François-Jean de Chastellux, *De la félicité publique, ou Considérations sur le sort des hommes dans les différentes époques de l'histoire*, t.1, Paris, impr. De la Société typographique, 1776, p. 117, ma traduction.

³³² Delphine Gardey, « Les sciences et la construction des identités sexuées », *op. cit.*, p. 533.

³³³ J. M. F. Albert, *Recherches sur les principes fondamentaux de la classification bibliographique*, Paris, chez l'auteur, 1847, p. 51.

³³⁴ *Ibid*, p. 57.

³³⁵ *Ibid*.

l'intéresse. Il admet ainsi utiliser « les mots paraissant les plus propres à systématiser le classement, sans attacher d'ailleurs aucune importance absolue au choix des mots »³³⁶. Il sous-divise la catégorie d'« anthropologie » en plusieurs échelles : « l'homme spécial ou *Andrologie* »³³⁷, « la famille ou *Oiko-logie* »³³⁸, « la nation ou *Patri-logie* »³³⁹ et finalement « l'humanité ou la race entière, ou *Géné-logie* »³⁴⁰.

Il est significatif que le terme « andrologie » soit associé à l'anthropologie, une discipline en développement au XIX^{ème} siècle qui se consacre à l'étude du « groupe humain » et se distingue, en marge des universités, des autres branches des savoirs³⁴¹. Jusqu'au début du XX^{ème} siècle, l'association entre « anthropologie » et « andrologie » persiste, comme en témoigne la classification opérée par l'ethnologue américain John Wesley Powell en 1901 :

« l'homme étudié comme un corps humain donne naissance à la science de la somatologie et la science de la psychologie. A ces deux sciences, je donne le terme *andrologie*, tandis que l'andrologie et la démologie³⁴² constituent l'anthropologie, qui est le terme habituel »³⁴³

Le fait que l'andrologie soit parfois décrite comme une sous-catégorie de l'anthropologie révèle l'enchevêtrement des rapports de genre et de race. Comme le montrent les travaux des historiennes des sciences, les classifications naturalistes établies en Europe à la fin du XVIII^{ème} siècle associent les femmes à leur fonction reproductrice en les rapprochant de l'animalité et de la nature en même temps qu'elles établissent des « races » humaines caractérisées par des traits héréditaires³⁴⁴. L'historienne Ornella Moscucci montre ainsi que le développement d'une « science de la femme » en Grande-Bretagne est étroitement lié à la production de connaissances raciales : le sexe opère comme un facteur de racialisation dans un système de classification hiérarchique des « races » humaines par les sciences médicales³⁴⁵. Or, « d'un point de vue de la classification, l'anthropologie et la science de l'andrologie [...] coïncident ;

³³⁶ Gustave Lambert, *Etude sur l'organisation administrative des États. Mémoires à l'appui de propositions à soumettre au chef de l'État, au gouvernement et au Sénat*, Paris, Arthus-Bertrand Editeur, 1862, p. 224.

³³⁷ *Ibid.*, p. 225.

³³⁸ *Ibid.*

³³⁹ *Ibid.*

³⁴⁰ *Ibid.*

³⁴¹ Eva Rodriguez, « La différence sexuelle au cabinet des anthropologues parisiens à la fin du XIX^e siècle », *Émulations: Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales*, n° 15, 2018, p. 73-86.

³⁴² L'étude des populations, activités et comportements humains.

³⁴³ J.W. Powell, « Classification of the Sciences », *American Anthropologist*, New Series, vol. 3, n° 4, 1901, p. 604, ma traduction.

³⁴⁴ Elsa Dorlin, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, op. cit. ; Londa Schiebinger, *Nature's Body. Gender in the Making of Modern Science*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1993.

³⁴⁵ Londa Schiebinger, *Nature's Body. Gender in the Making of Modern Science*, op. cit. ; Ornella Moscucci, *The Science of Woman. Gynaecology and Gender in England 1800-1929*, op. cit.

comme le mâle est le standard de son espèce, il ne peut pas être différencié sur la base de son sexe »³⁴⁶.

D'un terme signifiant l'être humain, l'individu ou les sciences humaines, l'« andrologie » prend une signification médicale associée aux spécificités sexuées masculines au XIX^e siècle. L'émergence de la gynécologie comme une « science de la femme » fournit la base épistémologique sur laquelle se construit le concept d'une science dédiée à la masculinité. C'est en effet en mobilisant le modèle de la gynécologie et une conception dualiste des sexes comme étant « opposés » que se développe des usages « genrés » du terme d'andrologie³⁴⁷. À l'encontre des travaux de l'historien Thomas Laqueur qui affirme l'émergence d'un modèle de la « différence incommensurable » entre les sexes au XIX^e siècle, plusieurs travaux d'histoire de la médecine ont montré que les connaissances produites par la médecine à cette période s'appuient sur des analogies entre les organes et les corps masculins et féminins³⁴⁸. Dans le cas de la prostate, l'historienne Elin Björk montre ainsi que la formalisation de connaissances sur la santé reproductive féminine a servi de ressources pour décrire la glande (en la comparant à l'utérus) mais aussi pour légitimer un nouveau champ d'intervention sur celle-ci³⁴⁹. En s'appuyant sur le crédit de la gynécologie, les médecins qui emploient le terme d'andrologie s'appuient d'abord sur un rapport d'analogie et de similarité entre les sexes plutôt que celui d'une différence incommensurable.

L'analogie entre gynécologie et andrologie peut être identifiée dès 1837 dans les écrits du professeur allemand Moritz Ernst Adolph Naumann. Dans la préface d'un manuel de clinique médicale, il décrit l'andrologie comme une approche dédiée à la physiologie pathologique des organes génitaux masculins³⁵⁰. Le terme réapparaît en 1878 sous la plume de l'urologue allemand Ernst Fürstenheim. Lors d'une session de la Société médicale de Berlin, il suggère de l'employer pour encourager l'étude des maladies génitales masculines en le définissant comme un équivalent à la gynécologie³⁵¹. Quelques années plus tard, en 1887, c'est au tour du spécialiste australien des maladies des femmes et des enfants James Jamieson de commencer un enseignement en obstétrique à l'Université de Melbourne avec une réflexion similaire sur le

³⁴⁶ Ornella Moscucci, *The Science of Woman. Gynaecology and Gender in England 1800-1929*, op. cit., p. 32.

³⁴⁷ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

³⁴⁸ *Ibid.* ; Christina Benninghaus, « Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870-1900 », op. cit. ; Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America , 1800-1950*, op.cit.

³⁴⁹ Elin Björk, *Att bota en prostata: Kastrering som behandlingsmetod för prostatahypertrofi 1893-1910*, Linköping, Linköping University Electronic Press, 2019.

³⁵⁰ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

³⁵¹ *Ibid.*

langage médical :

« Il n'est pas facile de construire une terminologie scientifique qui se rapproche de l'exactitude. La langue elle-même peut manquer de souplesse ou souffrir d'une réelle carence de termes... Un exemple frappant en langue anglaise est l'absence d'un terme distinct pour évoquer l'être humain, indépendamment de l'âge ou du sexe, un terme correspondant au grec « anthropos » ou au latin « homos ». Nous devons utiliser le terme « homme » avec deux significations, à la fois membre de l'espèce humaine et un homme adulte... [...] En plus de l'anthropologie générale, ou de l'étude des êtres humains, comme étant distincts des animaux, nous pouvons parler d'andrologie et de gynécologie, comme portant sur l'étude des particularités physiques et mentales des hommes et des femmes respectivement »³⁵²

Dans quelle mesure ces différents usages ont-ils été connectés ? Comment le terme d'andrologie a-t-il voyagé entre disciplines mais aussi entre pays ? L'andrologie apparaît ici et là dans différents contextes nationaux et médicaux, comme par exemple sous le titre d'une revue polonaise fondée en 1897 *Andrologia i Syfilografia (Andrologie et syphiligraphie)* par le docteur Michał Miszewicz³⁵³. Les sources dont je dispose ne permettent pas d'en saisir plus. Le fait que le terme circule est cependant révélateur du caractère international de la culture de l'élite médicale à la fin du siècle et du rôle joué par les échanges, observations et voyages dans le phénomène de spécialisation³⁵⁴. En médecine comme dans d'autres domaines, le « paradigme internationaliste » caractérise le discours commun de la fin de siècle et la perception d'une « marche irrésistible vers l'universalisation, d'une interdépendance croissante des activités et des acteurs [...] d'une clôture de l'espace mondial unifié par les réseaux de transport et de communication »³⁵⁵.

1.2. Produire la différence : des identités professionnelles en construction

Du côté des États-Unis, l'histoire de l'andrologie est un peu mieux documentée, en particulier autour d'un épisode : celui de la création, brève mais significative, d'une association américaine d'andrologie. D'après Rene Almeling et Timothy O'Neill, les organisations d'urologues qui se développent à la fin du siècle aux États-Unis cherchent à se distinguer de toute association avec

³⁵² James Jamieson, « Sex, in Health and Disease », *The Australian Medical Journal*, vol. 9, n° 4, 1887, p. 145, ma traduction.

³⁵³ « Literary Notes », *The British Medical Journal*, 1, 1885, 1897, p. 412. J'ai trouvé mention de cette revue et de cet ouvrage dans l'article de Jwan Wnęk « Krytyka naukowa polskich książek medycznych na przełomie XIX i XX wieku », *Archiwum historii i filozofii medycyny*, vol. 78, 2015, p. 75-88. D'après cet article, l'auteur aurait reçu de nombreuses critiques au sujet des « incohérences » présentées dans les ouvrages. Rien n'est cependant dit au sujet du titre choisi ni du médecin qui en est l'auteur.

³⁵⁴ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit.

³⁵⁵ Anne Rasmussen, « Internationalismes au début du XXe siècle », dans Stéphane Audoin-Rouzeau et Jean-Jacques Becker (dir.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918*, Paris, Bayard, 2004, p. 72.

la sexualité illégitime, et plus particulièrement, avec les maladies vénériennes³⁵⁶. Alors même qu'ils s'inspirent du modèle de l'Association française d'urologie, pourtant peu restrictive dans sa politique d'adhésion, les urologues qui se regroupent pour constituer une *American Association of Urology* (AUA) en 1902 décident d'interdire toute incursion du côté de la vénéréologie tant dans le profil de ses membres que du point de vue des travaux présentés lors des rencontres scientifiques³⁵⁷. L'AUA cherche ainsi à se distinguer de plus anciennes appellations et associations professionnelles, à l'instar de l'*American Association of Genitourinary surgeons*. Formé en 1886 sous la présidence du chirurgien américain Edward Lawrence Keyes, un ancien élève de Philippe Ricord, ce groupe professionnel adopte dès 1890 le nom d'*American Association of Andrology and Syphilology*³⁵⁸. Sans qu'il ne soit possible de retrouver les raisons derrière le choix de ce terme en particulier, il semble avoir été conçu sinon comme un synonyme, du moins une alternative au terme de « génito-urinaire » permettant de représenter les activités professionnelles de la plupart des membres de l'Association³⁵⁹. En 1890, le *Medical Record* souligne ainsi :

« Il y a la gynécologie, ou science de la femme, et maintenant nous apprenons qu'il y a « l'andrologie » - nous supposons que cela signifie la science de l'homme, et plus particulièrement des maladies de l'homme. L'« andrologie » n'a pas d'existence lexicographique [...] mais le terme a été adopté dans le titre de l'« Association américaine d'andrologie et de syphilographie », de manière à ce que la profession puisse désormais s'attendre à avoir l'« andrologue » au même titre que le gynécologue »³⁶⁰

Un commentateur du *British Medical Journal* décrit quant à lui le nouveau titre comme « surprenant et maladroit »³⁶¹ tandis qu'un autre du *New York Medical Journal* ironise : « peut-être est-ce une nouvelle convention qui établit une distinction entre 'andrologie' et anthropologie, mais nous préférons croire que l'association reprendra ses esprits »³⁶². Le *Dublin Journal of Medical Science* est quant à lui plus positif et conclut que « dans le futur, l'appareil

³⁵⁶ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit. ; Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, op. cit.

³⁵⁷ Adrian W. Zorgniotti, « The Creation of the American Urologist, 1902-1912 », op. cit. ; Adrian W. Zorgniotti, « AUA Members, Branches, and Sections: Early Politics (1902-1919) », *Urology*, vol. 23, n° 5, 1988, p. 478-481.

³⁵⁸ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

³⁵⁹ American Association of Genito-Urinary Surgeons, *A Brief History of the organization and transactions of the American Association of Genito-Urinary Surgeons*, October 16th, 1886 to October 16th, 1911, New York, Frederick H. Hitchcock, 1911.

³⁶⁰ « Andrology », *Medical Record*, vol. 37, 1890, p. 711, ma traduction.

³⁶¹ « Medical News », *The British Medical Journal*, vol. 1, n° 1539, 1890, p. 152, ma traduction.

³⁶² « The American Andrological and Syphilographical Association », *The New York Medical Journal*, New-York, Appleton and Company, 1890, p. 658, ma traduction.

génito-urinaire des hommes sera bien mieux soigné – du moins aux États-Unis »³⁶³.

En 1891, l'*American Association of Andrology and Syphilology* présente sa nouvelle nomenclature au Congrès des médecins et chirurgiens américains et propose de créer une section spéciale pour les « andrologues ». Comme le souligne un éditorial du *Journal of the American Medical Association*, la proposition est reçue avec « de nombreuses critiques et certaines moqueries »³⁶⁴. L'éditorial en revanche est très positif et présente l'andrologie comme un parallèle à la gynécologie et l'adoption du terme comme un moyen de lutter contre l'appropriation des maladies masculines par les « charlatans » en « plaçant l'andrologie dans une position aussi élevée que celle de la gynécologie »³⁶⁵. Les organisations médicales américaines déplorent en effet la prolifération d'instituts spécialisés dans la santé masculine, accusés de charlatanisme³⁶⁶. La constitution d'une science dédiée à la masculinité est ainsi imaginée comme le moyen d'assurer la respectabilité de l'étude des maladies masculines.

Comme le montre Almeling, en établissant une analogie avec la gynécologie, le terme reprend à son compte une conceptualisation dualistique de la différence des sexes :

« Si le régime de genre a rendu possible, tant d'un point de vue linguistique que conceptuel [...] le fait d'appeler cette nouvelle spécialité « andrologie », il est également à l'origine de son déclin. En proposant de se concentrer sur les organes génitaux masculins et leurs maladies, les andrologues ont été ridiculisés sans pitié par leurs collègues »³⁶⁷

Il est probable que l'idée même d'une spécialité dédiée aux maladies masculines ait été perçue comme sujet de railleries en raison de l'association avec le charlatanisme et de l'incongruité d'une spécialité dédiée à la masculinité, là où l'idée d'une influence déterminante des organes génitaux sur la personnalité et la santé des femmes est au contraire acquise³⁶⁸. Le fait que le terme ait été également utilisé dans les cercles philosophiques et anthropologiques peut également avoir suscité incompréhension et moqueries quant à sa resignification³⁶⁹. Un an plus tard, l'Association décide donc de soumettre au vote son appellation. Craignant le discrédit jeté par l'emploi du terme d'andrologie sur l'organisation devenue « la risée de tous », ses membres

³⁶³ « Andrology », *The Dublin Journal of Medical Science*, vol. 93, 1892, p. 227.

³⁶⁴ « Andrology as a Specialty », *Journal of the American Medical Association*, n° 17, 1891, p. 691, ma traduction.

³⁶⁵ *Ibid.*

³⁶⁶ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit. ; Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, thèse de l'Université du Minnesota, 2009.

³⁶⁷ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit., p. 43, ma traduction.

³⁶⁸ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit. ; Ornella Moscucci, *The Science of Woman. Gynaecology and Gender in England 1800-1929*, op. cit.

³⁶⁹ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

décident de revenir à l'ancien titre³⁷⁰.

Vis-à-vis du contexte américain, l'andrologie en France présente une différence majeure : ceux qui emploient le terme d'« andrologie » en langue française ne semblent avoir été ni ridiculisés ni incompris. Ceci s'explique peut-être car ils ne l'entendent pas comme une discipline distincte mais aussi parce que l'étude des maladies génito-urinaires ne semble pas souffrir d'un discrédit équivalent au contexte américain (malgré des éléments similaires, il n'y a pas de marché de « spécialistes de la masculinité » équivalent à celui des États-Unis, comme je le montrerai dans la prochaine partie). L'un des exemples les plus éloquents est probablement le cas de la *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, une revue scientifique publiée mensuellement, créée par le médecin parisien Paul Hamonic en 1895. Né en Aveyron d'une famille relativement modeste, Hamonic étudie la médecine et la chirurgie avec d'éminents professeurs, à l'instar du chirurgien Paul Tillaux à la Faculté de médecine de Paris³⁷¹. À l'Hôpital Lourcine, alors qu'il travaille dans le service du docteur Martineau, il rédige sa thèse sur l'inoculation du mercure dans le traitement de la syphilis. Une fois son diplôme obtenu en 1885, il reprend le cabinet de l'un de ses confrères, puis fonde un dispensaire pour le traitement des maladies génito-urinaires à Paris³⁷². Dans le *Guide Rosenwald* de 1896, il se décrit à la fois comme spécialiste des maladies vénériennes, des maladies urinaires et des maladies des femmes³⁷³. S'il ne dispose pas d'un poste académique dans les hôpitaux parisiens, Hamonic semble néanmoins être reconnu comme un membre respectable de la communauté médicale pour son expertise clinique : il est membre titulaire de la Société de médecine et de chirurgie pratiques et de l'Association française d'urologie, où il présente régulièrement ses inventions instrumentales. En 1902, il est nommé chevalier de la Légion d'honneur notamment au motif du succès de son importante collection historique d'instruments chirurgicaux présentée à l'exposition internationale de Glasgow la même année³⁷⁴.

Dans l'éditorial du premier numéro de la *Revue clinique*, Hamonic présente ainsi le journal comme un moyen de vulgariser les « perfectionnements qui s'accomplissent chaque jour dans les méthodes thérapeutiques, les procédés opératoires et les moyens de diagnostic »³⁷⁵ afin de

³⁷⁰ 'Laughing stock', *Ibid*, p. 45.

³⁷¹ « Nécrologie », *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, n° 29, 1923, p. 257-266.

³⁷² *Ibid*.

³⁷³ *Guide Rosenwald : Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique*, Paris, Lucien Rosenwald Éditeur, 1896, p. 73.

³⁷⁴ H. Arnaud-Moulin, « Docteur Paul Hamonic », *Le Public*, 30 juillet 1902, p. 1.

³⁷⁵ Éditorial, *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, vol. 1, n° 1, 1895, p. 2.

« servir le praticien en vulgarisant la pathologie génito-urinaire »³⁷⁶. Les caractéristiques matérielles de la revue, c'est-à-dire le format, la mise en page, le prix, l'organisation des rubriques et la publicité soulignent que le périodique s'adresse en effet à des praticiens plutôt qu'à des spécialistes des hôpitaux parisiens. La *Revue clinique* publie d'ailleurs principalement des observations cliniques issues du dispensaire et du cabinet d'Hamonic ainsi que des comptes rendus de recherches françaises ou internationales portant sur les maladies vénériennes, urinaires et gynécologiques. Elle comprend également des sections dédiées aux informations médicales, à l'instar de discussions de syndicats de médecins, ainsi que des articles sur l'histoire de la médecine et de la chirurgie, qui constituent l'un des principaux centres d'intérêt d'Hamonic. Quant à la publicité, vantant des remèdes opothérapiques, pour la goutte, les migraines, la tuberculose ou la blennorrhagie, elle s'adresse visiblement à un lectorat médical dont la pratique est relativement large.

Assez peu de personnes publient dans la *Revue clinique* et ce d'autant moins que les années passent. La plupart semblent avoir été des connaissances ou amis : son frère, Noël Hamonic, est ainsi un contributeur régulier qui rédige des articles portant sur l'histoire de la pharmacie tandis que le spécialiste de l'électrothérapie François Victor Foveau de Courmelles présente souvent ses travaux sur les maladies nerveuses. Il semble que la revue soit néanmoins considérée comme suffisamment sérieuse pour que certains de ses articles soient cités dans des principales revues scientifiques de l'époque, à l'instar de *L'Encéphale*³⁷⁷ ou des *Annales de gynécologie et d'obstétrique*³⁷⁸.

Le choix du titre quant à lui est présenté comme relevant d'une certaine évidence : Hamonic affirme dans l'éditorial du premier numéro qu'« il n'a pas besoin d'être expliqué »³⁷⁹, même si il le définit juste après : « En effet, l'andrologie est à l'homme ce que la gynécologie est à la femme »³⁸⁰. Le terme n'est par la suite plus défini ni discuté dans les numéros suivants, et il est parfois utilisé de manière qui pourrait paraître contradictoire. Ainsi, dans le premier numéro, la revue de la littérature internationale d'« andrologie » comprend un résumé portant sur « [l]a cystite douloureuse de la femme et la dilatation »³⁸¹. Ceci appuie la thèse de l'historien Timothy O'Neill lorsqu'il affirme que « contrairement à la gynécologie, les frontières médicales de

³⁷⁶ *Ibid.*

³⁷⁷ *L'Encéphale*, 5^e fascicule, 25 mars 1909, p. 3.

³⁷⁸ *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1907, p. 334.

³⁷⁹ Éditorial, *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, vol. 1, n° 1, 1895, p. 2.

³⁸⁰ *Ibid.*

³⁸¹ *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, vol. 1, p. 57.

l'andrologie n'excluaient pas complètement l'autre sexe ; les andrologues persistaient à évoquer les maladies et troubles féminins, comme ils le faisaient jusqu'alors dans leurs pratiques génito-urinaires »³⁸². Il est probable que, similairement à ses confrères new-yorkais, Hamonic comprenne le terme comme un synonyme ou une alternative au terme de « chirurgien génito-urinaire », peu usité en France, qui réfère, mais sans s'y limiter, aux maladies masculines, en opposition à une chirurgie gynécologique³⁸³. L'association avec la chirurgie semble en tout cas centrale : dans un article sur la castration chez l'homme publié en 1909, il affirme ainsi ne pas vouloir s'écarter « du domaine chirurgical pratique »³⁸⁴ car « [s]on but est de rester sur le terrain de l'andrologie »³⁸⁵.

La création de la *Revue clinique* est aussi le produit d'un contexte d'explosion du nombre de périodiques médicaux à la fin du siècle qui se développent d'autant plus que, comme le soulignent les historiennes Valérie Tesnière et Alina Cantau, « sans attendre la création d'une chaire ad hoc, la revue a pu servir d'aiguillon et peut précéder la reconnaissance universitaire »³⁸⁶. Le fait que la *Revue clinique* dirigée par Hamonic ait un objectif de vulgarisation auprès des praticiens mais aussi que le terme d'andrologie ne fasse pas l'objet de discussion semble suggérer qu'il ne s'accompagne pas de revendications politiques ou scientifiques de spécialisation. Il est plus probable que la *Revue clinique* ait plutôt été pour lui un outil de valorisation de sa pratique privée lui permettant de consolider son autorité médicale et de faire la promotion de ses services et de ses inventions instrumentales. En effet, comme le souligne l'historienne Isabelle Renaudet, les publications périodiques de la fin du XIX^{ème} siècle ont non seulement pour objectif de « renforcer l'autorité morale et sociale des hommes de l'art [...] [mais aussi] de servir leurs intérêts, leur carrière »³⁸⁷. En association avec celui de « gynécologie », le terme d'« andrologie » lui permet ainsi de qualifier l'ensemble de sa

³⁸² Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, op. cit., p. 272, ma traduction.

³⁸³ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit. Ainsi, un commentateur de l'*American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases* écrit en 1910: « Il est généralement compris que le chirurgien génito-urinaire est celui qui se consacre aux maladies spécifiques aux hommes ; mais, le terme lui-même n'a pas cette signification [...] Nous pouvons aisément comprendre la raison pour cette préférence pour le terme « génito-urinaire » car il implique, que celui qui traite les maladies génito-urinaires, n'est pas seulement un andrologue, mais s'arroe les qualités et les qualifications de l'urologue, du vénérologue et du syphilologue ». « An Onomatological Suggestion », *American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases*, vol. 14, 1910, p. 300-301, ma traduction.

³⁸⁴ Paul Hamonic, « De la castration chez l'homme », *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, n° 227, 1909, p. 42.

³⁸⁵ *Ibid.*

³⁸⁶ Valérie Tesnière et Alina Cantau, « Les revues médicales depuis 1800 », *Revue de synthèse*, vol. 135, n° 2-3, 2014, p. 210.

³⁸⁷ Isabelle Renaudet, « Introduction: Médecine et presse médicale en Espagne: entre les savoirs et les pouvoirs (XIX^e siècle - premier tiers du XX^e siècle) », *El Argonauta español*, n° 8, 2011.

pratique médicale et chirurgicale : en somme, de désigner le continuum de cette « médecine génito-urinaire » décrite plus tôt.

Le fait que le terme d'« andrologie » soit rarement détaché de son pendant féminin en France permet de formuler l'hypothèse que le vocable est principalement employé pour invoquer une comparaison entre les sexes. Le docteur Paul Murat utilise ainsi en 1912 les termes « andrologie et gynécologie » pour titrer une partie de son livre de vulgarisation médicale portant sur la reproduction et les organes générateurs des deux sexes³⁸⁸. Les spécialistes autoproclamés « andrologues » n'ont d'ailleurs pas forcément d'intérêt à prétendre à des enjeux comparables entre les maladies masculines et féminines. Le chirurgien britannique Edred M. Corner, auteur d'un ouvrage intitulé *Male Diseases in General Practice. An Introduction to Andrology* explique ainsi en 1910 que « les hommes, n'étant pas sujets à un processus physiologique comparable à l'accouchement, n'ont pas fait l'objet d'autant d'attention que les femmes »³⁸⁹. Si l'association avec les maladies vénériennes constituait, pour les spécialistes américains, une véritable menace, elle constitue épisodiquement dans d'autres contextes une ressource liée à la gestion de la santé publique. En Grande-Bretagne, l'un des rares pays où les champs de la dermatologie et de la vénéréologie ne sont pas regroupés, ce sont les chirurgiens des organes génito-urinaires qui prennent en charge les maladies vénériennes³⁹⁰. C'est dans ce cadre que Corner souligne l'importance sociale et politique d'établir une science de l'andrologie afin de réduire la contamination des maladies vénériennes dans les foyers :

« La science des maladies des hommes devrait être appelée andrologie ; un terme comparable à la gynécologie, la science des maladies des femmes. L'un des principaux arguments en faveur de la création d'une science de l'andrologie est le fait que les hommes sont, sans nul doute, ceux qui portent et transmettent, souvent de manière inconsciente, l'infection vénérienne dans leurs propres foyers. [...] Les conséquences de la maladie vénérienne chez l'homme constituera un aspect important de l'andrologie »³⁹¹

L'ouvrage s'inscrit dans un contexte plus large d'intérêt public, médical et politique renouvelé autour du traitement des maladies vénériennes³⁹². L'historien Timothy H. O'Neill considère cependant que « l'appropriation par Corner du terme d'*andrologie* était surtout opportuniste [...] l'*andrologie* était un terme générique intéressant pour rassembler [s]es intérêts et

³⁸⁸ Paul Murat, *Les Merveilles du corps humain*, Paris, Pierre Téqui, 1912, p. 535.

³⁸⁹ Edred M. Corner, *Male Diseases in General Practice. An Introduction to Andrology*, Londres, Oxford University Press, 1910, p. v, ma traduction.

³⁹⁰ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit.

³⁹¹ Edred M. Corner, *Male Diseases in General Practice. An Introduction to Andrology*, op.cit., p. v-vi, ma traduction.

³⁹² Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, op. cit.

connaissances professionnelles particulières »³⁹³. L'ouvrage reçoit d'ailleurs un accueil mitigé : un commentateur du *New York Medical Journal* estime qu'il ne fait qu'« ajouter à la confusion existante entre la vieille spécialité des « maladies génito-urinaires et vénériennes » et la nouvelle vogue de l'« urologie » »³⁹⁴ soulignant qu'il s'agit là d'un « terme que nous utilisons à contrecœur comme une complication non nécessaire de la nomenclature »³⁹⁵.

Il est intéressant néanmoins de noter qu'en Grande-Bretagne comme aux États-Unis, certains associent la nécessité de l'émergence d'une science de l'andrologie à la féminisation de la médecine ainsi qu'aux revendications féministes de son époque :

« Alors que les « injustices » de la femme sont dénoncées si bruyamment ces derniers temps, il est rassurant de trouver un espace dans lequel elle a reçu plus d'attention que l'homme. Peut-être cette disparité provient du fait que les médecins soient des hommes, leurs maladies relevant en conséquent du travail de tous, tandis que celles des femmes sont une spécialité. Mais la profession ne recrute plus uniquement des hommes, et une science et un art de l'andrologie doivent émerger »³⁹⁶

Ainsi, il est possible que les mouvements féministes de la fin du XIX^{ème} siècle aient, d'une certaine manière, participé à façonner un questionnement des hommes vis-à-vis de leur propre masculinité³⁹⁷. C'est d'ailleurs dans le sens d'une critique du recours à l'ovariotomie pour traiter les maladies nerveuses féminines qu'un médecin américain mobilise le concept d'andrologie dans une présentation à la Société médicale de l'Iowa en 1892 :

« Le terme de gynécologie est si souvent utilisé dans nos manuels, nos revues et nos salles de cours, que le charlatan le plus analphabète ou l'étudiant de première année le plus terne l'emploie avec hâte. Son contraire, ou le terme d'andrologie – s'attardant sur l'homme de la même manière que la gynécologie le fait pour la femme – ne peut être trouvé dans aucun manuel de notre connaissance.

Pourquoi la nature, ou Dieu Tout-Puissant, aurait construit si imparfaitement le système sexuel dans la moitié de la famille humaine, et si parfaitement celui de l'autre moitié, devrait être une réelle question pour n'importe quel esprit curieux [...] Quelle fortune colossale et quel honneur attendent [...] le futur andrologiste – qui découvrira que nos épuisement cérébraux, neurasthénies, dyspepsies, et autres névroses qui touchent le sexe mâle, pourront être rapidement traitées par la simple opération de la castration. [...]

Donnez aux filles les mêmes opportunités de développement physique dont bénéficient les garçons, et dans quelques générations, les américains seront reconnus comme une nation

³⁹³ *Ibid.*, ma traduction.

³⁹⁴ Compte-rendu de l'ouvrage de Corner dans le *New York Medical Journal*, vol. 91, 1910, p. 880, ma traduction.

³⁹⁵ *Ibid.*, p. 881, ma traduction.

³⁹⁶ *Ibid.*, p. v-vi, ma traduction.

³⁹⁷ Sérgio Carrara, « Une science dérisoire : L'andrologie au Brésil entre les deux guerres », *op. cit.*

d'athlètes et la gynécologie et l'andrologie seront tout aussi importants »³⁹⁸

Sans réel équivalent en France ou en Suisse, où le recours à l'ovariotomie est bien moindre, je n'ai pas trouvé d'usage critique du terme d'andrologie dans un objectif de renversement et de critique des pratiques médicales.

2. Significations et usages du terme « andrologie »

2.1. Une spécialité des organes génitaux masculins

Pour comprendre les différentes significations associées au terme d'andrologie, il importe aussi de souligner sa très faible prévalence dans la littérature médicale. Mes recherches au sein de dictionnaires médicaux n'ont généralement presque rien donné : le terme n'apparaît que très rarement en France et je n'en ai presque jamais trouvé la trace du côté de la Suisse romande. Une première trace est celle d'un dictionnaire de traduction médicale de l'anglais au français publié en 1899 par Henry de Méric, un chirurgien de l'Hôpital français à Londres. L'expression est alors uniquement traduite de l'anglais au français et non pas du français à l'anglais, ce qui suppose qu'elle est perçue par son auteur comme provenant de la langue anglaise. De Méric décrit l'andrologie comme une « science [...] de l'homme [et] science des affections des organes génito-urinaires mâles »³⁹⁹. Une définition similaire est aussi proposée dans le *Dictionnaire des termes techniques de médecine* publié par les docteurs Marcel Garnier, Valery Delamare et Jean Delamare à partir de 1900 et qui persistera à travers les rééditions : « Étude de l'homme, et plus particulièrement des maladies spéciales à l'homme par analogie avec *gynécologie* »⁴⁰⁰.

Alors même que le terme est très rarement employé dans la littérature médicale, il n'est pas pour autant toujours défini. Ainsi, le fait que la *Revue clinique* soit mentionnée dans divers journaux médicaux sans réflexion particulière à propos de son titre semble suggérer que l'expression est généralement comprise, ou a minima qu'elle est acceptée. Ainsi, *La France médicale et Paris médical* s'étonne uniquement : « Nous recevons le premier numéro de la *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, paraissant le 13 de chaque mois [...] Mais

³⁹⁸ J. H. Kersey, « Some reflections on the present status of gynecology », *Transactions of the Iowa State Medical Society. Forty-first annual session*, X, Cedar Rapids, Republican Printing Company Printers and Binders, 1892, p. 176-178.

³⁹⁹ Henry de Méric, « Andrology », *Dictionnaire des termes de médecine français-anglais*, Londres, Baillière, Tindall and Cox, 1899, p. 276.

⁴⁰⁰ Marcel Garnier, Valery Delamare et Jean Delamare, *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, Paris, Maloine, 4^e édition, 1909, p. 28.

pourquoi le 13 ? »⁴⁰¹. Le président de la Société médicale de Genève, Eugène Revilliod, décrit quant à lui l'andrologie comme un « élégant vocable récemment créé pour la dénomination d'une publication périodique paraissant à Paris »⁴⁰².

Le terme est d'ailleurs parfois employé en-dehors de la *Revue clinique*, dans le contexte français du moins. Dans un compte-rendu de la Société des hôpitaux de Paris en 1899, le docteur Frédéric Buret, prolifique auteur sur la syphilis, décrit le docteur Ange-Jean Guépin comme un « andrologue »⁴⁰³ pour évoquer sa présentation sur travaux sur les arthrites uréthrales et l'hypertrophie de la prostate. Quelques années plus tard, dans son ouvrage sur les *maladies contagieuses de l'appareil générateur*, il conseille aux hommes dont les maladies vénériennes tombent dans la pathologie urinaire de « s'adresser à un andrologiste »⁴⁰⁴ et par là d'entendre notamment l'école de Guyon : « Il en existe à Paris une excellente pépinière formée par le professeur Guyon : Guiard et Jamin, que nous avons l'occasion de citer, sont parmi les plus brillants »⁴⁰⁵. Auteurs d'ouvrages sur les maladies de la prostate, la blennorragie et la syphilis chez l'homme, Firmin P. Guiard et Robert Jamin se présentent tous deux, dans le *Guide Rosenwald*, comme des spécialistes des voies urinaires⁴⁰⁶. Similairement, le docteur Sarradin semble désigner les spécialistes des voies urinaires lorsqu'il explique en 1911 que « [c]ertains individus se présentent à l'andrologiste parce que, disent-ils, ils ont des difficultés à uriner, le jet est tout petit, ou bien il est double. Du reste, ils ont un rétrécissement »⁴⁰⁷.

Le terme est parfois employé dans un sens de classification : *Le progrès médical* l'utilise à propos d'un article portant sur l'hypertrophie prostatique en 1905⁴⁰⁸, quant à la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, elle désigne sous ce vocable des articles portant sur la tuberculose orchi-épididymaire, les maladies de la prostate ou encore les abcès pénien⁴⁰⁹. La classification des sujets de thèses de la Faculté catholique de médecine de Lille par la Société

⁴⁰¹ *La France médicale et Paris médical*, vol. 42, 1895, p. 304.

⁴⁰² Eugène Revilliod, « Rapport sur la marche de la Société médicale de Genève en 1897 », *Revue médicale de la Suisse romande*, vol. 1, 1898, p. 40.

⁴⁰³ M. Buret, « Rapports sur les travaux de la Société pendant l'année 1898 », *La France médicale et Paris médical*, 1899, p. 57.

⁴⁰⁴ Frédéric Buret, *Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur : guide pratique*, Société d'éditions scientifiques, Paris, 1902, p.174.

⁴⁰⁵ *Ibid.*

⁴⁰⁶ *Guide Rosenwald*, Paris, Lucien Rosenwald, 1904, p. 81 et 84.

⁴⁰⁷ Dr Sarradin, « Des troubles fonctionnels et sensitifs névropathiques de l'appareil urinaire », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, vol. 2, n° 13, 1911, p. 1322.

⁴⁰⁸ Docteur Mortier, « Les manifestations tardives de l'hypertrophie prostatique », *Le progrès médical*, vol. 3, n° 21, 1905, p. 147.

⁴⁰⁹ *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, vol. 20, n° 3, 1909, p. 52 ; *Ibid*, vol. 20, n° 10, 1909, p. 197 ; *Ibid*, vol. 20, n°15, 1909, p. 296 ; *Ibid*, vol. 20, n° 21, 1909, p. 413.

anatomo-clinique de Lille en 1911 évoque également des travaux sur les « Maladies urinaires et andrologie »⁴¹⁰.

Il est ainsi probable que le terme ait été employé en combinaison avec celui de « voies urinaires » pour désigner plus spécifiquement l'appareil génital masculin. Ainsi, dans une communication à l'Association française d'urologie en 1909, Hamonic assigne les abcès péniens du côté de l'andrologie et les maladies de l'urètre du côté de l'urologie :

« Les *abcès péniens* offrent de multiples variétés dans leurs façons de se développer. Leur classification est difficile à établir, parce que l'*andrologie* et l'*urologie* se rencontrent sur le même terrain, le *canal de l'urèthre* faisant partie intégrante de la verge, et qu'il importe de ne pas sortir des limites imposées par le titre du présent travail, et de ne pas empiéter sur le domaine des voies urinaires »⁴¹¹

Il faut souligner d'autre part que les groupes de spécialistes n'ont pas de vision unifiée de l'anatomie masculine. La classification entre organes « urinaires » et « génitaux » n'est pas la même selon les auteurs, sans que ces différences ne fassent d'ailleurs l'objet de débats. Ainsi, dans un ouvrage sur les organes génito-urinaires de l'homme paru en 1904, le docteur Henri Hartmann définit les organes génitaux comme comprenant les testicules et ses enveloppes, le pénis et le prépuce⁴¹². Dans les statistiques issues de son Hôpital, l'urologue Fernand Cathelin, considère quant à lui que la verge fait partie de l'appareil urinaire, mais que les testicules, les épидидymes, le cordon spermatique, les vésicules séminales ainsi que des maladies telles que la spermatorrhée et les pollutions nocturnes relèvent de l'appareil génital⁴¹³. Cette classification est représentée dans un schéma récapitulant les statistiques des opérations menées à son hôpital d'urologie (fig.1), où il présente les maladies de l'urètre et de la verge comme des maladies urinaires, distinctes de l'appareil génital de l'homme.

⁴¹⁰ Docteur C. Lepoutre, « La Société Anatomo-Clinique de Lille », *Les Facultés Catholiques de Lille*, vol. 2, 1911, p. 27.

⁴¹¹ Paul Hamonic, « Des abcès péniens », Association Française d'Urologie (A.F.U.), *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, 13^e session, Paris, Octave Doin et Fils, 1910, p. 376.

⁴¹² Henri Hartmann, *Organes génito-urinaires de l'homme*, Paris, G. Steinheil, 1904.

⁴¹³ Fernand Cathelin, *Cinq années de Pratique et d'Enseignement à l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire*, op. cit., p. 85.

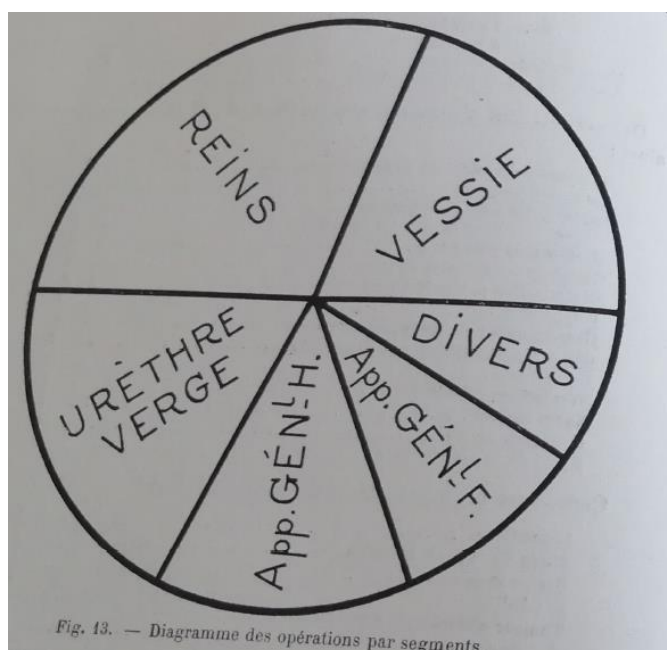


Figure 1: Fernand Cathelin, *Cinq années de Pratique et d'Enseignement à l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire*, op.cit., p. 70

Similairement, dans son ouvrage sur la chirurgie de l'appareil génital masculin paru en 1901, le chirurgien Joseph Arrou comprend comme « génital » les testicules, les maladies vénériennes, la tuberculose de l'urètre, les vésicules séminales, la prostate, le canal déférent et l'épididyme⁴¹⁴. Tous les urologues et chirurgiens n'effectuent d'ailleurs pas la distinction entre appareil urinaire et génital chez l'homme. Félix Guyon quant à lui considère que si le terrain de l'urologue se restreint en principe à l'appareil urinaire, la proximité anatomique des organes brouille cette distinction : « les étroites connexions de l'appareil génital et de l'appareil urinaire nous amènent un nombre relativement élevé de cas où il convient d'agir sur l'appareil génital »⁴¹⁵. L'urètre et la prostate, les organes les plus investis par les urologues⁴¹⁶, sont alternativement désignés comme génitaux ou urinaires comme en témoigne un article de l'urologue Félix Legueu en 1907 :

« On peut donc considérer l'urètre antérieur comme un canal indifféremment urinaire ou génital, se branchant à partir de l'urètre postérieur en deux conduits, l'un qui deviendrait exclusivement urinaire [...] l'autre exclusivement génital [...] A la jonction des deux conduits se trouverait l'urètre postérieur, entouré par la prostate, glande à la fois génitale

⁴¹⁴ Joseph Arrou, *Chirurgie de l'appareil génital de l'homme*, Paris, Octave Doin, 1901.

⁴¹⁵ Félix Guyon, « Physiologie pathologique de l'hématurie », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 886.

⁴¹⁶ Ceci est vrai dans les index des revues d'urologie mais aussi dans la classification de L'*Encyclopédie française d'urologie* parue entre 1914 et 1923 et divisée en six tomes : les tomes deux et trois sont dédiés aux maladies des reins et des uretères, le tome quatre aux maladies de la vessie, le tome cinq aux maladies de l'urètre et le tome six aux maladies de la prostate.

et urinaire [...] ces deux organes sont véritablement le centre, le pivot de toutes les infections, de toutes les maladies de l'appareil génito-urinaire. C'est dans ce sens qu'on a pu dire qu'au point de vue urinaire l'homme dépendait surtout de sa prostate »⁴¹⁷

Comme le souligne l'historien Patrice Pinnell, « [c]ette annexion des maladies de la prostate prélude à l'élargissement du territoire des urologues en direction de tout l'appareil génital masculin (verge, testicules, canaux déférents) »⁴¹⁸.

Probablement en raison de ces diverses classifications et de la difficulté à distinguer les maladies génitales des maladies urinaires, le terme « andrologie » semble avoir été relativement peu utilisé dans la littérature médicale. En effet, s'il désigne une science chirurgicale des organes génitaux masculins, il se distingue à peine du domaine de l'urologie et n'inclut de changements substantiels de pratique clinique qui légitimerait l'existence d'une nouvelle appellation. Le terme ne fait d'ailleurs pas l'objet de discussions, il n'est pas adopté par un groupe de professionnels autoproclamés « andrologues » et n'inclut donc pas de production de discours et de représentations⁴¹⁹.

Il semble que, similairement au cas allemand étudié par l'historien Torsten Wöllman, l'expression ait été initialement utilisée de manière sporadique en langue française sans nécessairement toujours être définie, ni être attachée à des revendications professionnelles et scientifiques⁴²⁰. Le terme semble d'ailleurs avoir davantage circulé dans la scène médicale allemande que française. Comme le note l'historien George Weisz, les universités allemandes demeurent relativement conservatrices en matière de reconnaissance des disciplines spécialisées⁴²¹. Il est donc possible qu'en l'absence de spécialités solidement établies, d'autres formes de revendications de juridiction se soient exprimées. D'autre part, comme le montre Weisz, le contexte de compétition professionnelle en Allemagne pousse les gynécologues à se déplacer vers des compétences, organes et techniques issues de l'urologie⁴²². Ces échanges ont peut-être permis l'émergence de points de comparaison et d'analogies entre les deux spécialités. Une revue de presse internationale parue dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* soulignait ainsi en 1909 l'attention portée aux liens entre urologie et gynécologie lors du deuxième congrès de l'Association allemande de chirurgie : il s'agit pour les gynécologues

⁴¹⁷ Félix Legueu, « Maladies des voies urinaires inférieures. Urètre, prostate, vessie », dans P. Brouardel et A. Gilbert, *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, t. xxii, *Maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme*, Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1907, p. 6.

⁴¹⁸ Patrice Pinnell, « Champ médical et processus de spécialisation », *op. cit.*, p. 20.

⁴¹⁹ Christelle Rabier, « Le Système des professions, entre sociologie et histoire: retour sur une recherche », *op. cit.*

⁴²⁰ Torsten Wöllmann, « Zur Medikalisierung von Männlichkeiten Das Beispiel Andrologie », *op. cit.*

⁴²¹ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, *op. cit.*

⁴²² *Ibid.*

d' « apprendre à faire et à bien faire un diagnostic urologique [...] [et] d'étudier l'urologie gynécologique pour le bien même de l'urologie générale »⁴²³. Parmi les communications se trouve d'ailleurs un médecin berlinois, le docteur Knorr, qui présente une communication sur les « points de contact de la gynécologie, de l'andrologie et de l'urologie »⁴²⁴.

Les travaux de l'historienne Christina Benninghaus ont d'autre part montré que depuis la fin du siècle en Allemagne, le rôle de l'infection blennorragique est communément admis dans les différentes causes de stérilité masculine : il est aussi de plus en plus accepté, pour les classes sociales les plus éduquées, d'examiner le sperme pour évaluer la stérilité masculine⁴²⁵. C'est d'ailleurs en ce sens qu'est adopté le terme d'andrologie par certains praticiens, tels que le gynécologue Max Sänger, dont l'un des articles est traduit dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* en 1890. En exposant les différentes causes et traitements de la blennorragie chez la femme, Sänger présente la nécessité d'une meilleure prise en charge des maladies vénériennes masculines qu'il appelle de ses vœux comme une « andrologie » :

« le traitement de la blennorrhagie de l'homme, si l'on veut obtenir réellement la guérison et prévenir la contamination de la femme pure, exige une série de conditions que ne peuvent à l'heure actuelle remplir les médecins et les spécialistes. Or, pour remédier à cet état, il y aurait lieu de délimiter un terrain chirurgical particulier et pour lequel je propose, par opposition à la « gynécologie », la dénomination d' « andrologie ». Les médecins qui s'en occuperaient, seraient tenus d'avoir sur toutes les affections de l'appareil sexuel de l'homme, y compris celles de l'appareil urinaire et du gros intestin, des connaissances cliniques chirurgicales aussi complètes, aussi étendues, que celles qu'il est, à l'heure actuelle, indispensable au gynécologue de posséder sur les maladies correspondantes des organes génitaux de la femme »⁴²⁶

À quel point ces usages allemands du terme sont-ils connus en France ? Il est possible qu'Hamonic, décrit par un élogieux article de presse comme un « éminent gynécologiste »⁴²⁷, ait connu le terme par le biais de ces lectures. Les travaux allemands sont en tout cas parfois traduits et commentés dans les revues professionnelles françaises – mais aussi suisses. Il n'est pas à exclure non plus que le changement de nom de l'Association américaine des chirurgiens génito-urinaires ait été observé depuis la France puisque certaines présentations scientifiques

⁴²³ « Revue internationale de la presse et des sociétés savantes », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, vol. 27, 1909, p. 1019.

⁴²⁴ *Ibid*, p. 1020.

⁴²⁵ Christina Benninghaus, « “The Archenemy of Fertility”: Gonorrhea and Infertility, Germany 1870-1935 », dans Simon Szreter (dir.), *The Hidden Affliction. Sexually Transmitted Infections and Infertility in History*, New York, University of Rochester Press, 2019, p. 305-340 ; Christina Benninghaus, « Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870-1900 », *op. cit.*

⁴²⁶ Sänger, « De la blennorrhagie chez la femme », *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, G. Steinheil, 1890, p. 278.

⁴²⁷ H. Arnaud-Moulin, « Docteur Paul Hamonic », *op.cit.*

ont été traduites dans la presse francophone⁴²⁸. Il reste difficile néanmoins d'établir dans quelle mesure ces usages ont réellement circulé ou non. Au vu des très rares occurrences du terme d'andrologie en langue française, il est permis d'en douter.

2.2. Troubles sexuels et reproductifs : l'andrologie dans l'entre-deux-guerres

Le décès de Paul Hamonic en 1923 marque la fin de la *Revue clinique* dont la parution cessera deux ans plus tard. L'influence du journal aura été décroissante, avec de moins en moins d'articles publiés, dont la plupart portent au lendemain de la guerre sur l'histoire de la médecine, de la pharmacie et de la chirurgie plutôt que sur les maladies génito-urinaires. S'il circule très peu, le terme d'andrologie ne disparaît pas tout à fait avec le décès d'Hamonic. Il apparaît sporadiquement, comme par exemple dans le *Petit dictionnaire de médecine* du médecin légiste Eugène Dabout en 1924 où il est défini comme désignant l'« [é]tude des maladies des organes génitaux de l'homme »⁴²⁹. Le déplacement est subtil, mais il me semble révélateur de l'abandon de la dimension urinaire de l'andrologie au lendemain de la Première Guerre mondiale : d'une science des organes génito-urinaires, l'andrologie devient peu à peu requalifiée comme celle des troubles sexuels et reproductifs masculins.

Il nous faut s'éloigner un peu du contexte français pour comprendre comment s'opère ce déplacement. Au lendemain de la Grande Guerre, le déclin des naissances commence à faire l'objet de préoccupations politiques et médicales en Grande-Bretagne⁴³⁰. Alors que la blennorragie était jusqu'ici considérée comme la cause principale de stérilité chez l'homme, la mise en évidence de patients azoospermiques malgré leur absence de passé vénérien commence à transformer les représentations et la prise en charge des hommes stériles⁴³¹. Une figure importante de ce déplacement est celle de Kenneth Walker, un chirurgien des voies urinaires du *Royal Northern Hospital* à Londres. Contrairement à son prédécesseur Edred M. Corner, Walker ne s'intéresse pas seulement aux maladies et à la chirurgie des organes mais il est aussi un auteur prolifique au sujet d'autres affections des hommes : le « climatère masculin »⁴³², la

⁴²⁸ Les travaux de la réunion de l'Association américaine d'andrologie et de syphilologie de 1891 sont par exemples présentées dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, t. x., 1892, p. 142-153.

⁴²⁹ Eugène Dabout, *Petit dictionnaire de médecine. Expressions techniques. Termes médicaux*, Baillière et fils, Paris, 1924, p. 31.

⁴³⁰ Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, op. cit.

⁴³¹ Naomi Pfeffer, *The Stork and the Syringe. A Political History of Reproductive Medicine*, Cambridge, Polity Press, 1993.

⁴³² Kenneth M. Walker, « The Accidents of the Male Climacteric », *The British Medical Journal*, vol. 1, n°3705, 1932, p. 50-53. Je reviendrai dans le prochain chapitre sur cette catégorie diagnostique.

stérilité masculine et l'impuissance sexuelle. En 1923, il présente ces différents intérêts comme relevant d'une « andrologie » qu'il définit comme « l'étude des maladies des organes mâles de la génération »⁴³³. Chirurgien reconnu par ses pairs, Walker est membre de plusieurs sociétés médicales, telles que la *Royal Society of Medicine* et la *British Medical Association*. Tout comme son prédécesseur, il reconnaît qu'il n'existe pas « chez l'homme de processus physiologique comparable en importance à celui de l'accouchement chez la femme »⁴³⁴. Mais il souligne d'autre part que les spécificités des hommes ont été souvent éludées car « le tract génital est si intimement lié au tract urinaire [...] que l'étude des maladies de l'un a été liée aux maladies de l'autre sous le titre général de chirurgie génito-urinaire »⁴³⁵. Dans son ouvrage *Diseases of the Male Organs of Generation* paru en 1923, Walker propose de distinguer les maladies des organes propres à la reproduction des organes urinaires, c'est-à-dire de considérer « les testicules, le cordon spermatique, la prostate, les vésicules et les organes génitaux externes [comme] un champ fécond pour la recherche »⁴³⁶. Au-delà de l'attention qu'il porte à la prostate, sur laquelle il a jusqu'alors principalement travaillé⁴³⁷, il s'intéresse également aux troubles hormonaux ainsi qu'à la stérilité masculine. Comme le montre Rene Almeling, la réception de l'ouvrage est plutôt favorable⁴³⁸. La proposition de développer une nouvelle science de l'andrologie est en revanche relativement peu commentée, à l'exception d'un compte-rendu du *British Medical Journal* qui déplore que la « division de la science médicale en de nombreuses branches, chacune traitant d'organes ou de systèmes d'organes spécifiques soit allée trop loin [...] N'est-ce pas un retour en arrière que de distinguer un système d'organes de ses relations avec d'autres systèmes ? »⁴³⁹.

La redéfinition de l'andrologie autour des troubles sexuels et reproductifs est rendue possible par la conjoncture de nouvelles approches sur les corps masculins : l'émergence de l'endocrinologie sexuelle, de la sexologie et de la psychanalyse. Cette interprétation amène à nuancer l'hypothèse de l'historien Timothy O'Neill qui attribue l'échec de l'andrologie fin de siècle à « l'importance croissante de la psychologie dans la médecine sexuelle »⁴⁴⁰. Tout comme

⁴³³ Kenneth M. Walker, *Diseases of the Male Organs of Generation*, Londres, Henry Frowde and Hodder & Stoughton, 1923, p. v, ma traduction.

⁴³⁴ *Ibid.*

⁴³⁵ *Ibid.*

⁴³⁶ *Ibid.*

⁴³⁷ Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, op. cit.

⁴³⁸ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

⁴³⁹ « Andrology », *The British Medical Journal*, vol. 1, n° 3296, 1924, p. 386, ma traduction.

⁴⁴⁰ Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, op. cit., p. 273, ma traduction.

le fait Kenneth Walker en Grande-Bretagne, plusieurs auteurs français publient, dès l'entre-deux-guerres des ouvrages de « sexologie masculine » soulignant la nécessité d'adopter une perspective interdisciplinaire afin de mieux prendre en charge les troubles de la sexualité masculine. Le fait que des thèses de médecine paraissent sur le sujet est significatif de cette nouvelle approche. En 1932, Aimé Amram rédige ainsi sa thèse à la Faculté de médecine de Paris sur l'impuissance sexuelle à partir d'observations du service de l'urologue Maurice Chevassu et de celui du neurologue et psychiatre Henri Claude⁴⁴¹. Montrant l'intérêt de cette approche pluridisciplinaire, il souligne le « faisceau convergent de recherches physiologiques, histologiques, endocrinologiques, neurologiques et psychologiques [sur la sexualité] »⁴⁴². C'est aussi la perspective adoptée par l'urologue Max-Mariot Palazzoli qui étudie à l'Hôpital Necker et à l'Hôpital Saint-Louis les cas d'impuissance sexuelle. Son premier ouvrage, *L'impuissance sexuelle chez l'homme* paru en 1935 connaîtra de nombreuses rééditions. Si les ouvrages de Palazzoli sont préfacés par des grands noms de l'urologie, tels que Félix Legueu et Bernard Fey, ils limitent vraisemblablement la carrière de leur auteur, comme en témoigne la préface de Félix Leueu qui souligne le « courage de publier une œuvre dont le titre seul suscite déjà la curiosité et dont le développement expose aisément à la critique »⁴⁴³.

Pour comprendre comment émerge cette réflexion autour d'une approche interdisciplinaire sur la sexualité masculine, il importe de revenir sur l'histoire du développement de la sexologie en France et en Suisse. Élargissant le champ de la protosexologie jusqu'alors centrée autour de la figure du pervers, les sciences de la sexualité qui se développent dans l'entre-deux-guerres s'intéressent à la sexualité « normale », à la procréation, la sexualité féminine et l'égalité entre hommes et femmes, et ce notamment sous l'influence de femmes et des féministes investies dans les mouvements pour la réforme sexuelle⁴⁴⁴. Comme le souligne l'historienne Annick Ohayon, « [l]a sexologie est [...] d'emblée située comme une affaire sociale, comportant deux dimensions principales, l'hygiène et l'eugénisme, et une dimension secondaire, l'épanouissement de la personne est du couple »⁴⁴⁵. Le militant pacifiste, anarchiste et néomalthusien Eugène Humbert qui rédige la notice « sexologie » pour l'*Encyclopédie*

⁴⁴¹ Aimé Amram, *Contribution à l'étude de l'impuissance sexuelle*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1932

⁴⁴² *Ibid*, p. 1.

⁴⁴³ Préface de Félix Legueu, *Ibid*, p. vi.

⁴⁴⁴ Katie Sutton, *Sex Between Body and Mind: Psychoanalysis and Sexology in the German-speaking World 1890s-1930s*, University of Michigan Press, 2019 ; Sylvie Chaperon, « Sexologie et féminisme au début du XXe siècle », *L'Esprit du temps*, n° 58, 2010, p. 67-81 ; Florence Tamagne, « La Ligue mondiale pour la réforme sexuelle : La science au service de l'émancipation sexuelle ? », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, n° 22, 2005, p. 101-121.

⁴⁴⁵ Annick Ohayon, « L'émergence d'un mouvement sexologique français (1929-1939), entre hygiénisme, eugénisme et psychanalyse », *PSN-Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences*, vol. 1, n° 4, 2003, p. 54.

anarchiste de Sébastien Faure publiée en 1934 décrit le terme comme « la science qui comprend l'ensemble de nos connaissances anatomiques, physiologiques, biologiques, psychologiques et sociales se rapportant à toutes les manifestations de la sexualité »⁴⁴⁶. Il en précise quatre grandes branches : la sexologie générale portée sur les questions anatomiques de la reproduction (physiologie des organes génitaux, mécanismes de la fécondation et de la reproduction, impuissance et stérilité) ; la sexopsychologie concernée par les « manifestations internes et externes de la sexualité dans ses relations de causes à effets »⁴⁴⁷, l'amour, la « Virilité et féminité psychiques »⁴⁴⁸ et la psychanalyse ; la sexopathologie étudiant toutes les anomalies de la sexualité, comprenant les perversions sexuelles tout autant que les maladies vénériennes ; et pour finir la sexologie sociale traitant des questions de virginité, de célibat, d'union libre, d'avortement et de contraception, d'éducation à la sexualité.

Dès 1928, la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle est fondée par Magnus Hirschfeld, Havelock Ellis et Auguste Forel. La Ligue rassemble plusieurs revendications : l'égalité entre les femmes et les hommes ; la sécularisation du mariage et du divorce ; l'accès à la contraception ; l'eugénisme ; la protection des mères célibataires et des enfants illégitimes ; la prévention de la prostitution et des maladies vénériennes ; l'éducation sexuelle ; et la décriminalisation des « sexualités anormales »⁴⁴⁹. La diversité des acteur·ices et des contextes fait que la Ligue connaît néanmoins de grandes divergences nationales, notamment en ce qui concerne l'égalité entre les sexes, le contrôle des naissances ou la question de la dépénalisation de l'homosexualité⁴⁵⁰.

En Suisse comme en France néanmoins, le développement de la sexologie durant l'entre-deux-guerres demeure marginal. En Suisse romande pourtant pays de Forel, la sexologie qui s'institutionnalise en partie dès les années 1920 est moins une science militante qu'une discipline au service de l'hygiène sociale et morale soutenue par les Églises pour maintenir les valeurs familiales⁴⁵¹. Si l'influence de la psychanalyse contribue à renouveler les études sur les sexualités, ce sont les politiques de protection de la famille et du couple qui permettent

⁴⁴⁶ Eugène Humbert, « Sexologie », Sébastien Faure (dir.), *Encyclopédie anarchiste*, Paris, La Librairie Internationale, 1934, p. 2571.

⁴⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁴⁹ Sylvie Chaperon, « The Revival of Sexuality Studies in France in the Late 1950s », dans Gert Hekma et Alain Giami (dir.), *Sexual Revolutions*, London, Palgrave Macmillan, 2014, p. 141-154.

⁴⁵⁰ Ralph Dose, « The World League for Sexual Reform: Some Possible Approaches », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 12, n° 1, 2003, p. 1-15.

⁴⁵¹ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

l'institutionnalisation de la sexologie médicale⁴⁵². Ainsi, dès le milieu des années 1930, un certain nombre de consultations dédiées aux couples souhaitant se soumettre à des examens pré-nuptiaux voient le jour en Suisse romande. Parmi les analyses de potentielles « tares », les médecins délivrent également des conseils de « psychologie sexuelle », même si le terme n'est pas explicitement présenté, de crainte que des patients n'y voient l'opportunité de discuter la mise en place d'une contraception⁴⁵³.

En France, les sciences sexuelles se développent plus tardivement que dans les autres pays européens, notamment en raison de l'absence de deux piliers qui soutiennent le mouvement dans d'autres contextes : le mouvement homosexuel et celui pour la contraception⁴⁵⁴. Au début des années 1930, le psychiatre Édouard Toulouse et le gynécologue Jean Dalsace fondent les premières associations d'étude des sexualités : l'Association d'études sexologiques (1931) et la Société de sexologie (1932), chacune produisant un bulletin⁴⁵⁵.

Malgré les ouvrages dédiés à la sexualité masculine, il semble que le concept d'une science dédiée à la masculinité n'ait pas fait l'objet de réflexions par les sexologues français et suisses. En revanche, le terme « andrologie » est redéfini par certains comme une sous-catégorie de la sexologie associée avec l'étude de la sexualité masculine. Ainsi, le médecin et psychiatre Maxime Laignel-Lavastine intitule en 1932 une conférence à l'Hôpital de la Pitié « le sympathique en andrologie »⁴⁵⁶. Lors de celle-ci, il présente l'andrologie comme « une partie de la *sexologie* », l'autre partie étant « la cypridologie, selon le terme [...] qui doit être substitué à celui de vénéréologie »⁴⁵⁷. Ainsi, contrairement à l'andrologie imaginée dans *La Revue clinique* des années plus tôt, l'andrologie est ici redéfinie comme relevant de la sexualité et tout à fait détachée de son pendant vénérien. Inspiré par l'endocrinologie sexuelle, Laignel-Lavastine s'intéresse aux liens entre l'activité glandulaire et le rôle du nerf sympathique dans

⁴⁵² *Ibid.*

⁴⁵³ *Ibid.*

⁴⁵⁴ La décriminalisation des « actes contre nature » par les juristes de la Révolution Française fait qu'il n'existe pas en France de mouvement homosexuel similaire à celui qui se développe en Allemagne, ou de moindre manière en Grande-Bretagne. D'autre part, les lois de 1920 et de 1923 qui criminalisent la contraception et l'avortement en France ont entraîné une persécution des milieux néo-malthusiens : à la fin des années 1920, le mouvement a perdu son élan. Sylvie Chaperon, « The Revival of Sexuality Studies in France in the Late 1950s », *op. cit.* ; Francis Ronsin, *La grève des ventres. Propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (XIXe-XXe siècles)*, *op. cit.* En Suisse romande, l'absence de criminalisation de l'homosexualité peut aussi en partie expliquer le lent développement de la sexologie de l'entre-deux-guerres, voir Taline Garibian, « Medicine and the Paradox of the Decriminalization of Homosexuality in Switzerland: Toward a New System of Coercion (1940–1960) », *op. cit.*

⁴⁵⁵ Sylvie Chaperon, « The Revival of Sexuality Studies in France in the Late 1950s », *op. cit.*

⁴⁵⁶ Maxime Laignel-Lavastine, « Le sympathique en andrologie », *Annales médico-psychologiques*, vol. 1, n° 5, 1933, p. 537-564.

⁴⁵⁷ *Ibid.*, p. 537.

le mécanisme de l'érection notamment : il s'agit-là de « l'essence même de l'andrologie [...] la fonction génitale sexuelle humaine est formée par un arc qui va de la glande à l'organe caractéristique [...] on peut dire que c'est une étude qui va de la gonade au pénis »⁴⁵⁸.

Cette définition sexologique de l'andrologie est reprise par une autre figure, cette fois-ci brésilienne, qui présente, lors d'un séjour en France, une véritable réflexion autour du statut de l'andrologie comme branche médicale : il s'agit du sexologue brésilien José Oliveira Pereira de Albuquerque. En juillet 1936, Albuquerque fait une conférence à la Faculté de médecine de Paris sous les auspices de la Société de sexologie française, à propos de ce qu'il présente comme une « branche nouvelle de la Sexologie, l'Andrologie »⁴⁵⁹. Accompagné d'un représentant de l'ambassade brésilienne à Paris⁴⁶⁰, cette présentation fait partie d'un tour d'Europe financé par la Congrégation de la Faculté de médecine de l'Université de la Capitale fédérale de Rio de Janeiro⁴⁶¹. À l'occasion de ce voyage, il rend également visite au Ministère de la santé publique ainsi qu'à l'Union Internationale contre le péril vénérien, à l'Institut prophylactique de Paris et dans les services antivénériens de la ville de Rouen sur invitation du Professeur Payenneville⁴⁶².

Engagé pour l'éducation sexuelle, dans la lutte contre les maladies vénériennes et pour le développement de la sexologie, Albuquerque est pourtant un personnage relativement marginalisé de la scène médicale brésilienne⁴⁶³. Il ne fait pas partie des prestigieuses sociétés et académies brésiennes qu'il accuse d'anti-républicanisme⁴⁶⁴. Comme le souligne Sérgio Carrara, en axant son principe d'éducation sexuelle sur les hommes et en critiquant la double morale sexuelle, Albuquerque milite pour le fondement et le développement de l'andrologie qu'il conçoit comme un moyen de « guérir les maladies sexuellement transmissibles [...] mais aussi de standardiser le comportement sexuel des hommes, en les obligeant au nom du principe transcendant de la préservation de l'espèce ou de la « race », à suivre certains préceptes hygiéniques »⁴⁶⁵. Avec le soutien du préfet Pedro Ernesto, il obtient en 1936 la première chaire

⁴⁵⁸ *Ibid*, p. 539.

⁴⁵⁹ José de Albuquerque, « Une branche nouvelle de la Sexologie, l'Andrologie », *Bulletin de la Société de Sexologie*, vol. 8, n° 3, 1936, p. 506-550.

⁴⁶⁰ José de Albuquerque, « Quatro letras. Cinco lustros, 1958 », Brochure annexe dans Sérgio Carrara et Marcos Carvalho, *Meu Encontro com os outros: memorias de José de Albuquerque, pioneiro da sexologia no Brasil*, Rio de Janeiro, Fiocrur, 2016.

⁴⁶¹ *Journal des débats politiques et littéraires*, 3 mai 1936, p. 6.

⁴⁶² José de Albuquerque, « Quatro letras. Cinco lustros, 1958 », *op.cit.*

⁴⁶³ Sérgio Carrara et Marcos Carvalho, *Meu Encontro com os outros : memorias de José de Albuquerque, pioneiro da sexologia no Brasil*, Rio de Janeiro, Fiocrur, 2016.

⁴⁶⁴ Jane Russo et Sérgio Carrara, « Politics, Religion, and Sexuality: Psychoanalysis and Sexology in the Brazilian Publishing Market in the First Decades of the Twentieth Century », dans Alain Giami et Sharman Levinson, *Histories of Sexology. Between Science and Politics*, Cham, Palgrave Macmillan, 2021, p. 119-135.

⁴⁶⁵ Sérgio Carrara, « Une science dérisoire : L'andrologie au Brésil entre les deux guerres », *op. cit.*, p. 13.

d'andrologie clinique à l'Universidade do Distrito Federal réputée progressiste et fondée l'année plus tôt par le préfet et l'éducateur Anísio Teixeira⁴⁶⁶.

En avril 1932, Albuquerque lance un *Jornal do Andrologia* publié de manière trimestrielle et distribué gratuitement sans interruption entre 1932 et 1938. La revue est l'organe officiel du Centre d'études en Andrologie qu'il a lui-même créé pour encourager les études dans cette branche. Elle est aussi un moyen de répondre à ses détracteurs, comme le souligne Carrara : « il était assez explicite que l'idée d'une andrologie avait été reçue par plusieurs médecins comme ridicule et qu'Albuquerque se servait du périodique pour répondre à ceux qui attaquaient ses idées « dans les coulisses, dans les coins des rue et dans les couloirs des hôpitaux et des associations médicales » »⁴⁶⁷.

Similairement à la *Revue clinique* d'Hamonic, Albuquerque est d'ailleurs l'un des rares auteurs à publier dans la revue. Les thématiques abordées dans le *Jornal do Andrologia* révèlent néanmoins des intérêts bien différents de ceux de la *Revue clinique*. Aux opérations des organes génito-urinaires se substituent des discussions politiques autour de la sexologie et de l'andrologie telles que la stérilisation eugénique ou les résistances de l'Église catholique face à l'insémination artificielle. Des travaux étrangers, dont plusieurs français⁴⁶⁸ sont aussi traduits. La revue comprend aussi des articles grand public au sujet de la stérilité, de l'impuissance sexuelle, des maladies vénériennes et de la stérilité. À compter de 1935, est également édité en français, anglais, allemand, espagnol et italien afin d'attirer un public international⁴⁶⁹. L'absence de cette revue des bibliothèques et centres d'archives de langue francophone en Europe suggère néanmoins que la revue reste limitée à un public brésilien ou tout au plus sud-américain. En effet, l'unique exemplaire que j'ai pu me procurer provenait d'un centre d'histoire sociale situé aux Pays-Bas, ce qui révèle donc la faible circulation de la revue⁴⁷⁰.

Puisqu'il est devenu membre associé de la Société de sexologie en 1936, la conférence d'Albuquerque est par la suite publiée dans son *Bulletin*. Il présente l'andrologie comme une science fonctionnelle de la sexualité masculine et s'oppose à l'appropriation par l'urologie du

⁴⁶⁶ Sérgio Carrara, « Une science dérisoire : L'andrologie au Brésil entre les deux guerres », *op. cit.*

⁴⁶⁷ *Ibid.*, p. 13-14.

⁴⁶⁸ Henri Gougerot, « Los portadores de germen venereos », *Jornal de Andrologia*, vol. vii, n° 4, 1938, p. 2 ; Léon Neuray, « Impuissance, Sterilité et Congrès », *Jornal de Andrologia*, vol. vii, n° 4, 1938, p. 7.

⁴⁶⁹ Sérgio Carrara, « Une science dérisoire : L'andrologie au Brésil entre les deux guerres », *op. cit.*

⁴⁷⁰ Certains numéros du périodique sont conservés à l'*International Institute of Social History* situé à Amsterdam.

traitement de la blennorragie, qu'il considère comme une maladie sexuelle et non pas une maladie urinaire :

« Pourquoi [...] la blennorragie doit-elle être considérée comme maladie sexuelle chez la femme, et urinaire chez l'homme ? Simplement du fait que l'urologie veut s'annexer un organe qui réellement ne lui appartient pas, - l'urètre - comme nous allons le démontrer. L'urètre est, anatomiquement ou physiologiquement, un organe sexuel. Anatomiquement, elle l'est, puisque c'est le siège exclusif d'organes sexuels : glandes muqueuses de l'urètre, glandes de Cowper, glandes de Littre, veru-montanum, orifices des canaux éjaculatoires, utricule prostatique, etc... ; en plus, parce que dans la presque totalité de son trajet, elle traverse des organes sexuels, ce qui lui a valu des noms qu'il prend en son parcours : portion pénienne, portion scrotale et portion prostatique. Physiologiquement, l'urètre est un organe sexuel, puisque s'il nous était possible de l'extirper en le sectionnant, au point de fixation du veru-montanum, le patient continuerait à satisfaire complètement sa fonction urinaire, tandis qu'il serait dans l'impossibilité absolue d'exercer la fonction sexuelle. Par conséquent, l'urètre est un organe sexuel, bien qu'il serve fortuitement à l'élimination de l'urine ; sa fonction principale étant la fonction sexuelle ; sa fonction subsidiaire, la fonction urinaire »⁴⁷¹

Albuquerque désigne ainsi l'andrologie comme une spécialité médicale traitant de « ce qui a trait à la fonction sexuelle masculine »⁴⁷². Plutôt que des spécialités basées sur l'anatomie ou la thérapeutique, il propose de valoriser le « critérium fonctionnel »⁴⁷³, c'est-à-dire une clinique dans laquelle « le spécialiste s'occupe des altérations morbides d'une fonction déterminée, qu'elles soient dus à des altérations matérielles des organes mêmes, ou la conséquence de répercussions d'états morbides localisés en d'autres organes, ou bien encore qu'elles soient le résultat de troubles purement fonctionnels de nature nerveuse ou mentale »⁴⁷⁴. Selon lui, l'approche de la spécialité comme se basant sur une fonction plutôt que sur un organe permet non seulement au médecin d'avoir « toujours une vue d'ensemble de l'organisme, pendant qu'il interprète les symptômes morbides de ses malades »⁴⁷⁵ mais répond également aux besoins des patients qui viennent consulter en raison d'une dysfonction dont ils ignorent parfois la réalité anatomique⁴⁷⁶. En établissant une analogie avec les spécialités existantes, il critique vivement ce qu'il décrit comme une domination urologique de la clinique andrologique :

« qu'est-ce que la clinique gynécologique, sinon celle qui s'occupe des altérations organiques et fonctionnelles de la fonction sexuelle de la femme ; la clinique urologique sinon celle qui traite des altérations organiques et fonctionnelles de la fonction

⁴⁷¹ José de Albuquerque, « Une branche nouvelle de la Sexologie, l'Andrologie », *op.cit.*, p. 514.

⁴⁷² *Ibid*, p. 506.

⁴⁷³ *Ibid*.

⁴⁷⁴ *Ibid*.

⁴⁷⁵ *Ibid*.

⁴⁷⁶ *Ibid*, p. 509.

urinaire [...] La spécialisation que nous avons fait nôtre, la clinique andrologique, c'est-à-dire celle qui s'occupe des altérations organiques et fonctionnelles de la fonction sexuelle de l'homme, [...] a déjà atteint un tel progrès que c'est une injustice de ne pas l'émanciper [...] et que c'est une injustice encore plus grande que de la placer sous la dépendance d'une spécialité qui lui est incontestablement mineure, anatomiquement, physiologiquement, pathologiquement et thérapeutiquement, la clinique urologique.

La clinique andrologique est jusqu'à ce jour restée injustement assujettie à la clinique urologique, sans qu'il y ait d'argument d'ordre scientifique pour justifier une pareille dépendance. Ambition de dilater des frontières et rien de plus ; ainsi procède l'Urologie qui s'est annexé une science immensément plus grande qu'elle : l'Andrologie »⁴⁷⁷

Pour distinguer l'andrologie de l'urologie, il s'appuie néanmoins sur une nouvelle division des organes, laissant à l'urologue uniquement les maladies des reins, des uretères et de la vessie tandis qu'à l'andrologiste reviennent les autres organes génitaux⁴⁷⁸. Il réaffirme d'autre part une complète différence entre les fonctions urinaires et génitales et réplique à ses détracteurs :

« Un argument souvent invoqué pour prouver que l'urologie et l'andrologie sont inséparables, est le suivant : dans les cas de la maladie nommée « hypertrophie de la prostate », les malades présentent de la difficulté ou l'impossibilité d'uriner, de sorte qu'il devient nécessaire d'éloigner cet obstacle, pour donner libre cours à l'urine ; s'il en est ainsi, argumentent nos oppositeurs, le spécialiste en urologie doit aussi l'être en andrologie.

C'est toutefois un argument nul, car par le même raisonnement, le spécialiste des maladies de l'appareil circulatoire ne saurait faire à moins de l'être aussi en maladies de l'appareil respiratoire, attendu que dans les cas de pleurésie gauche avec épanchement, les troubles cardio-vasculaires par compression, pourront seul céder, par l'extraction du liquide pleural. [...]

Prétendre une indépendance absolue entre les diverses spécialités médicales, est chose absurde, mais de là à confondre deux fonctions de finalités complètement différentes, et à les étudier sous une même rubrique, il y a une grande différence, il y a même un contresens »⁴⁷⁹

Albuquerque présente la clinique andrologique comme un parallèle à la clinique gynécologique et souligne la nécessité d'une maîtrise interdisciplinaire de l'andrologiste de « sexologie générale, d'endocrinologie, de neurologie, de psychiatrie, etc.. »⁴⁸⁰.

S'il ne reste pas de traces des discussions et débats qui eurent lieu à la suite de la conférence d'Albuquerque, il est néanmoins possible d'affirmer que celle-ci n'a pas de réel impact sur la vie médicale française : à ma connaissance, elle n'est d'ailleurs pas citée dans d'autres

⁴⁷⁷ *Ibid*, p. 510-511.

⁴⁷⁸ *Ibid*, p. 511.

⁴⁷⁹ *Ibid*, p. 515.

⁴⁸⁰ *Ibid*, p. 519.

périodiques médicaux ni même dans les journaux de presse. L'expérience de l'andrologie brésilienne est elle-même d'ailleurs de courte durée, notamment en raison de la résistance du recteur catholique Alceu de Amoroso Lima en place dès 1938⁴⁸¹. La même année, Albuquerque démissionne alléguant l'impossibilité de faire cours sans infirmerie spécialisée⁴⁸². S'il annonce la création d'un périodique visant à remplacer le *Jornal de Andrologia* intitulé *Archivos Brasileiros de Andrologia* dès 1939, le périodique ne connaîtra qu'un seul numéro avant de disparaître⁴⁸³. Pour Sérgio Carrara, cet épisode de l'andrologie brésilienne est révélateur des difficultés à médicaliser les corps masculins :

« pour bien exercer leur activité professionnelle et pour accomplir entièrement le rôle qui leur était attribué de gardiens de la santé de la race, les médecins, hommes dans leur grande majorité, se rendaient compte qu'ils devaient attaquer les prérogatives que la hiérarchie de genre leur conférait. Et c'était probablement parce que l'andrologie mettait en relief une contradiction difficile à éviter qu'elle déclenchait des rires. Elle représentait en même temps une menace à l'autonomie masculine et un signe que cette autonomie n'était plus soutenable »⁴⁸⁴

Même s'il est rarement employé, les différentes définitions et significations attachées au terme d' « andrologie » sont révélatrices des paradigmes par lesquels les corps masculins sont pensés dans leurs spécificités sexuées dans cette première moitié du XX^e siècle. En suivant l'histoire de ses usages, il est ainsi possible d'établir une cartographie des principales maladies considérées comme « masculines » : des affections vénériennes et urinaires aux troubles de la sexualité et de la reproduction.

Ce chapitre a permis de retracer l'histoire de l'andrologie sur le temps long. Le terme émerge tout d'abord comme synonyme ou point de contact d'une « médecine génito-urinaire » qui rejoint à la fois vénéréologie et urologie. Employé pour faire référence aux spécificités masculines, le terme n'est pas accompagné, en France, de revendications de spécialisations. Il désigne au contraire une réalité flottante, incertaine : celle de la corporalité génitale masculine. Le fait que la fonction urinaire soit mal séparée de la fonction génitale fait qu'il n'y a pas de réel intérêt professionnel à définir l'anatomie masculine en terme de fonction spécifique au sexe masculin – comme tente de le faire le sexologue brésilien José de Albuquerque lorsqu'il fonde la première (et dernière) chaire clinique d'andrologie. Ce récit de l'andrologie permet ainsi de

⁴⁸¹ Sérgio Carrara, « Une science dérisoire : L'andrologie au Brésil entre les deux guerres », *op. cit.*

⁴⁸² *Ibid.*

⁴⁸³ « Archivos Brasileiros de Andrologia seu aparelhamento em Janeiro próximo », *Jornal de Andrologia*, vol. vii, n° 4, 1938, p. 8.

⁴⁸⁴ Sérgio Carrara, « Une science dérisoire : L'andrologie au Brésil entre les deux guerres », *op. cit.*, p. 16.

mettre en lumière la façon dont la description et la classification des corps masculins fait partie intégrante du processus de division du champ médical. En l'absence d'une spécialité produisant un discours et des pratiques unifiées autour de la fonction sexuelle ou reproductive masculine, les maladies qui ne relèvent pas directement des organes génito-urinaires sont aussi prises en charge au sein de différents espaces de pratiques et de savoirs, contribuant à un éclatement de spécialités autour de la santé masculine.

Chapitre 3. L'éclatement de spécialités autour de la santé masculine

Dans l'entre-deux-guerres, le nombre de spécialités médicales se multiplie au même titre que ceux qui se qualifient de spécialistes. Comme le souligne l'historien George Weisz, à partir de 1930 près de la moitié des médecins parisiens et presque de ceux des grandes villes provinciales françaises se décrivent comme des spécialistes⁴⁸⁵. Certains cumulent les titres afin de se positionner dans un marché compétitif et toucher une large patientèle : c'est le cas par exemple du docteur V. de Fontaubert qui, dans les différentes éditions de l'annuaire *Tout Paris*, se présente simultanément comme spécialiste des maladies des femmes, de la neurasthénie, des maladies vénériennes, des maladies de la prostate, des rétrécissements de l'urètre, de l'impuissance et de la stérilité. Sous le titre de « maladies nerveuses », il indique traiter la « neurasthénie, timidité, obsessions, trac, perversions sexuelles »⁴⁸⁶. Quant à la catégorie « Impuissance », Fontaubert la perçoit comme un problème de stérilité conjugale qu'il propose de traiter par la fécondation artificielle⁴⁸⁷. Dans la catégorie « Stérilité », il propose également des conseils d'Eugénique aux futurs parents⁴⁸⁸.

Le cas de Fontaubert permet d'illustrer l'éclatement professionnel autour de la santé masculine. Au contraire de la catégorie de « maladies des femmes », je n'ai pas retrouvé de définition unitaire des « maladies des hommes » dans les annuaires médicaux et du commerce, qu'elle s'appelle « andrologie » ou qu'elle adopte un autre vocabulaire. Plutôt que d'une théorisation unifiée de la santé des hommes définie sur la base de leur sexe, les connaissances et pratiques médicales dépendent des intérêts professionnels et politiques de divers groupes professionnels et de la façon dont ils établissent ce qui relève de leur juridiction. Il importe ainsi de se demander ce qui fait maladie, ce qui est construit comme des spécificités du sexe masculin et comment ces maladies font l'objet de regards cliniques, de revendications de juridiction ou au contraire de désintérêt médical. Plutôt que de rendre compte de l'ensemble des discours et pratiques autour de la santé masculine, ce dernier chapitre propose d'explorer les principaux clivages et productions de discours qui participent à la description de maladies comme étant « masculines » et à l'éclatement de ces savoirs au sein de différentes spécialités. Il se concentre plus principalement sur trois aspects sur lesquels se développent des connaissances autour de la santé

⁴⁸⁵ George Weisz, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, op. cit.

⁴⁸⁶ *Tout Paris*, Paris, La Fare, 1929, p. 823.

⁴⁸⁷ *Ibid*, p. 822.

⁴⁸⁸ *Ibid*.

masculine : la reproduction humaine, les maladies psychiatriques et sexuelles et les troubles hormonaux.

1. La reproduction masculine sous le regard médical

1.1. La stérilité masculine, une juridiction gynécologique

Alors aux mains des gynécologues-obstétriciens, la médecine de la reproduction reste limitée au début du siècle à la clientèle privée des médecins⁴⁸⁹. Seuls quelques couples, dotés de moyens financiers suffisamment conséquents, ont d'ailleurs accès à des spécialistes⁴⁹⁰. Si la plupart des médecins soulignent que ce sont les femmes qui sont *a priori* désignées responsables de l'absence d'enfants dans le couple, il n'est pas rare que les maris accompagnent leurs épouses, comme l'explique le docteur Maréchal dans un article publié dans *L'Echo de Paris* en 1885 :

« voici généralement comment les choses se passent. Un médecin reçoit la visite d'un monsieur qui lui tient à peu près ce langage : « Docteur, voilà bientôt dix ans que je suis marié ; j'ai épousé une femme jeune et jolie que j'aimais et que j'aime encore. Cependant, malgré tous nos efforts, malgré tous nos vœux, notre union est restée stérile, ce qui fait notre désolation. Je vous prie de visiter ma femme, de reconnaître les causes de sa stérilité, et de les faire disparaître. »

Ainsi, toujours le mari commence par incriminer sa femme »⁴⁹¹

Pour la masculinité bourgeoise définie autour de la puissance sexuelle et de la fécondité, il est probable que l'inquiétude d'avoir une descendance et de maintenir la lignée, ait poussé des hommes à emmener leurs femmes se faire examiner chez un médecin⁴⁹². En France davantage qu'en Suisse, des gynécologues s'intéressent et publient sur la « stérilité involontaire » à partir de leur propre activité clinique et des recherches internationales dès la fin du XIX^{ème} siècle⁴⁹³. La plupart de ces études se concentrent sur des traitements spécifiques, à l'instar de

⁴⁸⁹ Fabrice Cahen et Adrien Minard, « Fecundity in a World of Scourges. Venereal Diseases, Criminal Abortion, and Acquired Infertility in France, circa 1880-1950 », *op. cit.* ; Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, *op. cit.*

⁴⁹⁰ Fabrice Cahen, « Obstacles to the establishment of a policy to combat infertility in France, c. 1920-1950 », dans Gayle Davis et Tracey Loughran (dir.), *The Palgrave Handbook of Infertility in History. Approaches, contexts, and perspectives*, London, Springer Nature, 2017, p. 199-220.

⁴⁹¹ Docteur Maréchal, « Propos du docteur : la fécondation artificielle », *L'Echo de Paris*, n°518, 11 août 1885, p. 3.

⁴⁹² Rachel G. Fuchs, « Paternity, Progeny, and Property: Family Honor in the Late Nineteenth Century », dans Christopher E. Forth et Elinor Accampo (dir.), *Confronting Modernity in Fin-de-Siècle France. Bodies, Minds and Gender*, New York, Palgrave Macmillan, 2010, p. 150-168 ; Alain Corbin, « La virilité reconsidérée au prisme du naturalisme », *op. cit.*

⁴⁹³ Fabrice Cahen, « Obstacles to the establishment of a policy to combat infertility in France... », *op.cit.*

l'insémination artificielle qui, malgré sa condamnation par l'Église catholique, fait l'objet de plusieurs traités et manuels entre les années 1880 et 1890⁴⁹⁴.

Bien que l'existence d'une responsabilité masculine soit mentionnée dans la plupart des ouvrages spécialisés, le fait que ces derniers insistent sur la nécessité d'examiner le sperme des maris suggère que la pratique est loin d'être répandue. Le caractère privé, intime et circonstanciel des consultations de stérilité et plus particulièrement des examens du sperme rendent d'ailleurs difficile d'établir des statistiques sur la fréquence des stérilités d'origine masculine⁴⁹⁵. Comme le souligne l'historienne Anne Hanley, la croyance que la stérilité masculine est un trouble relativement rare, est une prophétie auto-réalisatrice : les médecins la croyant peu courante examinent rarement les époux et ce faisant, reproduisent cette même conviction en détectant des troubles de la fertilité féminine⁴⁹⁶.

D'autre part, l'examen du sperme se heurte à des problèmes de morale car il implique le recours à la masturbation mais aussi à la crainte que la perte du sperme n'ait de conséquences négatives sur la santé masculine⁴⁹⁷. Héritage de la médecine humorale, le modèle de l'« économie spermatique », populaire au XIX^{ème} siècle, postule en effet que le sperme est un liquide essentiel à la bonne santé et la vigueur masculine⁴⁹⁸. Bien que remis en question à la fin du siècle, la perte de sperme, qu'elle soit volontaire par le biais de la masturbation ou involontaire par les pollutions, reste considérée comme un danger pour la santé masculine⁴⁹⁹.

L'étude de la stérilité masculine souffre d'autre part de l'absence de définition unifiée : là où certains auteurs considèrent uniquement l'absence de spermatozoïdes dans le sperme (azoospermie) comme un signe de stérilité, d'autres comprennent également la contamination gonorrhéique de l'épouse, l'impossibilité d'accomplir des rapports sexuels (impuissance

⁴⁹⁴ Emmanuel Betta, *L'autre genèse. Histoire de la fécondation artificielle*, Paris, Hermann Éditeurs, 2017 ; Fabrice Cahen, « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », *Annales de démographie historique*, vol. 126, n° 2, 2013, p. 209-228 ; Jacques Gonzalès, *Histoire naturelle et artificielle de la procréation*, Paris, Bordas, 1996.

⁴⁹⁵ C'est pour cette raison que le professeur d'accouchement et de clinique obstétricale Charles Pajot enjoint ses collègues en 1880 à publier leurs statistiques pour établir la fréquence du facteur masculin dans la stérilité conjugale. Cf. Charles Pajot, *Travaux d'obstétrique et de gynécologie précédés d'éléments de pratique obstétricale*, [2^{ème} édition], Paris, Steinheil, 1889, p. 749.

⁴⁹⁶ Anne Hanley, « "The Great Foe to the Reproduction of the Race": Diagnosing and Treating Infertility Caused by Venereal Diseases, 1880-1914 », dans Gayle Davis et Tracey Loughran (dir.), *The Palgrave Handbook of Infertility in History. Approaches, contexts, and perspectives*, London, Palgrave Macmillan, 2017, p. 335-358.

⁴⁹⁷ Christina Benninghaus, « Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870-1900 », *op. cit.*

⁴⁹⁸ Ben Barker-Benfield, « The Spermatic Economy: A Nineteenth Century View of Sexuality », *Feminist Studies*, vol. 1, n° 1, 1972, p. 45-74.

⁴⁹⁹ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, *op. cit.*

sexuelle) ou des variations génitales telles que l'hypospadias comme des causes de stérilité masculine⁵⁰⁰. Du fait de ces différentes définitions, il n'y pas de consensus autour de la prévalence de la stérilité masculine : là où certains auteurs estiment qu'elle représente 10% des cas de stérilité, d'autres considèrent au contraire que 70% des couples qui ne parviennent pas à avoir d'enfant sont concernés par des causes masculines⁵⁰¹.

La plupart des auteurs s'accordent néanmoins sur le fait que la stérilité est plus rare chez l'homme que chez la femme⁵⁰². De fait, et puisque les femmes sont généralement les premières à consulter, ce sont des gynécologues qui publient et s'intéressent à la stérilité masculine. Dans le *Traité pratique de gynécologie* qu'il publie en 1894, l'obstétricien Alfred Auvard, qui enseigne par ailleurs la gynécologie au sein de sa clinique privée, décrit ainsi :

« On pourra s'étonner de trouver ces causes [de stérilité masculine] exposées dans un traité de gynécologie, dont le titre exclut tout ce qui n'appartient pas au sexe féminin, mais le gynécologue, consulté par un couple stérile, doit savoir faire un diagnostic étiologique complet, et il se trouverait fort embarrassé s'il ne connaissait la stérilité masculine »⁵⁰³

L'examen du sperme devient aussi un outil de légitimation du regard médical sur la stérilité masculine. En même temps qu'ils évoquent l'utilité du microscope pour examiner le sperme, certains médecins déplorent l'absence de fiabilité des hommes en tant que patients. Ainsi, le gynécologue Charles Pajot prévient qu'« il ne faut jamais se fier aux déclarations faites par les maris, même avec conviction et de bonne foi [car] [o]n s'exposerait à de grosses erreurs »⁵⁰⁴. Au-delà de leurs ignorances ou de leurs réticences à évoquer des maladies vénériennes passées, la crainte est surtout que les maris ne soient dupés par une fausse paternité, résultat d'un adultère. Lorsqu'il évoque l'évaluation de la fertilité après une opération des *vas deferens*, des canaux situés entre les testicules et la prostate qui permettent le passage des spermatozoïdes de l'un à l'autre, le chirurgien lausannois Henri Vulliet insiste ainsi sur le fait que « la preuve est délicate à faire et risque souvent de manquer de la rigueur scientifique désirable [...] C'est par

⁵⁰⁰ Docteurs Funck-Brentano et Plauchu, *Traitement de la stérilité chez la femme*, Paris, Octave Doin, 1912, p. 7.

⁵⁰¹ *Ibid.*

⁵⁰² J. Gérard, *Nouvelles causes de stérilité dans les deux sexes. Fécondation artificielle comme moyen ultime de traitement*, Paris, C. Marpon et E. Flammarion, 1888, p. 65 ; Docteur Helvétius, *Sécurité complète en Amour. Impuissance et stérilité vaincues*, Paris, Francisque Montel Éditeur, 1897 ; Docteurs Funck-Brentano et Plauchu, *Traitement de la stérilité chez la femme*, op.cit.

⁵⁰³ Alfred Auvard, *Traité pratique de gynécologie*, Paris, Doin, 1894, p. 655.

⁵⁰⁴ Charles Pajot, *Travaux d'obstétrique et de gynécologie précédés d'éléments de pratique obstétricale*, op.cit., p. 749.

l'examen de leur sperme et non par la grossesse de leurs femmes qu'il convient de juger de la fertilité des sujets atteints de double épididymite »⁵⁰⁵.

Le recours au microscope permet de présenter les médecins qui pratiquent l'examen du sperme comme des médiateurs neutres employant le microscope pour déceler la vérité et agir en fonction des meilleurs intérêts de la science et de leurs patients⁵⁰⁶. Le docteur Charles Pinel médecin de l'Assistance publique, présente ainsi en 1893 le cas d'un couple stérile depuis huit ans, dont l'examen du sperme du mari a révélé une azoospermie. Cherchant tout d'abord à atténuer la réalité du diagnostic pour le préserver, il finit par lui avouer le résultat de l'examen pour lui annoncer une fausse paternité :

« - Nous ne sommes pas sûrs, lui dis-je, que vous soyez la cause de cette infécondité de votre ménage.

- Si, si, soyez certains que ce n'est pas moi qui manque, nous dit notre homme, et pour vous mettre à votre aise, sachez donc que j'ai, en dehors de mon ménage une jolie petite fille, qu'on élève à la campagne. Je veux, avant de la faire agréer par ma femme, qu'il soit bien prouvé qu'elle est absolument stérile. Alors seulement, elle acceptera, j'en suis sûr, d'adopter mon enfant.

Il n'y avait pas à hésiter, nous fûmes forcés de dire à ce brave homme le résultat de nos recherches ; après lui avoir expliqué le mécanisme sur lequel nous nous appuyions pour faire l'expérience. Il nous écouta, puis finalement nous avoua avoir eu deux orchites, [une infection des testicules souvent causée par un virus] il y avait plus de dix ans.

[...]

Nous avons dû profondément navrer ce pauvre mari, surtout en lui prouvant, clair comme le jour, que la petite fille dont on lui avait assuré la paternité n'était pas de lui, que la chose était impossible ; mais le devoir avant tout ; nous avons cru faire le nôtre en détrompant cet homme, victime sans doute de quelque luron qui se serait fait des rentes de sa crédulité bien naturelle »⁵⁰⁷

Ce récit met en scène les sympathies masculines à l'œuvre entre le praticien et son patient mais aussi l'obligation morale de « révéler » la vérité. Mais il montre aussi que la preuve de la fertilité masculine ne se trouve plus dans la grossesse mais dans l'analyse du sperme au microscope⁵⁰⁸. Le recours à la technique permet de faire passer un regard « profane » du corps à une vision « savante » et microscopique ne pouvant être dévoilée que par ceux ayant été socialisés à son usage.

⁵⁰⁵ Henri Vulliet, « Quelques remarques sur la chirurgie des voies spermatiques », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1904, p. 33.

⁵⁰⁶ Christina Benninghaus, « Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870-1900 », *op. cit.*

⁵⁰⁷ Charles Pinel, « Stérilité », *La médecine nouvelle. Journal d'Electrothérapie et de Métallothérapie*, n°30, 1893, p. 2-3.

⁵⁰⁸ Christina Benninghaus, « Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870-1900 », *op. cit.*

L'association de la stérilité masculine à la gynécologie répond d'ailleurs à une certaine méconnaissance et désintérêt d'autres spécialités, en particulier de l'urologie. Si les vénéréologues mettent parfois en évidence le rôle des maladies vénériennes dans le développement de la stérilité masculine, celle-ci occupe une place très marginale dans les publications des urologues au début du siècle. Dans une communication à l'AFU en 1910, l'urologue Jules Janet, par ailleurs membre de la Société de prophylaxie sanitaire et morale, déplore ainsi que ses confrères ne portent pas suffisamment attention aux conséquences des maladies des organes génito-urinaires sur la fertilité de leurs patients :

« Nous sommes toujours un peu légers pour accorder à nos malades un brevet de fécondité. S'ils n'ont eu qu'une orchite simple, ou s'ils n'ont eu qu'une prostatite, nous négligeons, le plus souvent, d'examiner leur sperme et nous leur affirmons que cet examen est superflu. Nous leur promettons de confiance de beaux enfants. C'est souvent une erreur ; j'ai vu bien des fois des malades absolument stériles, du fait d'une orchite simple ou d'une prostatite sans orchite »⁵⁰⁹

Ce désintérêt se retrouve d'ailleurs dans les index des *Annales des organes génito-urinaires* où les termes faisant référence à la fertilité masculine sont très rares. Entre 1890 et 1911, le terme d'« azoospermie » n'apparaît que deux fois, toujours en référence à des travaux étrangers, tandis que celui de « spermatozoïde » n'apparaît que quatre fois. D'ailleurs, si la question de la capacité à obtenir une érection après une opération, telle que la prostatectomie, fait partie intégrante des discussions et pratiques des urologues⁵¹⁰, le maintien des capacités reproductives est quant à lui rarement évoqué alors même que les infections de la prostate touchent parfois de jeunes hommes⁵¹¹. Au début du siècle, le chirurgien et gynécologue Paul Delbet dénonce ainsi le double standard dans la prise en charge des infections génitales chez les hommes et les femmes :

« Il existe, à l'heure actuelle, une opposition absolue dans la manière de traiter les infections génitales et la stérilité de la femme et de l'homme. Survient-il chez la femme une infection de la trompe et de l'ovaire, on n'hésite pas, pour peu que les accidents se prolongent, à pratiquer une opération sérieuse sinon grave ; de même, quand une femme vient consulter pour de la stérilité on cherche par la dilatation, le redressement, voir même à une opération abdominale à lui rendre la fécondité. Chez l'homme, il en est tout

⁵⁰⁹ Jules Janet, « La stérilité sans orchite », Association française d'urologie, *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, Octave Doin, 1910, p. 430.

⁵¹⁰ La question du rétablissement de la fonction sexuelle, par la capacité à obtenir des érections, est fréquemment mentionnée dans les discussions autour des opérations de la prostate. Voir par exemple René Le Fur, *Traitement des blennorrhagies rebelles & récidivantes. Indications de la prostatectomie chez les prostatiques jeunes*, Bourges, Imprimerie Tardy-Pigelet et Fils, 1909. À ses patients opérés de prostatectomie, l'urologue Joaquín Albarran demande également systématiquement la fréquence de leurs érections avant et après l'opération, BIU Santé, Manuscrits Albarran.

⁵¹¹ Christopher D. O'Shea, « "A plea for the prostate": doctors, prostate dysfunction, and male sexuality in late 19th- and early 20th-century Canada. », *op. cit.*

autrement. Les inflammations de l'appareil génital sont traitées par le repos, la compression, la glace ; la stérilité ne donne lieu à aucun traitement ; on laisse le malade dans son état actuel sans chercher à lui porter remède. Cette manière d'agir, si différente chez l'homme et la femme, est-elle justifiée ? Je ne le pense pas : l'expérience prouve qu'on obtient beaucoup en opérant chez la femme : il faut agir de même chez l'homme. Il faut donc, chez l'homme, traiter activement l'orchite, traiter activement la stérilité accidentelle, bien qu'elle ait moins d'inconvénients que chez la femme »⁵¹²

Le désintérêt des urologues pour la fertilité et la stérilité masculines peut s'expliquer pour plusieurs raisons. D'une part, les préoccupations des spécialistes sont en partie induites par la demande des patients : les femmes ayant tendance à consulter les premières (ou à être accompagnées par leur mari) des gynécologues, ce sont généralement eux qui sont confrontés à une recherche de stérilité. De l'autre, à l'exception de quelques maladies touchant les organes génito-urinaires – telle qu'une infection des testicules, connue sous le nom d'orchite – rares sont les causes de stérilité pour lesquelles il existe un traitement. Lorsque le sperme ne contient aucun spermatozoïde (azoospermie), la stérilité masculine est d'ailleurs jugée tout à fait incurable, comme en témoigne la remarque du chirurgien Henri Vulliet, qui qualifie en 1904 le traitement chirurgical la stérilité chez l'homme de « terrain dangereux et glissant qui côtoie de près le charlatanisme »⁵¹³. L'une des rares méthodes de traitement de la stérilité masculine, la fécondation artificielle, est quant à elle particulièrement controversée. Puisqu'elle implique le recueil du sperme par la masturbation et la présence d'un tiers (le médecin), la fécondation artificielle est officiellement condamnée et qualifiée de pratique « contre nature » par la congrégation du Saint-Office à compter de 1897⁵¹⁴.

1.2. Biopolitique et la « qualité » des pères

L'implication des États dans la gestion et le déploiement de la médecine de la stérilité invite à considérer les modalités par lesquelles le corps des hommes en tant que corps reproductif de la Nation a pu faire l'objet d'un intérêt médical, scientifique et politique. Tout comme en Allemagne, la fin du XIX^{ème} siècle en Suisse romande comme en France est marquée par l'émergence d'un questionnement sur le rôle joué par les pères dans la reproduction⁵¹⁵. La capacité des pères à transmettre des pathologies à leur descendance est alors l'objet de débats

⁵¹² Paul Delbet, *Sur la néphrectomie. Orchite & stérilité. Instruments pour la prostatectomie périnéale. Spéculum endo-vésical*, Clermont Oise, Daix frères, 1903, p. 5.

⁵¹³ Henri Vulliet, « Quelques remarques sur la chirurgie des voies spermatiques », *op.cit.*, p. 33.

⁵¹⁴ Emmanuel Betta, *L'autre genèse. Histoire de la fécondation artificielle*, *op. cit.*

⁵¹⁵ Antje Kampf, « Times of danger : embryos , sperm and precarious reproduction ca . 1870s-1910s », *op. cit.* ; Christina Benninghaus, « Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870-1900 », *op. cit.*

scientifiques dans un contexte d'anxiétés politiques et culturelles autour des « fléaux sociaux » tels que l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis⁵¹⁶. Les questionnements autour de la transmission paternelle de la syphilis, la tuberculose et des effets de l'alcool par le sperme coïncident avec l'émergence de la bactériologie dans les années 1880 et 1890 et par la découverte du bacille de la tuberculose par Robert Koch qui stimule la recherche sur l'impact de l'hérédité dans la transmission familiale de maladies⁵¹⁷. Élaborée dans les années 1850 par Benedict-Auguste Morel avant d'être reprise par son disciple Valentin Magnan, la théorie de la dégénérescence propose une origine héréditaire aux maladies mentales caractérisée par la transmission de « tares » aggravées de générations en générations⁵¹⁸. Elle s'applique non seulement à la folie et à l'alcoolisme mais aussi aux maladies vénériennes et imprègne fortement les conceptions hygiénistes. L'importance de la procréation dans le cadre de la théorie de la dégénérescence implique qu'une nouvelle génération de psychiatres s'intéresse à l'hygiène du mariage afin d'intervenir dans la mise au monde d'individus sains⁵¹⁹.

Puisque la vigueur physique du père est associée à la santé de sa progéniture ainsi qu'à la propension à avoir une progéniture de sexe masculin, les problèmes de population et d'hérédité qui frappent la France fin de siècle sont associés à un discours de « crise de la masculinité »⁵²⁰. Dans cette conception, la santé masculine a donc un impact non seulement sur la quantité mais aussi sur la qualité de sa descendance et par conséquent sur celle de la Nation⁵²¹. La responsabilité paternelle dans la transmission de la syphilis d'une génération à l'autre est d'ailleurs communément admise durant tout le XIX^e siècle : le syphiligraphe renommé Alfred Fournier est convaincu de la possibilité d'infection de l'enfant directement par le père sans que la mère ne soit contaminée au cours des rapports sexuels⁵²². D'après l'historien Alain Corbin, ceci s'explique en partie par le fait que « [l]a morale sociale qui concède au sexe

⁵¹⁶ Antje Kampf, « Times of danger : embryos , sperm and precarious reproduction ca . 1870s-1910s », *op. cit.* Bertrand Dargelos, « Genèse d'un problème social. Entre moralisation et médicalisation : la lutte antialcoolique en France (1850-1915) », *Lien social et Politiques*, n° 55, 2006, p. 67-75 ; Alain Corbin, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIX^e siècle*, Paris, Aubier Montaigne, 1987.

⁵¹⁷ Antje Kampf, « Times of danger : embryos , sperm and precarious reproduction ca . 1870s-1910s », *op. cit.*

⁵¹⁸ Voir par exemple Luc Berlivet, Fabrice Cahen et Élodie Richard, « Généalogie d'un problème public. La consanguinité et la promotion d'une régulation institutionnelle des unions », *Annales de Demographie Historique*, vol. 137, n° 1, 2019, p. 123-151.

⁵¹⁹ Anne Carol, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation, XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Editions du Seuil, 1995 ; Robert A. Nye, *Masculinity and Male Codes of Honor in Modern France*, Oxford and New York, Oxford University Press, 1993.

⁵²⁰ Robert A. Nye, *Masculinity and Male Codes of Honor in Modern France*, *op. cit.*

⁵²¹ *Ibid.*

⁵²² Antje Kampf, « Times of danger : embryos , sperm and precarious reproduction ca . 1870s-1910s », *op. cit.* ; Alain Corbin, « L'hérodosyphilis ou l'impossible rédemption. Contribution à l'histoire de l'hérédité morbide », *Romantisme*, n° 31, 1981, p. 131-150.

masculin une certaine liberté et rend plus difficile l'aveu de la faute féminine conduit les médecins à [...] privilégier le rôle du géniteur »⁵²³. L'hérédité syphilitique symbolise l'anxiété des familles bourgeoises que l'impureté, transmise par les femmes du peuple à l'homme fautif, ne signe le déclin de la lignée. En ceci, comme le souligne Corbin « le jeune homme est d'abord un porte-graine. Le souci de préserver la semence s'identifie à celui de conserver la pureté morale »⁵²⁴. L'image du « germe de mort » est associée à une responsabilité masculine qui s'étend même pour certains médecins au-delà de la contamination vénérienne : ainsi, le gynécologue Alfred Auvard souligne la capacité des hommes à influencer le bon développement de la grossesse et à provoquer la perte prématurée du fœtus « par la mauvaise qualité du sperme ou pendant la grossesse par le traumatisme génital (rapports sexuels immodérés) »⁵²⁵.

En Suisse romande, où la psychiatrie allemande influence les pratiques des médecins, le concept de dégénérescence ne connaît pas le même succès qu'en France⁵²⁶. Il n'empêche que la question de l'hérédité traverse les discussions des psychiatres préoccupés par des questions sociales de leur temps, notamment la lutte contre l'alcoolisme⁵²⁷. Dans un contexte européen d'eugénisme et d'hygiène sociale, la lutte contre l'alcool se coordonne avec des objectifs de discipline sociale des classes populaires⁵²⁸. Des médecins suisses engagés dans la lutte anti-alcoolique tels qu'Auguste Forel et Gustav von Bunge trouvent un écho à l'international⁵²⁹. L'alcoolisme étant alors présenté comme un mal majoritairement masculin, certains médecins insistent sur les dangers de la transmission paternelle. Peu convaincu de la transmission héréditaire de maladies acquises du système nerveux, Auguste Forel développe une théorie de l'empoisonnement des germes séminaux qu'il qualifie de « blastophorie »⁵³⁰. Il préface notamment plusieurs ouvrages du docteur Édouard Bertholet portant sur la question de l'hérédité et l'alcoolisme. Bertholet définit la « blastotoxie » comme « l'action immédiate, aiguë de l'alcool sur les germes reproducteurs au moment de la conception »⁵³¹. Il base cette théorie sur l'analyse de « plusieurs

⁵²³ Alain Corbin, « L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption. Contribution à l'histoire de l'hérédité morbide », *op. cit.*, p. 134.

⁵²⁴ *Ibid.*, p. 141.

⁵²⁵ Alfred Auvard, *Traité pratique d'accouchements*, Paris, Octave Doin, 1890, p. 562.

⁵²⁶ Gilles Jeanmonod, « Mutation du concept de dégénérescence en Suisse romande », *Gesnerus*, n° 5, 1998, p. 70-86.

⁵²⁷ *Ibid.*

⁵²⁸ Gilles Jeanmonod et Geneviève Heller, « Eugénisme et contexte socio-politique : l'exemple de l'adoption d'une loi sur la stérilisation des handicapés et malades mentaux dans le canton de Vaud en 1928 », *Revue suisse d'histoire*, vol. 50, n° 1, 2000, p. 20-44.

⁵²⁹ Jakob Tanner, « Alcoolisme », dans *Dictionnaire historique de la Suisse* (DHS), version du 04.06.2002, traduit de l'allemand. [En ligne] Disponible : <https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/016558/2002-06-04/>

⁵³⁰ Gilles Jeanmonod, « Mutation du concept de dégénérescence en Suisse romande », *op. cit.*

⁵³¹ Édouard Bertholet, *Hérédité et Alcoolisme*, Lausanne, Librairie antialcoolique, 1932, p. 5.

centaines d'autopsies, tant d'alcooliques que de gens sobres [...] [et] des milliers de coupes microscopiques »⁵³². À sa disposition, des coupes de testicules, dans lesquelles il montre une dégradation des spermatozoïdes voire une azoospermie dans les cas les plus dégénérés. Si la théorie est également valable pour les femmes alcooliques, il ne parvient néanmoins pas à rassembler suffisamment d'ovaires « pour pouvoir tirer de leur étude des conclusions aussi solides et convaincantes que pour les testicules »⁵³³. Bertholet présente ses travaux lors de plusieurs rencontres internationales, dont le Congrès international contre l'alcoolisme qui se tient à Lausanne en 1911, lors duquel il projette des images de spermatozoïdes dégénérés qui, d'après *La Gazette de Lausanne* « ont soulevé un intérêt considérable »⁵³⁴ de la part du public.

Dans les deux pays, vénéréologues et hygiénistes en viennent à demander une sélection des géniteurs et à promouvoir l'examen prénuptial⁵³⁵. La gestion de la sexualité reproductive et du renouvellement biologique de la Nation figurent parmi les principales préoccupations des États. Entre 1880 et 1890, le vénéréologue Alfred Fournier présente auprès de l'Académie de médecine les résultats de ses travaux au sujet de la fréquence des maladies vénériennes, qu'il estime être l'une des principales causes de la diminution de la natalité française en provoquant la stérilité⁵³⁶. L'Académie de médecine devient l'arène d'un débat entre médecins, économistes et démographes qui discutent de l'existence ou non d'une diminution de la capacité physiologique de reproduction liée aux maladies infectieuses ou à l'alcoolisme⁵³⁷. Si certains mettent en avant la nécessité d'établir des mesures de protection des capacités fécondantes des couples, d'autres n'attribuent à la stérilité dite « involontaire » qu'un rôle marginal dans la dénatalité⁵³⁸. C'est cette dernière analyse qui l'emporte et la lutte contre la « dépopulation » s'oriente donc sur les méthodes de contrôle des naissances et les déterminants « psychoculturels » du changement démographique, tels que l'avortement et le « malthusianisme »⁵³⁹.

Ainsi, plutôt que de se concentrer sur le corps des hommes, la « politique médicale eugénique »⁵⁴⁰ qui se développe en France s'établit surtout autour de la génération et d'une

⁵³² *Ibid.*, p. 7.

⁵³³ Édouard Bertholet, *Petit Atlas-Manuel des Altérations Anatomo-Pathologiques des organes dans l'Alcoolisme chronique*, Lausanne, Giesser & Held, 1913, p. 79.

⁵³⁴ « Congrès international contre l'alcoolisme », *La Gazette de Lausanne*, 22 septembre 1911, p.5.

⁵³⁵ Anne Carol, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation, XIXe-XXe siècle*, op. cit. ; Véronique Mottier, « État et contrôle de la sexualité reproductive : l'exemple des politiques eugénistes dans les démocraties libérales (Suisse, Suède et Royaume-Uni) », *Politique et Société*, vol. 31, n° 2, 2012, p. 31-50.

⁵³⁶ Fabrice Cahen et Adrien Minard, « Fecundity in a World of Scourges. Venereal Diseases, Criminal Abortion, and Acquired Infertility in France, circa 1880-1950 », op. cit.

⁵³⁷ *Ibid.*

⁵³⁸ *Ibid.*

⁵³⁹ *Ibid.*

⁵⁴⁰ Anne Carol, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation, XIXe-XXe siècle*, op. cit., p. 38.

nouvelle discipline : la puériculture. Comme le souligne l'historienne Anne Carol, la puériculture est « une science ayant un but politique, au-delà du simple intérêt familial ; une science qui n'est pas le simple outil des repopulateurs soucieux de qualité ; une science qui fait la synthèse entre l'attention traditionnelle portée au moment de la conception et l'attention portée à l'hérédité »⁵⁴¹.

Les liens qui lient le corps des hommes à la santé de la Nation se resserrent pourtant avec l'entrée de la France dans la Première Guerre mondiale. La domination d'une France féminine par une Allemagne masculine est un thème récurrent de la rhétorique nationale française et ce d'autant plus que se répandent les récits de viols par les troupes allemandes⁵⁴². À la crainte d'une dégénérescence du sang induite par les grossesses conséquentes à ces viols s'ajoute celle des maladies vénériennes contractées par les soldats qui contaminent leurs femmes lors de permissions (ce point sera davantage développé dans la deuxième partie)⁵⁴³. D'autre part, l'imaginaire de guerre de la masculinité militaire s'appuie sur une conception de la virilité sexuelle qui se définit autour de la capacité à engendrer. Ainsi, parmi les millions de cartes postales produites pendant le conflit, beaucoup soulignent la prolifique fertilité des poilus, qui de retour au foyer lors de permissions, conçoivent des enfants qui pourront combattre les Allemands ou profiter à la Nation en général⁵⁴⁴.

La guerre opère aussi une séparation radicale des idéaux de genre : aux hommes le port des armes et la défense de la Nation et aux femmes, l'attente passive du retour des héros⁵⁴⁵. Mais à bien des égards, la gloire associée à l'exercice viril de la guerre n'a pas de prise face aux modalités modernes du combat. Le feu anonyme touche tous les hommes qui ne peuvent qu'attendre et tenter de contrôler leur peur pour survivre à la « boucherie », pour reprendre le terme qui revient sous la plume de nombreux survivants⁵⁴⁶. D'autre part, comme le souligne l'historien Jean-Yves Le Naour, « les soldats [...] souffrent de plus en plus d'un état de dépendance vis-à-vis de l'arrière féminin [...] à l'égard des infirmières qui manipulent les corps d'hommes infantilisés par la blessure ou la maladie, mais surtout dépendance du courrier des

⁵⁴¹ *Ibid.*, p. 51.

⁵⁴² Michelle K. Rhoades, « Renegotiating French Masculinity : Medicine and Venereal Disease during the Great War », *op. cit.*

⁵⁴³ *Ibid.* Je reviendrai aussi sur la gestion des maladies vénériennes lors de la Première Guerre mondiale dans la deuxième partie.

⁵⁴⁴ Marie-Monique Huss, *Histoires de famille 1914-1918. Cartes postales et culture de guerre*, Agnès Vienot Editions, 2000.

⁵⁴⁵ Jean-Yves Le Naour, « “Il faut sauver notre pantalon” : la Première Guerre Mondiale et le sentiment masculin d'inversion du rapport de domination. », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, n° 84, 2001, p. 33-44.

⁵⁴⁶ Stéphane Audoin-Rouzeau, « La grande guerre et l'histoire de la virilité », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 409-416.

épouses et des fiancées »⁵⁴⁷. Cette remise en cause de l'ordre de genre s'accompagne de soupçons vis-à-vis de la fidélité des femmes restées à l'arrière et de frustrations concernant leur implication dans la vie économique. Présentées d'un côté comme « de mauvaises Françaises, des égoïstes oublieuses des peines des hommes, pressées de jouir et d'usurper la place de leurs maîtres, [...] [les femmes] deviennent des responsables, des patriotes acharnées qui ont supporté le conflit »⁵⁴⁸.

L'augmentation des divorces au sortir de la Grande Guerre montre d'ailleurs les difficultés des couples à reprendre la vie commune après une longue séparation, quand bien même entrecoupée de quelques permissions⁵⁴⁹. Si l'impact réel de la Grande Guerre dans l'émancipation féminine fait l'objet de controverses historiographiques, il n'en reste pas moins que les inquiétudes des contemporains participent d'un projet idéologique plus large dans lequel le genre joue un rôle important⁵⁵⁰. Alors que près de 10% de la population adulte masculine est tombée au combat, la crainte de la dénatalité reprend de plus belle dans la presse et dans la vie politique⁵⁵¹. Des groupes tels que l'Alliance nationale contre la dépopulation prennent une importance considérable en s'attaquant aux mouvements néomalthusiens, libertaires et anarchistes qui réclament, depuis la fin du XIX^e siècle, un contrôle des naissances grâce aux moyens contraceptifs en usage et à l'avortement⁵⁵². Ils mettent notamment en valeur la figure de la « mère de famille » devenue un symbole de renaissance, de guérison, de rédemption et de restauration du traumatisme moral de la guerre⁵⁵³. En donnant naissance à des fils en bonne santé, la mère de famille a ainsi pour mission d'assurer la force militaire et l'avenir démographique de la France⁵⁵⁴.

Si le mouvement nataliste attribue principalement le déclin des naissances françaises à une responsabilité féminine, certaines voix s'élèvent aussi pour dénoncer le désir égoïste des hommes de réduire la taille de leur famille⁵⁵⁵. Comme le souligne l'historienne Kristen Somberg

⁵⁴⁷ Jean-Yves Le Naour, « “Il faut sauver notre pantalon” : la Première Guerre Mondiale et le sentiment masculin d'inversion du rapport de domination. », *op. cit.*, p. 4.

⁵⁴⁸ *Ibid.*, p. 8.

⁵⁴⁹ Jean-Yves Le Naour, « “Il faut sauver notre pantalon” : la Première Guerre Mondiale et le sentiment masculin d'inversion du rapport de domination. », *op. cit.*

⁵⁵⁰ Mary Louise Roberts, *Civilization without sexes. Reconstructing gender in postwar France 1917-1927*, Chicago and London, University of Chicago Press, 1994, vol.15.

⁵⁵¹ Marie-Monique Huss, « Pronatalism in the Inter-War Period in France », *op. cit.*

⁵⁵² Francis Ronsin, *La grève des ventres. Propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (XIX^e-XX^e siècles)*, *op. cit.*

⁵⁵³ Mary Louise Roberts, *Civilization without sexes. Reconstructing gender in postwar France 1917-1927*, *op. cit.*

⁵⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵⁵ Kristen Stromberg Childers, « Paternity and the politics of citizenship in interwar France », *Journal of Family History*, vol. 26, n° 1, 2001, p. 90-111.

Childers, la virilité et la puissance sexuelle des hommes français est mise en question par leur incapacité à produire des enfants, au contraire de leurs pendants allemands et japonais⁵⁵⁶. L'obsession pour la figure du père de famille reflète également la préoccupation autour du « vote familial » et de la répartition des droits civiques et des ressources économiques entre hommes dans l'État providence⁵⁵⁷. La figure du père de famille est mise en opposition avec celle du célibataire dont la sexualité débridée n'est pas virile, car elle ne produit pas d'enfant, et dont l'égoïsme se caractérise par son refus de contribuer à la société⁵⁵⁸.

Pourtant, la gestion biopolitique de la qualité et de la quantité de la population s'oriente vers un contrôle accru du corps et des capacités reproductives des femmes, devenues des objets de surveillance de l'État⁵⁵⁹. Après plusieurs années de débats et de discussions, la majorité nationaliste et réactionnaire adopte les lois de 1920 et 1923 interdisant la prophylaxie anticonceptionnelle et criminalisant l'avortement⁵⁶⁰. Cette décennie marque également le début d'allocations et de primes financières aux familles nombreuses, de l'aide sociale aux mères pour couvrir les frais de l'accouchement et des soins postnataux ainsi que de la création d'institutions maternelles et de programmes éducatifs gérés par l'État⁵⁶¹.

C'est dans ce cadre que certains spécialistes s'attachent à convaincre le public et les autorités administratives d'ouvrir des consultations dédiées aux couples stériles : la première est créée en 1926 à l'Hôpital Lariboisière sous la direction du gynécologue Louis Devraigne⁵⁶². Les consultations qui se développent sur le modèle de Lariboisière⁵⁶³ sont confiées en priorité aux

⁵⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁵⁹ Delphine Gardey, « Genre, corps et biomédecine », dans Dominique Pestre et Christophe Bonneuil (dir.), *Histoire des sciences et des savoirs, t.3 : le siècle des technosciences*, Paris, Éditions du Seuil, 2015, p. 361-379.

⁵⁶⁰ Francis Ronsin, *La grève des ventres. Propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (XIXe-XXe siècles)*, *op. cit.*

⁵⁶¹ Mary Louise Roberts, *Civilization without sexes. Reconstructing gender in postwar France 1917-1927*, *op. cit.*

⁵⁶² Fabrice Cahen, « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », *op. cit.*

⁵⁶³ Davantage de recherches seraient nécessaires pour établir le déploiement de consultations contre la stérilité involontaire dans les colonies françaises. À Alger en tout cas, une consultation est ouverte dès 1926 par le professeur d'obstétrique Amédée Laffont. La consultation de stérilité est présentée comme un moyen dans la mission « civilisatrice » française de conquérir l'approbation de la population et notamment des femmes qui « [a]vant cette date [...] ne fréquentai[en]t que rarement l'hôpital [...] redoutai[en]t le système hospitalier bien fait pour impressionner [leur] âme[s] simple[s] ». Ainsi, les consultations contre la stérilité sont présentées comme « le plus sûr moyen de faire pénétrer le progrès dans les milieux indigènes et avec lui l'amour de la France ». Cf. AN, 19760173/27, H. Fulconis, « La consultation de la stérilité à la Maternité d'Alger », *L'Algérie médicale*, 1939. Pour plus d'informations sur l'encadrement médical de la reproduction en Algérie, consulter Claire Fredj, « Encadrer la naissance dans l'Algérie coloniale. Personnels de santé et assistance à la mère et à l'enfant "indigènes" (XIXe-début du XXe siècle) », *Annales de démographie historique*, 2011/2 122, pp. 169-203.

gynécologues et accoucheurs des hôpitaux et s'adressent aux « femmes dites stériles »⁵⁶⁴. De l'aveu de Devraigne lui-même, il s'agit là d'un choix délibéré pour établir le contrôle de la stérilité aux accoucheurs :

« Cette consultation ne devait-elle pas, de droit, revenir aux accoucheurs [...] ? [...] Après deux ans d'hésitation, je fis enfin, en 1925 une demande officielle en faveur « des femmes dites stériles », laissant à dessein dans l'ombre les maris, sûr de les voir rapidement avec leurs femmes et obtenir en un deuxième temps l'autorisation nécessaire pour eux. C'est ce qui se réalisa. M. le docteur Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique sourit d'abord de ma proposition mais me donna tout de suite l'autorisation nécessaire, à la condition, suivant la formule classique, que cela n'entraînerait aucun frais. En octobre 1925, deux affiches annonçaient, sur les murs de Lariboisière, la nouvelle consultation : huit jours après une femme stérile répondait à l'appel. [...] c'était le succès assuré, nous en sommes maintenant à 3.100 consultantes ! »⁵⁶⁵

Sous la pression de l'Alliance nationale contre la dépopulation, le Ministère de la santé publique et de la population émet une circulaire en décembre 1937 encourageant la création de consultations contre la stérilité conjugale dans toute ville de plus de 100.000 habitants confiée à un « médecin compétent, de préférence gynécologue ou accoucheur »⁵⁶⁶. Tout en donnant des accents de légitimité à la médecine de la stérilité, il reconnaît aussi officiellement la juridiction des gynécologues et accoucheurs dans la prise en charge la stérilité conjugale.

Contrairement au contexte nataliste français de l'entre-deux-guerres, le contrôle politique de la population en Suisse romande est plutôt marqué par l'émergence de nouvelles législations de stérilisation eugéniste. L'émergence de l'État providence et de politiques d'assistance sociale ajoute un nouveau motif à l'objectif eugéniste de lutte contre la dégénérescence nationale : la diminution du nombre de citoyen·nes « inaptes » permettant de réduire les coûts de l'État⁵⁶⁷. En septembre 1928, le canton de Vaud légifère en faveur de la stérilisation des personnes en situation de handicap et atteintes de maladies mentales. Cette entreprise de stérilisation se concentre principalement sur des femmes marginalisées et vulnérables⁵⁶⁸. Comme le soulignent Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser dans leur enquête sur les stérilisations non volontaires en Suisse romande, la loi est « utilisé[e] comme une forme de contrôle de la

⁵⁶⁴ AN F/60/605 Louis Devraigne, « Consultations contre la stérilité conjugale », Ministère de la santé publique et de l'éducation physique, *Rapports et vœux du Conseil supérieur de la natalité*, vol. 4, 1935, p. 15.

⁵⁶⁵ *Ibid.*

⁵⁶⁶ AN, 19760173/27, Dossier « Eugénique et stérilité », *La stérilité involontaire sera combattue méthodiquement*, 1937, p. 19.

⁵⁶⁷ Véronique Mottier, « État et contrôle de la sexualité reproductive : l'exemple des politiques eugénistes dans les démocraties libérales (Suisse, Suède et Royaume-Uni) », *op. cit.*

⁵⁶⁸ Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle*, Chêne-Bourg, Georg Editeur, 2002.

sexualité de femmes dont le comportement paraissait inadéquat ou dangereux. Ceci dans le double but d'empêcher des naissances considérées comme socialement et économiquement indésirables [...] [et] de supprimer les conséquences tangibles (procréation) de tels comportements (viol par exemple) plutôt que de les empêcher ou de les prévenir »⁵⁶⁹. Si la castration est également parfois pratiquée dans le cadre de cette loi, elle l'est principalement pour des raisons « thérapeutiques » pour tempérer des désirs sexuels jugés « déviants », à des hommes à qui elle est présentée comme une alternative à un internement à vie⁵⁷⁰.

Ainsi, malgré des formes de médicalisation des capacités procréatives masculines, l'assimilation du corps féminin à ses fonctions reproductrices fait que les « citoyennes et leurs corps font ainsi l'objet de surveillances et d'interventions particulières de la part de l'État moderne »⁵⁷¹. Puisque ce sont elles, leurs corps et leurs sexualités qui sont constitués comme des garde-frontières de la communauté nationale, il n'y a pas d'investissement politique qui justifie la médicalisation des capacités reproductives masculines.

2. Localiser les maladies masculines : du somatique au psychique

2.1. Économies corporelles masculines à la fin du siècle

Au-delà des considérations biopolitiques autour des capacités reproductrices masculines, d'autres formes de connaissances sont produites autour des sexualités masculines, en particulier par les « sciences du psychisme ». Je propose ici de revenir sur les enjeux de frontières autour des savoirs produits sur les sexualités masculines à la fin du siècle qui font advenir, comme le souligne l'historienne Delphine Gardey, des « guerre[s] de frontière entre ces plans du corps et de l'âme, de l'hérédité et de l'acquis, de l'espèce et de l'individu, du corps et de la *psyché* »⁵⁷².

Tout au long du XIX^e siècle, les médecins font des excès sexuels masculins, dont principalement la masturbation, la cause principale d'une panoplie de différentes maladies masculines⁵⁷³. Celles-ci s'expliquent par un modèle d'économie corporelle qui considère que

⁵⁶⁹ *Ibid.*, p. 167.

⁵⁷⁰ *Ibid* ; Véronique Mottier, « État et contrôle de la sexualité reproductive... », *op.cit.*

⁵⁷¹ Véronique Mottier, « État et contrôle de la sexualité reproductive : l'exemple des politiques eugénistes dans les démocraties libérales (Suisse, Suède et Royaume-Uni) », *op. cit.*, p. 32.

⁵⁷² Delphine Gardey, « Savoirs du sexe, politiques du désir. Les sciences, la médecine et la sexualité des femmes (XIX^e-XXI^e siècles) », dans Delphine Gardey et Marilène Vuille (dir.), *Les sciences du désir. La sexualité féminine de la psychanalyse aux neurosciences*, Lormont, Éditions Le Bord de l'Eau, 2018, p. 7.

⁵⁷³ Thomas W. Laqueur, *Solitary Sex. A Cultural History of Masturbation*, New York, Zone Books, 2003 ; Michael Stolberg, « An Unmanly Vice: Self-Pollution, Anxiety, and the Body in the Eighteenth Century », *Social History of Medicine*, vol. 13, n° 1, 2000, p. 1-22 ; Lisa Featherstone, « Pathologising white male sexuality in late nineteenth-century Australia through the medical prism of excess and constraint », *Australian Historical Studies*,

les dépenses « modérées » d'énergie sexuelle sont les plus favorables à la santé et à la fertilité, là où au contraire les dépenses « extrêmes » de cette énergie (que ce soit par la masturbation ou par le coït) sont pathologiques et mènent à l'impuissance et à la stérilité⁵⁷⁴. Par là même se scelle l'association entre vitalité sexuelle et fertilité, quand bien même la distinction entre pouvoir fécondant du sperme et capacité sexuelle est établie depuis le milieu du XIX^e siècle. D'autre part, la distinction entre impuissance et stérilité repose sur des représentations genrées de la sexualité et de la reproduction qui opposent la passivité reproductive (féminine) à l'activité sexuelle (masculine)⁵⁷⁵.

Publié par le médecin suisse Samuel-Auguste Tissot en 1760 et réédité jusqu'en 1905, l'*Onanisme ou Dissertation physique sur les maladies produites par la masturbation* théorise les terribles souffrances auxquels sont exposés les masturbateurs qui, de par leurs excès sexuels, privent leurs organes, tels que le cerveau, de l'activité vitale nécessaire à leur bon fonctionnement⁵⁷⁶. Causant migraines, insomnies, rhumatismes, impuissance, la masturbation devient au XIX^e siècle l'une des principales causes de la « spermatorrhée » : une maladie nommée par le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier Claude-François Lallemand pour désigner la perte involontaire de sperme. D'après l'historienne Ellen Bayuk Rosenman, la spermatorrhée joue – avec les maladies vénériennes – un rôle central dans le processus de médicalisation de la sexualité au XIX^e siècle⁵⁷⁷. Là où la masturbation est perçue comme une perversion volontaire de l'imagination de l'individu, la spermatorrhée est au contraire définie comme la perte de contrôle physique d'un corps affaibli⁵⁷⁸. La « panique spermatorrhéique » répond à des inquiétudes plus larges autour de l'industrialisation et de l'exode rural qui marque un supposé « affaiblissement » et « efféminement » du corps des hommes⁵⁷⁹.

vol. 41, n° 3, 2010, p. 337-351 ; Rory Du Plessis, « Madness, Masturbation and Masculinity in the Casebooks of the Grahamstown Lunatic Asylum, 1890–1907 », *Gender Questions*, vol. 7, n° 1, 2019, p. 1890-1907.

⁵⁷⁴ Robert A. Nye, « Sex Difference and Male Homosexuality in French Medical Discourse, 1830-1930 », *op. cit.*

⁵⁷⁵ Dans le *Dictionnaire encyclopédiques des sciences médicales* paru en 1883, l'impuissance décrite comme « impossibilité d'accomplir l'acte sexuel » est ainsi opposée à la stérilité « l'impossibilité des enfants » : « L'un se rapporte à un acte volontaire, de la vie animale, ou de relation ; l'autre, inconscient, involontaire, rentre dans le cadre des fonctions de la vie organique ou végétative », cf. article « stérilité » paru dans Amédée Dechambre (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, série 3, t. 11, 1883, Paris, p. 710.

⁵⁷⁶ Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, *op. cit.*

⁵⁷⁷ Ellen Bayuk Rosenman, « Body Doubles: The Spermatorrhea Panic », *op. cit.*

⁵⁷⁸ Elizabeth Stephens, « Coining Spermatorrhea: Medicine and Male Body Fluids, 1836-1866 », *op. cit.*

⁵⁷⁹ Elizabeth Stephens, « Pathologizing Leaky Male Bodies : Spermatorrhea in Nineteenth-Century British Medicine and Popular Anatomical Museums », *op. cit.* ; Ellen Bayuk Rosenman, « Body Doubles: The Spermatorrhea Panic », *op. cit.*

Dès la fin du XIX^{ème} siècle pourtant, la « panique spermatorrhéique » semble s'atténuer : la plupart des médecins s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'une maladie rare dont la prévalence est exagérée par des « charlatans »⁵⁸⁰. Les anxiétés associées à la modernité et l'urbanisation se retrouvent néanmoins dans de nouvelles entités diagnostiques, telles que la « neurasthénie ». Identifiée par le médecin américain George Miller Beard, dont les travaux seront traduits en français à la fin du siècle, la neurasthénie est décrite comme une maladie de civilisation liée au surmenage et une prédisposition héréditaire à la nervosité déclenchée par le rythme effréné de la modernité et les excès sexuels⁵⁸¹. Si des femmes peuvent aussi être diagnostiquées neurasthéniques, la maladie est tout d'abord pensée comme masculine, notamment en raison de son lien avec l'exercice et la capacité au travail. Elle affecte particulièrement les intellectuels et les travailleurs de col blanc dont le corps, les muscles et le désir sexuel sont affaiblis par l'activité cérébrale⁵⁸². Beard établit d'ailleurs une relation directe entre des symptômes génitaux et le développement de la maladie, en analogie avec les maladies utérines :

« Les maladies nerveuses de l'homme sont aujourd'hui au même point qu'étaient, il y a cinquante ans, les maladies utérines. Qu'un individu accuse des symptômes de dépression mentale, de phobie dans ses diverses formes, de l'hyperidrose, des palpitations [...] et d'autres névralgies, on le traite d'hypochondriaque et l'on est très loin de penser à faire remonter l'origine de ces symptômes aux organes génitaux qui en sont pourtant souvent le point de départ. Il faudra donc s'habituer dorénavant à considérer dans ces cas le diagnostic d'hypochondrie comme aussi inexact que celui d'hystérie quand des symptômes analogues se rencontrent chez la femme »⁵⁸³

En développant le concept de « neurasthénie », Beard vise à établir l'étiologie nerveuse de symptômes généralement mis sur le compte d'une inquiétude exagérée pour sa santé, connue dès la seconde moitié du XIX^{ème} siècle sous le terme d'hypochondrie⁵⁸⁴. Diffusé en France et en Suisse romande par Charcot et ses disciples, le concept de « neurasthénie » cristallise les tensions autour de la masculinité à la fin du siècle. D'après l'historien Christopher E. Forth, l'émergence de la neurasthénie se comprend dans un contexte de transition des modes de vies : tandis que subsiste un modèle corporel viril qui valorise la force physique et l'honneur, l'entreprise de civilisation morale et l'essor de l'éducation fait planer la crainte d'une

⁵⁸⁰ Ellen Bayuk Rosenman, « Body Doubles: The Spermatorrhea Panic », *op. cit.*

⁵⁸¹ Christopher E Forth, « Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France », *op. cit.*

⁵⁸² *Ibid.*

⁵⁸³ George Beard, *La neurasthénie sexuelle*, traduit par Paul Rodet, Paris, Société d'éditions scientifiques, 1895, p. xiii.

⁵⁸⁴ Janet Oppenheim, *Shattered Nerves. Doctors, Patients and Depression in Victorian England*, New York and Oxford, Oxford University Press, 1991.

dégénérescence physique des hommes des classes moyennes et de la bourgeoisie⁵⁸⁵. Comme le souligne Taline Garibian, le terme permet « de la même manière que l'hystérie, de regrouper dans un même ensemble des troubles dont l'origine est nerveuse ou psychique »⁵⁸⁶. Le diagnostic est employé différemment selon la classe sociale et le genre des patients. Les hommes sont par exemple jugés plus susceptibles de développer des troubles sexuels (impuissance, sentiment de fatigue après le coït, spermatorrhée) que les femmes⁵⁸⁷. Si la neurasthénie est une maladie principalement masculine, c'est aussi car le diagnostic est perçu comme bien plus acceptable pour les hommes que celui d'hystérie⁵⁸⁸. Pour les patients de classe aisée, il permet à la fois de mettre un terme sur leurs plaintes tout en leur conférant des avantages – et peu des inconvénients – associés à la maladie⁵⁸⁹.

L'hystérie est alors principalement associée à la féminité, du fait de son étymologie ainsi que du contingent traditionnellement féminin des patientes. La « découverte » de l'hystérie virile par Jean-Martin Charcot dans les années 1870 provoque d'ailleurs de vifs débats dans la communauté médicale⁵⁹⁰. Rencontrant un succès bien moins important que la « neurasthénie », le concept d'hystérie masculine permet à Charcot de se positionner au sein d'un contexte de compétition intra-professionnelle portant sur l'étiologie et le traitement des maladies nerveuses : en montrant l'existence d'une hystérie masculine, il réfute les théories qui attribuent l'origine de la maladie à l'utérus et se positionne ainsi à l'encontre des traitements chirurgicaux visant à modifier les organes génitaux⁵⁹¹.

Bien qu'il ne considère pas que la sexualité et ses excès soit un facteur de développement de l'hystérie tant féminine que masculine, Charcot examine de manière routinière les organes génitaux de ses patients dont il interprète les affections (telles que les tumeurs scrotales, testicules non descendus ou des inflammations de la prostate) comme des expressions de l'exacerbation des troubles nerveux⁵⁹². Tout en réfutant un rôle causal à l'appareil génital dans

⁵⁸⁵ Christopher E. Forth, « La civilisation and its discontents: modernity, manhood and the body in the early Third Republic », dans Christopher E. Forth et Bertrand Taithe (dir.), *French Masculinities. History, Culture and Politics*, New York, Palgrave Macmillan, 2007, p. 85-102.

⁵⁸⁶ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit., p. 40.

⁵⁸⁷ Christopher E Forth, « Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France », op. cit. ;

⁵⁸⁸ *Ibid.*

⁵⁸⁹ Angus McLaren, *Impotence. A Cultural History*, op. cit. ; Barbara Sicherman, « The Uses of a Diagnosis : Doctors, Patients, and Neurasthenia », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 32, n° 1, 1977, p. 33-54.

⁵⁹⁰ Christopher E Forth, « Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France », op. cit.

⁵⁹¹ Mark S. Micale, *Hysterical Men. The Hidden History of Male Nervous Illness*, op. cit.

⁵⁹² Mark S. Micale, « Charcot and the Idea of Hysteria in the Male: Gender, Mental Science, and Medical Diagnosis in late Nineteenth-century France », *Medical History*, vol. 34, 1990, p. 363-411.

les cas d'hystérie, il concède une implication symptomatologique des organes génitaux, tant chez les hommes et les femmes. La compression des testicules est d'ailleurs une pratique employée par plusieurs médecins afin de faire stopper la crise hystérique⁵⁹³. Si Charcot souligne l'importance de ne pas considérer l'hystérie comme une pathologie féminine, il n'effectue pas pour autant de véritable symétrisation de la maladie entre les sexes : les femmes sont d'ailleurs bien plus souvent susceptibles d'être diagnostiquées comme hystérique que les hommes⁵⁹⁴. D'autre part, là où il décrit une origine principalement « domestique » de l'hystérie féminine femmes (causée par des problèmes conjugaux, un deuil ou d'une exaltation religieuse), il considère que l'hystérie masculine se développe à la suite d'un traumatisme physique, généralement un accident du travail, précédé d'infection vénérienne ou d'abus alcoolique⁵⁹⁵. Charcot privilégie lui-même le diagnostic de neurasthénie pour les hommes de classes aisées et réserve le diagnostic d'hystérie aux hommes issus des classes populaires⁵⁹⁶. Le neurasthénique incarne donc une position masculine privilégiée à la fois en termes de classe mais aussi de race. Présentée comme « tropicale » dans les territoires coloniaux, la neurasthénie est associée à la blancheur, la civilisation et à la modernité : en ceci, la maladie de l'homme « civilisé » ne saurait être admise chez le patient colonisé⁵⁹⁷.

Le terme de « neurasthénie sexuelle » ou de « maladies des nerfs » permet à des praticiens de positionner sur le marché thérapeutique en visant une clientèle relativement aisée, préoccupée de sa santé et de troubles sexuels. Ainsi, le docteur J. Gschwend se présente dans *L'Annuaire genevois* de 1903 comme un spécialiste des « maladies dites secrètes, des voies urinaires et de la peau »⁵⁹⁸. Quelques années plus tard, en 1906, il se transforme en spécialiste des « voies urinaires, neurasthénie sexuelle, maladies de la peau. Éléctrothérapie spéciale »⁵⁹⁹ avant de

⁵⁹³ Camille Bajoux et Aude Fauvel, « The Nervous Testicle. Urology and Psychiatry in Belle Époque France », *Histoire, médecine et santé* (forthcoming).

⁵⁹⁴ Mark S. Micale, *Hysterical Men. The Hidden History of Male Nervous Illness*, *op. cit.*

⁵⁹⁵ *Ibid.*

⁵⁹⁶ Christopher E. Forth, « Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France », *op. cit.*

⁵⁹⁷ La maladie fait néanmoins l'objet de réappropriations par les classes moyennes dans les territoires colonisés, comme c'est le cas au Vietnam où le diagnostic devient un outil politique pour dénoncer la violence coloniale. À ce sujet consulter Laurence Monnaï, « Colonised and neurasthenic: from the appropriation of a word to the reality of a malaise de civilisation in urban French Vietnam. », *Health and history*, vol. 14, n° 1, 2012, p. 121-142. À propos de la neurasthénie dite « tropicale », voir Anne Croizier, « What was Tropical about Tropical Neurasthenia? The Utility of the Diagnosis in the Management of British East Africa », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 64, n° 4, 2009, p. 518-548.

⁵⁹⁸ *Indicateur des adresses Genève-Ville & Communes*, Genève, Société Anonyme Suisse de Publicité, 1903, p. 681.

⁵⁹⁹ *Indicateur des adresses Genève-Ville & Communes*, Genève, Société Anonyme Suisse de Publicité, 1906, p. 781.

devenir en 1915 spécialiste des « maladies des nerfs et du sang »⁶⁰⁰. Le docteur Ringelmann, successeur de Georges Rumler, un prolifique auteur sur les maladies sexuelles, se décrit également dans l'*Annuaire genevois* comme spécialiste du « [t]raitement [...] des maladies fonctionnelles des nerfs, des maladies du sang et de la nutrition »⁶⁰¹. Comme l'évoquent les travaux de l'anthropologue Véronique Moulinié, dans les représentations populaires, les maladies du sang (notamment les hémorroïdes) et de la nutrition sont souvent associées au vieillissement et aux troubles sexuels masculins pour lesquels elles agissent parfois comme des euphémismes⁶⁰².

D'après l'historienne Taline Garibian, la constitution de la sexualité comme champ d'étude légitime s'appuie sur une construction différenciée selon le genre des maladies nerveuses : « les troubles nerveux influent sur la vigueur de leurs organes génitaux [chez les hommes], tandis que chez les femmes, ce sont des troubles des organes génitaux qui affectent leur système nerveux et au final l'ensemble de leur être »⁶⁰³. Il n'est ainsi pas rare que des médecins et neurologues considèrent que l'impuissance est causée par des troubles nerveux et suggèrent de la traiter par le biais de l'électricité⁶⁰⁴.

Mais les différents traitements présentés dans la littérature (lavements, électricité, hypnose ou cautérisation parmi d'autres) révèlent une certaine ambivalence entre l'origine psychique ou somatique des troubles sexuels masculins. Employée pour traiter les troubles psychiques chez les femmes, l'ablation des gonades sexuelles (ovaires et testicules) est au contraire présentée comme la source de graves troubles mentaux chez les hommes⁶⁰⁵. Le médecin Donatien Raffegau considère d'autre part que les malformations génitales, qu'il s'agisse des testicules (absence d'un ou de deux testicules, taille du testicule inhabituellement petite, testicule non descendu...), d'un hypospadias ou encore d'un phimosis (rétrécissement de l'extrémité du prépuce qui empêche de décalotter complètement le gland) favorise le développement de

⁶⁰⁰ *Indicateur des adresses Genève-Ville & Communes*, Genève, Société Anonyme Suisse de Publicité, 1915, p. 968.

⁶⁰¹ *Indicateur des adresses Genève-Ville & Communes*, Genève, Société Anonyme Suisse de Publicité, 1906, p. 783.

⁶⁰² Véronique Moulinié, *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, 1998.

⁶⁰³ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit., p. 51.

⁶⁰⁴ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit. ; Angus McLaren, *Impotence. A Cultural History*, op. cit.

⁶⁰⁵ Ericka Johnson, *A Cultural Biography of the Prostate*, op. cit. ; Elin Björk, *Att bota en prostata: Kastrering som behandlingsmetod för prostatahypertrofi 1893-1910*, op. cit. ; Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit.

troubles nerveux. À l'inverse des troubles génitaux chez les femmes, le registre d'explication du développement de ces troubles n'est pas biologique mais relève plutôt de la construction psychologique et sociale de la masculinité :

« n'est-il pas naturel [...] d'admettre qu'un homme privé, d'une façon plus ou moins complète, des organes essentiels à l'importante fonction de la reproduction puisse s'en affecter ? et les regrets que fera naître en son esprit l'idée de son infériorité vis-à-vis de ses semblables, et parfois de l'impossibilité où il se trouve d'aspirer aux joies de la famille, ces regrets, disons-nous, ne pourront-ils pas engendrer la mélancolie et lui rendre la vie insupportable ? »⁶⁰⁶

L'historienne Anne-Marie Sohn considère ainsi que cette valorisation du corps s'articule avec les caractéristiques de la domination masculine au XIX^{ème} siècle : « les caractères physiques et sexuels se muent en attributs sociaux, la nature devient destin et la domination sociale découle de la supériorité biologique du mâle »⁶⁰⁷.

Le constat de troubles nerveux provoqués par des maladies génitales chez l'homme permet de légitimer de nouvelles formes d'interventions chirurgicales. Ainsi, certains chirurgiens recommandent d'intervenir le plus tôt possible pour éviter le développement de troubles nerveux, notamment chez les enfants atteints de phimosis . Le médecin et vulgarisateur médical français Ernest Monin considère que le phimosis « agit [...] sur le système nerveux, en poussant les enfants à l'onanisme »⁶⁰⁸ mais aussi que la longueur du frein (la membrane qui relie le prépuce à la base du gland du pénis) engendre parfois des « accès hystériformes, qui cessèrent brusquement après la simple section de ce replu au thermocautère »⁶⁰⁹. Similairement, le chirurgien suisse Auguste Reverdin rapporte en 1888 un cas « dans lequel la circoncision a paru produire une amélioration notable dans l'état psychique d'un jeune homme »⁶¹⁰. Il confirme ainsi l'intérêt de traiter le phimosis par la circoncision pour éviter la masturbation et le développement de l'hypochondrie⁶¹¹. Cet intérêt pour la chirurgie génitale s'étend d'ailleurs à d'autres maladies jusqu'alors considérées comme bénignes, à l'instar du varicocèle, relativement fréquente chez les jeunes hommes et jusqu'alors généralement traité par l'utilisation d'un suspensoir pour soutenir les testicules et diminuer la douleur. En même temps qu'il détaille sa technique de cure radicale, le chirurgien Edmond Wickham présente ainsi les

⁶⁰⁶ Donatien Raffegau, *Du rôle des anomalies congéniales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme*, Paris, A. Parent, 1884, p. 6.

⁶⁰⁷ Anne-Marie Sohn, « Sois un homme ! » *La construction de la masculinité au XIX^e siècle*, op. cit., p. 12.

⁶⁰⁸ Ernest Monin, *Les troubles nerveux de cause sexuelle*, Paris, Doin, 1890, p. 6.

⁶⁰⁹ *Ibid.*

⁶¹⁰ Auguste Reverdin, « A propos de l'opération du phimosis », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1888, p. 149.

⁶¹¹ *Ibid.*

graves risques liés à cette affection et considère que l'utilisation du suspensoir ne saurait suffire « à moins qu'on renonce à prévenir un suicide ou un accès d'aliénation mentale »⁶¹².

Soulignant l'extension de la juridiction chirurgicale, le motif de l'aliénation mentale permet de légitimer une pratique plus invasive et radicale à la fin du siècle. Il est d'ailleurs repris par de grand noms de la chirurgie, à l'instar de Paul Tillaux, qui dirige deux thèses sur ces questions au tournant du siècle : la première soutenue en 1897 porte sur l'hypochondrie consécutive au varicocèle et souligne la nécessité morale d'opérer la maladie⁶¹³ et la seconde, soutenue en 1899, porte sur les prothèses testiculaires employées pour maintenir l'état mental des opérés ayant subi une castration⁶¹⁴. L'existence de troubles nerveux pouvant être traités chirurgicalement permet parfois d'étendre la juridiction des chirurgiens. Aux Asiles de la Seine, le chirurgien en chef des Asiles de la Seine Lucien Picqué y voit l'opportunité d'étendre l'influence de sa pratique : il encourage en ce sens son élève Jules Colombani à rédiger sa thèse sur les troubles psychiques chez l'homme liés aux affections génito-urinaires en 1901⁶¹⁵. Il souligne ainsi : « [c]'est en effet à la chirurgie que semble revenir le rôle principal dans la solution de cette délicate question. Les succès qu'elle donnera [...] finiront par entraîner les convictions jusqu'ici hésitantes »⁶¹⁶.

Pour les urologues, le concept mal défini de « neurasthénie » permet d'expliquer les cas qui ne correspondent pas aux standards et aux classifications établies par la profession, c'est-à-dire les malades qui se plaignent de troubles fonctionnels mais chez qui aucune lésion anatomique ne peut être identifiée. L'urologue Félix Guyon qualifie ainsi de « neurasthéniques » les patients qui portent une attention et inquiétude jugées excessives à l'égard de leurs organes génitaux et qui provoquent eux-mêmes leurs symptômes : difficultés lors de la miction, douleurs, pollutions nocturnes et impuissance⁶¹⁷. Dans un article publié à ce sujet dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* en 1893, il décrit ces patients comme souffrant d'une masculinité défaillante par l'attention excessive qu'ils portent à leur corps :

« Ces neurasthéniques sont des gens tout d'abord scrupuleux, méticuleux, examinant tout à la loupe, leurs devoirs sociaux comme leurs sensations et leurs souffrances. Ce sont des

⁶¹² Edmond Wickham, *De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum*, Paris, A. Parent, 1885, p.14-15.

⁶¹³ M. L. Saussol, *Varicocèle et hypochondrie*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1897.

⁶¹⁴ F. Vouillac, *Etude sur la prothèse testiculaire*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1899.

⁶¹⁵ Jules Colombani, *Introduction à l'étude des troubles psychiques dans les affections génito-urinaires de l'homme et des conséquences thérapeutiques qui en découlent*, Paris, Masson, 1901.

⁶¹⁶ Lucien Picqué, « États psychiques et maladies des voies génito-urinaires de l'homme », Lucien Picqué et Jules Dagonet, *Chirurgie des aliénés : recueils de travaux*, t.2, Paris, Masson, 1902, p. 229.

⁶¹⁷ Félix Guyon, « Les neurasthénies urinaires », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 649.

gens consciencieux à l'excès et ayant, comme contre-partie de leur défaut, de grandes qualités de délicatesse, de scrupule et de conscience. Mais tous s'examinent, s'analysent avec une minutie sans égale, sont au plus haut degré préoccupés de leur état de santé. Certes ils le sont beaucoup plus que les malades qui présentent des lésions réelles, même graves, et si l'on a pu dire avec justesse que les maladies de la vessie retentissent sur le moral, cet aphorisme semble se vérifier surtout chez cette catégorie de faux urinaires.

Ils vous racontent longuement et par le menu mille petits détails fastidieux, et souvent, non contents de les raconter, ils les écrivent : méfiez-vous des malades qui vous arrivent avec leur histoire écrite tout au long, d'une écriture impeccable et moulée. C'est ainsi que l'un d'eux (la bizarrerie du fait m'en fait garder le souvenir) m'écrivit un jour qu'il souffrait « au-dessus et au-dessous de l'interprète de l'amour ». En vrai névropathe il avait reculé devant le mot propre et pris cette périphrase inoubliable pour désigner le pénis »⁶¹⁸

La timidité sexuelle, la crainte de contracter des maladies vénériennes, la pudeur, ou encore le fait de se soucier de sa santé sont ici présentés dans un contexte de hiérarchisation des masculinités caractérisée par le rapport au corps⁶¹⁹.

Frère du psychologue et élève de Charcot Pierre Janet, l'urologue Jules Janet établit une typologie de ces malades qui occupent les cabinets des urologues dans un ouvrage portant sur les « troubles psychopathiques de la miction »⁶²⁰ paru en 1890. Il distingue notamment ceux qui développent des troubles fonctionnels en raison de lésions de la moelle ou du cerveau, les hystériques et épileptiques et finalement les « psychopathes urinaires hypochondriaques » qui causent leurs accidents de la miction par la trop grande attention qu'ils portent à leur appareil urinaire⁶²¹. Tout comme Guyon, Janet considère l'hypochondrie urinaire comme une spécificité masculine qu'il attribue au double rôle de l'urètre :

« Une des principales causes qui rendent si fréquents les troubles psychopathiques de la miction chez l'homme, c'est qu'il les rattache toujours plus ou moins à son appareil génital. [...] Si l'homme tient tant à son appareil urinaire, c'est qu'il sait qu'en même temps cet appareil sert à la génération. [...] A part le cœur [...] ce sont nos organes de jouissances matérielles qui provoquent en nous l'hypochondrie par leurs lésions : l'estomac et l'appareil génito-urinaire de l'homme sont dans ce cas. [...] Les femmes, dont l'appareil urinaire ne présente aucun rapport avec l'appareil génital et qui conçoivent parfaitement la possibilité du coït, quelque lésés que soient leur vessie et leur urèthre, ne sont jamais atteintes de l'hypochondrie urinaire »⁶²²

⁶¹⁸ *Ibid.*

⁶¹⁹ Pour une analyse plus poussée de cet aspect, voir Camille Bajoux et Aude Fauvel, « The Nervous Testicle : Urology and Psychiatry in Belle Époque France », *op.cit.*

⁶²⁰ Jules Janet, *Les troubles psychopathiques de la miction. Essai de psycho-physiologie normale et pathologique*, Paris, Lefrançois, 1890.

⁶²¹ *Ibid.*, p. 3.

⁶²² *Ibid.*, p. 79-80.

La lésion anatomique est aussi d'ailleurs un espace de frontières : en son absence, les urologues recommandent de renvoyer le malade auprès d'un neurologue ou d'un psychiatre.

2.2. Le pervers et l'impuissant : cliniques des sexualités masculines

Les patients participent aussi à la production de savoirs qui les concerne et, pour ceux qui en ont les moyens, peuvent se tourner vers d'autres spécialistes s'ils ne sont pas satisfaits des traitements et de la compréhension de leur maladie qui leur est proposée. Charles Féré⁶²³, lui-même élève de Charcot, évoque ainsi en 1906 le cas d'un homme tourmenté par son attirance sexuelle qui consulte tout d'abord un chirurgien avant de se tourner vers un neurologue :

« Les invertis qui souffrent de leur anomalie pensent à la castration. J'avais déjà vu un homme qui était parfaitement décidé : il affirmait qu'un chirurgien lui avait assuré des succès au point de vue de l'instinct contraire ; cependant il venait consulter parce qu'un neurologiste de Bruxelles l'avait laissé dans l'hésitation. Il ne présentait aucune anomalie des organes externes. Je le dissuadai de son projet, pensant que ses anomalies instinctives, avec obsessions, tenaient à des particularités de structure du cerveau »⁶²⁴

Les différents traitements et théories formulées autour des sexualités considérées comme « déviantes » sont le produit de l'émergence, dès la fin du siècle, de premières nomenclatures psychiatriques ayant pour objectif de décrire et classer les « perversions sexuelles »⁶²⁵. La théorie de la dégénérescence imprègne les premières compréhensions des « perversions sexuelles » : elles permettent en effet aux psychiatres de gagner en légitimité scientifique en proposant de comprendre les comportements sexuels perçus comme déviants comme des phénomènes biologiques et héréditaires⁶²⁶. Là où les aliénistes se concentraient principalement sur la figure des femmes ou des fillettes portées à l'immoralité, la figure du pervers est désormais déclinée au masculin⁶²⁷. Cette « proto-sexologie » repose sur l'émergence d'un regard spécialisé sur la sexualité, déterminé par une catégorie particulière de patients, comme le souligne Sylvie Chaperon :

⁶²³ La carrière de Charles Féré révèle la circulation des personnes et les contours imprécis des disciplines au tournant du siècle. Après une thèse sur le cancer de la vessie pour laquelle il reçoit le Prix Civile en 1880, Féré intègre le service spécialisé de l'hôpital de la Salpêtrière pour les maladies du système nerveux alors dirigé par Charcot⁶²³. Ses travaux portant sur l'onanisme, l'inversion sexuelle et l'impuissance sexuelle sont d'ailleurs régulièrement publiés dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*.

⁶²⁴ Résumé par Delefosse de l'article publié par Charles Féré, « La castration contre l'inversion sexuelle », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, n°1, 1906, p. 73.

⁶²⁵ Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, op. cit.

⁶²⁶ Harry Oosterhuis, « Medical science and the modernisation of sexuality », dans Franz X. Eder, Lesley A. Hall et Gert Hekma (dir.), *Sexual cultures in Europe. National histories*, Manchester et New York, Manchester University Press, 1999, p. 221-241.

⁶²⁷ Sylvie Chaperon, « Les fondements du savoir psychiatrique sur la sexualité déviante au XIXe siècle », *Recherches en psychanalyse*, vol. 10, n° 2, 2010, p. 2022.

« les psychopathologues de la fin du siècle s'appuient sur des cas récents et si possibles venus de leur clinique personnelle. La méthode expérimentale s'est imposée comme une règle à tous. Le plus souvent leurs cas proviennent de flagrants délits d'attentats aux mœurs ou de confessions spontanées (par écrit ou de vive voix) de leur clientèle privée. Or la discrétion du médecin, la pudeur des femmes et leur assignation à un rôle passif dans la sexualité réduisent considérablement ces deux sources d'observations médicales »⁶²⁸

La faible présence des femmes parmi les « pervers » s'explique également par le fait que l'activité masculine qui génère un trouble à l'ordre public est prise en charge par la force policière ou judiciaire, là où les déviances féminines relèvent principalement d'une gestion familiale⁶²⁹. Elle s'accompagne également d'une définition genrée de la déviance elle-même, comme le formule Chaperon :

« l'observation du pervers dégénéré fin-de-siècle suppose au préalable de reconnaître un sujet sexuel, ayant des besoins précis, une imagination créative, des désirs spécifiques, une identité structurée, une réflexivité sur soi et ses pratiques, autant d'attributs que les médecins ne sont pas prêts à reconnaître chez les femmes [...] Aux yeux des médecins, la sexualité des femmes est rabattue sur leur corps et la reproduction, elle ne mobilise pas, ou en tout cas moins, les désirs, l'imagination ou les techniques de l'excitation. La sexualité au sens moderne du mot, comme activité érotique, est l'apanage des hommes. Les femmes, objet sexuel, ne sont pas vues comme des sujets sexuels »⁶³⁰

L'émergence de cette « proto-sexologie » repose donc sur un dispositif qui met au centre la subjectivité des patients. Devant prouver le caractère inné de la déviance, la théorie de la dégénérescence étend les limites de l'interrogatoire clinique en incluant des questions sur la famille, l'enfance, la trajectoire sociale et professionnelle, le récit de la vie psychique et produit ce faisant une forme standard du récit autobiographique⁶³¹. L'interrogatoire clinique fait partie de nouvelles méthodes d'enquête psychiatrique sur les perversions : il s'agit de construire non seulement un nouveau « discours *sur*, et, dans certaines situations, *avec* le sujet »⁶³². En explorant les souvenirs de l'enfance, les actes réflexes et instinctifs ou les rêves, la théorie de la dégénérescence pose les bases de la psychologie sexuelle et de la psychanalyse en évinçant la sexualité des organes pour la placer dans l'esprit⁶³³. Cette psychologisation de la sexualité

⁶²⁸ *Ibid.*, p. 8.

⁶²⁹ Julie Mazaleigue-Labaste, « Perversions parisiennes », *Histoire, médecine et santé*, n° 12, 2018, p. 19-38.

⁶³⁰ Sylvie Chaperon, « Les fondements du savoir psychiatrique sur la sexualité déviante au XIXe siècle », *op. cit.*, p. 7-8.

⁶³¹ Julie Mazaleigue-Labaste, *Les Déséquilibres de l'amour. La genèse du concept de perversion sexuelle de la Révolution française à Freud*, Montreuil-sous-Bois, Les Éditions d'Ithaque, 2014.

⁶³² Clive Thomson, « De la pédérastie à l'homosexualité : la perversion comme site d'un nouveau rapport entre médecin et patient », *Itinerarios. Revista de estudios lingüísticos, literarios, históricos y antropológicos*, n° 10, 2009, p. 241.

⁶³³ Julie Mazaleigue-Labaste, *Les Déséquilibres de l'amour. La genèse du concept de perversion sexuelle de la Révolution française à Freud*, *op. cit.* ; Sylvie Chaperon, « Les fondements du savoir psychiatrique sur la sexualité déviante au XIXe siècle », *op. cit.*

n'est pas uniquement restreinte aux « perversions sexuelles » mais concerne également une partie des troubles de la sexualité « ordinaires », à l'instar de l'éjaculation précoce et de l'impuissance sexuelle⁶³⁴.

En France, les travaux du psychologue Alfred Binet posent les bases de l'élaboration de la psychologie sexuelle qui se pose en alternative à la théorie de la dégénérescence et aux lésions du système nerveux en proposant d'étudier seule l'histoire psychique des individus⁶³⁵. Au lendemain de la Grande Guerre, l'intérêt médical pour les causes psychiques des troubles sexuels se développe avec le retour des tranchées des soldats. Le conflit mondial renouvelle une anxiété médicale et politique déjà présente à la fin du siècle autour du « déclin » de la virilité alors que de nombreux d'entre eux reviennent traumatisés, souffrant d'obusite et remplissant les asiles d'aliénés⁶³⁶. La multiplication de cas de soldats qui adoptent un comportement « féminin » car ils se trouvent incapables de contrôler leur corps, sont paralysés par la peur et sujets aux cris et aux larmes est rapidement associée à leur impuissance sexuelle⁶³⁷. Cette incapacité à avoir des rapports sexuels est attribuée aux traumatismes et aux fatigues de guerre mais aussi à la continence sexuelle imposée par plusieurs années de conflit⁶³⁸. Dans sa thèse de médecine de 1924, Maxime de Palmas souligne ainsi que « l'état d'ébranlement nerveux, de dépression psychique dont ont souffert des soldats au retour des tranchées a été ainsi la cause d'impuissances plus ou moins durables »⁶³⁹.

Si les psychologues consacrent peu d'intérêt à la psychologie sexuelle en Suisse romande, la psychanalyse se répand dans les milieux universitaires par l'entremise des psychologues et des partisan·es de l'hygiène sociale⁶⁴⁰. Héritant du modèle de la dégénérescence, Freud attribue initialement l'impuissance aux excès sexuels avant de préférer des causes psychiques, telles qu'un complexe d'Œdipe non résolu⁶⁴¹. La théorie psychanalytique propose alors de penser les difficultés sexuelles comme l'un des symptômes d'un problème inconscient dont les causes

⁶³⁴ André Béjin, « L'éjaculation prématurée selon les médecins et les sexologues français de 1830 à 1960 », *op. cit.* ; Emmanuelle Bonetti, « L'impuissance et son traitement: Comment le médicament modifie la définition de la maladie », *Annales*, vol. 62, n° 2, 2007, p. 327-351.

⁶³⁵ Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, *op. cit.*

⁶³⁶ Stéphane Audoin-Rouzeau, « La grande guerre et l'histoire de la virilité », *op. cit.* ; Jean-Yves Le Naour, *Misères et tourments de la chair. Les mœurs sexuelles des Français, 1914-1918*, Paris, Aubier, 2002.

⁶³⁷ Michelle K. Rhoades, « Renegotiating French Masculinity : Medicine and Venereal Disease during the Great War », *op. cit.*

⁶³⁸ Jean-Yves Le Naour, *Misères et tourments de la chair. Les mœurs sexuelles des Français, 1914-1918*, *op. cit.*

⁶³⁹ Maxime de Palmas, *L'impuissance génitale émotive*, thèse de la Faculté de médecine et pharmacie de l'Université de Bordeaux, 1924, p. 24.

⁶⁴⁰ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, *op. cit.*

⁶⁴¹ Angus McLaren, *Impotence. A Cultural History*, *op. cit.*

profondes requièrent une cure thérapeutique⁶⁴². En ceci, les sciences du psychisme qui se développent en Suisse se rapprochent plutôt des conceptions émergentes en Europe germanophone autour de la sexualité qui mettent au centre la psychologie plutôt que les compréhensions somatiques⁶⁴³. Si elles rencontrent un accueil ambivalent voire réticent dans les milieux médicaux français⁶⁴⁴, les théories freudiennes sont néanmoins généralement mentionnées, ne serait-ce avec scepticisme, dans les travaux portant sur l'impuissance sexuelle.

Parallèlement aux théories sur les causes psychiques de l'impuissance se développent des recherches sur ses causes organiques⁶⁴⁵. Aux urologues reviennent alors la constatation de lésions anatomiques tandis que les psychiatres ou neurologues recherchent des causes nerveuses ou psychiques⁶⁴⁶. L'impuissance sexuelle est ainsi constituée dans l'entre-deux-guerres comme un « objet-frontière » faisant coexister différentes compréhensions et spécialités médicales qui la définissent et proposent des modalités de traitement⁶⁴⁷. C'est ce que décrit le neurologue polonais Stanislas Higier, docteur en médecine de l'Université de Genève et auteur d'un livre dédié au traitement de l'impuissance publié en 1932 :

« ce sont surtout les urologistes et les spécialistes des maladies vénériennes qui attribuent tous les troubles des fonctions sexuelles à des lésions anatomiques. [...] D'autre part, l'école psychoanalytique, qui trouve de plus en plus de nombreux partisans, s'efforce d'attribuer toutes les anomalies, perversions et affections de la fonction sexuelle aux facteurs psychiques, ou mieux psychopathologiques, donc indémontrables par des méthodes physiques d'exploration »⁶⁴⁸

Au-delà des compréhensions psychiques et anatomiques des troubles sexuels, la sexologie qui se développe dans l'entre-deux-guerres s'appuie sur une nouvelle discipline dédiée à l'étude des hormones : l'endocrinologie. Depuis le début du siècle en effet, la « découverte » des hormones sexuelles transforme radicalement la compréhension des corps et des identités sexuelles pour trouver une apogée dans l'entre-deux-guerres⁶⁴⁹.

⁶⁴² Emmanuelle Bonetti, « L'impuissance et son traitement: Comment le médicament modifie la définition de la maladie », *op. cit.*

⁶⁴³ Harry Oosterhuis, « Medical science and the modernisation of sexuality », *op. cit.*

⁶⁴⁴ Jacques Sédat, « La réception de Freud en France durant la première moitié du XXe siècle. Le freudisme à l'épreuve de l'esprit latin », *Topique*, vol. 115, n° 2, 2011, p. 51-68.

⁶⁴⁵ Emmanuelle Bonetti, « L'impuissance et son traitement: Comment le médicament modifie la définition de la maladie », *op. cit.*

⁶⁴⁶ Aimé Amram, *Contribution à l'étude de l'impuissance sexuelle*, *op.cit.* ; Stanislas Higier, *Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles. Introduction à la clinique de l'impuissance*, Paris, G. Doin & Cie, 1932.

⁶⁴⁷ Ce point sera davantage développé dans la troisième partie de la thèse.

⁶⁴⁸ Stanislas Higier, *Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles. Introduction à la clinique de l'impuissance*, *op.cit.*, p. xi.

⁶⁴⁹ Je reviendrai plus en détail sur la prise en charge et les traitements hormonaux de l'impuissance dans la troisième partie.

3. Les frontières hormonales de la masculinité

Le champ de l'endocrinologie sexuelle qui se développe dans les premières décennies du XX^e siècle prend racine dans les expériences du physiologiste Charles-Édouard Brown-Séquard. En 1889, Brown-Séquard rapporte à la Société de biologie française s'être injecté une solution d'eau mélangée à du sperme et des tissus broyés de testicules de cochon d'Inde et de chien⁶⁵⁰. Il affirme faire l'expérience d'un rajeunissement à la fois physique, mental et sexuel qu'il attribue aux propriétés du sperme et des tissus testiculaires et théorise un système de résorption du sperme par les testicules qui distribueraient par le sang l'énergie au système nerveux et aux muscles⁶⁵¹.

L'expérience repose sur un imaginaire scientifique du XIX^e siècle qui fait du corps humain une machine capable de produire et de transformer l'énergie⁶⁵². Comme le souligne l'historienne Christiane Sinding, les expériences font polémique et ce notamment car « elles heurtent la sensibilité de l'époque face à la sexualité, d'autant que Brown-Séquard s'était aussi injecté du sperme qu'il n'avait pu obtenir que par masturbation »⁶⁵³. Les expériences de Brown-Séquard marquent néanmoins la survenue d'un nouveau regard sur les corps qui transforme les espaces de savoirs et de pratiques existants en ouvrant de nouveaux horizons pour penser la différence sexuelle, la fertilité et le désir⁶⁵⁴.

3.1. « Eunuque naturel » et « inverti artificiel » : la masculinité comme continuum

Pour comprendre comment le paradigme hormonal transforme l'appréhension, par la médecine, des troubles sexuels et reproductifs masculins, il faut tout d'abord revenir sur l'histoire de leur « découverte ». En 1905, le physiologiste britannique Ernest Starling fait la théorie de « messagers chimiques » qu'il appelle « hormones » qui seraient produites dans des glandes et agiraient sur le corps⁶⁵⁵. Dans la suite de ces travaux, des physiologistes procèdent à des

⁶⁵⁰ Au sujet de l'histoire de l'organothérapie et de Brown-Séquard, voir notamment Merriley Borell, « Brown-Séquard's organotherapy and its appearance in America at the end of the nineteenth century », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 50, n° 3, 1976, p. 309-320 ; Merriley Borell, « Organotherapy and the emergence of reproductive endocrinology », *Journal of the History of Biology*, vol. 18, n° 1, 1985, p. 1-30. Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 2006.

⁶⁵¹ Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, *op. cit.*

⁶⁵² Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, *op. cit.*

⁶⁵³ Christiane Sinding, « Le sexe des hormones : l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles », *Cahiers du Genre*, vol. 34, n° 1, 2003, p. 44.

⁶⁵⁴ Delphine Gardey, « Les sciences et la construction des identités sexuées », *op. cit.*

⁶⁵⁵ Christiane Sinding, « Le sexe des hormones : l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles », *op. cit.*

expériences afin de comprendre le rôle et le fonctionnement des hormones qui participent aux caractères sexuels secondaires (pilosité, répartition des graisses, timbre de la voix). Pour étudier l'effet des hormones sexuelles et de leur privation, les recherches se portent notamment sur la castration et la transplantation de gonades (ovaires et testicules).

Au-delà de l'expérimentation animale, les opportunités d'observer les effets de la castration chez l'homme sont relativement limitées, celle-ci n'étant pratiquée que de manière tout à fait exceptionnelle⁶⁵⁶. Dans quelques espaces néanmoins, des hommes ayant subi une castration sont présents en plus grand nombre : c'est le cas de la Chine, de l'Égypte et de l'Empire Ottoman où des eunuques sont employés dans les harems et les cours impériales mais aussi auprès de la secte des Skoptzy qui pratiquent la castration rituelle en Europe de l'Est et en Russie⁶⁵⁷. Les médecins et chercheurs français et suisses qui s'intéressent aux effets de la castration établissent, avec leur observation des particularités physiques et psychologiques des eunuques, de nouvelles compréhensions sur les corps, la psychologie et la sexualité masculine.

Parmi les auteurs qui publient sur l'eunuchisme se trouve le médecin parisien Richard Millant. En décembre 1910, Millant obtient un arrêté de mission gratuite du Ministère français de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts afin d'organiser son voyage scientifique en Asie Mineure et en Égypte. Il bénéficie ainsi d'une politique scientifique mise en place depuis la seconde moitié du XIX^e siècle par l'État français visant à faciliter les voyages individuels à portée savante en octroyant subventions ou arrêtés de missions qui permettent de faciliter l'organisation logistique des voyages mais aussi de fournir un certain prestige au savant chargé de la mission⁶⁵⁸. Dans sa candidature auprès du Ministère, il indique désirer partir en Asie

⁶⁵⁶ Comme de nombreux historien·nes de la médecine le soulignent, la pratique de l'ovariotomie (ablation des ovaires) est bien plus fréquente au cours du XIX^e siècle que ne l'est la castration masculine. Même si elle se répand vraisemblablement peu en France et en Suisse, l'ovariotomie est considérée comme un moyen de traiter des maladies propres au sexe féminin, à l'instar de l'hystérie. Voir notamment Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, op. cit. et Ornella Moscucci, *The Science of Woman. Gynaecology and Gender in England 1800-1929*, op. cit.. Il est possible également que la réticence à effectuer des stérilisations par le biais de l'ovariotomie ou de la castration masculine s'explique en France par l'inscription d'un « crime de castration » dans le Code pénal de 1810, condamnant toute ablation non médicalement nécessaire, des glandes reproductrices. À ce sujet, consulter Emmanuelle Burgaud, « La castration en droit pénal au XIX^e siècle », *Revue historique de droit français et étranger*, vol. 91, n° 4, 2013, p. 639-657. Au sujet du rôle de la castration et de la transplantation de gonades dans l'endocrinologie du début du siècle consulter Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, op. cit. ; Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, op. cit.

⁶⁵⁷ Dans son récent ouvrage, l'historienne Élodie Serna consacre une partie importante de son analyse aux Skoptzy, voir Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit.

⁶⁵⁸ Jean-Christophe Bourquin, *L'État et les voyageurs savants. Légitimités individuelles et volontés politiques. Les missions du Ministère de l'Instruction publique (1840-1914) vol. 1 et 2*, thèse de l'Université Paris-I (Panthéon-Sorbonne), 1993.

Mineure et en Égypte afin d'y étudier l'usage de l'opium et de se documenter sur « l'état actuel de la question de l'eunuchisme »⁶⁵⁹ :

« il est vrai que les bouleversements politiques ne sauraient d'un jour à l'autre transformer des mœurs séculaires. [...] la psycho-physiologie de l'eunuque laisse encore ouvert un vaste champ d'études : une observation attentive des perturbations provoquées dans la mentalité du castrat, du fait même de sa mutilation, permettrait d'établir s'il existe chez lui simplement une orientation spéciale du caractère, en dehors de tout retentissement sur l'intelligence proprement dite »⁶⁶⁰

Le travail de Millant s'inscrit dans une longue histoire de description, de la fin du XVIIIème siècle et tout au long du XIXème siècle, du rôle social des eunuques et de leurs caractéristiques physiques et morales par les orientalistes⁶⁶¹. La production de connaissances sur le corps des eunuques fait partie intégrante d'une construction de l'Orient par l'Occident, qui dépeint des visions érotisées de la vie dans les harems dès la fin du XVIIIème siècle⁶⁶².

Millant n'est pas le seul à s'intéresser à l'influence de la castration sur la physiologie et l'esprit des eunuques. D'autres médecins, à l'instar du chirurgien franco-russe Serge Voronoff, publient leurs observations lors de séjour en Égypte, en Chine ou dans l'Empire Ottoman. D'après Voronoff, c'est d'ailleurs l'observation du corps des eunuques qui aurait marqué le point de départ de son intérêt pour les hormones sexuelles. Dans un ouvrage publié 1924, il présente ainsi sa première rencontre avec des eunuques lors d'un séjour en tant que médecin à la cour du Caire, en Égypte comme un moment fondateur :

« En 1898, me trouvant au Caire, je vis et examinai pour la première fois des Eunuques. [...] Leur aspect me frappa vivement : très hauts sur jambes, crânes petits, figures glabres, sans barbe ni moustaches, obèses pour la plupart, joues pendantes, seins volumineux, bassin élargi, ils avaient l'aspect de vieilles femmes. Leur voix à diapason élevé les rapprochait encore de ce sexe. Musculature flasque, démarche et mouvements lents, gencives et sclérotiques décolorées, tout dénotait des êtres faibles, mous, anémisés »⁶⁶³

Le vocabulaire péjoratif mobilise une opposition entre sain et malsain à la fois genrée (les eunuques ressemblent à des vieilles femmes) mais aussi coloniale⁶⁶⁴. Le rapport de domination à l'œuvre dans la capacité à observer, décrire et photographier est d'autant plus marqué que les

⁶⁵⁹ AN F/17/1729/101/155/375/NBO Dossier de Richard Millant, lettre de Millant au Ministre, juillet 1910.

⁶⁶⁰ *Ibid.*

⁶⁶¹ Notamment Ernest Godard, *Egypte et Palestine. Observations médicales et scientifiques*, Paris, V. Masson, 1867 ; Emile Duhousset, *Les huis-clos de l'ethnographie : de la circoncision des filles, virginité, infibulation, génération, eunuques, Skoptzis, cadenas, ceinture*, Londres, Société d'anthropologie et d'ethnologie comparées, 1878 ; G. Tournes, « Les eunuques en Egypte », *Notes sur l'Égypte*, Genève, Vaney, 1869.

⁶⁶² Edward Saïd, *Orientalism*, New York, First Vintage Books, 1979.

⁶⁶³ Serge Voronoff, *Quarante-trois Greffes du Singe à l'Homme*, Paris, Octave Doin, 1924, p. 11.

⁶⁶⁴ Elsa Dorlin, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, op. cit.

auteurs déplorent la réticence des eunuques à se laisser observer et photographier. Le médecin italien et francophone Onofrio Abbate Pacha, établi au Caire, attribue ainsi la mince littérature médicale à l'absence de coopération des eunuques :

« Dernièrement on a publié quelques articles dans les journaux et qu'intéresse plutôt la Chine ; mais la bibliographie est absolument mesquine et restreinte, à cause de la difficulté enorme pour contrôler les spécimens qui se dérobent à toutes observations et études sérieux. J'ai eu la chance étant médecin en chef d'hôpitaux, de pouvoir faire des autopsies nombreuses »⁶⁶⁵

Pour comprendre les modalités coloniales de l'objectivation du corps des eunuques, je m'appuie sur les réflexions du philosophe Grégoire Chamayou qui, dans son étude sur l'expérimentation humaine, souligne l'importance du processus d'acquisition de « matériel humain » par la définition de certains corps ou organes comme des matériaux de recherche légitimes⁶⁶⁶. Il développe ainsi le concept de « techniques d'avilissement » pour décrire les stratégies servant à dégrader à la fois matériellement et symboliquement des catégories de personnes afin de légitimer leur objectification⁶⁶⁷. Le corps des eunuques apparaît comme une ressource précieuse. Ainsi, le biologiste suisse Emile Guyénot, qui mène à l'Institut de zoologie expérimentale de Genève des recherches sur les transplantations de gonades chez l'animal se réjouit de la parution du livre d'un de ses collègues, l'anthropologue Eugène Pittard au sujet des Skoptzy :

« Il est rare que l'on puisse étudier de près des hommes castrés et les observations sont exceptionnelles : « Par ci, par là, un pauvre diable d'eunuque nègre échoué en Europe, on ne sait pourquoi ni comment, mourait dans une clinique ou dans un hôpital. Il était généralement disséqué. » Mais ce sont là des observations isolées. Aussi la science s'est-elle enrichie d'une exceptionnelle documentation grâce au livre magnifique que le professeur Pittard, l'un des maîtres de l'anthropologie, vient de publier sur la castration chez l'homme. L'auteur a pu, au cours de ses voyages en Orient, étudier de près, à plusieurs reprises, des membres de la secte religieuse des Skoptzy. [...] Les observations du professeur Pittard nous apportent, pour la première fois, une documentation vraiment scientifique sur la castration chez l'homme. Elles dépassent de beaucoup, en précision, les expériences faites sur les animaux par des savants qui ne disposaient pas de techniques exactes de mesure »⁶⁶⁸

⁶⁶⁵ Onofrio Abbate Pacha, *L'eunuchisme. Notes physiologiques pour aider à son abolition complète*, Le Caire, F. Votta, 1903, p. 29.

⁶⁶⁶ Grégoire Chamayou, *Les corps vils. Expérimenter sur les êtres humains aux XVIIIe et XIXe siècles*, Paris, La Découverte, 2008.

⁶⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁶⁸ Emile Guyénot, « Les problèmes de la vie. La castration chez l'homme », *Journal de Genève*, 6 août 1934, p. 2.

La représentation de la castration comme une pratique barbare, propre aux mœurs orientales, permet d'autre part d'assurer la légitimité de l'intervention occidentale, comme une volonté civilisatrice d'arrêter ces « horribles massacres de la masculinité »⁶⁶⁹. À la représentation de pratiques arriérées s'oppose celle d'une science permettant le progrès social, comme en témoigne le discours du médecin Onofrio Abbate Pacha au Congrès égyptien de médecine en 1902 :

« La science, je suis heureux de pouvoir le dire, ne doit pas seulement se rendre utile à la guérison des maladies, mais aussi à dénoncer par sa réprobation tous les malheurs qui accablent les hommes, malheurs cachés et non prévus, et elle rend ainsi sa tâche plus utile et moralisatrice. Je vais démontrer, que l'eunuchisme, un cancer caché au sein de la société orientale, est un crime de lèse-humanité ; que notamment c'est un danger permanent pour les femmes des harems ou gynécées, au point de vue de la morale, et par ses redoutables effets sur l'organisme des femmes [...] A la science incombe le devoir et la noble tâche de faire disparaître l'Eunuchisme [...] Il faut mettre la science et la vérité en marche pour aboutir assurément, à l'abolition de cette honte permanente, latente et intime en Orient »⁶⁷⁰

Soulignant que la castration n'aurait pas d'effet sur le désir sexuel et qu'elle pourrait même déclencher de dangereuses inclinations chez les eunuques, il espère en montrer l'inefficacité. Il faut dire que pour les Européens, la dénonciation de l'eunuchisme est étroitement associée à celle de l'esclavage⁶⁷¹. Le médecin français Alexandre Démétrius Zambaco, installé en Empire Ottoman considère ainsi l'esclavage et l'eunuchisme comme « deux traits vénéneux fichés dans les flancs du vieux régime, qui survivent, et que l'on doit arracher, coûte que coûte, même par les moyens les plus violents »⁶⁷². Richard Millant est quant à lui impliqué dans la Société Antiesclavagiste de France auprès de laquelle il présente des rapports détaillés sur l'état de l'esclavage et de l'eunuchisme dans l'Empire Ottoman⁶⁷³. La représentation de la castration comme une pratique arriérée et cruelle n'empêche pourtant pas un intérêt manifeste porté aux eunuques, comme en témoigne l'ambivalence du discours d'Alexandre Démétrius Zambaco :

« L'exercice de la médecine dans les pays où les eunuques continuent à trouver leur placement, conformément aux us et coutumes orientaux, fournit l'occasion de se livrer à des études variées bien intéressantes, concernant ces mutilés dont le commerce lucratif n'a

⁶⁶⁹ Alexandre Demetrius Zambaco Pacha, *Les eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis*, Paris, Masson et Cie, 1911, p. 46.

⁶⁷⁰ Onofrio Abbate Pacha, *L'eunuchisme. Notes physiologiques pour aider à son abolition complète*, op.cit., p. 6 et 26.

⁶⁷¹ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit.

⁶⁷² Alexandre Démétrius Zambaco Pacha, *Les eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis*, op.cit., p. 4.

⁶⁷³ Société Antiesclavagiste de France, *L'Afrique libre. Revue de l'antiesclavagisme et des questions sociales en Afrique*, vol. 4, n° 10, 30 juin 1912.

pas encore cessé, malgré les mesures prises par l'Angleterre et la France contre la traite des noirs et la fabrication des asexués pour la garde des gynécées »⁶⁷⁴

Inscrit dans un discours orientaliste, la représentation de la castration comme une pratique barbare permet de (re)produire une hiérarchie entre cultures civilisatrices et celles ayant besoin des lumières et des sciences occidentales. En même temps, ce discours permet l'utilisation du corps des eunuques à un moindre coût éthique, par le fait d'accéder à des corps sans endosser la responsabilité de leur opération, puisque les eunuques ont d'ores et déjà été opérés⁶⁷⁵.

Comme l'a souligné l'historienne Élodie Serna, les observateurs notent les stigmates de la castration sur les corps à divers niveaux, notamment grâce à l'usage des méthodes anthropologiques de mesure des os et du squelette, jugé anormalement grand et fin chez les eunuques⁶⁷⁶. La plupart des auteurs soulignent l'apparence féminine des corps. Il n'est pas anodin que, pour faire la distinction entre les hommes Skoptzy qui ont été castrés avant la puberté et ceux qui l'ont été après, l'anthropologue Eugène Pittard utilise les termes de « Skoptzy glabres »⁶⁷⁷ et « Skoptzy poilus »⁶⁷⁸, s'appuyant sur la pilosité, un attribut corporel associé à la masculinité. Ainsi les « Skoptzy poilus » conservent « les caractères apparents des hommes normaux [...] le timbre de la voix, les poils du visage, la plus grande rudesse de la peau »⁶⁷⁹. Qu'ils soient décrits comme « féminins »⁶⁸⁰ ou « asexués »⁶⁸¹, les eunuques ne sont jamais considérés comme des hommes à part entière, comme le souligne cette éloquente description des anthropologues Hikmet et Régnauld, au sujet du palais impérial de Chine : « A la cour de Pékin, Matignon nous représente le Palais impérial habité par 1,000 eunuques, gardiens de harem, intendants, fonctionnaires...vaquant à tous les emplois. L'empereur est le seul mâle dans l'enceinte du palais »⁶⁸².

Ces discours présentent les eunuques non seulement comme proches des femmes en raison de leurs caractéristiques physiologiques, mais aussi en raison de leur tournure de l'esprit. Comme le souligne l'historien Howard Hsueh-Hao Chiang, depuis le XIX^e siècle, le langage de

⁶⁷⁴ Alexandre Démétrius Zambaco Pacha, *Les eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis*, op.cit., p. 147.

⁶⁷⁵ Grégoire Chamayou, *Les corps vils. Expérimenter sur les êtres humains aux XVIII^e et XIX^e siècles*, op. cit.

⁶⁷⁶ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit.

⁶⁷⁷ Eugène Pittard, *La castration chez l'homme et les modifications morphologiques qu'elle entraîne. Recherches sur les adeptes d'une secte mystique, les Skoptzy*, Genève, Masson et Cie, 1934, p. 268.

⁶⁷⁸ Ibid.

⁶⁷⁹ Ibid, p. 269.

⁶⁸⁰ Richard Millant, *Les eunuques à travers les âges*, Paris, Vigot frères Éditeurs, 1908, p. 286.

⁶⁸¹ Alexandre-Démétrius Zambaco Pacha, *Les eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis*, op.cit., p. 113.

⁶⁸² Docteur Hikmet et Félix Regnauld, « Les eunuques de Constantinople », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, vol.5, n°2, 1901, p. 239.

l'anatomie et de la biologie reproductives fournit un appareil épistémique qui fait des conséquences biologiques de la castration la seule explication de sa réalité socioculturelle⁶⁸³.

Millant rapproche ainsi les eunuques des femmes :

« les eunuques deviennent des femmes, au point de vue psychique. Un fait maintes fois signalé et qui témoigne de cette direction nouvelle de l'instinct, c'est la sollicitude toute maternelle que la plupart d'entre eux manifestent à l'égard des enfants confiés à leurs soins. [...] Malheureusement ce n'est pas toujours à cette innocente passion pour les enfants que se bornent les aptitudes féminines de l'eunuque. Souvent, on le sait, il devient un inverti sexuel [...] Chez le castrat, cet instinct est prédéterminé par la constitution physique spéciale qui est la conséquence de la mutilation. L'eunuque ne fait que subir la loi du déterminisme universel : il est [...] un inverti artificiel. Le vrai coupable, c'est celui qui l'a mutilé, favorisant ainsi un changement de direction de l'instinct qui fait des eunuques les agents les plus actifs du vice pédérastique »⁶⁸⁴

Le modèle de compréhension de la sexualité des eunuques s'appuie ainsi sur une inversion des stéréotypes socio-sexuels, l'homme désirant d'autres hommes étant féminisé⁶⁸⁵. Ceci marque aussi plus globalement une transformation dans les compréhensions médicales de l'homosexualité : comprise comme un signe de dégénérescence à la fin du siècle, l'homosexualité est appréhendée comme le symptôme d'un déséquilibre hormonal dès les années 1910⁶⁸⁶. Le rôle passif des eunuques dans la sexualité ne fait toutefois pas consensus : au contraire, de nombreux auteurs soulignent la capacité de certains d'entre eunuques à initier des rapports hétérosexuels, à avoir des pensées érotiques et ce faisant dissocient le désir originaire des gonades du désir cérébral⁶⁸⁷.

La féminité des eunuques ne se limite pas à leur sexualité mais s'étend à des traits psychologiques traditionnellement associés à la féminité, tels que la frivolité⁶⁸⁸, la ruse⁶⁸⁹ ou l'instinct maternel⁶⁹⁰. Dans cette construction du sexe, la masculinité n'est pas quelque chose d'inné mais un trait biologique pouvant être effacé, transformé, là où, au contraire, la féminité apparaît comme un état « par défaut ». Diminué moralement, l'état d'esprit des eunuques l'est également par l'intelligence. Si, comme nous l'avons vu plus tôt, les troubles psychiques

⁶⁸³ Howard Hsueh-Hao Chiang, *Why Sex Mattered : Science and Visions of Transformation in Modern China*, thèse de l'Université de Princeton, 2012.

⁶⁸⁴ Richard Millant, *Les eunuques à travers les âges*, op.cit., p. 286-287.

⁶⁸⁵ Julie Mazaleigue-Labaste, « Contribution à l'archéologie de la distinction sexe-genre. Ce que la psychiatristion des homosexualités au XIXe siècle a fait au sexe », *Émulations: Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales*, n° 15, 2015, p. 17-30.

⁶⁸⁶ Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, op. cit.

⁶⁸⁷ Alexandre-Démétrius Zambaco Pacha, *Les eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis*, op.cit.

⁶⁸⁸ *Ibid*, p. 128.

⁶⁸⁹ Raoul de la Grasserie, *Psychologie et sociologie de l'eunuchisme et du célibat*, Paris, Daragon, 1912, p. 180.

⁶⁹⁰ *Ibid* ; Richard Millant, *Les eunuques à travers les âges*, op.cit., p. 286.

consécutifs à la castration sont attribués à une tristesse légitime chez les hommes européens, ils sont perçus chez les eunuques comme la conséquence biologique de la mutilation, comme en témoigne le discours de Zambaco :

« Les eunuques castrés avant la puberté ont subi une déchéance intellectuelle qui ne saurait échapper à l'observateur. En général ils manquent de vivacité, de gaîté, d'activité. Ils ont de la tendance à la tristesse et à la paresse. Ils sont sans énergie, indolents, abouliques, serviles, couards, aigris, cruels, privés de sentiments affectifs, égoïstes. Il y en a qui sont d'éternels enfants, toujours de mauvaise humeur, mécontents »⁶⁹¹

Le corps des eunuques permet ainsi de réaffirmer une hiérarchie entre les sexes en associant des qualités telles que l'énergie et l'intelligence aux sécrétions internes responsables de la masculinité. Voronoff décrit ainsi leur mémoire comme « faible »⁶⁹², leur intelligence comme étant « paresseuse »⁶⁹³ et leur ruse comme une preuve de leur « faiblesse d'esprit »⁶⁹⁴. Plus rares sont ceux qui mettent en avant les conditions sociales et économiques dans lesquelles vivent les eunuques, à l'instar du médecin égyptien Mohamed El Guindy qui réalise sa thèse sur le sujet à Lyon en 1910⁶⁹⁵. Dans une moindre mesure, l'anthropologue Eugène Pittard déplore aussi cette représentation péjorative de l'intelligence des eunuques :

« Ne serait-ce pas, s'il était possible qu'on le sache, l'opinion qu'aurait le coq pour le chapon, celle du bélier pour le mouton, du taureau pour le bœuf ? Qu'on le veuille ou non, ne sont-ce pas là les idées que peut se faire un homme complet d'un homme incomplet ? »⁶⁹⁶

Construites en comparaison avec un corps féminin pathogène par nature, les hormones sexuelles sont donc investies comme de nouveaux sites de la différence sexuelle. Ces « messagers chimiques » sont investis des caractéristiques associées à la masculinité : énergie, puissance physique et sexuelle, intelligence.

Les connaissances produites sur les eunuques servent d'autre part à consolider l'autorité scientifique de certains médecins, à l'instar de Voronoff, qui, après son séjour au Caire, retourne en France et se livre, dès 1910 à la station physiologique du Collège de France à des expériences

⁶⁹¹ Alexandre-Démétrius Zambaco Pacha, *Les eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis*, op.cit., p. 111.

⁶⁹² Serge Voronoff, *Etude sur la vieillesse et le rajeunissement par la greffe*, Paris, Octave Doin, 1926, p. 24.

⁶⁹³ *Ibid.*

⁶⁹⁴ *Ibid.*

⁶⁹⁵ Mohamed El Guindy, *Les eunuques. Etude anatomo-physiologique et sociale*, thèse de la Faculté de médecine de Lyon, 1910.

⁶⁹⁶ Eugène Pittard, *La castration chez l'homme et les modifications morphologiques qu'elle entraîne. Recherches sur les adeptes d'une secte mystique, les Skoptzy*, op.cit., p. 22.

de greffes d'organes et de glandes⁶⁹⁷. S'inspirant de ses observations des eunuques en Égypte, il considère les testicules comme le lieu de production d'un l'éllixir de jeunesse, de vitalité et de puissance sexuelle :

« De ce fait observé, de ce fait, dirai-je, expérimental – car c'est bien une expérience qu'on réalise sur une vaste échelle en Orient, en castrant les hommes – j'ai tiré la conclusion que la sécrétion interne des testicules ne conditionne pas seulement les caractères secondaires du mâle, les caractères strictement masculins, mais qu'elle influence, soit directement, soit indirectement par d'autres glandes endocrines l'organisme entier, qu'elle stimule notamment le travail des os, soutient l'énergie musculaire et fournit à notre organisme ce quelque chose qui le rend fort et énergique. J'ai réfléchi également à d'autres faits, démontrant que nos théories classiques sur le rôle des testicules ont besoin d'être remaniées, attendu que ce rôle est bien plus important comme stimulant de l'énergie vitale, que comme stimulant purement sexuel »⁶⁹⁸

Or, comme le souligne Elodie Serna, « l'eunuchisme est pensé comme une catégorie extensive et ne se limite pas aux castrés [...] Une sexualité marginale s'esquisse, mêlant constitutions génitales minoritaires, sexualité déviante supposée et caractères physiques et psychiques stigmatisés »⁶⁹⁹. Au-delà du contexte orientaliste, le terme « eunuque » est employé dans la littérature médicale pour désigner des hommes s'éloignant du modèle corporel viril dominant. Dans son livre *Les eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis* paru en 1911, Zambaco consacre la moitié de l'ouvrage à ce qu'il appelle « l'eunuchisme naturel », c'est-à-dire des hommes atteints d'infantilisme, manquant de désir sexuel, présentant des testicules non descendus (cryptorchidie), vieillissants ou encore « hermaphrodites ». Il présente ainsi le cas d'un homme présentant tous les signes extérieurs de la virilité mais ne parvenant pas à atteindre l'érection comme l'un de ces cas d'« eunuchisme naturel » :

« Voici maintenant une autre catégorie d'*eunuques naturels* dont il m'a été donné de voir des spécimens [...] J'ai connu des hommes bien constitués, bien bâtis, de port herculéen, à musculature saillante, à système pileux très développé – barbe et moustache touffues – possédant des glandes séminales bien conformées, volumineuses, et des phallus même exagérés, présentant en un mot toutes les apparences d'une parfaite virilité, et pourtant d'une nullité sexuelle absolue. Dépourvus de désirs vénériens effectifs, bien que très imaginatifs, ils n'avaient que de rares et incomplètes érections, et dans leurs nombreuses et variées tentatives ils ont toujours été d'une inertie qu'aucun moyen, aucun artifice ne parvenait à combattre »⁷⁰⁰

⁶⁹⁷ Elodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit.

⁶⁹⁸ Serge Voronoff, *Quarante-trois Greffes du Singe à l'Homme*, Paris, Octave Doin, 1924, p. 13.

⁶⁹⁹ Elodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe dans l'entre-deux-guerres*, thèse de l'Université de Genève, 2018, p. 46.

⁷⁰⁰ Alexandre Démétrius Zambaco Pacha, *Les eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis*, op.cit., p. 139.

Si le terme d'« eunuque naturel » désigne principalement les retards de puberté, son utilisation pour décrire un large spectre de troubles sexuels révèle le rôle que prend l'endocrinologie dans l'étiologie des défaillances masculines. À travers la notion d'artificialité et de « naturalité », ces savoirs ne présentent pas le sexe et la sexualité comme des données biologiques acquises mais plutôt comme un fait modifiable, somme toute, fragile, car dépendant des fluctuations hormonales. Dans un article de vulgarisation paru en 1913, le médecin et sexologue français Édouard Toulouse présente ainsi la fragilité de l'équilibre endocrinien comme étant toujours sous la menace d'une déstabilisation et donc d'une régression à l'état féminin :

« L'homme, si fier de ses attributs, sait-ils qu'ils ont été à la merci d'une glande qui, arrêtée dans son évolution, l'aurait empêché de prendre l'aspect viril ? Sait-il surtout qu'à tout âge ce qu'il a gagné peut être perdu par suite d'une dégénérescence glandulaire et qu'après avoir été père il peut rétrograder au rang d'un impubère au masque infantile et vieillot ? »⁷⁰¹

Le paradigme hormonal permet ainsi de requalifier la virilité autour de la corporalité, définie autour de l'aptitude physique, de la pilosité, de l'apparence mais aussi de la jeunesse, en ceci que le vieillissement est associé à une désexualisation des corps⁷⁰².

3.2. Le vieillissement masculin, entre normalité et pathologie

Afin de comprendre les connaissances et pratiques qui se développent autour des « hormones mâles » dans l'entre-deux-guerre, il est nécessaire de revenir sur l'histoire du vieillissement masculin et plus particulièrement de la catégorie de la « ménopause masculine ». L'invention en 1812 du terme de « ménopause » reflète l'intérêt croissant pour, comme le souligne l'historienne Christine Théré, « des âges transitoires et la sophistication des divisions de la vie à l'œuvre depuis la seconde moitié du XVIII^e siècle »⁷⁰³. Les politiques d'assistance publique mises en place au XIX^e siècle afin de lutter contre la pauvreté esquissent en effet de nouvelles représentations de la vieillesse. Si d'une part, l'assistance à la vieillesse s'explique par la vulnérabilité d'une population devant être secourue, elle s'accompagne de l'autre d'une définition médicale de la sénescence qui renvoie à la détérioration des forces physiques et mentales et qui place les « vieux » en-dehors du monde de la production⁷⁰⁴.

⁷⁰¹ Édouard Toulouse, « Peut-on retarder la vieillesse ? », *La Science et la vie*, avril 1913, p. 78.

⁷⁰² Barbara L. Marshall, « The new virility: Viagra, male aging and sexual function », *op. cit.*

⁷⁰³ Christine Théré, « Âge de retour et retour d'âge: L'asymétrie entre les sexes dans les discours médicaux en France (1770-1836) », *Clio: Histoire, Femmes et Sociétés*, vol. 42, n° 2, 2015, p. 55.

⁷⁰⁴ Élise Feller, *Du vieillard au retraité. La construction de la vieillesse dans la France du XX^e siècle*, Paris, L'Harmattan, 2017 ; Dominique Dirlewanger, *Les couleurs de la vieillesse. Histoire culturelle des représentations de la vieillesse en Suisse et en France (1940-1990)*, Neuchâtel, Alphil, 2002 ; Pierre Bourdelais, *L'Âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1997.

Tout au long du XIX^{ème} siècle, les naturalistes débattent de l' « âge viril » lors duquel l'homme jouit de toute sa puissance, que la majorité des savants estime atteint vers 30 ans et achevé entre 45 et 50 ans⁷⁰⁵. Coexistant avec celui d' « âge critique », le terme de « ménopause » désigne l'âge précédant la vieillesse qui marque la fin des capacités reproductives et un processus de déssexualisation des corps⁷⁰⁶. Les termes de « ménopause masculine », de « climatère masculin »⁷⁰⁷ ou d' « âge critique de l'homme » sont ainsi utilisés dès la seconde moitié du XIX^{ème} siècle pour signifier la période de transition vers l'âge mûr⁷⁰⁸. En 1885, le journaliste et vulgarisateur Alexis Clerc décrit un processus très semblable chez l'homme à celui de la femme, caractérisé par le déclin sexuel :

« Quels sont les caractères scientifiques de cette espèce de *ménopause masculine*, et enfin à quel âge peut-on en fixer la venue ? [...] A mesure que l'homme avance en âge, ses appétits deviennent de moins en moins impérieux, et, sauf les abus qui peuvent l'entraîner au-delà des besoins réels, il arrive à espacer de plus en plus les rapprochements sexuels ; le cerveau suit la décroissance graduelle de l'appareil génital, et les ardeurs fougueuses de la jeunesse font place à d'autres passions plus calmes et plus douces [...] La puissance virile décroît de plus en plus, sans que le vieillard en éprouve une sensation pénible, comme les impuissants accidentels. C'est que cette insuffisance fonctionnelle est dans les vues de la nature ; tout l'être y concourt et doit l'accepter aisément, sauf le cas où des abus fâcheux ont donné à ce sens une prédominance excessive »⁷⁰⁹

L'âge critique ne se manifeste néanmoins pas de la même manière chez l'homme et la femme. La ménopause est tout d'abord construite comme féminine et constitue le référent à partir duquel est pensé la différence masculine. Dans son ouvrage *La virilité et l'âge critique chez l'homme et chez la femme*, paru en 1885, le docteur Louis de Séré souligne que l'âge critique masculin « est à peine admis des praticiens au point même que les auteurs n'en font pas mention, alors qu'il ne fait doute pour personne chez la femme, en raison du signe si nettement caractérisé qui lui est propre »⁷¹⁰. Il ajoute néanmoins que « [l]es évolutions d'âge étant

⁷⁰⁵ Alain Corbin, « La virilité reconsidérée au prisme du naturalisme », *op. cit.*

⁷⁰⁶ Christine Théré, « Âge de retour et retour d'âge: L'asymétrie entre les sexes dans les discours médicaux en France (1770-1836) », *op. cit.* ; Barbara L. Marshall, « The new virility: Viagra, male aging and sexual function », *op. cit.*

⁷⁰⁷ Issu de la notion des âges de la vie construits sur des multiples de 7 et de 9 et signifiant une année dangereuse à passer, le terme de climatère désigne la fin de la période génitale active. A ce propos, consulter Daniel Delanoë, *Sexe, croyances et ménopause*, Hachette Littératures, 2006.

⁷⁰⁸ *Ibid.* ; Elizabeth Siegel Watkins, « Medicine, Masculinity, and the Disappearance of Male Menopause in the 1950s », *Social History of Medicine*, vol. 21, n° 2, 2008, p. 329-344 ; Barbara L. Marshall, « Climacteric redux?: (Re)medicalizing the male menopause », *Men and Masculinities*, vol. 9, n° 4, 2007, p. 509-529 ; Mike Featherstone et Mike Hepworth, « The history of the male menopause 1848-1936 », *Maturitas*, vol. 7, n° 3, 1985, p. 249-257.

⁷⁰⁹ Alexis Clerc, *Hygiène & médecine des deux sexes*, t.1, Paris, Jules Rouff et Cie, 1885, p. 307.

⁷¹⁰ Louis de Séré, *La virilité et l'âge critique chez l'homme et chez la femme*, Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885, p. 6-7.

parallèles dans les deux sexes, l'absence de l'âge critique chez l'homme serait un véritable contre-sens physiologique bien difficile à justifier »⁷¹¹. Marqué par l'arrêt des règles chez la femme, l'âge critique se manifesterait chez l'homme par la disparition des « zoospermes » (spermatozoïdes) du liquide séminal et le déclin de l'activité sexuelle.

Tout comme pour l'hystérie, le terme rencontre des résistances du fait de son association avec la féminité, si bien que les psychiatres Rémond et Voivenel défendent l'expression en 1911 :

« On s'étonnera moins de cette généralisation d'un terme qui semble contenir l'idée d'une spécificité sexuelle, si l'on veut bien se souvenir que le mot d'hystérie, après avoir représenté des phénomènes exclusivement rattachés à l'existence de l'utérus, a fini par s'appliquer indifféremment à l'un et à l'autre sexe [...] Nous nous proposons d'employer le terme de ménopause pour caractériser un ensemble des phénomènes qui présentent, parmi ceux que l'on rattache à l'involution présénile, une allure spéciale, et cela sans tenir compte du sexe »⁷¹²

Là où la ménopause est associée au déclin de l'activité reproductive chez la femme, elle est plutôt associée à la fin de l'activité sexuelle chez l'homme. Ceci s'explique par le fait que, dès la fin du siècle, des travaux menés sur la qualité du sperme soulignent la longue fécondité des hommes qui parviennent à engendrer à des âges parfois très avancés⁷¹³. Au contraire d'un arrêt soudain et brutal chez la femme⁷¹⁴, l'arrêt de la fonction reproductive est décrite comme un déclin progressif de la qualité et quantité des spermatozoïdes chez l'homme. Ainsi, même les tenants de la ménopause masculine concèdent que l'arrêt de la fonction reproductive ne peut être considérée comme un signe de la ménopause chez l'homme⁷¹⁵. En reprenant le partage entre gynécologues et psychologues, le médecin lyonnais Charles Vinay écrit ainsi en 1907 :

« On voit ainsi survenir la distinction déjà faite d'un côté entre les gynécologues, et d'un autre côté les psychologues et les aliénistes relativement à la ménopause. Pour les premiers, le changement survient du côté des organes génitaux, tandis que pour les derniers, la mutation est purement psychologique [...] aussi peut-elle être assimilée aux troubles survenant chez les deux sexes [...] Cependant il paraît difficile d'accepter les idées des psychologues. [...] la cessation de l'ovulation et de la menstruation ne comportent aussi

⁷¹¹ *Ibid*, p. 7.

⁷¹² A. Rémond et Paul Voivenel, « Essai sur le rôle de la ménopause en pathologie mentale », *L'Encéphale : journal de psychiatrie*, vol. 2, 1911, p. 8-9.

⁷¹³ Joseph-Amédée Valleteau de Moulliac, *Contribution à l'étude de l'âge critique. L'âge critique chez l'homme (Troubles nerveux et psychiques)*, thèse de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, 1907, p. 54-56.

⁷¹⁴ Christine Théré, « Âge de retour et retour d'âge: L'asymétrie entre les sexes dans les discours médicaux en France (1770-1836) », *op. cit.* ; Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *op. cit.*

⁷¹⁵ Joseph-Amédée Valleteau de Moulliac, *Contribution à l'étude de l'âge critique. L'âge critique chez l'homme (Troubles nerveux et psychiques)*, *op.cit.* ; Charles Vinay, « La ménopause masculine », *Annales de la Société de médecine de Lyon*, lv, 1907, p. 90-91.

aucune comparaison possible avec les troubles qui peuvent survenir chez les hommes. [...] la spermatogenèse persiste jusqu'à un âge très avancé, parfois jusqu'à 80 ou 90 ans »⁷¹⁶

L'émergence d'une compréhension hormonale du corps fournit un nouveau cadre pour penser la ménopause masculine dans la première moitié du XX^e siècle. Ce sont principalement des psychiatres et psychologues qui reprennent, au tournant du siècle, la thèse d'un « âge critique » ou d'une « ménopause » masculine à partir des nouvelles connaissances sur les sécrétions internes du testicule. En 1896, le psychiatre allemand Emil Kraepelin présente la « mélancolie d'involution » comme l'une des cinq variétés principales de la dépression qui affecte particulièrement les femmes à la ménopause et dans une moindre mesure les hommes vieillissants⁷¹⁷. Dans la pratique, néanmoins, rien n'indique que ce diagnostic ait beaucoup été utilisé en France ou en Suisse romande. Dans les registres d'entrée et de sortie de l'Asile de Bel-Air de Genève, la catégorie de « mélancolie d'involution » ou de « psychose d'involution » apparaît souvent dans les dossiers de femmes internées : parmi les quelques dossiers que j'ai pu consulter, la vie sexuelle et reproductive y joue une place prépondérante. Au contraire, dans les nombreux dossiers d'hommes diagnostiqués avec une « mélancolie d'involution », la vieillesse n'y est pas présentée comme une caractéristique sexuée liée au déclin de leur virilité.

Il faut dire que l'établissement d'une expertise psychiatrique sur le vieillissement masculin est alors en construction et qu'elle est loin d'être stabilisée. En 1907, une thèse sur le sujet est soutenue à la Faculté de médecine de Bordeaux. Son auteur, Joseph-Amédée Valleteau de Moulliac soutient l'existence d'un âge critique chez l'homme qu'il estime caractérisé non pas par l'absence de spermatozoïdes mais par le déclin de la sexualité : « la présence de l'élément reproducteur n'est pas la seule condition nécessaire à la reproduction : il peut y avoir impuissance et arrêt génital avec persistance de spermatozoïdes »⁷¹⁸. Pour soutenir son argument, il s'appuie sur les travaux des physiologistes Pol Boin et Paul Ancel qui font l'hypothèse, dès 1903, de deux rôles distincts du testicule : la sécrétion hormonale assurée par les cellules interstitielles de Leydig et la production de spermatozoïdes assurée par les cellules de Sertoli. Ils dissocient ce faisant la fonction sexuelle de la fonction reproductrice⁷¹⁹.

⁷¹⁶ *Ibid.*

⁷¹⁷ Daniel Delanoë, « Les troubles psychiques attribués à la ménopause et le regard des hommes », dans Pascale Bélot-Fourcade et al. (dir.), *La ménopause*, Érès, 2004, p. 151-170.

⁷¹⁸ Joseph-Amédée Valleteau de Moulliac, *Contribution à l'étude de l'âge critique. L'âge critique chez l'homme (Troubles nerveux et psychiques)*, op.cit., p. 56.

⁷¹⁹ Jean-Louis Fischer, « Sexualité et procréation : problème de frontière. Réflexion autour de la "querelle de l'interstitiel" des années 1920, ou la découverte de la glande de la masculinité (1903-1930) », *Histoire des sciences, médecine/sciences*, vol. 11, 1995, p. 240-242.

S'appuyant sur ces travaux, Valleteau de Moulliac fait l'hypothèse d'une détérioration des cellules de Leydig lors de la ménopause masculine :

« puisque l'infantilisme testiculaire est dû à l'arrêt précoce du fonctionnement des cellules interstitielles, pourquoi la déchéance testiculaire avec l'âge ne serait-elle pas due à une altération des cellules interstitielles, puisque cette déchéance ne vient pas des cellules de la lignée séminale »⁷²⁰

Il décrit les désagréments de l'âge critique chez l'homme comme se traduisant par une grande tristesse, une lassitude, de la jalousie, de l'hypochondrie, le développement de psychoses, voire des excès sexuels. Le psychiatre Charles Burlureaux les décrit ainsi en 1908 :

« du jour au lendemain, cet homme, vaillant jusqu'alors, subit un véritable effondrement. Non seulement il perd tout d'un coup l'aptitude sexuelle ce qui est pour lui la source d'un grand chagrin, mais il perd, en même temps, l'appétit, le sommeil, les forces. La constipation entre en scène ; des douleurs névralgiques variées, ou, pour mieux dire, des *algies*, car la douleur ne suit pas le trajet des nerfs, le torturent nuit et jour. [...] Le branle est donné à la cellule nerveuse, le système nerveux, longtemps patient, s'est tout à coup révolté, et il faut des mois et des années de soins méthodiques pour lui rendre son équilibre. [...] Le plus souvent, les malheurs de ce genre arrivent chez des hommes qui, auparavant, n'étaient pas débauchés [...] et puis, un beau jour, une occasion se présente et les surprend ; c'est une Sapho quelconque rencontrée en chemin de fer ; l'homme se trouve désarmé devant la tentation, il succombe, et, une première chute entraînant de nombreuses à sa suite, il devient enragé de vice. Aussi ne saurions-nous trop engager l'homme mûr, trop confiant en lui-même, à veiller toujours, car le péril est insidieux et les risques sont grands »⁷²¹

Si ces ennuis ne sont pas toujours remarqués des médecins, c'est, d'après Valleteau de Moulliac car ils correspondent aux normes sexuelles et à une certaine fierté masculine :

« si les médecins ont eu l'occasion d'étudier ces phénomènes chez la femme c'est qu'avant de céder aux excitations, la pudeur [...] la retient et qu'elle espère que le médecin pourra la débarrasser de ces sensations qui l'obsèdent. L'homme, au contraire, est presque fier de ces sensations qui pour lui indiquent la persistance de sa virilité [...] et pour la satisfaction de ces excitations il n'a que faire du médecin »⁷²²

Le paradigme hormonal permet aux psychiatres de donner une base somatique au développement de psychoses liées à l'âge. Le concept cristallise d'autre part la construction et les inquiétudes autour de la masculinité au tournant du siècle, notamment en France où est

⁷²⁰ Joseph-Amédée Valleteau de Moulliac, *Contribution à l'étude de l'âge critique. L'âge critique chez l'homme (Troubles nerveux et psychiques)*, op.cit., p. 57.

⁷²¹ Charles Burlureaux, *La lutte pour la santé. Essai de pathologie générale*, Paris, 1908 [Édition GoodPress, 2020] [Ressource en ligne] Disponible : <http://www.gutenberg.org/files/12105/12105-h/12105-h.htm>

⁷²² Joseph-Amédée Valleteau de Moulliac, *Contribution à l'étude de l'âge critique. L'âge critique chez l'homme (Troubles nerveux et psychiques)*, op.cit., p. 68.

produite la plupart de la littérature psychiatrique sur le sujet. En effet, le vieillissement rapide de la population dû au recul des naissances à la fin du siècle est perçu comme une menace de déclin futur et les personnes âgées, notamment les plus pauvres, comme un fardeau pour la société⁷²³. Plutôt que le signe d'une dégénérescence physique, le publiciste scientifique Émile Gautier voit dans l'âge critique de l'homme la décadence de l'éducation virile. Commentant les travaux de Valleteau de Moulliac dans *Le Journal*, il souligne le rôle de l'imagination et de la crainte dans le développement de la sénilité :

« l'homme – à la différence de la femme [...] doit pouvoir, jusqu'à un certain point, esquiver ou atténuer les inconvénients de l'âge critique. Seulement, le malheur est que neuf hommes sur dix, sous des apparences d'énergie farouche, ne savent pas vouloir [...] Ce n'est pas là le moindre vice d'une éducation irrationnelle, qui s'efforce à meubler les cerveaux à refus plutôt qu'à former des caractères... »⁷²⁴

3.3. Des thérapies de rajeunissement à l'endocrinologie sexuelle

Dans les années 1920, les théories endocriniennes et les traitements de rajeunissement prennent le pas sur les discours psy autour du vieillissement masculin. Aux injections de liquide séminal s'ajoutent désormais des interventions chirurgicales sur les corps destinées à favoriser la production hormonale⁷²⁵. Il faut dire que l'hécatombe et la baisse conséquente de la natalité suite à la Grande Guerre accentue la crainte du vieillissement de la population et alimente les discours des campagnes natalistes qui redoutent, sur le plan politique, une véritable « gérontocratie »⁷²⁶. Or, comme le souligne l'historienne Élise Feller, dans l'effort de reconstruction nationale, le concept de « vieillissement de la population » n'a pas tant pour objectif d'apprécier le vieillissement réel individuel ou collectif que de « ramener une population dont les mœurs se sont relâchées aux valeurs de la famille et du travail qui feront la force de la nation »⁷²⁷. Ainsi, ces traitements s'appuient sur une définition de la virilité associée à l'énergie de la jeunesse ainsi qu'à la performance au travail⁷²⁸.

Les réseaux scientifiques qui se constituent autour de l'identification et la synthétisation des hormones sexuelle sont composés d'une large variété de spécialistes, allant des biochimistes,

⁷²³ Élise Feller, *Du vieillard au retraité. La construction de la vieillesse dans la France du XXe siècle*, op. cit.

⁷²⁴ Émile Gautier, « L'âge de « dételer » », *Le Journal*, 6 mai 1907, p. 5.

⁷²⁵ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit. ; Anne Carol, « La virilité face à la médecine », op. cit.

⁷²⁶ Élise Feller, *Du vieillard au retraité. La construction de la vieillesse dans la France du XXe siècle*, op. cit.

⁷²⁷ *Ibid.*, p. 34.

⁷²⁸ Laura Davidow Hirshbein, « The Glandular Solution : Sex, Masculinity, and Aging in the 1920s », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 9, n° 3, 2000, p. 277-304.

gynécologues, embryologistes et physiologistes⁷²⁹. L'intérêt qui se déploie autour des glandes sexuelles dans les années 1920 dépasse la seule communauté médicale pour s'introduire dans la sphère publique⁷³⁰. Ainsi, de nouvelles thérapies ayant pour but d'accroître et d'améliorer la production d'hormones sexuelles « mâles » reçoivent une attention médiatique considérable car elles font miroiter l'espoir de lutter contre le vieillissement. C'est par exemple le cas de l'opération dite de « Steinach » mise au point par le physiologiste autrichien Eugen Steinach, professeur de biologie et directeur de l'Institut biologique de l'Académie des sciences de Vienne. En partant du constat que la ligature des canaux déférents (vasectomie) est suivie d'une multiplication des cellules de Leydig, sécrétrices de testostérone, l'objectif de Steinach est de favoriser la production hormonale masculine en mettant « au repos » l'activité reproductrice. L'opération est présentée comme une méthode de rajeunissement corporel et intellectuel et aussi indirectement de maladies associées à la vieillesse, telles que l'hypertrophie de la prostate, associée à la vieillesse⁷³¹.

Parmi ces « thérapies de rajeunissement » se trouve aussi la célèbre « greffe testiculaire » élaborée par Serge Voronoff et présentée à divers congrès de médecine dès 1922⁷³². Consistant à prélever des tissus testiculaires de grands singes pour les transplanter sur l'homme, la technique promue auprès de riches clients promet de restaurer les forces mentales et corporelles et la jeunesse des hommes⁷³³. Voronoff n'est pas le seul à faire la promotion des greffes testiculaires. L'un de ses disciples, le chirurgien Louis Dartigues s'empare du marché des greffes testiculaires et publie de nombreux ouvrages sur la question⁷³⁴. Dartigues se présente d'ailleurs comme un spécialiste de la « chirurgie endocrinienne (greffes) » dans le *Tout Paris* des années 1930⁷³⁵.

En Suisse romande, les thérapies de rajeunissement se diffusent également à travers la figure du chirurgien Paul Niehans qui promeut à la fois l'opération de « Steinach » pour soigner

⁷²⁹ Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, op. cit. ; Delphine Gardey, « Les sciences et la construction des identités sexuées », op. cit.

⁷³⁰ Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, op. cit.

⁷³¹ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit.

⁷³² *Ibid.*

⁷³³ *Ibid.* ; Anne Carol, « La virilité face à la médecine », op. cit.

⁷³⁴ Louis Dartigues, *Technique chirurgicale des Greffes Testiculaires du singe à l'homme (d'après la méthode de Voronoff)*, Paris, Octave Doin, 1923 ; Louis Dartigues, *Le Renouvellement de l'organisme : Endocrinothérapie chirurgicale*, Paris, Gaston Doin et Cie, 1928.

⁷³⁵ *Tout Paris*, Paris, La Fare, 1936, p. 693.

l'hypertrophie de la prostate⁷³⁶ et la « transplantation de glandes endocrines »⁷³⁷. Pour Niehans comme pour les tenants des thérapies de rajeunissement, l'homme âgé de plus de cinquante ans présente des symptômes analogues à celui de l'eunuque : « Perte de la virilité sexuelle et de la vigueur corporelle, diminution de l'énergie physique et morale, paresse cérébrale, lacune de mémoire, difficulté dans l'effort musculaire [...] la déchéance atteint peu à peu tous les organes »⁷³⁸.

Tout au long des années 1920 et 1930, les thérapies de rajeunissement font néanmoins l'objet de controverses. L'historien Jean-Louis Fischer a notamment étudié la « querelle de l'interstitiel » qui se déroule au sein des milieux biologiques et médicaux français à propos du rôle joué par les hormones dans la sexualité et la reproduction au début des années 1920⁷³⁹. En France, le débat oppose des collaborateurs et soutiens de Voronoff, qui rejettent l'idée que le tissu interstitiel joue un rôle dans la physiologie sexuelle, aux tenants de la théorie d'Ansel et Boin qui soutiennent que le tissu interstitiel est responsable de la production hormonale de manière indépendante des structures séminales (productrices des spermatozoïdes). Cette « querelle testiculaire » est âprement débattue dans les congrès médicaux et ceci notamment dans un contexte d'après-guerre où l'idée d'une dissociation de la sexualité et de la procréation apparaît comme une « contradiction éthique qui s'oppos[e] à une politique de repeuplement en général et qui contrari[e] les projets idéologiques (et rentables) de l'équipe de Voronoff en particulier »⁷⁴⁰. En effet, comme le souligne Fischer :

« l'équipe de Voronoff avait tout intérêt à défendre cette idée car, héritière des Brown-Séquard et Steinach, elle lançait tout un programme de greffes de testicules [...] Redonner de la vigueur aux hommes âgés pour leur permettre non seulement de reprendre une activité intellectuelle intense mais aussi de procréer de nouveau faisait partie du plan idéologique de cette équipe ouverte au développement d'un eugénisme positif »⁷⁴¹

Plus largement, la possibilité de galvaniser le désir sexuel dans le vieil âge provoque aussi une certaine inquiétude de débordement de la sexualité et de trouble à l'ordre moral et social qui se reflète dans la réception médiatique de ces thérapies⁷⁴². En 1889 déjà, une saynète ironique du

⁷³⁶ Paul Niehans, *L'Hypertrophie de la Prostate et La Ligature de Steinach II*, Vevey, Librairie Klausfelder, 1937.

⁷³⁷ Paul Niehans, *20 ans de Transplantation de glandes endocrines (août 1927-1947)*, Berne, Éditions Hans Huber, 1947.

⁷³⁸ Paul Niehans, *Les Glandes Endocrines et les Méthodes de Rajeunissement*, Bâle, Benno Schwabe & Co, 1929, p. 4-5.

⁷³⁹ Jean-Louis Fischer, « Sexualité et procréation : problème de frontière. Réflexion autour de la "querelle de l'interstitiel" des années 1920, ou la découverte de la glande de la masculinité (1903-1930) », *op. cit.*

⁷⁴⁰ *Ibid.*, p. 242.

⁷⁴¹ *Ibid.*, p. 241.

⁷⁴² Chandak Sengoopta, « Dr Steinach coming to make old young!': Sex glands, vasectomy and the quest for rejuvenation in the roaring twenties », *Endeavour*, vol. 27, n° 3, 2003, p. 122-126.

journal *Gil Blas* écrivait à propos du traitement séquardien : « Un homme dans toute la force de la décrépitude se trouve si puissamment ragaillard par l'effet des pilules du docteur qu'au bout de quelques secondes la vindicte publique éprouve le besoin de l'interner [...] sous l'horrible prévention d'attentat à la pudeur »⁷⁴³. Mobilisant la toute récente expérience de guerre, le journal humoristique *Le Rictus* se moque ainsi des greffes de Voronoff:

« Pauvres gens ! comme je vous plains ;
[...]
Après la guerre et ses méfaits,
C'étaient l'armistice et la paix !
Voronoff, - au diable soit-il ! –
En rechargeant votre fusil,
Vous replonge en pleine bataille !
[...]
Je sais qu'en ce qui me concerne,
Lorsqu'à sec sera ma giberne,
Point ne la ferai regarnir !
Des vieux « retapés », la gent folle
Qui, sans relâche, veut jouir,
Mériterait – sur ma parole –
(Et je prédis cet avenir)
Qu'Eros et sa mère, pour les punir,
Leur colle, à tous, la vérole ! »⁷⁴⁴

Ainsi, les thérapies de rajeunissement chez les hommes vieillissants sont l'objet de certaines ambivalences, même chez leurs promoteurs⁷⁴⁵. Si l'organothérapie et le rajeunissement lient de manière non équivoque la vitalité et la vigueur masculine aux sécrétions glandulaires, l'intérêt porté à ces thérapies est principalement motivé par des anxiétés concernant le déclin de productivité masculine qui ne se dit pas ouvertement de la virilité⁷⁴⁶. Il n'en reste pas moins que l'érection, la fréquence de l'activité sexuelle et le désir hétérosexuel comptent parmi les critères de réussite des opérations⁷⁴⁷.

Peut-être parce qu'ils souhaitent se démarquer d'une association à la sexualité mais aussi car ils souhaitent présenter leurs thérapies comme un antidote contre le vieillissement en général, les adeptes des thérapies de rajeunissement n'adoptent pas le terme de « ménopause

⁷⁴³ Grosclaude et J.-L. Forain, « La Foire de Paris », *Gil Blas*, 16 décembre 1889, p. 5.

⁷⁴⁴ AM, Dossier biographique de Serge Voronoff, « Régénération », *Le Rictus*, décembre 1919.

⁷⁴⁵ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit. ; Barbara L. Marshall, « The new virility: Viagra, male aging and sexual function », op. cit.

⁷⁴⁶ Barbara L. Marshall, « The new virility: Viagra, male aging and sexual function », op. cit.

⁷⁴⁷ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit.

masculine » même s'ils en décrivent des effets similaires. Dans son livre *L'automne de la vie. L'homme et la femme à l'âge critique*, dont un appendice rédigé par Louis Dartigues est consacré aux « thérapies chirurgicales » de la vieillesse, le chirurgien Victor Pauchet affirme en 1932 :

« Chez l'homme, il n'y a pas – en principe – de raison organique qui agisse pour déclencher brusquement et à date approximativement fixe l'apparition de l'arrière-saison. L'anatomie et la physiologie viriles ne subissent pas les mêmes modifications que celles de la femme ; les sécrétions séminales et hormoniques peuvent être conservées jusque dans la vieillesse (quatre-vingt ans). Au point de vue physiologique, il n'y a donc pas, à proprement parler, d'âge critique masculin. « Cependant, me dites-vous, depuis que j'ai dépassé la cinquantaine, je sens bien qu'il y a quelque chose de changé en moi : j'ai de la peine à marcher du même pas que mes fils, l'embonpoint que j'avais commencé à prendre vers quarante ans s'est accentué, je me fatigue rapidement, j'ai des palpitations, de l'essoufflement. Ma vigueur décline, ma mémoire est moins fidèle. [...] »

Ces révélations ne manquent pas d'être assez pénibles pour un homme qui avait toujours eu une « santé de fer ». N'est-ce donc pas l'âge critique ? » Age critique si vous voulez, si vous tenez à cette expression. Mais, en réalité, c'est tout simplement l'apparition prématurée de la vieillesse, c'est l'apparition prématurée d'accidents qui, chez un individu parfaitement sain, ne se manifesteraient qu'à un âge très avancé, ou même pas du tout »⁷⁴⁸

Les critiques de l'âge critique masculin mettent en avant le fait que le déclin corporel est un signe de vieillesse et non pas d'un vieillissement sexuel causé par l'arrêt de la production hormonale. Ainsi, l'endocrinologue espagnol Gregorio Marañón, qui publie régulièrement en langue française, affirme en 1934 que « *ces accidents sont toujours en rapport avec la déchéance de l'organisme vieillissant et qu'ils n'ont spécifiquement rien à voir avec l'involution sexuelle* »⁷⁴⁹.

Une critique similaire est d'ailleurs adressée aux tenants des thérapies de rajeunissement. De la sorte, le docteur genevois Charles Saloz interroge en 1930 la place accordée au testicule dans l'économie corporelle masculine, soulignant que : « Certes, la puissance génitale, la fertilité testiculaire sont l'apanage de la jeunesse, mais s'ensuit-il nécessairement que le vieillissement de l'organisme soit sous la dépendance d'un seul organe [...] ? Nous ne le pensons pas »⁷⁵⁰. Il critique d'autre part la focalisation de ces thérapies sur la virilité :

« la femme, où cette involution est évidente, chez laquelle l'état d'âme, pour ne pas dire plus, est dominé par les grandes étapes sexuelles, puberté, maternité, ménopause, elle qui,

⁷⁴⁸ Victor Pauchet, *L'automne de la vie. L'homme et la femme à l'âge critique*, J. Oliven, 1932, p. 30-31.

⁷⁴⁹ Gregorio Marañón, *L'âge critique. Etude pathogénique et clinique*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 280.

⁷⁵⁰ Charles Saloz, « La sénescence et les opérations de rajeunissement », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1930, p. 866.

plus que l'homme, redoute la flétrissure physique de l'âge, la femme, disons-nous, est négligée par les rajeunisseurs ; on la laisse tomber, ne songeant qu'à la virilité de l'homme »⁷⁵¹

Le vieillissement féminin est en effet peu visé par les thérapies de rajeunissement : si Voronoff procède à quelques greffes d'ovaires, leur ampleur est bien moins considérable que ses travaux de greffes testiculaires⁷⁵². Avec l'isolation, la synthétisation et la commercialisation des hormones sexuelles « féminines » dans les années 1930, la ménopause féminine est pourtant progressivement redéfinie comme une pathologie causée par une déficience hormonale⁷⁵³. La « découverte » des hormones produites par les ovaires consolide d'autre part le statut de la gynécologie, permettant à une nouvelle génération de spécialistes de s'émanciper de la chirurgie et de l'obstétrique pour développer leur pratique médicale du côté de l'endocrinologie⁷⁵⁴. Dans son discours d'introduction au cinquième congrès de la Société française de gynécologie en 1936, Louis Dartigues présente ainsi les ambitions de cette « science de la femme » :

« Pour bien comprendre, en effet, la définition réelle et la capacité de la gynécologie, il faudrait l'opposer, par comparaison, avec ce que l'on a parfois appelé pour l'homme : l'androgynie ; androgynie et gynécologie étant tout ce qui concerne spécialement l'homme et la femme, dans l'orbe de la génitalité et en dehors de tout ce qui dans l'organisme leur est commun anatomiquement, physiologiquement, biologiquement et appartient par conséquent à la médecine générale ou la chirurgie générale pareilles pour les deux sexes »⁷⁵⁵

Encore une fois, le concept d'une science dédiée aux spécificités masculines n'est mobilisé que pour mettre en évidence les particularités sexuelles féminines. Les travaux de Nelly Oudshoorn ont montré que si les gynécologues deviennent des acteurs clés dans les réseaux de recherche sur les hormones sexuelles, il n'existe pas de spécialité équivalente qui permette la mise à disposition de « matériel humain » ni d'un public déjà organisé pour répondre à la mise sur le marché d'hormones masculines⁷⁵⁶. Les hormones « mâles », l'androstérone et la testostérone

⁷⁵¹ *Ibid*, p. 867.

⁷⁵² Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, op. cit.

⁷⁵³ N. E.J. Oudshoorn, « Menopause, only for women? The social construction of menopause as an exclusively female condition », *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, vol. 18, n° 2, 1997, p. 137-144 ; Jean Paul Gaudillière, « Genesis and development of a biomedical object: Styles of thought, styles of work and the history of the sex steroids », *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 35, n° 3, 2004, p. 525-543.

⁷⁵⁴ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, op. cit.

⁷⁵⁵ Louis Dartigues, « Discours inaugural prononcé lors de l'ouverture du Cinquième Congrès de la Société Française de Gynécologie », *L'Association médicale*, juillet 1936, p. 354.

⁷⁵⁶ Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, op. cit.

seront d'ailleurs synthétisées plus tardivement, en 1934 et 1935 respectivement, permettant de confirmer de manière expérimentale l'hypothèse de Boin et Ancel sur le double rôle du testicule⁷⁵⁷. Dès la fin des années 1930, les thérapies de « rajeunissement » tout comme la notion de « ménopause masculine » sont mises en échec et deviennent associées à un épisode de charlatanisme médical⁷⁵⁸. Comme le révèlent les travaux de Nelly Oudshoorn, certaines entreprises pharmaceutiques qui produisent des hormones de synthèse, telle qu'Organon aux Pays-Bas, abandonnent délibérément leurs recherches de traitement hormonal de la ménopause masculine de crainte de compromettre leur image⁷⁵⁹. En Allemagne au contraire, Jean-Paul Gaudillière a montré que l'absence d'une spécialité médicale masculine jouant le même rôle que la gynécologie n'a pas été un frein à la commercialisation des hormones mâles qui connaissent un développement similaire à celui des hormones femelles⁷⁶⁰. En l'absence d'accès aux archives des principaux laboratoires, il est difficile d'en savoir plus quant à la circulation et la commercialisation des hormones mâles dans les contextes français et suisses. Les dossiers de patients que j'ai pu consulter révèlent néanmoins que les hormones sexuelles mâles sont fréquemment employées dans le traitement de l'impuissance sexuelle – ce qui sera développé dans la troisième partie de cette thèse. Il n'en reste pas moins que la synthèse et la mise sur le marché d'hormones sexuelles « mâles » à la fin des années 1930 n'est pas un élément constitutif d'une nouvelle science qui se dédierait à la masculinité mais fait plutôt planer le spectre du charlatanisme.

Du développement de l'urologie à celui de l'endocrinologie sexuelle, ce chapitre a mis en évidence les formes de médicalisation du corps des hommes qui se jouent dans différentes branches de la médecine depuis la fin du XIX^e siècle. Bien que certaines maladies et traitements visent spécifiquement les hommes, celles-ci ne mènent pas à l'émergence de discours ou d'identités professionnelles qui se diraient de la masculinité.

⁷⁵⁷ Jean-Louis Fischer, « Sexualité et procréation : problème de frontière. Réflexion autour de la “querelle de l'interstitiel” des années 1920, ou la découverte de la glande de la masculinité (1903-1930) », *op. cit.*

⁷⁵⁸ Emile Guyénot, « Les greffes de glandes génitales en médecine et en biologie », *Revue médicale de la Suisse romande*, vol. 4, 1930, p. 193-206 ; Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, *op. cit.* ; Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, *op. cit.*

⁷⁵⁹ Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, *op. cit.*

⁷⁶⁰ Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *op. cit.*

Conclusion

En établissant et contestant des juridictions sur des organes, des maladies ou des techniques, les spécialités qui émergent à la fin du XIX^{ème} siècle construisent simultanément différentes réalités des corps masculins. Dans cette partie, j'ai montré comment les maladies masculines sont revendiquées ou construites comme relevant de la juridiction de différentes spécialités. Dans un premier temps, je me suis intéressée au cas de l'urologie, de la vénéréologie et de la gynécologie pour comprendre comment se dessinaient les frontières entre trois spécialités des organes génito-urinaires au début du siècle. Du point de vue des pratiques, la démarcation est loin d'être établie puisque les spécialistes des voies urinaires se présentent aussi souvent comme spécialistes des maladies vénériennes et des maladies des femmes. Là où les maladies qui touchent l'appareil génital féminin sont principalement prises en charge par la gynécologie naissante, les maladies qui touchent l'appareil génital masculin relèvent de deux spécialités : la vénéréologie et l'urologie. L'étude des frontières entre ces deux spécialités montre que plutôt que d'une vision unitaire des maladies masculines, l'offre médicale est fragmentée de manière à répondre à une diversité d'intérêts professionnels, de contingences administratives et de réalités géographiques. En Suisse, où la dermatologie-vénéréologie est bien insérée dans les Facultés de médecine et les hôpitaux, les maladies de l'urèthre et de la prostate sont généralement soignées au sein des cliniques dermatologiques – l'urologie demeurant particulièrement marginalisée. En France au contraire, où l'école de Félix Guyon a une influence considérable sur le développement de la spécialité, les services d'urologie qui s'ouvrent dans les hôpitaux prennent en charge les maladies de la prostate et celles conséquentes à une infection au gonocoque (blennorragie). La syphilis reste au demeurant l'apanage de la vénéréologie. L'étude des frontières mouvantes de ces disciplines permet aussi d'interroger la place du genre dans la construction des identités professionnelles. Sans que ces spécialités ne se décrivent ouvertement comme des spécialistes de la masculinité, le genre constitue pourtant un aspect central des pratiques des dermatologues-vénéréologues et des urologues. Les hommes sont en effet bien plus nombreux à fréquenter les services spécialisés et sont le plus souvent ceux sur lesquels portent les publications spécialisées.

C'est d'ailleurs au sein de cette « médecine génito-urinaire » qu'apparaît le terme d' « andrologie » en langue française à la fin du XIX^{ème} siècle. D'un mot faisant référence à l'étude des activités humaines, l' « andrologie » devient associée à une science des organes génitaux masculins équivalente à la gynécologie. L'histoire du terme et de ses usages permet

d'interroger une pluralité de frontières : frontières entre les sexes, entre différentes spécialités en construction mais aussi frontières nationales, politiques et sociales. Peu employé en Suisse, le terme fait référence alternativement aux maladies urinaires et vénériennes qui touchent les hommes au début du siècle. Dans les contextes où le terme apparaît, il revêt ainsi la signification des principales maladies associées à la masculinité : confondu avec l'urologie ou la vénéréologie au début du siècle, il devient synonyme de sexologie masculine dans l'entre-deux-guerres. Dans un contexte où les praticiens se positionnent au sein d'un marché thérapeutique, il est fort probable que le concept d'une spécialité dédiée à la masculinité n'ait pas constitué une opportunité pour obtenir une légitimité professionnelle ou accroître sa patientèle. Les usages du terme « andrologie » en association avec celui de « gynécologie » laissent plutôt supposer que celui-ci ait été d'abord employé pour nommer une pratique médicale génito-urinaire au sens large. En langue française, le terme n'est ainsi pas associé à des revendications de spécialisation mais est plutôt employé pour faire référence de manière ponctuelle aux spécificités masculines en miroir de la gynécologie. Cette symétrie s'explique aussi par le fait que le corps et les organes masculins eux-mêmes ne sont pas définis de manière sexuelle. Les débats et diverses classifications autour de l'urètre – alternativement défini comme organe sexuel ou urinaire – montrent que l'organe peut être considéré comme une métonymie des corps masculins, porteurs simultanément d'un marqueur de genre et de l'universalité.

Au-delà des seules spécialités des organes génito-urinaires, l'idée d'une spécificité masculine en matière de santé apparaît occasionnellement au sein de champs divers, à l'instar de la psychiatrie, la gynécologie, la neurologie ou encore l'endocrinologie sexuelle. En montrant l'établissement de regards cliniques sur des maladies associées aux corps masculins, cette partie participe ainsi à nuancer la thèse d'une médicalisation et d'une pathologisation univoque des corps des femmes aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles. L'éclatement des maladies masculines au sein de ces différentes spécialités révèle qu'il existe bien des espaces et des moments de thématization de maladies propres aux hommes touchant à la sphère sexuelle, hormonale ou reproductive. Là où la stérilité masculine relève principalement de la juridiction des gynécologues, les maladies non-vénériennes liées à la sexualité (perversions, impuissance, neurasthénie) sont plutôt étudiées par des psychiatres, neurologues et psychanalystes. Pour autant, les médecins et spécialistes qui décrivent les spécificités masculines de certaines maladies ne se constituent pas comme des spécialistes, au sens plus large, de la masculinité. Tout au plus s'agit-il de praticiens installés qui abordent au détour de quelques publications des problèmes qui touchent particulièrement leur patientèle masculine. Parfois, l'analogie avec des

catégories diagnostiques déjà reconnues chez les femmes leur sert d'ailleurs de ressource pour mettre en évidence l'existence de maladies propres au sexe masculin, comme c'est le cas de l'hystérie ou de la ménopause masculine. Dans la lignée des travaux de Serge Voronoff et d'Eugen Steinach, les années 1920 voient apparaître un courant de traitements ayant pour but de « régénérer » et « rajeunir » les corps masculins à partir d'opérations de transplantations et de greffes testiculaire. Bien que ces pratiques thérapeutiques s'appuient sur une conception masculine de la santé, de la vieillesse et de la vitalité, la crainte d'association avec la sexualité récréative fait que leurs défenseurs ne la présentent pas ouvertement comme des médecines de la masculinité. L'association progressive des « thérapies de rajeunissement » avec le charlatanisme et le succès de la mise sur le marché des hormones sexuelles féminines participe d'autre part à clôturer cet épisode de l'endocrinologie sexuelle.

Plutôt que de proposer une cause unique à l'absence d'une andrologie, cette partie montre la pluralité des espaces dans lesquels se développent un intérêt pour la santé masculine. Ce faisant, elle montre aussi la difficulté de réduire le masculin aux logiques usuelles de spécialisation, que cela passe par le développement d'une innovation technique (la lithotritie ou les thérapies de rajeunissement), par des logiques politiques d'intervention sur les corps des sujets (la gestion biopolitique des corps reproducteurs) ou encore par la classification des organes et des fonctions anatomiques (celles-ci étant alternativement définies comme sexuelles, urinaires, psychiques ou hormonales). Alors que les spécificités masculines font partie intégrante de certaines réflexions médicales et entreprises thérapeutiques, elles ne sont pas constituées sur la base d'une conception malade des corps masculins qui justifierait leur médicalisation. Et l'usage du terme « andrologie » au début du siècle n'implique pas forcément qu'il y ait eu des tentatives d'établir une spécialité allant dans ce sens.

Mais il faut aussi comprendre ces pratiques, connaissances, classifications et spécialisations comme étant situées au sein d'un contexte médical plus large que celui de la médecine hospitalière et des débats académiques. En effet, au-delà des nouvelles disciplines qui se forment par l'établissement de revues scientifiques, de chaires, et de services spécialisés, il existe un plus large marché thérapeutique au sein duquel les hommes recherchent des soins et des traitements et où sont promues d'autres « médecines du masculin ».

Partie II.

Le marché thérapeutique de la santé masculine au début du XXème siècle

Introduction

De la fin du XIX^{ème} siècle à la fin de la Seconde Guerre mondiale, les savoirs et pratiques autour de la santé masculine connaissent de nombreuses transformations et sont traversés par des tensions professionnelles, politiques et sociales. Parmi celles-ci se trouve la question des tensions internes à la profession médicale, notamment au sujet des pratiques médicales « marginales », parfois qualifiées de « charlatanisme ». Il me semble essentiel ici de revenir sur cet aspect de l'histoire de la médecine en France et en Suisse puisque c'est souvent à travers ce prisme que l'histoire de l'andrologie a été abordée. Reprenant en partie la thèse formulée par l'historien Angus McLaren⁷⁶¹, la sociologue Rene Almeling explique ainsi que l'andrologie ne s'est pas développée comme spécialité médicale à la fin du siècle aux États-Unis en raison de l'importance du charlatanisme :

« les hommes étaient traités principalement par des charlatans. L'échec du lancement de l'andrologie en tant que spécialité médicale, combiné à la domination du marché par les charlatans, signifiait qu'une grande attention était accordée au corps reproducteur masculin, mais pas dans les pages des revues médicales professionnelles ni dans les panels des sociétés médicales professionnelles [...] certains des éléments clés - tels que les cliniques spécialisées, les praticiens et les patients - existaient bien pour les organes reproducteurs masculins, mais en dehors du champ d'action de la profession médicale régulière »⁷⁶²

D'autres travaux nord-américains, à l'instar de la thèse de Suzanne M. Fischer, semblent d'ailleurs appuyer cette hypothèse. Dans son étude du Midwest américain au début du siècle, Fischer montre l'existence de cliniques, appelées « instituts médicaux publicitaires », qui se consacrent aux « maladies des hommes » avec un certain succès commercial⁷⁶³. Depuis des bureaux ayant pignon sur rue, comprenant des musées de cire et des salles d'opération, ces instituts se font connaître par une abondance publicitaire par laquelle ils diffusent largement leurs prétentions à être des spécialistes de la guérison des « maladies masculines », qui comprennent les maladies vénériennes, la « perte de la virilité » et les conséquences de la masturbation, ainsi que d'autres maladies génito-urinaires chroniques⁷⁶⁴. C'est en s'appuyant sur l'existence de publicités faisant la promotion de cliniques dédiées spécifiquement aux maladies masculines

⁷⁶¹ Angus McLaren, *Impotence. A Cultural History*, op. cit.

⁷⁶² Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit., p. 53, ma traduction.

⁷⁶³ Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, op. cit.

⁷⁶⁴ *Ibid.*

qu'Almeling fait l'hypothèse de formes de spécialisation dédiées à la santé masculine à la marge de la médecine des élites⁷⁶⁵.

Cette hypothèse est-elle également valable dans les contextes de la France et de la Suisse romande ? Plutôt que de tenter de reconstituer le paysage d'un « marché thérapeutique » dont les dimensions économiques et marchandes sont difficiles à établir, cette partie se concentre sur les usages, les formes de promotion et les luttes professionnelles autour des remèdes proposés aux hommes dans la première moitié du XX^e siècle. Pour ce faire, elle s'appuie sur un corpus de sources comprenant des dossiers de patients, des ouvrages de conseil à la santé, des brochures promotionnelles, des articles et publicités publiées dans la presse, des recueils de témoignages, des articles de presse professionnelle ou encore des brevets d'invention et des poursuites judiciaires pour escroquerie. Il s'agit moins d'étudier la production des connaissances scientifiques que d'analyser leur circulation dans le contexte de l'offre et des consommations thérapeutiques de la première moitié du XX^e siècle. Du fait de l'éparpillement des sources et de leur caractère hétérogène, le récit est nécessairement partiel mais il apporte un décentrement heuristique pour considérer l'histoire de la santé masculine à un moment où se consolide le monopole médical sur l'exercice de la médecine et que s'établissent des réglementations au sujet de la publicité pharmaceutique.

D'un point de vue théorique, cette partie s'inspire des réflexions autour du concept de « marché thérapeutique » pour analyser à la fois l'appropriation d'un vocabulaire médical par les hommes, les stratégies commerciales autour de la santé masculine et la création de frontières intra-professionnelles autour de la question de la publicité et de la définition du « charlatanisme ». Depuis les années 1980, le terme de « marché thérapeutique » est utilisé en histoire de la médecine afin de décrire les interactions entre les prestataires de santé et les consommateur·ices de traitements thérapeutiques⁷⁶⁶. Introduit par l'historien Harold Cook pour décrire la médecine anglaise au XVII^e siècle, le concept a principalement été mobilisé pour décrire la médecine à l'époque moderne. En effet, ce modèle suppose que des consommateurs – les patient·es – achètent les services de prestataires de santé comme des commodités au sein d'un système de santé qui n'est pas régulé par les États⁷⁶⁷. Comme le souligne Philip Rieder, le

⁷⁶⁵ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

⁷⁶⁶ Mark S. R. Jenner et Patrick Wallis, « The Medical Marketplace », dans Mark S. R. Jenner et Patrick Wallis (dir.), *Medicine and the Market in England and Its Colonies, c. 1450-1850*, Houdmills and New York, Palgrave Macmillan, 2007, p. 1-23.

⁷⁶⁷ Lisa Smith, « Review of Furdell, Elizabeth Lane. Publishing and Medicine in Early Modern England. ; White), Margaret Pelling (with Frances.) Medical Conflicts in Early Modern London: Patronage, Physicians, and Irregular Practitioners, 1550-1640. H-Albian » H-Net Reviews, Novembre 2004.

concept de « marché thérapeutique » se pense à travers la notion, métaphorique, de « lieu », littéralement celle de la « place du marché ». Il s'agit ainsi de concevoir l'ensemble de l'offre médicale telle qu'elle se présente en un lieu, ce qui permet d'inclure les pratiques médicales non contrôlées par les corporations dans l'ensemble des prestations de soins disponibles dans un espace donné⁷⁶⁸.

Le concept permet ainsi de remettre en question les catégories de « médecine officielle » et de « médecine populaire » en soulignant « la perméabilité des savoirs associés de prime abord soit au versant savant soit à la composante populaire de la culture »⁷⁶⁹. Ce faisant, il explicite les emprunts et échanges entre médecine dite « savante » et celle dite « populaire » sans pour autant les inscrire dans une logique dichotomique. Rieder souligne ainsi : « les groupes de praticiens ne sont pas définis en fonction de leur légitimité épistémologique, de la qualité supposée de leur formation, voire de leur proximité avec des figures médicales contemporaines, mais bien plutôt de leur capacité à proposer des biens et des services et à convaincre des non-médecins de les acheter »⁷⁷⁰.

Permettant de démystifier les prétentions médicales, le concept permet aussi d'éviter l'anachronisme de considérations autour de l'éthique et l'autorité professionnelles et encourage l'utilisation d'un éventail plus large de sources en établissant des passerelles avec l'histoire économique et culturelle⁷⁷¹. Le fait de considérer la médecine comme un marché est aussi pour certains historien·nes un moyen d'entreprendre une « histoire de la médecine par le bas », c'est-à-dire portant autant sur les profanes que sur les praticiens ou les idées médicales⁷⁷².

Le concept de « marché thérapeutique » a fait l'objet de nombreuses critiques, notamment par son caractère économique implicite qui présume une stricte distinction entre le marché public et privé⁷⁷³. En soulignant la capacité de choisir des patients, il réaffirme d'autre part une vision néolibérale de la gestion par les malades de leur propre santé qui fait de leur consumérisme la condition de leur émancipation⁷⁷⁴. Pour les historiens Mark S. R. Jenner et Patrick Wallis, une

⁷⁶⁸ Philip Rieder, « Médecins et patients à Genève : offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 52-1, n° 1, 2005, p. 39-63.

⁷⁶⁹ *Ibid.*, p. 41.

⁷⁷⁰ *Ibid.*, p. 42.

⁷⁷¹ Mark S. R. Jenner et Patrick Wallis, « The Medical Marketplace », *op. cit.*

⁷⁷² *Ibid.*

⁷⁷³ Willem de Blécourt et Cornelia Osborne (dir.), *Cultural Approaches to the History of Medicine. Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, Houndmills and New York, Palgrave Macmillan, 2004.

⁷⁷⁴ Roger Cooter et Claudia Stein, « Introduction. The vicissitudes of fundamental change », Roger Cooter et Claudia Stein (dir.), *The History of Medicine. Critical Concepts in Historical Studies*, Londres et New York, Routledge, 2016, p. 1-32.

partie des critiques apportées au concept de « marché thérapeutique » s'explique aussi par les différentes significations associées au terme : employé pour décrire la pluralité de l'offre médicale, le terme fait aussi référence à une étape particulière de commodification de la santé à l'époque moderne ainsi qu'à une approche visant à analyser la médecine comme un service fonctionnant par les mécanismes du marché économique⁷⁷⁵.

Cherchant à reconstituer le paysage de l'offre et de la consommation thérapeutique autour de la santé masculine, je m'inspire ici de l'approche de l'historien Philip Rieder, qui appelle à élargir le concept de « marché thérapeutique » pour comprendre les soins effectués sans rémunération, sous la forme d'échanges, de dons, dans le cadre familial, ainsi que les remèdes pris sous la forme d'automédication⁷⁷⁶. Il définit ainsi l'emploi du concept de « marché thérapeutique » comme une étape dans l'analyse qui permet de faciliter une reconstruction du monde médical où les empiriques ne sont pas systématiquement considérés comme incompetents et permet de dépasser le clivage entre médecine populaire et médecine des élites. Tout en questionnant la pertinence du terme, il appelle à cerner les acteur·ices dans leurs contextes particuliers au-delà d'une logique mercantile, notamment pour reconstruire les « stratégies » des soignant·es pour valoriser leur savoir-faire et les « stratégies » des malades pour trouver les soins les plus adaptés⁷⁷⁷. C'est là aussi ma position : je mobilise le concept de « marché thérapeutique » pour faire allusion au pluralisme de l'offre médicale, aux tactiques des hommes pour trouver des soins et aux stratégies promotionnelles associées à la publicité.

Le premier chapitre témoigne de la tentative d'esquisser une histoire pluraliste de la santé masculine. Dans un premier temps, j'analyse la circulation de connaissances médicales sur les sexualités à partir du cas des ouvrages d'hygiène conjugale et de vulgarisation. Puis, je m'intéresse aux différentes formes de consommations thérapeutiques des hommes qui souffrent de maladies de l'appareil sexuel et reproducteur, en me posant principalement la question de leurs premiers interlocuteurs : vers qui se tournent-ils ? Pour finir, je pose la question du genre et m'intéresse à la place des femmes dans les pratiques de soin formels et informels.

Le second chapitre traite des stratégies publicitaires et commerciales mises en œuvre pour attirer de potentiels consommateurs à avoir recours à des produits ou des soins. En premier lieu, je montre comment l'industrialisation de la pharmacie et les progrès de l'imprimerie

⁷⁷⁵ Mark S. R. Jenner et Patrick Wallis, « The Medical Marketplace », *op. cit.*

⁷⁷⁶ Philip Rieder, « Médecins et patients à Genève : offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne », *op. cit.*

⁷⁷⁷ *Ibid.*

transforment les pratiques publicitaires à la fin du siècle. Par la suite, j'étudie les pratiques commerciales de consultation par correspondance dans un contexte transnational. Finalement, j'analyse le contenu de ces publicités et des représentations et normes masculines qu'elles produisent et diffusent.

Le dernier chapitre de cette partie explore la production de frontières professionnelles entre les praticiens qualifiés de « charlatans » et les « vrais médecins ». Je montre comment les crispations autour de la publicité médico-pharmaceutique deviennent, avec la Grande Guerre, un enjeu politique de différenciation entre « charlatans » et spécialistes. Pour finir, je m'intéresse à ce que la concurrence avec les praticiens qualifiés de « charlatans » produit en termes de production de normes de ce qui constitue un « vrai médecin » et de transformations dans la relation entre médecins et patients.

Chapitre 1. Une histoire pluraliste de la santé masculine

1. La production et la circulation de connaissances sur les sexualités

1.1. Prolifération des discours sur les sexualités masculines

A la fin du XIX^{ème} siècle, l’alphabétisation, l’urbanisation, la facilité des communications et le prix de l’imprimerie marque l’essor d’une littérature de vulgarisation du discours médical sur la sexualité adressée au grand public⁷⁷⁸. Le phénomène n’est pas tout à fait nouveau. La littérature sur les questions de génération est issue d’une longue tradition populaire de conseil aux couples autour de la conception d’un enfant du sexe désiré (généralement un garçon) qui existe en Europe depuis l’époque moderne et persiste en France jusqu’au XX^{ème} siècle⁷⁷⁹. D’autre part, tout au long du XIX^{ème} siècle, des manuels offrant des diagnostics, thérapies et recettes pharmaceutiques figurent parmi les textes les plus populaires sur les problèmes sexuels masculins⁷⁸⁰. Les publications sur l’hygiène du mariage se multiplient néanmoins dans la seconde moitié du siècle, rédigées par des médecins ou pharmaciens qui ne font souvent pas partie de l’élite médicale, généralement d’extraction modeste⁷⁸¹. Les guides à l’usage des couples prolifèrent à un moment où le mariage se transforme dans la bourgeoisie pour devenir, d’une affaire de lignage et de patrimoine, de plus en plus souvent une question de sentiments⁷⁸². En se souciant de la bonne entente des ménages, les médecins font des plaisirs de l’amour un baromètre du bonheur conjugal et de la satisfaction de l’épouse un enjeu important⁷⁸³.

Cette littérature s’adresse à un public non scientifique dans un style direct et popularise les taxonomies savantes tout en empruntant parfois à l’érotisme de la littérature décadente et à la presse grivoise⁷⁸⁴. Pour contourner la censure, la plupart des auteurs vulgarisateurs emploient un pseudonyme. Leur titre de docteur en médecine n’est pas toujours assuré, certains écrivant d’ailleurs en tant que religieux⁷⁸⁵. Il faut dire que la légitimité médicale permet d’éviter la sanction pour délit d’outrage aux bonnes mœurs si l’intention scientifique et sérieuse de l’auteur

⁷⁷⁸ Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, op. cit.

⁷⁷⁹ Robert A. Nye, *Masculinity and Male Codes of Honor in Modern France*, New York et Oxford, Oxford University Press, 1993.

⁷⁸⁰ Robert A. Nye, « Honor, Impotence, and Male Sexuality in Nineteenth-Century French Medicine », *French Historical Studies*, 16, 1, 1989, pp. 48-71.

⁷⁸¹ Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, op. cit.

⁷⁸² *Ibid.*

⁷⁸³ *Ibid.*

⁷⁸⁴ *Ibid.* ; Annie Stora-Lamarre, *L’Enfer de la III^e République. Censeurs et pornographes (1881-1914)*, op. cit.

⁷⁸⁵ Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, op. cit.

peut être avérée⁷⁸⁶. Concernant généralement les deux sexes, parfois dans un modèle de symétrie, les ouvrages transmettent des informations anatomiques sur les organes sexuels, le phénomène de la fécondation et de la procréation, mais aussi des maladies spécifiques au sexe masculin, telles que les maladies vénériennes, urinaires, les maladies de la prostate, des testicules et du pénis, et pour finir, les méfaits de l'onanisme et des perversions sexuelles. Plusieurs ouvrages de médecine portant sur les questions sexuelles établissent une distinction entre « normal » et « pathologique » en même temps qu'ils participent à la circulation de connaissances sur les questions sexuelles et légitiment un aspect encore marginal du savoir médical⁷⁸⁷.

Le succès des ouvrages de vulgarisation sur l'hygiène du mariage et sur les questions sexuelles révèle que, plutôt qu'une médicalisation de la sexualité imposée par les élites, il existe un fort désir du lectorat d'obtenir des informations sur la sexualité, la procréation et la contraception⁷⁸⁸. L'implication du monde éditorial prouve que la thématique suscite suffisamment d'intérêt pour que les différents éditeurs estiment qu'il est commercialement intéressant de produire des ouvrages sur le sujet⁷⁸⁹. L'ouvrage d'Auguste Forel, *La Question sexuelle exposée aux adultes cultivés* traduit en français en 1906 est un réel succès de librairie, comme en attestent les nombreuses rééditions jusqu'en 1942⁷⁹⁰. La collection traduite de l'anglais du pasteur Sylvanus Stall *Ce que tout jeune garçon...tout jeune homme...tout homme marié... tout homme de 45 ans... devrait savoir* connaît de nombreuses rééditions et est même diffusée dans les kiosques⁷⁹¹.

La multiplication des publications destinées au grand public suggère, de la part de leurs auteurs, une « véritable volonté de propagation des connaissances sexuelles dans l'ensemble de la population »⁷⁹². Les « médecins de l'amour » s'autocensurent lorsqu'ils s'adressent aux femmes, épouses ou mères et très souvent une note liminaire vise à dissuader le lecteur qui

⁷⁸⁶ Annie Stora-Lamarre, *L'Enfer de la IIIe République. Censeurs et pornographes (1881-1914)*, op. cit.

⁷⁸⁷ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

⁷⁸⁸ Hera Cook, « Sex and the Doctors: the Medicalization of Sexuality as a Two-way Process in Early to Mid-Twentieth-century Britain », dans Willem de Blécourt et Cornelia Osborne (dir.), *Cultural Approaches to the History of Medicine*, New York, Palgrave Macmillan, 2004, p. 192-211.

⁷⁸⁹ Catherine Fussinger et Chantal Ostorero, « “La question sexuelle”. Des seuils de tolérance en réélaboration », *Equinoxe*, n° 22, 1998, p. 101-114.

⁷⁹⁰ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

⁷⁹¹ Catherine Fussinger et Chantal Ostorero, « “La question sexuelle”. Des seuils de tolérance en réélaboration », op. cit.

⁷⁹² *Ibid.*, p. 102-103.

tenterait d'y trouver des propos graveleux⁷⁹³. Il n'empêche qu'une grande partie de cette littérature s'adresse en premier lieu aux hommes, chargés d'instruire leurs nouvelles épouses aux plaisirs de l'amour et sur le modèle desquels est calqué la chorégraphie de l'acte sexuel⁷⁹⁴.

De par leur renommée, les auteur·ices de ces manuels reçoivent de nombreuses lettres d'hommes et de femmes leur demandant conseil⁷⁹⁵. Ces échanges épistolaires étudiés dans la correspondance d'Auguste Forel en Suisse⁷⁹⁶ ou celle de Marie Stopes en Grande-Bretagne⁷⁹⁷ soulignent les inquiétudes des hommes par rapport à leur santé et leurs capacités sexuelles. Ces correspondances reprennent certains codes de la consultation épistolaire, dont les historien·nes établissent le développement historique majeur entre le XVI^e siècle et la fin du XVIII^e siècle et dont le déclin est attribué à « la modification des conditions concrètes d'exercice de la médecine, la meilleure accessibilité matérielle aux soins médicaux, l'évolution des paradigmes théoriques et des techniques matérielles de diagnostic, la modification chez le médecin de l'expérience perceptive de la maladie »⁷⁹⁸. Or, comme le souligne Taline Garibian, en dépit de cette tendance, et ce encore au début du XX^e siècle, les patient·es sont inclinés à écrire avant d'envisager une consultation. Elle en conclut ainsi que « [l]a sexualité constitue peut-être une thématique particulièrement propice aux consultations épistolaires, pour laquelle le modèle anatomo-pathologique s'impose plus tardivement »⁷⁹⁹. Il est possible également que le recours à l'écrit permette d'évoquer des choses autrement difficiles à énoncer lors d'un entretien en cabinet et que le fait d'échanger avec ces auteur·ices soit un moyen d'obtenir des conseils sans nécessairement se rendre chez un médecin⁸⁰⁰.

L'émergence d'un discours public respectable sur la sexualité émanant d'autorités médicales, religieuses ou philanthropiques mêle étroitement morale et hygiène⁸⁰¹. En édictant des normes de conduite morale, cette littérature a également pour objectif de transformer les comportements masculins et répond d'ailleurs à un contexte d'inquiétude politique et sociale autour de la

⁷⁹³ Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, op. cit.

⁷⁹⁴ *Ibid.*

⁷⁹⁵ Hera Cook, « Sex and the Doctors: the Medicalization of Sexuality as a Two-way Process in Early to Mid-Twentieth-century Britain », op. cit.

⁷⁹⁶ Taline Garibian, « Les patient·e·s du docteur Forel. Une consultation de sexologie épistolaire », *Histoire, médecine et santé*, n° 12, 2018, p. 57-72.

⁷⁹⁷ Lesley A. Hall, *Hidden Anxieties. Male Sexuality, 1900-1950*, op. cit.

⁷⁹⁸ Vincent Barras et Martin Dingès (dir.), *Maladies en lettres, 17e-21e siècles*, Lausanne, Editions BHMS, 2013, p. 13.

⁷⁹⁹ Taline Garibian, « Les patient·e·s du docteur Forel. Une consultation de sexologie épistolaire », op. cit., p. 59.

⁸⁰⁰ Taline Garibian, « Les patient·e·s du docteur Forel. Une consultation de sexologie épistolaire », op. cit.

⁸⁰¹ Catherine Fussinger et Chantal Ostorero, « “La question sexuelle”. Des seuils de tolérance en réélaboration », op. cit.

masculinité. Dans le cas du Canada anglophone, l'historien Christopher David O'Shea explique le succès de cette littérature de conseil à la santé comme le résultat d'une inquiétude grandissante vis-à-vis de la sexualité des jeunes hommes, encouragée par l'émergence d'une société de loisirs qui favorise la mixité entre les sexes⁸⁰². Cette littérature s'inscrit d'autre part dans un mouvement transnational pour l'éducation sexuelle qui se déroule au début du XXème siècle et qui met l'accent sur l'éducation des jeunes gens sur les dangers de la prostitution et des maladies vénériennes⁸⁰³.

Dès la fin du XIXème siècle en France comme en Suisse, l'éducation des jeunes hommes apparaît comme un rempart contre la diffusion de maladies vénériennes, perçues comme un danger pour l'avenir de la Nation. L'absence de véritable méthodes de traitement conduit les médecins à prôner la chasteté en insistant notamment sur les conséquences dramatiques des maladies « honteuses » et en y mêlant des recommandations morales ayant pour objectif de prévenir les fautes de la jeunesse⁸⁰⁴. Cette littérature vise notamment à transformer les représentations autour des maladies vénériennes. Il s'agit ainsi de changer les représentations autour de la blennorrhagie, familièrement référée sous le terme de « chaude-pisse », souvent considérée comme bénigne, sinon comme la preuve de l'accession à une masculinité adulte marquée par l'hétérosexualité⁸⁰⁵. En 1902, le syphiligraphe Alfred Fournier déplore ainsi que :

« Dans le public, il est de mode de la considérer comme « une bagatelle une misère ». C'est une maladie, dit-on, que « tout le monde a eue ou aura, une maladie qui n'est rien et qui guérit en quelques semaines ». C'est un « brevet de virilité », ajoutent même sottement quelques-uns »⁸⁰⁶

Au début du siècle, les premiers opuscules visant à éduquer la jeunesse sont adressés aux adolescents de bonne famille qui constituent la clientèle des médecins engagés dans le débat autour de l'éducation à la sexualité et qui constituent les cibles des luttes contre la dénatalité. Comme le souligne Virginie de Luca Barrusse, « c'est [...] celle-ci [la bourgeoisie] qu'il faut engager à faire des enfants sains et non la classe ouvrière, dont les enfants sont réputés viciés

⁸⁰² Christopher D O Shea, *Visions of masculinity: home-health advice literature, medical discourse and male sexuality in English-Canada, 1870-1914*, thèse de l'University of Guelph, 2003.

⁸⁰³ Anne-Françoise Praz, « L'éducation sexuelle, entre médecine, morale et pédagogie : débats transnationaux et réalisations locales (Suisse romande 1890-1930) », *Paedagogia Historica*, vol. 50, n° 1-2, 2014, p. 165-181.

⁸⁰⁴ Catherine Fussinger et Chantal Ostorero, « “La question sexuelle”. Des seuils de tolérance en réélaboration », *op. cit.* ; Alain Corbin, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIXe siècle*, *op. cit.*

⁸⁰⁵ J Goens, « Impact littéraire de la campagne de propagande antivénérienne du tournant du siècle », *Vesalius*, II, n° 2, 1996, p. 126-131 ; Alain Corbin, « La nécessaire manifestation de l'énergie sexuelle », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 127-157.

⁸⁰⁶ Alfred Fournier, *Pour nos fils quand ils auront 18 ans. Quelques conseils d'un médecin*, Paris, J. Rueff, 1902, p. 8.

par l'alcoolisme des parents et la tuberculose »⁸⁰⁷. Médecins et pédagogues recommandent de dispenser aux garçons une éducation sexuelle pour ne pas laisser celle-ci à l'initiative de camarades, de domestiques ou de rencontres de passage⁸⁰⁸. Au contraire des initiatives d'éducation des jeunes filles, les jeunes hommes sont considérés comme les bénéficiaires directs de ces lectures⁸⁰⁹. Ainsi, les femmes médecins qui s'investissent dans la lutte antivénérienne au début du siècle s'adressent principalement aux mères, chargées d'éduquer leurs filles sur la fonction sexuelle, l'anatomie et la physiologie féminines⁸¹⁰.

En Suisse romande protestante, la prolifération de brochures sur la moralité sexuelle au début du siècle vise principalement les hommes et dénonce leurs droits sexuels presque illimités au sein du mariage et dans les relations avec les femmes⁸¹¹. Ces discours cherchent à réfuter la croyance populaire selon laquelle la sexualité masculine est un besoin irrépressible et une condition pour être en bonne santé et à établir un nouveau modèle de masculinité respectable, basée sur le contrôle de soi, le respect pour le bien-être de sa partenaire, et notamment le fait de lui éviter de trop nombreuses grossesses⁸¹². Au contraire, dans le canton catholique de Fribourg, l'influence du discours nataliste français est perceptible dans le ton des publications qui glorifient les grandes familles et dénoncent le déclin des naissances⁸¹³. En France, des manuels d'éducation insistent sur l'importance de la pureté des mœurs afin de faire triompher une forme de « virilité chrétienne »⁸¹⁴. Pour préserver leur moralité, leur virilité et éviter la contamination des maladies vénériennes, les jeunes gens sont invités à demeurer vierges jusqu'au mariage⁸¹⁵.

À cette littérature adressée aux jeunes hommes et aux jeunes mariés s'ajoute également des prises de position de groupements politiques, à l'instar de prises de position natalistes, néomalthusiennes, homosexuelles ou féministes, pour lesquels les arguments scientifiques

⁸⁰⁷ Virginie De Luca Barrusse, « Le genre de l'éducation à la sexualité des jeunes gens (1900-1940) », *Cahiers du genre*, vol. 49, n° 2, 2010, p. 160.

⁸⁰⁸ Ivan Jablonka, « L'enfance ou le "voyage vers la virilité" », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 33-61.

⁸⁰⁹ Nicole Malherbe, *Péril vénérien. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Lausanne et à Neuchâtel avant l'apparition du Sida*, op. cit. ; Virginie De Luca Barrusse, « Le genre de l'éducation à la sexualité des jeunes gens (1900-1940) », op. cit.

⁸¹⁰ Yvonne Knibiehler, « L'éducation sexuelle des filles au XXe siècle », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 4, 1996.

⁸¹¹ Anne-Françoise Praz, « Religion, masculinity and fertility decline », *The History of the Family*, vol. 14, n° 1, 2009, p. 88-106.

⁸¹² *Ibid.*

⁸¹³ *Ibid.*

⁸¹⁴ Ivan Jablonka, « L'enfance ou le "voyage vers la virilité" », op. cit.

⁸¹⁵ *Ibid.*

deviennent centraux dans les débats sur l'activité sexuelle humaine⁸¹⁶. Entre la fin du XIX^{ème} siècle et la Première Guerre mondiale, la propagande néo-malthusienne se développe autour de la limitation des naissances et de la « grève des ventres »⁸¹⁷. En même temps qu'ils promeuvent le contrôle des naissances, les réseaux néomalthusiens diffusent des connaissances sur l'anatomie et le phénomène biologique de la procréation⁸¹⁸. Cette littérature s'adresse en priorité aux hommes « désigné[s] comme seul[s] responsable[s] de la procréation et comme destinataire de l'information malthusienne »⁸¹⁹. L'espacement des naissances est en effet considéré comme une responsabilité masculine, et ce d'autant plus que les moyens de « la fraude conjugale » demeurent principalement le coït interrompu ou le préservatif, des méthodes contrôlées par les hommes⁸²⁰. Le contenu néo-malthusien est parfois mélangé avec des recettes ayant pour but d'améliorer la sexualité. Ainsi, la publication d'*Amour et sécurité* du Doctor-Brennus (un pseudonyme qui n'empêchera pas l'auteur d'être poursuivi en justice pour « pornographie »⁸²¹) fait coexister l'engagement néo-malthusien de l'auteur avec des formules de « calmants contre les érections douloureuses pendant la période aiguë de la blennorrhagie »⁸²² placées par l'éditeur. Similairement, l'Institut Hygie situé à Genève commercialise des produits anticonceptionnels et propose un service médical pour traiter la « Neurasthénie en général et celle des organes génitaux. L'Onanisme et ses suites. Les pollutions nocturnes »⁸²³.

1.2. Circulation et appropriation d'un vocabulaire autour de la sexualité

Comme le montre l'historien François Proulx, critiques et pédagogues dépeignent la pratique de la lecture comme une maladie émasculatrice qui affecte la jeunesse bourgeoise masculine, en l'exposant à la pornographie et la détournant de son rôle citoyen⁸²⁴. Remplis de rêves d'amour, de poésie et prompts à l'analyse, la crainte est que les jeunes hommes retardent l'âge du mariage et se lassent de la réalité de l'amour. En dépeignant des jeunes héros arrivés à Paris, confrontés à la sexualité et la débauche, la littérature fin de siècle participe à la circulation de

⁸¹⁶ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit. ; Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, op. cit.

⁸¹⁷ Francis Ronsin, *La grève des ventres. Propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (XIX^e-XX^e siècles)*, op. cit.

⁸¹⁸ Anne-Marie Sohn, *Chrysalides. Femmes dans la vie privée (XIX^e-XX^e siècles)*, Paris, Publicatio, 1996.

⁸¹⁹ Anne-Françoise Praz, *De l'enfant utile à l'enfant précieux. Filles et garçons dans les cantons de Vaud et Fribourg (1860-1930)*, Lausanne, Antipodes, 2005, p. 414.

⁸²⁰ Élodie Serna, « Médecine clandestine et vasectomie volontaire dans l'Europe de l'entre-deux-guerres », op. cit.

⁸²¹ Pour plus d'informations sur cet épisode, voir Francis Ronsin, *La grève des ventres. Propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (XIX^e-XX^e siècles)*, op. cit.

⁸²² *Ibid.*, p. 62.

⁸²³ Institut Hygie, *Renseignements intéressants*, n.d., p. 26.

⁸²⁴ François Proulx, *Victims of the Book. Reading and Masculinity in Fin-de-Siècle France*, Toronto, Buffalo & Londres, University of Toronto Press, 2019.

craintes autour de la dégénérescence, des dangers de la masturbation, de la neurasthénie, et des maladies vénériennes⁸²⁵.

La prolifération de livres de vulgarisation participe probablement à la percée du langage anatomique observée par Anne-Marie Sohn à partir de 1870 dans le langage des ouvriers et des citadins pour décrire l'acte et les organes sexuels⁸²⁶. Dans les correspondances adressées à Auguste Forel ou à Georges Bourguignon, le vocabulaire des patients reprend également de nombreux éléments du langage médical, montrant la perméabilité du langage médical dans la culture populaire, avec des différences de classe sociale évidentes⁸²⁷.

Pour certains hommes, la diffusion de connaissances sur les maladies vénériennes provoque de véritables anxiétés⁸²⁸. Si au début du XIX^e siècle des médecins déploraient la manie de quelques hommes se croyant toujours infectés de faire des traitements antivénériens, à l'aube du XX^e siècle l'historien Claude Quétel évoque une véritable « syphilophobie » dont les inquiets assiègent les cabinets des médecins⁸²⁹. L'angoisse antivénérienne est ouvertement évoquée dans les romans de la fin du XIX^e siècle et relayée par les hygiénistes mais aussi par la propagande néo-malthusienne⁸³⁰. Certains hommes en développent une véritable angoisse des rapports sexuels, à l'instar de cet avocat d'âge moyen, patient du docteur Bourguignon, qui est envoyé dans son cabinet pour une impuissance causée par une « phobie des maladies vénériennes »⁸³¹. Le docteur Georges Valensin, diplômé de médecine dans les années 1930, évoque dans son autobiographie :

« La terreur des maladies vénériennes amenait beaucoup de mâles à ne pas trop prolonger les contacts génitaux ; ils en étaient vite quittes grâce à une émission séminale prestissime. Cette terreur des contaminations vénériennes poussait bien des hommes à venir consulter au moindre malaise à mon dispensaire dans les heures qui suivaient le rapport avec une prostituée. De fortuites douleurs d'estomac ou crampes dans les mollets déclenchaient la panique. »⁸³²

⁸²⁵ François Proulx, *Victims of the Book. Reading and Masculinity in Fin-de-Siècle France*, Toronto and London, University of Toronto Press, 2019.

⁸²⁶ Anne-Marie Sohn, *Chrysalides. Femmes dans la vie privée (XIX^e-XX^e siècles)*, op. cit.

⁸²⁷ Camille Bajoux, « L'impuissance sexuelle au cabinet du Docteur Bourguignon (1924-1953) », op. cit. ; Taline Garibian, « Les patient·e·s du docteur Forel. Une consultation de sexologie épistolaire », op. cit.

⁸²⁸ Jill Harsin, « Syphilis, Wives, and Physicians : Medical Ethics and the Family in Late Nineteenth- Century France », *French Historical Studies*, vol. 16, n° 1, 1989, p. 72-95.

⁸²⁹ Claude Quétel, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, op. cit.

⁸³⁰ Alain Corbin, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIX^e siècle*, op. cit.

⁸³¹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3805, lettre de Laroche au médecin du malade, années 1940.

⁸³² Georges Valensin, *Je suis un avorteur*, Filipacchi, 1974, p. 142.

Au-delà de la propagande antivénérienne, une partie de cette panique est entretenue par une littérature à visée commerciale envoyée ou distribuée gratuitement aux hommes qui en font la demande. Popularisée au XIX^e siècle, l'utilisation des almanachs constitue une technique commerciale efficace pour les compagnies pharmaceutiques⁸³³ mais aussi pour des médecins cherchant à convaincre de leur méthode de traitement⁸³⁴. Par l'intermédiaire d'annonces publicitaires, les instituts, polycliniques qui vendent des services et les pharmaciens et entreprises qui commercialisent des médicaments incitent les lecteurs à se procurer des ouvrages (almanachs, brochures, traités médicaux) dans lesquels sont présentées des méthodes et produits dont l'auteur est parfois le concepteur, d'autre fois le dépositaire⁸³⁵. Aux États-Unis, il s'agit d'un procédé privilégié des instituts de « spécialistes des hommes » qui utilisent abondamment la publicité pour atteindre des hommes jeunes, urbains, de classe laborieuse, attirés par la promesse d'une guérison peu chère et rapide⁸³⁶.

Se concentrant sur des maladies associées à la sexualité illicite telles que la masturbation ou les maladies vénériennes, ces ouvrages diffusent l'idée que la sexualité peut avoir des conséquences désastreuses sur la santé masculine. Ce faisant, elle permet de mettre en lumière les différences de circulation entre savoirs 'experts' et 'populaires'. Les dysfonctions sexuelles sont en effet souvent ignorées des publications des élites médicales au début du XX^e siècle, même si elles constituent l'une des principales préoccupations des hommes⁸³⁷. Ainsi, le docteur Milian souligne au début du siècle :

« On pourrait croire, à consulter les livres classiques, que l'impuissance est une chose rare, ou d'importance secondaire en pathologie, car on n'y trouve, pour ainsi dire, aucun document sur la question.

Et, pourtant, il n'est pas de médecin qui ne soit à chaque instant consulté sur cette vexante infirmité : beaucoup de gens se résignent à la maladie, peu consentent à l'abdication sexuelle »⁸³⁸

⁸³³ Sophie Ientile, « La publicité pharmaceutique à la fin du 19^e siècle : la folie des almanachs ! » [En ligne]. URL : <https://blogs.library.mcgill.ca/osler-library/la-publicite-pharmaceutique-a-la-fin-du-19e-siecle-la-folie-des-almanachs/>

⁸³⁴ Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, op. cit.

⁸³⁵ Guildo Rousseau, « La santé par correspondance : un mode de mise en marché des médicaments brevetés au début du siècle », *Histoire sociale / Social History*, vol. 28, n° 55, 1995 ; Thierry Lefebvre, « Syphilis et automédication au tournant du siècle », *Revue d'histoire de la pharmacie*, vol. 83, n° 306, 1995, p. 43-51.

⁸³⁶ Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, thèse de l'Université du Minnesota, 2009.

⁸³⁷ Taline Garibian, « Les patient·e·s du docteur Forel. Une consultation de sexologie épistolaire », op. cit.

⁸³⁸ Revue de l'article du Dr. G. Milian, « L'impuissance », *Annales des organes génito-urinaires*, vol. 1, 1910, p. 758.

La circulation d'ouvrages de médecine populaire permet ainsi de répondre à une demande des hommes à la recherche de connaissances peu développées dans les sphères académiques. D'autre part, si l'innocuité de la masturbation est de plus en plus reconnue dès le dernier tiers du XIX^{ème} siècle au sein des élites médicales, de nombreux historien·nes observent que la panique autour de l'onanisme persiste jusqu'à la première moitié du XX^{ème} siècle, et ce particulièrement dans les publications populaires⁸³⁹. Pour une partie des médecins, la lecture de dictionnaires usuels et d'ouvrages de vulgarisation est d'ailleurs responsable d'une inquiétude jugée démesurée autour de l'onanisme et de ce qui est présenté comme l'une de ces conséquences, les pertes séminales involontaires⁸⁴⁰. L'urologue bordelais Alfred Pousson déplore ainsi en 1899 que le « sombre tableau que Lallemand a tracé de la spermatorrhée et que des publications intéressées ont encore poussé au noir hantera encore longtemps l'esprit d'une certaine catégorie de malades »⁸⁴¹. Similairement, Forel explique en 1906 :

« Certains onanistes viennent s'accuser eux-mêmes en gémissant, et d'un air profondément navré, d'avoir gâché et détruit leur existence par leur mauvaise habitude. A première vue, leur nombre paraît considérable. Ils s'épuisent en jérémiades devant le médecin et leurs connaissances, se tordent les bras de désespoir et supplient tout le monde de venir à leur secours. [...] Ils ont lu la *Préservation personnelle* du docteur Lamert ou d'autres écrits sensationnels et charlatanesques propres à exciter en même temps la frayeur et le désir sexuel des caractères faibles qu'ils sont destinés à exploiter »⁸⁴²

La persistance des croyances autour des méfaits de l'onanisme perdure grâce à la circulation de ces ouvrages qui permettent de fournir un langage pour faire sens des défaillances corporelles et de celles liées à la masculinité⁸⁴³. Un tapissier bernois interné pour attentat à la pudeur dans les années 1940 évoque ainsi avoir acheté au marché aux puces un livre « où il est question d'onanisme et d'impuissance, avec la promesse de guérir celle-ci si l'on écrit à l'auteur »⁸⁴⁴. Il affirme aux médecins s'être procuré le livre « moins par souci de l'impuissance que de l'onanisme [...] [car] depuis longtemps, il aimerait être guéri de l'onanisme, qui, selon lui, l'a rendu impuissant et nerveux »⁸⁴⁵. Dans les années 1920, un jeune homme de 30 ans avoue à son psychanalyste sa crainte du médecin et des conséquences de l'onanisme sur sa santé :

⁸³⁹ Alain Corbin, « L'injonction de la virilité, source d'anxiété et d'angoisse », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIX^e siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 357-374 ; Thomas W. Laqueur, *Solitary Sex. A Cultural History of Masturbation*, op. cit.

⁸⁴⁰ Thomas W. Laqueur, *Solitary Sex. A Cultural History of Masturbation*, op. cit.

⁸⁴¹ Alfred Pousson, « Du dyspermatisme », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1899, p. 373.

⁸⁴² Auguste Forel, *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés*, Paris, G. Steinheil, 1906, p. 253.

⁸⁴³ Mallory R. Szymanski, *Sexual Dysfunction as « the National Disease of America »*. *Neurasthenia and Medical Approaches to Men's Sexual and Emotional Health in the Gilded Age*, thèse de l'University of Florida, 2017.

⁸⁴⁴ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 12308, rapport d'expertise, années 1940.

⁸⁴⁵ *Ibid.*

« chaque fois que le docteur venait à la maison, crainte terrible qu'il ne découvre la chose ou la devine au premier coup d'œil ; même à 20 ans encore, en passant la visite de la conscription, j'avais encore cette frousse terrible... J'avais lu dans un dictionnaire que ça rend idiot et gâteux... je l'ai relu souvent, et quand je l'avais lu, c'était fini, une vraie persécution... C'était quelque chose de tragique, d'épouvantable... [...] J'ai eu parfois des écoulements... liquide jaune... et j'étais sûr que c'était le commencement de l'affreuse maladie qu'on m'avait annoncée... »⁸⁴⁶

La crainte des conséquences physiques de la masturbation devient, pour certains patients des spécialistes de la santé mentale, une véritable obsession. Un charpentier est ainsi « convaincu que c'est la masturbation qui a provoqué sa déchéance »⁸⁴⁷ à cause de laquelle il attribue son incapacité à trouver un travail ainsi qu'une urétrite gonococcique, qui, mal soignée, est devenue chronique⁸⁴⁸. Le docteur Valensin se remémore la fréquence de la masturbation comme objet d'inquiétude des parents :

« Une des déviations sexuelles dont on m'entretenait le plus était la masturbation. Bien des parents ou consultants me demandaient conseil pour leur fils : retardataire à l'école, les yeux cernés, l'air rêveur ou se prélassant trop dans son lit, il était suspect du vice solitaire ; pendant des années, il allait être harcelé par la surveillance et les reproches de ses parents. S'il se livrait effectivement à la masturbation habituelle, il était paniqué par tous les risques qu'on lui dépeignait. »⁸⁴⁹

Le développement des thérapies de rajeunissement par les glandes sexuelles dans l'entre-deux-guerres constitue un nouvel espoir de virilisation des corps et de traitement de la vieillesse. Le succès de ces thérapies s'explique en partie par la demande des patients et la notoriété de certains médecins, à l'instar de Serge Voronoff, qui amorce une véritable entreprise de promotion publicitaire de ses thérapies afin d'accroître sa clientèle⁸⁵⁰. Les malades s'intéressent à certains traitements et les réclament parfois de leurs médecins. Comme le souligne Élodie Serna, « les chirurgiens sont souvent sollicités : promue comme un moyen de revitalisation, de rajeunissement, elle [la greffe testiculaire] est en quelque sorte un succès commercial »⁸⁵¹. Elle souligne ainsi le rôle de la demande des patients et de leur travail d'information dans la construction et la diffusion des connaissances médicales. En 1925, le docteur Fraisse rapporte ainsi le cas d'un fonctionnaire colonial qui, avant de venir lui demander d'effectuer une opération de Steinach pour le guérir de son impuissance sexuelle, « a beaucoup

⁸⁴⁶ Charles Odier, « L'Argent et les Névrosés », *Revue française de psychanalyse*, n° 4, 1928, p. 656.

⁸⁴⁷ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 13727, observations cliniques, années 1940.

⁸⁴⁸ *Ibid.*

⁸⁴⁹ Georges Valensin, *Je suis un avorteur*, *op.cit.*, p. 140.

⁸⁵⁰ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, *op. cit.*

⁸⁵¹ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe dans l'entre-deux-guerres*, thèse de l'Université de Genève, 2018, p. 139.

étudié son cas ; il connaît l'hormone testiculaire de Gely et est au courant des célèbres expériences de Steinach sur les rats »⁸⁵². La persistance, la circulation et le succès de croyances et de connaissances médicales révèle que les patients ne sont pas de simples dépositaires du discours mais qu'ils participent à sa production et font preuve de capacité d'agir dans le choix de leur médecin et de leur traitement.

2. La consommation thérapeutique et les parcours de soin des patients

Lorsqu'ils cherchent un remède à leurs troubles, les hommes du début du XX^e siècle peuvent ainsi se tourner vers un large choix de praticiens : médecins généralistes, herboristes, spécialistes, pharmaciens, mais aussi d'autres formes de traitement tels que les séjours de santé ou des produits pharmaceutiques. En l'absence de corpus exhaustif, il est difficile d'établir pourquoi les hommes se tournent vers certains praticiens et dans quelle mesure le choix du traitement ou de l'approche fait l'objet d'une réflexion. Le choix d'un traitement ou d'un praticien est ainsi fortement lié aux possibilités offertes aux patients à un moment et dans un espace donné, et est influencé par des facteurs de classe, de statut social et de genre⁸⁵³. Il est plausible que le fait même de consulter un médecin ne concerne qu'une minorité des hommes souffrant de troubles de l'appareil génital ou de la sexualité⁸⁵⁴. Comme le souligne l'historienne Lesley A. Hall, il est possible que des hommes rencontrent de profondes réticences à dévoiler leurs difficultés sexuelles à d'autres hommes, en particulier à des médecins qui détiennent un capital économique et symbolique élevé⁸⁵⁵.

La question des sources reste entière lorsqu'il s'agit de « faire parler » les patients et d'établir les mots échangés pendant la consultation dans le contexte de rapports de pouvoir multiples. Dans cette partie, je m'intéresse moins à la compréhension des hommes de leurs maux (ce qui sera plus le cas dans la troisième partie de cette thèse) qu'à l'analyse de leurs pratiques de consultations : qui sont les hommes qui vont consulter et qui consultent-ils ?

⁸⁵² Docteur Fraisse, « Traitement de l'Impuissance virile par la méthode de Steinach : Deux nouveaux cas », *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, 1925, p. 162.

⁸⁵³ Anne Hilde van Baal, « "J'ai vu une femme publique" Sexuality, Venereal Disease and Homeopathy in Nineteenth-century Ghent: The Tale of the Patient », dans Robert Jütte (dir.), *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, Stuttgart, Franz Steiner, 2002, p. 179-196.

⁸⁵⁴ Camille Bajoux, « L'impuissance sexuelle au cabinet du Docteur Bourguignon (1924-1953) », *op. cit.*

⁸⁵⁵ Lesley A. Hall, *Hidden Anxieties. Male Sexuality, 1900-1950*, *op. cit.*

2.1. Les séjours de santé à l'épreuve de la classe sociale

Le choix du traitement comme du praticien dépendent en partie de la manière dont les hommes interprètent et font sens de leurs souffrances. Ainsi, le concept de neurasthénie offre un nouveau langage, une nouvelle manière de concevoir leur tourment et de s'en disculper en désignant la modernité comme l'origine de leurs troubles⁸⁵⁶. Le diagnostic tend ainsi à rester prégnant dans l'imaginaire des malades jusque dans les années 1920 alors même qu'il n'est plus que rarement mentionné par les médecins⁸⁵⁷. Caractéristiques des usages sociaux de la bourgeoisie, l'hydrothérapie, les séjours en plein air, dans des sanatoriums ou des stations thermales sont des méthodes privilégiées pour soigner les malades atteints de surmenage et de neurasthénie⁸⁵⁸. Le voyage associé au séjour de santé permet également d'assurer une certaine confidentialité, en consultant des praticiens inconnus des cercles de proches⁸⁵⁹. Les capacités linguistiques des médecins sont d'ailleurs souvent mises en avant dans les publicités afin d'attirer une patientèle internationale de passage. Dans une scénette publiée dans le journal littéraire *Gil Blas*⁸⁶⁰ en 1893, l'écrivain Francisque Laharpe dresse ainsi le portrait ironique de ces médecins qui se sont enrichis en prodiguant ouvrages et conseils aux hommes affaiblis. Il joue entre la prétention à la discrétion et le caractère ostentatoire de ces consultations :

« C'est le cabinet d'un médecin polyglotte spécialiste pour les maladies masculines. Confort discret comme la profession : meubles en chêne massif ; fauteuils recouverts de moleskine ; un buste d'Esculape méditant au-dessus d'une bibliothèque ; aux murs quelques tableaux et l'inévitable « *leçon d'anatomie* » ; sur une table du milieu, un gros album contenant les attestations d'un nombre considérable de malades à qui un habile traitement a rendu l'énergie consolatrice. Le docteur est en train de coller des étiquettes sur des fioles d'où s'exhale un parfum animal de cobaye et de cantharide »⁸⁶¹

Comme le souligne Taline Garibian, « [p]lus prompte à se faire soigner dans des établissements privés, cette population constitue une clientèle de choix pour les nombreuses cliniques et cabinets privés installés en Suisse »⁸⁶². La « fièvre thermale »⁸⁶³ qui agite les franges les plus

⁸⁵⁶ Angus McLaren, *Impotence. A Cultural History*, op. cit. ; Mallory R. Szymanski, *Sexual Dysfunction as « the National Disease of America »*. *Neurasthenia and Medical Approaches to Men's Sexual and Emotional Health in the Gilded Age*, op. cit.

⁸⁵⁷ Taline Garibian, « Les patient·e·s du docteur Forel. Une consultation de sexologie épistolaire », op. cit.

⁸⁵⁸ Christopher E Forth, « Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France », op. cit.

⁸⁵⁹ Anne Hilde van Baal, « “J'ai vu une femme publique” Sexuality, Venereal Disease and Homeopathy in Nineteenth-century Ghent: The Tale of the Patient », op. cit.

⁸⁶⁰ Le journal publie de nombreuses séries à succès, notamment les œuvres d'Emile Zola et de Guy de Maupassant.

⁸⁶¹ Francisque Laharpe, « La scène à faire. Les maux secrets », *Gil Blas*, 26 février 1893, p. 1.

⁸⁶² Taline Garibian, « Les patient·e·s du docteur Forel. Une consultation de sexologie épistolaire », op. cit., p. 65.

⁸⁶³ Paul Gerbod, « Les “fièvres thermales” en France au XIXe siècle », *Revue Historique*, vol. 277, n° 2, 1987, p. 309-334.

aisées de la société culmine à la fin du siècle avec plus d'un millier de villes d'eaux en France, situées dans les Pyrénées, le Massif central, les Vosges et les Alpes. Similairement, en Suisse, se développe aux XIX^{ème} siècle un véritable marché économique reposant sur le tourisme médical des cures balnéaires⁸⁶⁴. Appuyés par une classe médicale soucieuse de faire reconnaître les bienfaits des eaux comme une spécialité médicale – l'hydrologie – les bains thermaux ont aussi l'avantage de conjuguer « impératifs médicaux et loisir mondain » et sont de véritables lieux de sociabilité bourgeoise⁸⁶⁵. Comme le souligne l'historien Paul Gerbod, au fil des années, la liste des maladies susceptibles d'être guéries par les bains s'allonge et se diversifie jusqu'à ce qu'à la fin du XIX^{ème} siècle « [a]ucune partie du corps ne [puisse] résister à l'action « bienfaisante » des eaux »⁸⁶⁶. Les eaux claires issues des montagnes sont employées pour vanter les mérites des bains thermaux et cliniques diverses qui abondent dans les zones montagneuses et qui proposent des traitements pour les maladies nerveuses dans lesquelles sont parfois comprises les maladies d'ordre sexuel⁸⁶⁷.

Ainsi, dans un ouvrage recensant les différentes villes thermales françaises publié en 1911, le médecin et hydrologue Louis Porcheron souligne les capacités curatives de certaines eaux pour les maux masculins. L'eau de la station hydrominérale de Saint-Sauveur, située dans les Hautes-Pyrénées, améliore prostatites chroniques, stérilité masculine et neurasthénie urinaire⁸⁶⁸. Celles de Lamalou, dans l'Hérault, de Divonne-les-Bains dans l'Ain, et de Salins-Mouthier en Savoie ont un effet bénéfique sur l'impuissance génitale mais aussi sur les pertes séminales et les écoulements urétraux⁸⁶⁹. L'eau de Royat, dans le Puy-de-Dôme, apaise quant à elle les « sujets surmenés, atteints de *ménopause masculine* (retour d'âge des boursiers, industriels) se manifestant par l'hypertension instable »⁸⁷⁰. L'annuaire médical suisse souligne également que la station de Bex-les-Bains dans le canton de Vaud soigne la « stérilité [...] [et] la neurasthénie »⁸⁷¹. Certains établissements mettent visiblement en avant l'action curative de leurs eaux sur les maladies secrètes, en achetant notamment des emplacements dans les almanachs du commerce afin de viser les citadins à la recherche de cures régénérantes, comme c'est le cas des « Eaux Minérales Reconstituantes de Forges-les-Eaux » en Normandie dont la

⁸⁶⁴ Quirinus Reichen, « Bains », *Dictionnaire historique de la Suisse romande* [En ligne]. URL : <https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/016308/2017-05-04/#Hlaviedanslesstationsdecure>

⁸⁶⁵ Paul Gerbod, « Les “fièvres thermales” en France au XIX^e siècle », *op. cit.*, p. 309.

⁸⁶⁶ *Ibid.*, p. 322.

⁸⁶⁷ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, *op. cit.*

⁸⁶⁸ Louis Porcheron, *Les Villes d'eaux, les stations climatiques françaises*, Paris, Maloine, 1911, p. 86.

⁸⁶⁹ *Ibid.*, p. 175.

⁸⁷⁰ *Ibid.*, p. 258.

⁸⁷¹ *Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch*, Verlag, Benno Schwabe & co, Basel, 1929, p. 323.

page de publicité spécifie le temps de trajet depuis Paris (seulement 2h30) et souligne son « Action remarquable dans la guérison de l'impuissance, de la stérilité, des maladies de l'estomac, du tube digestif et des voies urinaires »⁸⁷². Les établissements thermaux bénéficient d'un imaginaire érotique, entretenu par la représentation des corps féminins dénudés dans leurs publicités et les lieux de bains qui a pour but de troubler l'observateur masculin, mais aussi de par les rencontres amoureuses que ces lieux permettent et du supposé éveil du désir sexuel que le repos et le bien-être suppose⁸⁷³. Un patient de Bourguignon, ingénieur-chimiste d'une trentaine d'années, a ainsi tout d'abord effectué, sur le conseil de son médecin, une cure thermale pendant trois mois pour soigner l'inquiétude et les troubles du sommeil qu'il a développé en raison de son impuissance⁸⁷⁴. Certains de ces établissements disposent de personnel soignant, notamment d'infirmières, mais également des médecins habilités à faire des diagnostics. Le chirurgien Emile Jeanbrau évoque ainsi le cas d'un jeune homme qui n'avait jamais consulté de médecin pour les douleurs induites par un calcul vésical, mais qui « alla spontanément faire une cure dans une station thermale [...] [et] se décida alors à se faire examiner, mais on lui affirma qu'il n'avait pas de calcul »⁸⁷⁵. Les soins ne se limitent pas à l'hydrothérapie mais s'inscrivent dans l'essor du naturisme et des méthodes naturelles de soin de la Belle Epoque⁸⁷⁶. Ainsi, le « Sanatorium moderne » du « Dr V. Stammer » à Munich dont plusieurs réclames parues dans des journaux romands vantent les services, assure soigner « avec traitement physique, diét[étique] [...] les maladies des nerfs (princ. Neurasthénie sexuelle) »⁸⁷⁷.

Les bourgeois atteints de maladies vénériennes consultent davantage des médecins à leur cabinet privé tandis que les classes laborieuses et petits employés se tournent plutôt vers les hôpitaux ou les dispensaires pour y trouver des soins gratuits⁸⁷⁸. Le voyage vers les grands centres urbains, et notamment Paris, est parfois l'unique moyen d'avoir accès aux soins de spécialistes, notamment celui des urologues, qu'il s'agisse de leur pratique privée ou de leur hospitalière. Les quelques dossiers de patients de l'urologue Joaquín Albarran du début du

⁸⁷² « Eaux Minérales Reconstituantes de Forges-les-Eaux », *Annuaire-almanach du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de l'administration : ou almanach des 500.000 adresses*, 1901, p. 88016.

⁸⁷³ Marie-Eve Férérol, « Luxure, calme et volupté dans les villes d'eaux françaises à l'âge d'or du thermalisme (Belle Epoque et Années Folles) », *Via*, vol. 11-12, 2017 mis en ligne le 14 mai 2018. DOI : <https://doi.org/10.4000/viatourism.1759>

⁸⁷⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2492, examen médical, années 1930.

⁸⁷⁵ Emile Jeanbrau, « Enorme calcul vésical pesant cent cinquante-cinq grammes enlevé par la taille gastrique », *Montpellier médical*, vol. 1, n° 24, 1912, p. 69.

⁸⁷⁶ Arnaud Baubérot, *Histoire du naturisme : Le mythe du retour à la nature* Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2004 [En ligne]. URL : <<http://books.openedition.org/pur/22881>>. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.pur.22881>.

⁸⁷⁷ *Journal de Genève*, 15 octobre 1906, p. 4.

⁸⁷⁸ Alain Corbin, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIXe siècle*, op. cit.

siècle révèlent que nombreux d'entre eux séjournent à Paris pour avoir une chance d'être opéré par le célèbre chirurgien. Plusieurs d'entre eux viennent même d'autres pays et ont parfois longtemps voyagé à la recherche d'un traitement efficace et d'une chance de survie. Un homme d'un certain âge d'Amérique Latine explique ainsi en 1905 son long parcours avant de se soumettre aux soins du docteur Albarran :

« sur la base de différents diagnostics de médecins dans mon pays, jonglant entre ceux qui pensaient à une cystite chronique, d'autres à l'existence d'un petit ulcère quelque part, et d'autres qui niaient l'existence d'une croissance de la prostate d'après les examens rectaux, je me décidais en Juillet à [...] avoir l'opinion d'autres médecins. J'ai été méticuleusement examiné par le Dr Alvares qui pensait qu'un traitement palliatif serait suffisant pour me garder en bonne santé, et me suis soumis à ce traitement qui consistait en lavement de la vessie toutes les 48 heures avec une lotion de permanganate.

Au bout de deux mois, j'ai informé le Dr de l'absence de résultat du traitement [...] et j'ai voulu avoir l'opinion d'un spécialiste et je suis allé voir le Dr Brown qui procéda à l'examen cystoscopique qui s'est terminé après trois sessions, en se limitant à me dire [...] qu'étant donné ma condition de santé, cela ne valait pas la peine d'effectuer une opération qui me ferait mourir ; le résultat de cet examen provoqua un véritable état de désespoir. [...] Au mois de mai 1905, le conduit se ferma et la douleur du col [de la vessie] se fit remarquer de manière impossible à tolérer [...] J'ai embarqué pour New-York. A mon arrivée, je me suis remis aux mains du Dr Alvares qui, après de nouveaux examens, a diagnostiqué que la prostate était hypertrophiée, cette opinion fut confirmée par un spécialiste [...] Ayant obtenu cette sécurité, je vins à Paris et avec toute la foi que m'inspirait le Dr Albarran, je me remis à lui pour l'acte opératoire »⁸⁷⁹

La centralité de la douleur, l'errance thérapeutique et la crainte de la mort évoqués dans cette lettre ouvrent une fenêtre sur l'expérience subjective des malades de la prostate, à un moment où la glande est souvent présentée comme un enjeu de vie ou de mort⁸⁸⁰. Le récit révèle les contraintes matérielles et émotionnelles qui accompagnent l'opération chirurgicale ainsi que le rapport du patient à son chirurgien, dont la « foi » indique le respect et l'espoir de sa survie. La capacité à voyager pour accéder à certains soins est néanmoins limitée à une certaine catégorie de la population qui dispose des ressources économiques ou sociales nécessaires pour pouvoir le faire. Un autre patient d'Albarran, dont ni la profession ni l'âge ne sont révélés, lui demande ainsi avec déférence « de bien vouloir me récrire le jour même pour que je me trouve à Paris car mes moyens ne me permette pas d'y rester longtemps parce que je n'y ai aucun parent pour me recevoir. Et je ne demande pas mieux d'y aller pour que vous me visitiez »⁸⁸¹.

⁸⁷⁹ BIU Santé, Manuscrits Albarran, Lettre de M. D., 1905, ma traduction.

⁸⁸⁰ Maria Björkman et Alma Persson, « What's in a Gland? Sexuality, Reproduction and the Prostate in Early Twentieth-Century Medicine », *op. cit.*

⁸⁸¹ BIU Santé, Manuscrits Albarran, Lettre de M. V., 1902.

Le développement des sociétés ouvrières de secours mutuels et de services de soins gratuits pour les indigents en Suisse comme en France permet une importante augmentation de la demande médicale de la part des classes les plus défavorisées⁸⁸². En France, le développement d'un système obligatoire d'assurances sociales dans les années 1930 puis l'émergence de la Sécurité sociale à la fin de la Seconde Guerre mondiale, permet l'accès des franges modestes aux cliniques privées des médecins et spécialistes. Ainsi, les patients qui consultent le docteur Georges Bourguignon à son cabinet pour impuissance entre les années 1920 et 1950 constituent une population hétérogène : les aristocrates et diplomates côtoient des agriculteurs, électriciens et boulangers. Il faut noter néanmoins l'absence totale d'ouvriers ce qui suggère que la majorité des patients ne font pas partie des classes les plus laborieuses. Bourguignon assure d'autre part des tarifs différenciés selon la classe sociale des malades. En 1945, il écrit à son collègue et ami Guy Laroche :

« le remboursement des électrodiagnostics a été augmenté, il [un patient] sera remboursé d'environ la moitié de ce que je lui ai demandé. Le remboursement actuel des électrodiagnostics permet de demander aux assurés sociaux des honoraires convenables, sans leur prendre d'ailleurs le prix ordinaire ; c'est pourquoi les assurés sociaux, en général, n'hésitent pas à venir au cabinet privé pour les examens électriques. »⁸⁸³

Néanmoins, le coût des soins du neurophysiologiste ne se limite pas aux examens ou aux séances électriques. Beaucoup de ses malades, en séjour sur Paris, viennent de province voire d'autres pays, et doivent donc prendre congé de leur travail pour un traitement qui peut parfois s'avérer coûteux. C'est ainsi qu'un de ses patients, agriculteur italien de 28 ans, vient en France « avec l'intention de s'y soigner »⁸⁸⁴ et demande « un médecin à la Salpêtrière »⁸⁸⁵. Un ancien directeur de banque, privé de son travail à la suite des événements de la Seconde Guerre mondiale explique ainsi ne pas avoir pu commencer le traitement prescrit « n'ayant pas pu trouver à Paris une pension à des conditions abordables pour un séjour d'un mois »⁸⁸⁶. Un employé de commerce de 28 ans demande à Bourguignon, à la fin des années 1940, de remplir sa feuille de soin afin d'être remboursé de la plus grande partie possible, soulignant que « vous m'avez pris 6000 frs d'honoraires ; étant donné mon emploi cette somme est très lourde pour mon budget »⁸⁸⁷. Il s'adresse peu après à la fille de Bourguignon, qui travaille

⁸⁸²Jacques Léonard, « Les guérisseurs en France au XIXe siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 27, n° 3, 1980, p. 501-516 ; Bernard Degen, « Assurance maladie », *Dictionnaire historique de la Suisse* [En ligne]. URL : <https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/016608/2008-10-30/>

⁸⁸³ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3362, lettre de Bourguignon à Laroche, 1945.

⁸⁸⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 1223, examen médical, années 1920.

⁸⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁸⁶ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2786, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

⁸⁸⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3991, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

vraisemblablement en tant que secrétaire de son père, pour lui demander une nouvelle faveur : « Vous m’avez fait remarquer qu’il serait possible de libeller ma feuille pour deux visites afin d’être remboursé dans la plus large mesure »⁸⁸⁸. À propos d’un patient belge qui n’a pas réglé des honoraires particulièrement élevés, Bourguignon évoque : « Un de mes amis du Nord m’a dit qu’il fallait faire très attention avec les Belges et qu’ils trouvaient fréquemment des prétextes à ne pas payer et cela aussi bien en matière commerciale qu’en honoraires médicaux »⁸⁸⁹.

Sans prétendre représenter une exhaustivité de l’expérience de la démarche de soin, ces différentes sources mettent en évidence les contraintes économiques qui pèsent sur l’accès aux soins, même lorsque ceux-ci sont pris en charge par les assurances sociales. Elles soulignent ainsi que, pour ceux qui consultent, les soins peuvent parfois s’apparenter à un sacrifice financier, et tout du moins à un fort investissement en termes de temps et d’énergie.

2.2. L’offre et les consommations thérapeutiques en zones rurales et urbaines

Ainsi, les coûts associés à la consultation participent à décourager certains hommes de chercher un remède à leurs souffrances ou les enjoint à chercher un traitement meilleur marché et plus rapide. Au début du siècle, les citadins peuvent aisément trouver des praticiens spécialisés sur les questions sexuelles qui se targuent de pratiquer des prix abordables voire même gratuits et qui promettent des guérisons en quelques jours. Les vespasiennes installées sur les trottoirs et dans les aires publiques parisiennes depuis les années 1840 sont particulièrement connues pour leurs affiches en tout genre. À la fois situées dans l’espace public et protégées par les cloisons, les vespasiennes constituent un lieu homosocial par excellence, privilégié pour faire de la publicité commerciale ou politique⁸⁹⁰. Exclusivement fréquentés par des hommes, les urinoirs sont également des lieux très courus pour les rencontres homosexuelles et la prostitution masculine au début du siècle⁸⁹¹. Un commentateur du journal satirique *La Lanterne* souligne en 1900 la banalité de « l’indication d’un médicament pour maladie de peau et d’un remède contre l’impuissance »⁸⁹² dans « toutes les vespasiennes du boulevard »⁸⁹³. Dans *A vau-l’eau*, l’écrivain Joris Karl Huysmans décrit l’angoisse d’un célibataire sans le sous contaminé par une maladie vénérienne qui suit les conseils affichés dans les vespasiennes :

⁸⁸⁸ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3991, lettre du patient à Mlle Bourguignon, années 1940.

⁸⁸⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4023, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

⁸⁹⁰ Marc Martin, *Les tasses. Toilettes publiques - Affaires privées*, Paris, Agua, 2019.

⁸⁹¹ Régis Revenin, *Homosexualité et prostitution masculine à Paris 1870-1918*, Paris, L’Harmattan, 2005.

⁸⁹² L’ingénu, « Simples Propos », *La Lanterne : journal politique quotidien*, 20 mai 1900, p. 1.

⁸⁹³ *Ibid.*

« au lieu de s'adresser au premier médecin venu, il avait eu recours aux charlatans, sans tenir compte des inscriptions qui rayaient leurs affiches dans les rambuteaux, des inscriptions véridiques comme celle-ci ; « remède dépuratif... » oui, pour la bourse, - menaçantes comme celle-là : « on perd ses cheveux », philosophiques et résignées comme cette autre ; « vaut encore mieux coucher avec sa femme » - et, partout, l'adjectif gratuit accolé au mot traitement était biffé, creusé, ravagé à coups de couteaux, par des gens qu'on sentait avoir accompli cette besogne avec conviction et avec rage »⁸⁹⁴

Similairement, l'écrivain vaudois Charles Ferdinand Ramuz rapporte ainsi sa surprise lors de sa première visite dans les urinoirs parisiens au début du siècle :

« Les urinoirs sont ce qu'ils sont. A peine y étais-je entré que j'avais été entouré de maladies ; et il y a d'innombrables remèdes à ces maladies, mais leurs noms, à elles, sont redoutables ; il y en avait que je ne connaissais même pas. C'est un petit Vaudois qui parle, et il vient d'un pays infiniment plus pudique (plus hyprocritement pudique peut-être), où ces choses-là se cachent avec soin, et les urinoirs sont sous terre, soigneusement dissimulés, vierges de tout affichage. Tout à coup l'amour vous apparaît comme une chose malpropre et dangereuse, ce qu'il est souvent, et ce qu'on nous avait caché »⁸⁹⁵

En tant que lieu à la fois public et privé, les urinoirs sont un support idéal pour accéder au regard des hommes sans enfreindre la décence et la pudeur féminine. Le phénomène est connu au point qu'il donne son nom au qualificatif de « docteur d'urinoir » utilisé de manière péjorative pour désigner les médecins qui effectuent de la publicité et qui traitent les maladies sexuelles. Contrairement aux contextes américains et néo-zélandais où le « charlatanisme » prospère dans les zones rurales submergées par l'afflux massif d'hommes à la recherche de ressources précieuses ou de terres⁸⁹⁶, le phénomène des « docteurs d'urinoir » est présenté comme un fait des grands centres urbains, et plus particulièrement de Paris. Ce faisant, il s'inscrit dans un contexte d'urbanisation et de croissance démographique qui pousse les ligues de moralité à considérer la ville comme un espace de prolifération de la débauche⁸⁹⁷.

En-dehors des grands centres urbains et de Paris, le docteur d'urinoir est remplacé par le pharmacien qui vend pilules, dragées, pommades et autres produits aux propriétés antivénériennes, antiseptiques ou régénérantes. Le député Louis d'Iriart d'Etchepare souligne

⁸⁹⁴ Joris Karl Huysmans, *A vau-l'eau*, Editions numériques Ligan, 2015, emplacement 107.

⁸⁹⁵ Charles Ferdinand Ramuz, *Paris, Notes d'un Vaudois*, Paris, Librorium, 1941 (1938), p. 21-22. Cet ouvrage fait l'objet d'un article de Thierry Lefebvre, « Paris, ville syphilitique : note d'un Vaudois », *Revue d'histoire de la pharmacie*, vol. 332, 2001, p. 584-585.

⁸⁹⁶ Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », *Medical History*, vol. 57, n° 4, 2013, p. 537-558 ; Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, op. cit.

⁸⁹⁷ Annie Stora-Lamarre, *L'Enfer de la IIIe République. Censeurs et pornographes (1881-1914)*, op. cit. ; Angus McLaren, *The Trials of Masculinity. Policing Sexual Boundaries, 1870-1930*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 1997.

ainsi que le « collégien [qui] s'évade de chez ses parents [...] s'il veut se soigner, il ne va chez le docteur d'urinoir [...] qui existe peu dans les villes moyennes et petites de province ; il ne va pas consulter non plus le médecin de son père, mais l'élève de la pharmacie »⁸⁹⁸. Le docteur genevois Edmond Lardy estime également, pour le cas des vénériens, qu'« on va consulter au dehors et surtout on va chez le pharmacien »⁸⁹⁹. D'après le discours des médecins, il s'agit là des deux interlocuteurs de référence des jeunes hommes, notamment ceux de bonne famille qui craignent que le médecin de famille ne révèle leur secret à ses parents. À en croire le discours de certains médecins, les hommes des zones rurales appellent quant à eux peu souvent le médecin lorsqu'ils font l'expérience des symptômes de la syphilis⁹⁰⁰. Un rapport de l'Hôpital pour Vénériens Civils du Gard conclut ainsi en 1917 :

« Parmi les accidents spécifiques primaires constatés [...] il faut noter la proportion importante d'accidents survenant chez les hommes de la Campagne [...] La plupart des malades ne semblaient pas attacher à leur chancre le caractère de gravité qu'il avait ; quelques-uns semblaient en ignorer la contagiosité ; le traitement ne leur a paru nécessaire que lorsqu'après avoir essayé d'une thérapeutique fantaisiste, ils en eurent constaté l'inefficacité »⁹⁰¹

Les statistiques des vénériens traités à l'Hospice général de Rouen par le docteur Hébert au début du siècle semblent confirmer le postulat que les hommes ne se tournent pas immédiatement vers les médecins. Parmi les malades, 62% d'entre eux ont initialement été traités par des non-médecins : 20% se sont tournés vers des pharmaciens, 17% vers des herboristes, 16% vers des « camarades », 4% vers des « cordonniers-guérisseurs » et 1% vers un « médecin marron »⁹⁰².

Les informations glanées dans les dossiers de patients à ce sujet sont à prendre avec précaution. J'ai tenté, tant que possible en utilisant les annuaires médicaux de retrouver les spécialités de certains médecins présentés dans l'itinéraire clinique des patients. Parfois, seuls les traitements sont énoncés, sans présenter les noms ou spécialités des médecins les ayant prescrits. La plupart des patients du docteur Bourguignon se sont tout d'abord tournés vers leur médecin habituel. Parfois, et il importe de le souligner, ce médecin habituel est un cousin, un oncle ou un ami, quelqu'un à qui il est probablement plus facile de s'adresser pour demander conseil. C'est le

⁸⁹⁸ « De l'influence de la réglementation de la prostitution sur la morbidité spéciale » séance du 19 mars 1904, Louis Fiaux, *La Police des Mœurs devant la commission extra-parlementaire du régime des mœurs*, t.1., Paris, Félix Alcan, 1907, p. 419.

⁸⁹⁹ Edmond Lardy, « Propagande antivénérienne », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1922, p. 180.

⁹⁰⁰ Claude Quézel, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, op. cit.

⁹⁰¹ ADG, 5 M 153 1916-1926 : rapport du service annexe d'Hôpital pour Vénériens Civils, 1917.

⁹⁰² Cité dans Alain Corbin, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIXe siècle*, op. cit., p. 357.

cas par exemple d'un ingénieur de 25 ans, inquiet de ne plus avoir érections ni désir, qui consulte un oncle médecin qui le rassure en lui conseillant de se marier⁹⁰³. Il semble que la recommandation de proches ou de leur médecin ait plus d'importance dans le choix du praticien que sa spécialité, ce qui va dans le sens des conclusions de l'historienne Anne Hilde van Baal⁹⁰⁴. Ainsi, c'est sur « l'insistance de l'amie qu'il a depuis bientôt un an »⁹⁰⁵ qu'un employé de 32 ans se décide à aller voir un médecin « homéopathe qui soignait son père »⁹⁰⁶.

Il arrive également que les troubles de la sexualité soient abordés à l'occasion d'une rencontre médicale obligatoire ou auprès d'un spécialiste consulté par le patient pour un autre problème médical. Dans de nombreux cas des dossiers de Bourguignon, il s'agit des suites d'un accident ou d'une maladie particulière qui permettent d'évoquer les troubles de la sexualité auprès d'un spécialiste que consulte déjà le patient. Or, le docteur Guy Laroche, ami et collaborateur de Bourguignon, devient médecin-chef d'une grande entreprise publique dès les années 1940 et envoie plusieurs patients, issus de classes plus populaires, se faire examiner chez le neurophysiologiste. Il est ainsi probable que l'introduction de la médecine du travail ait permis à certains hommes d'évoquer des problèmes sexuels ou urinaires, en les présentant comme symptômes secondaires d'autres souffrances. La visite d'apprenti est probablement également, en Suisse, l'opportunité de détecter certaines maladies. C'est notamment le cas pour un jeune lausannois de 16 ans, qui avait remarqué depuis trois ans avoir des difficultés à retrousser le prépuce : lors de la visite médicale d'apprenti, le médecin diagnostique un phimosis et lui conseille une circoncision⁹⁰⁷.

Similairement, le service militaire constitue l'opportunité pour tous les jeunes hommes, et particulièrement pour ceux d'extraction modeste, de bénéficier d'une visite médicale qui comprend un examen de l'appareil génital. Comme le souligne l'historienne Joan Tumblety, le conseil de révision est un lieu et un espace rituel de production de la citoyenneté où celle-ci est jugée à travers la conformité au physique d'une masculinité normative⁹⁰⁸. L'examen médical militaire est ainsi associé dans les représentations collectives à un examen de la masculinité. En France, dès 1812, la perte du membre viril ou des deux testicules rend impossible d'intégrer

⁹⁰³ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3552, années 1940.

⁹⁰⁴ Anne Hilde van Baal, « "J'ai vu une femme publique" Sexuality, Venereal Disease and Homeopathy in Nineteenth-century Ghent: The Tale of the Patient », *op. cit.*

⁹⁰⁵ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4445, années 1950.

⁹⁰⁶ *Ibid.*

⁹⁰⁷ ACV SB/273/94-95, dossier no. 412, 1943.

⁹⁰⁸ Joan Tumblety, *Remaking the Male Body. Masculinity and the Uses of Physical Culture in Interwar and Vichy France*, Oxford, Oxford University Press, 2012.

l'armée⁹⁰⁹. Sous la III^e République, les fêtes qui suivent les conseils de recrutement prennent l'allure d'un examen prénuptial, comme le souligne l'expression « bon pour le service, bon pour les filles ! »⁹¹⁰. Dès 1905, une loi dispose que les jeunes hommes ayant l'âge du service militaire doivent se présenter complètement nus devant un comité élargi, comprenant un médecin militaire et des membres militaires afin de déterminer leur aptitude à faire le service⁹¹¹.

Si les différences de classe et socio-spatiales apparaissent de manière claire, les sources permettent moins bien d'analyser la dimension raciale des consultations. Au regard des noms et prénoms inscrits dans les dossiers de patients que j'ai pu analyser, je suppose que l'extrême majorité des hommes est blanche. Si quelques patients du docteur Georges Bourguignon résident en Tunisie ou en Algérie, ils portent des noms chrétiens et l'absence de mention de leur statut laisse suggérer qu'ils sont blancs. Les sources dont je dispose ne permettent pas à ce jour de rendre compte de retrouver la voix du « patient colonisé »⁹¹² sur le territoire métropolitain étudié dans cette thèse, ce qui s'explique probablement par des formes de consommation thérapeutique différenciées, allant dans le sens des observations de l'historien Clifford D. Rosenberg sur la création d'hôpitaux spécialisés pour les personnes colonisées⁹¹³. De telles sources existent probablement et une étude fouillée de la construction raciale des corps masculins serait à entreprendre⁹¹⁴. Si des travaux se sont intéressés au dispositif médical dans l'entreprise de la colonisation⁹¹⁵, à la prise en charges et la définition des maladies vénériennes dans les colonies⁹¹⁶, peu se sont spécifiquement intéressés à la prise en charge des maladies

⁹⁰⁹ Jean-Paul Bertaud, « L'armée et le brevet de virilité », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIX^e siècle*, Paris, Editions du Seuil, 2011, p. 63-79.

⁹¹⁰ *Ibid.*, p. 67.

⁹¹¹ Joan Tumblety, *Remaking the Male Body. Masculinity and the Uses of Physical Culture in Interwar and Vichy France*, op. cit.

⁹¹² Claire Fredj, « Retrouver le patient colonisé. Les soins aux "indigènes" dans l'Algérie coloniale (fin XIX^e siècle-années 1930) », *Histoire, médecine et santé*, n° 7, 2015, p. 37-50.

⁹¹³ Clifford Rosenberg, « The Colonial Politics of Health Care Provision in Interwar Paris », *French Historical Studies*, vol. 27, n° 3, 2004, p. 637-668.

⁹¹⁴ Des travaux commencent justement à interroger l'intersection entre sexe et race, voir Francesca Arena et Sébastien Farré (dir.), *Santé, genre et sexualité. Les masculinités au regard du (post)-colonial*, Chêne-Bourg, Georg, 2021. Voir aussi le travail de thèse en cours de Gaia Manetti, *Une hiérarchie gravée sur les corps. L'internement à l'Asile d'Aix-en-Provence des hommes transférés de l'Algérie (1852-1938)*, Université de Pise et Université de Genève.

⁹¹⁵ Hannah-Louise Clark, *Doctoring the bled: Medical auxiliaries and the administration of rural life in colonial Algeria, 1904-1954*, Université de Princeton, 2014 ; Sokhieng Au, *Mixed Medicines. Health and Culture in French Colonial Cambodia*, Chicago & London, The University of Chicago Press, 2011 ; Margaret Cook Andersen, « Creating French Settlements Overseas: Pronatalism and Colonial Medicine in Madagascar », *French Historical Studies*, vol. 33, n° 3, 2010, p. 417-444 ; Laurence Monnais-Rousselot, *Médecine et colonisation*, Paris, Éditions du CNRS, 1999.

⁹¹⁶ Hannah-Louise Clark, « Civilization and Syphilization: A Doctor and His Disease in Colonial Morocco », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 87, n° 1, 2013, p. 86-114.

sexuelles masculines en métropole⁹¹⁷, bien que l'engagement des soldats coloniaux sur les sols européens pendant les deux guerres mondiales ait donné lieu à des modes d'intervention thérapeutiques racialisés transformant le dispositif hygiéniste⁹¹⁸.

2.3. Les remèdes et l'automédication

L'historien néo-zélandais Lindsay R. Watson suggère que les hommes des zones rurales, peu éduqués sur leur physiologie sexuelle, entretiennent une méfiance vis-à-vis de l'élite médicale perçue comme chère et peu soucieuse des classes laborieuses, ce qui les prédispose davantage à avoir recours à des praticiens irréguliers ou des médicaments brevetés fournis par des pharmaciens⁹¹⁹. En plus d'être une solution économique, le recours à l'automédication peut également être comprise comme résultant d'une certaine méfiance envers les traitements académiques et les médecins eux-mêmes. Si les savoirs sur les maladies vénériennes, notamment la gonorrhée et la syphilis, se développent considérablement à la fin du XIX^e siècle, les traitements sont astreignants, parfois douloureux et offrent peu d'espoir de guérison. Le mercure en particulier fait l'objet d'une certaine répugnance de la part des malades, ce qui les pousse à se tourner vers les spécialités pharmaceutiques qui promettent une guérison facile et rapide⁹²⁰. L'introduction des préparations arsenicales, les 606 et 914, dès les années 1910 permet de traiter les accidents syphilitiques sans que la guérison ne puisse être établie avec certitude néanmoins⁹²¹. Un interné de Bel-Air, interné pour exhibitionnisme dans les années 1920 attribue ainsi au traitement d'une blennorragie des effets secondaires désagréables à long terme :

« résultat une blennorragie (je ne sais pas si j'écris bien le mot ; donc vulgairement une chaude pisse), ce qui mal soignée au début, a duré avec petits intervals, environ trois ans et s'est transformée en cystite. Envoyé finalement par mon médecin chez un spécialiste, celui-ci fut assez heureux de me guérir complètement contre son attente, comme il me l'avouait lui-même ensuite. Il me restait pourtant pendant assez longtemps une grande faiblesse sexuelle de tous ces traitements fatiguants et j'attribue également à toutes ces drogues des troubles d'estomac qui ne m'ont plus jamais quitté entièrement depuis »⁹²²

⁹¹⁷ Clifford Rosenberg, « The Colonial Politics of Health Care Provision in Interwar Paris », *op. cit.*

⁹¹⁸ Malik Bouriche, « Les soldats coloniaux de la Grande Guerre (1914-1918), des corps à l'épreuve des normes juridiques et scientifiques », communication lors de la journée d'étude *Santé de genre et masculinités. Perspectives historiques (post)-coloniales*, le 1^{er} mars 2019.

⁹¹⁹ Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », *op. cit.*

⁹²⁰ Thierry Lefebvre, « Syphilis et automédication au tournant du siècle », *op. cit.*

⁹²¹ Claude Quézel, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, *op. cit.*

⁹²² AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 6318, notes du patient, années 1920.

D'autre part, la honte entourant les « maladies secrètes » fait que les hôpitaux et les médecins sont réticents à prendre en charge des malades à qui ils attribuent la faute de leur mal⁹²³. Comme le souligne l'historien Alain Corbin, les médecins du XIX^e siècle, si soucieux de secret médical, ont peu de scrupules lorsqu'il s'agit d'affections qui ont trait à la sexualité⁹²⁴. En Suisse romande, les infirmeries ne reçoivent pas les vénériens au début du siècle et les caisses de secours refusent de prendre en charge ces maladies⁹²⁵.

Similairement aux patients du médecin homéopathe belge van den Berghe⁹²⁶ et de l'américain S. Weir Mitchell⁹²⁷, les archives que j'ai pu consulter indiquent que les hommes tentent souvent de se soigner eux-mêmes et allient à la fois spécialités commerciales, prescriptions médicales et remèdes traditionnels. De par leur nature, les dossiers de patients ne révèlent que l'itinéraire thérapeutique des hommes pour lesquels l'automédication n'a pas fonctionné. La majorité d'entre eux révèle néanmoins qu'une grande partie des patients, dans des contextes et des périodes historiques différentes, attend longtemps avant de consulter un médecin, d'une durée allant de plusieurs mois à plusieurs années, ce qui semble confirmer que les hommes ne considèrent le docteur que comme un dernier recours et un investissement émotionnel, financier et logistique conséquent⁹²⁸. L'un des patients de Bourguignon exprime ainsi sa lassitude dans les années 1920 : « J'ai tant dépensé d'argent jusqu'ici, à la recherche d'une guérison [...] que je tiens maintenant à frapper du premier coup à la bonne porte »⁹²⁹.

Bien qu'il ne soit pas possible d'estimer la propension du recours à l'automédication et aux produits des pharmaciens, il est intéressant de s'arrêter sur les patients qui ont tenté de se soigner eux-mêmes. Parmi les patients qui évoquent le recours à l'automédication, ceux de la clinique dermatologique et vénérienne de Lausanne appartiennent plutôt aux classes laborieuses : ils sont notamment apprentis, artisans, manœuvres, plutôt jeunes mais comprenant également des hommes d'âge plus avancé. Dans les années 1910, un jeune homme de 21 ans qui « ressent des picotements à la calotte et constate l'apparition d'un certain nombre de petits boutons jaunes

⁹²³ Anne Hilde van Baal, « “J'ai vu une femme publique” Sexuality, Venereal Disease and Homeopathy in Nineteenth-century Ghent: The Tale of the Patient », *op. cit.*

⁹²⁴ Alain Corbin, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIX^e siècle*, *op. cit.*

⁹²⁵ Matteo Pedroni, « Radiographie de la peur: 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », *op. cit.*

⁹²⁶ Anne Hilde van Baal, « “J'ai vu une femme publique” Sexuality, Venereal Disease and Homeopathy in Nineteenth-century Ghent: The Tale of the Patient », *op. cit.*

⁹²⁷ Mallory R. Szymanski, *Sexual Dysfunction as « the National Disease of America »*. *Neurasthenia and Medical Approaches to Men's Sexual and Emotional Health in the Gilded Age*, *op. cit.*

⁹²⁸ *Ibid.*

⁹²⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 469, lettre du patient adressée à Bourguignon, années 1920.

sur le gland »⁹³⁰ se traite tout d'abord « au moyen de tisanes et de compresses de camomille »⁹³¹ pendant plusieurs semaines avant de venir consulter à la clinique dermatologique et vénérienne de Lausanne, « effrayé par l'œdème du prépuce »⁹³². Un couvreur de 32 ans, ayant constaté une irritation du gland, fait tout d'abord une cure de Cibazol, un médicament sulfamidé employé pour traiter la blennorragie dès 1938, de son propre chef avec succès avant une reprise de douleurs en raison de la marche fréquente qu'il effectue au service militaire⁹³³. Pour un terrassier de 30 ans, les problèmes apparaissent lorsque, ayant pris froid au pied en travaillant dans les mines, il « commence à uriner du sang tous les quarts d'heure [et] est obligé de se relever la nuit une quinzaine de fois pour uriner »⁹³⁴. Il tente tout d'abord de se guérir en buvant « des tisanes de raisins d'ours et queues de cerises »⁹³⁵ et devant son échec, se rend à la consultation. Le recours à des méthodes traditionnelles, telles que les compresses de camomille et les tisanes diurétiques, laisse suggérer l'existence de connaissances et de pratiques de soin probablement partagées oralement et dont disposent une partie des hommes. L'urologue Théodore Perrin évoque ainsi le cas de ce jeune homme qui :

« suivant le conseil d'un ami très éclairé, avait, pour se soulager, dans le cours d'une blennorragie aiguë, tenté de « casser la corde » [...] ce terme est utilisé dans certaines régions pour désigner une manipulation peu chirurgicale qui consiste à placer le membre en érection douloureuse [...] sur le bord d'une table, et d'y appliquer un vigoureux coup de poing, pour casser la corde, ce qui, *dit-on*, guérit la maladie immédiatement »⁹³⁶

Plusieurs patients du docteur Bourguignon ont tout d'abord cherché à se guérir avec des produits pharmaceutiques avant de se tourner vers des médecins, qu'il s'agisse d'hommes issus des milieux les plus aisés ou des classes laborieuses. Au début des années 1940, ayant constaté une diminution de sa puissance sexuelle, un électricien de 44 ans achète des médicaments contre l'impuissance « chez les pharmaciens »⁹³⁷ et n'en obtient « aucun résultat ». Suivant le conseil de son pharmacien, il se décide à consulter un endocrinologue. En tant que premiers interlocuteurs des malades, les pharmaciens jouent parfois un rôle de conseil et de médiation médicale en poussant ces derniers à consulter un spécialiste. Dans une lettre publiée par l'un des patients supposés de l'urologue Edouard Bazénerie, un horloger de 43 ans évoque ainsi : « Je saurai gré toute ma vie à mon pharmacien de Besançon qui, en me donnant votre adresse,

⁹³⁰ ACV SB/273/94-95 dossier no. 110, années 1910.

⁹³¹ *Ibid.*

⁹³² *Ibid.*

⁹³³ ACV SB/273/94-95 dossier no. 692, années 1940.

⁹³⁴ ACV SB/273/94-95 dossier no. 617, années 1940.

⁹³⁵ *Ibid.*

⁹³⁶ Théodore Perrin, *Leçons cliniques d'urologie, op.cit.*, p. 8-9.

⁹³⁷ AM, Fonds Bourguignon dossier no. 3416, examen médical, années 1940.

m'a sauvé la vie, car je n'unirais plus que goutte à goutte et je sentais bien que j'allais mourir »⁹³⁸. Un directeur d'agence de banque âgé de 53 ans souffrant d'impuissance génitale admet à Bourguignon avoir « dépensé des sommes folles en médicaments de toute sorte sans résultats »⁹³⁹. A la fin de la Seconde guerre mondiale, un homme de 41 ans, inquiet de son absence d'érections et de douleurs testiculaires suit également tout d'abord les conseils de son pharmacien et prend des « pilules pendant un mois, sans ordonnance médicale, sans succès, puis [...] d'autres sur avis du pharmacien »⁹⁴⁰ avant de se décider à consulter un médecin. À la même période, un typographe se trouvant « insuffisant dès les débuts de sa vie sexuelle »⁹⁴¹ à 18 ans « s'est soigné avec toutes sortes de médicaments sans résultat »⁹⁴².

2.4. Médecines « alternatives » et médecines « des marges »

Confiné au cabinet des médecins de famille, à la tradition orale, ou encore aux franges de la légalité, parfois effectué à l'étranger, une partie de ce marché thérapeutique et de ses acteur·ices n'a pas laissé de traces. Les cas de poursuites pour pratique illégale de la médecine que j'ai pu consulter dans divers centres d'archives évoquent très rarement les maladies sexuelles et urinaires masculines. Quelques cas, à l'instar d'un masseur vaudois accusé d'avoir soigné en grand nombre des malades atteints de prostatite dans les années 1920⁹⁴³ semble souligner néanmoins qu'il est probable qu'une partie des soins ait été effectués par des guérisseurs ou autres praticiens irréguliers, sans que cela n'ait laissé de traces écrites. L'essor des médecines dites « alternatives » et de soins du corps telles que l'homéopathie, la chiropractie, le naturisme ou encore le culturisme⁹⁴⁴ ont également probablement participé à élargir le champ des praticiens, sans qu'il ne soit tout à fait possible néanmoins de distinguer si les patients se sont tournés vers eux par conviction thérapeutique ou par désespoir de cause⁹⁴⁵.

Comme le souligne l'historien Arnaud Baubérot, la position dominante de la médecine officielle n'a pas empêché l'émergence de traitements non-conventionnels au tournant du XXème siècle, ces derniers suivant plutôt des moyens indirects pour éviter une confrontation

⁹³⁸ Edouard de Bazénerie, *Traité des maladies urinaires. Canal de l'Urèthre, Prostate, Vessie. Traitement électrique & guérison*, Paris, Société d'éditions scientifiques, 1897, p. 34.

⁹³⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2786, examen médical, années 1940.

⁹⁴⁰ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3527, examen médical, années 1940.

⁹⁴¹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no 3831, examen médical, années 1940.

⁹⁴² *Ibid.*

⁹⁴³ « Chronique judiciaire. Vaud. Exercice illégal de la médecine », *Bulletin des médecins suisses*, 1922, p. 180.

⁹⁴⁴ Olivier Faure, « Esquisse d'une histoire des marges médicales en France (XIXe-milieu XXe siècle) », *Histoire, médecine et santé*, n° 15, 2019, p. 127-139.

⁹⁴⁵ Anne Hilde van Baal, « "J'ai vu une femme publique" Sexuality, Venereal Disease and Homeopathy in Nineteenth-century Ghent: The Tale of the Patient », *op. cit.*

directe avec la médecine établie⁹⁴⁶. Il est vraisemblable d'autre part, comme le souligne l'historienne Nahema Hanafi, que « les hommes f[assent] la balance entre ce qu'il est vraiment nécessaire de dire pour être soigné et ce qui mérite d'être tu »⁹⁴⁷. Dans son étude sur les pratiques de stérilisation masculine à visée anticonceptionnelle, l'historienne Elodie Serna montre la constitution de réseaux anarchistes transnationaux de médecins et non-médecins qui pratiquent la vasectomie clandestine en Europe entre les années 1920 et 1930⁹⁴⁸. L'existence de cette médecine clandestine souligne la capacité d'agir des hommes quant à la gestion de leurs capacités reproductrices ainsi que la réappropriation de la médecine au service des classes ouvrières souhaitant limiter la taille de leurs familles⁹⁴⁹. Il est probable que ceux qui ont recours à des soins illégaux ne se soient tournés vers les services de médecins que devant l'échec de toute autre méthode. C'est ainsi au détour d'une publication d'un urologue français qu'il est possible de trouver la trace d'un vasectomisé, qui souhaite avoir des enfants avec sa nouvelle femme et qui se tourne vers le spécialiste après l'échec des tentatives de son premier opérateur pour rétablir sa fertilité. L'urologue, spécialiste de la chirurgie des voies déférentielles, ne manque pas de faire un rappel à l'ordre et de remarquer le « sacrifice insensé »⁹⁵⁰ de sa fertilité.

Inspirée partiellement par des motifs eugénistes mais surtout par des motivations d'hygiène sociale, la loi vaudoise du 3 septembre 1928 pose un cadre légal pour la stérilisation des maladies mentales et autres psychopathes⁹⁵¹. Si la grande majorité des cas de stérilisation ou de castration masculines recensés dans les archives cantonales vaudoises concernent principalement des hommes internés pour qui l'opération est présentée comme l'une des conditions de l'accès à la liberté⁹⁵², quelques dossiers évoquent néanmoins des cas très marginaux : celui de parents, domiciliés à l'étranger, qui se renseignent auprès du Service de santé pour faire stériliser leur fils aliéné. Écrivant au chef au service sanitaire cantonal, Paul Niehans explique en 1938 avoir reçu une lettre « d'après laquelle on me demande, parce que cette intervention n'est pas autorisée en Angleterre, de stériliser un jeune garçon anormal âgé de 16 ans »⁹⁵³. Similairement, dans les années 1930, un manœuvre de 32 ans écrit au service de

⁹⁴⁶ Arnaud Baubérot, « Medical pluralism in France (19th to early 20th century) », dans Robert Jütte (dir.), *Medical Pluralism. Past - Present - Future*, Stuttgart, Franz Steiner, 2013, p. 127-140.

⁹⁴⁷ Nahema Hanafi, « « Je décharge quelquefois sans bander parfaitement... » : évocations masculines de la sexualité avec le médecin Samuel-Auguste Tissot », *op. cit.*, p. 12.

⁹⁴⁸ Elodie Serna, « Médecine clandestine et vasectomie volontaire dans l'Europe de l'entre-deux-guerres », *op. cit.*

⁹⁴⁹ *Ibid.*

⁹⁵⁰ Henri Bayle, « Stérilité masculine », P. Funck-Bretano, Henri Bayle et Raoul Palmer, *Stérilité féminine-masculine*, Masson & cie, Paris, 1954, p. 75.

⁹⁵¹ Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle*, *op. cit.*

⁹⁵² *Ibid.* Je reviendrai davantage sur ce point dans la troisième partie de la thèse.

⁹⁵³ ACV, KVIlf343, lettre du docteur Niehans au docteur Payot, 1938.

santé pour obtenir une stérilisation, dans l'espoir que celle-ci puisse améliorer son état de santé et son épilepsie :

« Je me permets de vous écrire ces quelques lignes pour vous soumettre mon cas et demander de bien vouloir m'aider dans ma demande que je vous adresse par ces quelques lignes.

Depuis de nombreuses années, je souffre et ai souffert d'épilepsie essentielle, j'ai été soigné dans plusieurs hôpitaux [...] J'ai eu bon nombre de crises, de malaises et de neurasthénies à des espaces variés, aussi ayant longuement réfléchi, je viens par ces quelques lignes demander votre approbation pour la « Stérilisation volontaire ». Je suis encore assez jeune et pense un jour, quand ma situation sera meilleure, me marier, et vu mon mal incurable, je ne désire pas d'enfants.

Actuellement, je suis hospitalisé sur ma demande [...] où je suis en traitement pour les nerfs [...] je pense et j'ai la certitude qu'en me faisant « stérilisé » je me porterai beaucoup mieux et sans doute aurais-je moins de crise et pourrai-je améliorer mon état, notablement en ce qui concerne ma neurasthénie. [...] Actuellement, je ne souffre que de mes nerfs et je serai heureux quand je pourrai être guéri, sinon amélioré ! »⁹⁵⁴

Comme le souligne Elodie Serna, l'idée d'une « amélioration » des corps masculins par l'opération de Steinach circule dans la culture populaire dans l'entre-deux-guerres⁹⁵⁵. Bien que concernant des cas tout à fait marginaux, ces sources mettent en évidence non seulement des réseaux clandestins dédiés à la vasectomie mais aussi des pratiques de négociation et de subversion par les malades pour obtenir les soins qu'ils souhaitent, ici en utilisant une loi sur la stérilisation des aliénés pour obtenir une vasectomie à visée « thérapeutique ».

Dans une certaine mesure, les hommes se tournent aussi vers les soins prodigués par la religion. Sans ne s'être jamais opposée à l'établissement d'un pouvoir médical centralisé en France, l'Église catholique a néanmoins réaffirmé sa vocation de pourvoyeuse de soins tout au long du XIX^e siècle, notamment par les apparitions de la Vierge Marie à La Salette en 1846 et à Lourdes en 1858⁹⁵⁶. Comme une réponse au triomphe du positivisme et de la médecine expérimentale, l'approche de l'Église se situe à l'extérieur du domaine de la science comme une proclamation de la primauté de la spiritualité dans la santé du corps et de l'esprit⁹⁵⁷. La foi, la méfiance envers la médecine, le coût, la localisation géographique permettant l'accès à une médecine spécialisée ou encore la recherche de confidentialité sont autant de facteurs possibles poussant les hommes à rechercher conseil auprès des religieux catholiques, prolixes auteurs en

⁹⁵⁴ ACV, KVIIIIf343, lettre au Conseil de santé, 1936.

⁹⁵⁵ Elodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, *op. cit.*

⁹⁵⁶ Arnaud Baubérot, « Medical pluralism in France (19th to early 20th century) », *op. cit.*

⁹⁵⁷ *Ibid.*

matière de conseils conjugaux et interlocuteurs privilégiés de la confiance⁹⁵⁸. L'historienne Caroline Muller montre le rôle important joué par le directeur de conscience dans la gestion des différends conjugaux : celui-ci apparaît comme un interlocuteur privilégié car il est tenu à la plus stricte confidentialité et connaît les protagonistes pour lesquels il est perçu comme un arbitre ou un allié⁹⁵⁹. Il est probable que certains religieux aient dispensé des conseils liés à la santé sexuelle, notamment en ce qui concerne des positionnements des églises en matière de sexualité et de reproduction : infécondité, désirs sexuels, chasteté et relations maritales. Jugés plus proches des femmes⁹⁶⁰, les prêtres catholiques constituent aussi un interlocuteur disponible pour celles qui rencontrent des problèmes d'ordre sexuel ou reproductif dans leur couple et cherchent de l'aide pour un époux réfractaire, sans pour autant briser les règles de la pudeur. Les prêtres peuvent ainsi agir comme des médiateurs de la relation de soin, orientant les hommes vers des praticiens qualifiés ou donnant eux-mêmes des pistes de diagnostic et de traitement.

Les correspondances de l'abbé Viollet, un vicaire de la paroisse progressiste de Notre Dame du Travail de Plaisance à Paris, révèlent ainsi les préoccupations de femmes qui se tournent vers la religion pour trouver conseil. Face à un mari qui refuse de parler de ses troubles d'érection, une femme explique ainsi s'être confiée à son confesseur à ce sujet :

« Le soir du mariage, il me demanda l'acte conjugal [...] à sa grande surprise, rien ne se produisit. Il y eut érection mais pas éjaculation, donc pas de plaisir. Il eut probablement une déception très grande, quoiqu'il ne m'en ait rien dit. [...] Au bout de cinq mois de mariage, après avoir eu une conversation qui m'avait fait grand bien avec mon confesseur d'autrefois, quand j'étais jeune fille, je parvins enfin à faire accepter à mon mari de consulter un médecin spécialisé dans ce genre de choses. Il tint d'abord à en parler à un médecin ami qui lui ordonna un tonique approprié et, chose surprenante, au bout d'une quinzaine de jours, il commença à avoir pour moi une certaine affinité, alors que nous étions assez sceptiques sur le résultat. [...] Et il put faire normalement l'acte conjugal. Depuis, il a toujours pu le faire, et jugez si j'en suis heureuse, et si j'en remercie le bon Dieu »⁹⁶¹

⁹⁵⁸ Laure Adler, *Secrets d'alcôve. Histoire du couple 1830-1930*, Paris, Hachette, 1983 ; Martine Sevegrand, *L'amour en toutes lettres. Questions à l'abbé Viollet sur la sexualité (1924-1943)*, Paris, Albin Michel, 1996.

⁹⁵⁹ Caroline Muller, *Au plus près des âmes et des corps. Une histoire intime des catholiques au XIXe siècle*, Paris, PUF, 2019.

⁹⁶⁰ Caroline Muller, « Prêtre, homme, autre? Relire l'histoire de l'anticléricalisme par le genre », dans Caroline Muller et Nicolas Guyard (dir.), *Les sources du sacré. Nouvelles approches du fait religieux*, LAHRA (en ligne), 2018, p. 121-138.

⁹⁶¹ Martine Sevegrand, *L'amour en toutes lettres. Questions à l'abbé Viollet sur la sexualité (1924-1943)*, op. cit.

Le problème revenant néanmoins, son mari se confie à un prêtre qui « doit lui écrire pour lui dire, après réflexion, s'il pense qu'il faut ou non consulter un psychiatre »⁹⁶². À l'abbé Viollet qui lui conseille de s'intéresser aux refoulements freudiens, l'épouse répond : « Ne pourrais-je me documenter un peu sur la question ? [...] Je crois bien connaître mon mari ; j'ai été forcée par les circonstances à étudier ses réactions, son caractère, sa sensibilité »⁹⁶³. Le cas est intéressant car il montre que, loin d'être uniquement confidents des problèmes sexuels, les religieux peuvent jouer un véritable rôle de conseil scientifique, en suggérant de se tourner vers certains praticiens ou d'explorer certaines théories. Il est très probable que les différences religieuses, notamment en termes de confession, jouent un rôle dans le rapport que les hommes entretiennent avec les prêtres, pasteurs et autres figures religieuses auxquels ils s'adressent. Les pasteurs donnent également des conseils en matière de sexualité, comme en témoigne un vendeur bernois qui souligne que son pasteur « l'a mis en garde contre les rapports sexuels avant et hors mariage, notamment pour sa santé [en lui disant qu']« il vaut mieux dépenser ses forces d'une autre façon » »⁹⁶⁴ et qui n'ose plus avoir de rapports sexuels depuis lors, par crainte de mettre sa santé en danger.

Au début du siècle, l'analogie avec l'aveu religieux semble d'ailleurs être un thème assez fréquent dans les discours des médecins. Le vénéréologue Louis Jullien s'exaspère ainsi des patients qui « comparent le médecin qui les écoute à un confesseur et en profitent pour lui conter, d'eux-mêmes, des traits intimes, ridicules, honteux, quelquefois odieux et criminels »⁹⁶⁵. Il faut dire que bien des éléments de la confession religieuse se retrouvent dans l'interaction médicale : en psychiatrie notamment, le médecin agit comme un directeur de conscience pour les internés qu'il rencontre régulièrement⁹⁶⁶. L'irritation de certains médecins face à la profusion de discours de leurs patients révèle cependant des informations sur l'agentivité des patients et leur participation à la production de connaissances lors des interactions médicales. Elle révèle aussi que les normes de l'interaction médicale, telles qu'établies par les médecins, ne correspondent pas toujours aux attentes d'hommes qui comprennent leurs difficultés sexuelles ou reproductives dans un registre à la fois moral, médical et religieux.

⁹⁶² *Ibid.*

⁹⁶³ *Ibid.*

⁹⁶⁴ AEG, Asile de Bel-Air, dossier 18589, dossier médical, rapport d'expertise, années 1950.

⁹⁶⁵ Louis Jullien, « De la discrétion professionnelle en matière de blennorrhagie (1) », *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, vol. X, 1898, p. 274.

⁹⁶⁶ Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, op. cit.

3. Les femmes, entre soins formels et informels

3.1. Les mères et le rôle d'éducation morale

Considérer le pluralisme médical implique non seulement d'étudier les pratiques médicales dites alternatives mais aussi de s'attarder sur le rôle des familles comme actrices de l'histoire médicale, un angle qui reste encore le parent pauvre de ces recherches⁹⁶⁷. Or, les pratiques des soins du corps ont longtemps été une prérogative féminine⁹⁶⁸ et si l'histoire de la médecine a souvent favorisé la mémoire de figures masculines, celle des professions paramédicales et du *care* permet de révéler l'implication des femmes dans les pratiques de santé⁹⁶⁹. Traditionnellement chargées du soin des enfants et de la famille et d'assurer la « médecine familiale »⁹⁷⁰, ce sont les femmes qui, au XIX^e siècle, appellent le médecin, s'entretiennent avec lui voire même qui font et défont sa réputation⁹⁷¹. Les campagnes hygiénistes se sont appuyées sur les mères de famille comme des intermédiaires chargées de maintenir les règles sanitaires au sein du foyer et de les enseigner aux enfants⁹⁷². Débuté à la fin du XIX^e siècle, le mouvement d'éducation des mères par la puériculture prend de l'ampleur dans l'entre-deux-guerres avec l'objectif de normaliser la reproduction et d'apprendre aux mères les soins de la vie quotidienne⁹⁷³. Les mères sont ainsi placées dans une position passive, où il est attendu qu'elles mettent en pratique les normes préventives de prévention de la maladie et d'éducation à la santé formulées par les experts⁹⁷⁴.

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, les bonnes pratiques d'hygiène sont diffusées par le biais de manuels écrits à destination des jeunes mères bourgeoises par des médecins hygiénistes

⁹⁶⁷ Olivier Faure et Hervé Guillemain, « Pour une autre histoire des pratiques médicales alternatives », *Histoire, médecine et santé*, n° 14, 2019, p. 9-28.

⁹⁶⁸ Jacques Léonard, « Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent, en France au XIX^e siècle », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 32, n° 5, 1977, p. 887-907.

⁹⁶⁹ Olivier Faure et Hervé Guillemain, « Pour une autre histoire des pratiques médicales alternatives », *op. cit.* Au sujet du rôle des femmes dans le travail humanitaire, voir notamment Dolores Martín-Moruno, Brenda Lynn Edgar et Marie Leyder, « Feminist perspectives on the history of humanitarian relief (1870-1945) », *Medicine, Conflict and Survival*, vol. 36, n° 1, 2020, p. 2-18.

⁹⁷⁰ Françoise Loux, « La médecine familiale dans la France rurale (note de recherche) », *Culture et clinique*, vol. 14, n° 1, 1990, p. 83-92.

⁹⁷¹ Jacques Léonard, *La France médicale au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard, 1978.

⁹⁷² Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *For Her Own Good. Two Centuries of the Experts' Advice to Women*, New York, Anchor Books, 1978 ; Hilary Marland, « 'The Diffusion of Useful Information' : Household Practice, Domestic Medical Guides and Medical Pluralism in Nineteenth-Century Britain », dans Robert Jütte (dir.), *Medical Pluralism. Past - Present - Future*, Stuttgart, Franz Steiner, 2013, p. 81-100.

⁹⁷³ Françoise Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie: La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986.

⁹⁷⁴ Claudine Burton-Jeangros, « Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé: entre dépendance et autonomie des mères face aux experts », *Recherches familiales*, vol. 3, n° 1, 2006, p. 16-25.

et des vulgarisateurs, principalement des hommes mais aussi par des doctresses⁹⁷⁵. La multiplication de livres et journaux à destination des jeunes mères rencontre celui des manuels d’instruction des jeunes filles bourgeoises au mariage et à la conjugalité⁹⁷⁶. Comme le souligne l’historienne Mary Lynn Stewart, les ouvrages rédigés par des doctresses insistent davantage sur les relations sexuelles que ceux de leurs collègues masculins mais tous sont particulièrement hésitants à nommer et à décrire l’appareil génital et la sexualité masculine⁹⁷⁷. Ainsi, le recueil *Les maladies et les remèdes* publié en 1890 par l’éditrice et journaliste Louise d’Alq, connue pour ses traités d’éducation et ses guides de savoir-vivre, évoque la crainte que l’évocation de « maladies masculines » ne porte atteinte à la pudeur des jeunes filles :

« il y a deux points que nous devons éviter : mettre en les mains d’étourdis, de vicieux, de mal intentionnés, un instrument dangereux ; obliger à rougir la jeune fille à qui l’on parlerait de notre livre. Nous nous sommes donc tus sur certaines maladies masculines qui ne sont pas de la compétence de la famille »⁹⁷⁸.

Le contenu de l’enseignement destiné aux mères et aux jeunes épouses est étroitement lié à l’engagement politique de leurs auteur·ices et aux contextes dans lequel ils et elles écrivent. Les mères sont certes enjointes à préserver la santé morale de leurs fils en accordant une attention particulière à la précocité de leurs désirs, en évitant nourritures et boissons excitantes, romans et tableaux suggestifs ou encore la fréquentation d’individus susceptibles d’être de mauvaise influence⁹⁷⁹. Mais les manuels d’éducation recommandent davantage aux pères de se charger de l’éducation sexuelle de leurs fils, et ce en des termes plus moraux que physiologiques⁹⁸⁰. Dans son manuel d’éducation sexuelle adressée aux « mères de famille », la féministe Emma Pieczynska, qui étudie la médecine à l’Université de Genève, souligne ainsi le rôle des femmes dans l’éducation morale des enfants, filles comme garçons. Lorsque le père ne s’engage pas à effectuer l’enseignement de la pureté – ce qu’elle estime fréquent – elle considère que la mère doit être capable de prendre ce rôle sans fausse pudeur : « ne croyez pas que ces sujets de pureté, de pudeur perdent quelque chose à être traités par elle devant son fils ! Bien puérile serait la crainte que la convenance en pût souffrir »⁹⁸¹.

⁹⁷⁵ Mary Lynn Stewart, « ‘Science is Always Chaste’: Sex Education and Sexual Initiation in France, 1880s-1930s », *Journal of Contemporary History*, vol. 32, n° 3, 1997, p. 381-394.

⁹⁷⁶ *Ibid.*

⁹⁷⁷ *Ibid.*

⁹⁷⁸ Louise d’Alq, *Les maladies et les remèdes*, Paris, Maurice Dreyfous, 1890, p. xiv.

⁹⁷⁹ Ivan Jablonka, « L’enfance ou le “voyage vers la virilité” », *op. cit.*

⁹⁸⁰ *Ibid.* ; Virginie De Luca Barrusse et Anne-Françoise Praz, « The Emergence of Sex Education: A Franco-Swiss Comparison, 1900–1930 », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 24, n° 1, 2015, p. 46-74.

⁹⁸¹ Emma Pieczynska, *Aux mères de famille. L’Ecole de la Pureté*, Paris, Fischbacher, 1900, p. 203.

Des organisations féminines organisent en Suisse romande des conférences éducatives à l'attention des femmes au début du siècle, afin que celles-ci puissent exiger de leurs fiancés des garanties sérieuses quant à leur passé sexuel pour assurer la santé de leur future famille⁹⁸². Comme le soulignent Lucie Begert, Izel Demirbas et Aude Fauvel, « les doctresses ont su stratégiquement transformer une obligation – celle de s'adresser à des patientes femmes – en un atout [car] dans l'écriture des manuels de santé, il n'était plus question de s'excuser de son sexe »⁹⁸³. Il faut noter que la Suisse est probablement un territoire propice à la diffusion de livres d'éducation à la sexualité, dans la mesure où il s'y exerce moins de censure, tant du point de vue de la « propagande anticonceptionnelle » que de la décence publique⁹⁸⁴.

En 1905, l'encyclopédie de la doctresse allemande Anna Fischer-Dückelmann *La femme, médecin du foyer* est traduite en français par deux doctresses diplômées des Facultés de Paris et de Genève avant d'être censurée sous la loi de 1920 interdisant la promotion des produits anticonceptionnels en France. Connue pour son « féminisme maternel » et son engagement pour que les femmes soient soignées par d'autres femmes, Anna Fischer-Dückelmann rencontre un véritable succès éditorial en même temps que la résistance de ses confrères allemands⁹⁸⁵. Elle fournit non seulement des instructions détaillées sur l'anatomie et la physiologie des femmes et des enfants (dont une représentation de la vulve, ce qui est inhabituel pour l'époque⁹⁸⁶) mais également des renseignements sur le fonctionnement sexuel masculin. Elle met notamment en garde les jeunes mariées face à l'épuisement nerveux des maris qui ont des rapports sexuels trop fréquents. Mais l'instruction sur la physiologie masculine s'adresse principalement aux mères « afin de bien pouvoir les diriger [leurs fils] »⁹⁸⁷. Si la description détaillée des phénomènes de l'érection et de l'éjaculation est justifiée par le devoir d'éducation morale des mères, elle comprend également des conseils de soin :

« Les mères ont des fils qui grandissent, elles sont des éducatrices, et, si elles veulent avoir soin de leurs enfants, elles doivent savoir ce qui se produit en leur corps. Elles observeront

⁹⁸² Matteo Pedroni, « Radiographie de la peur: 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », *op. cit.*

⁹⁸³ Lucie Begert, Izel Demirbas et Aude Fauvel, « Terre promise ou terre interdite ? La Suisse : l'eldorado ambigu des premières femmes médecins, 1867-1939 », *Revue d'histoire des sciences humaines*, n° 35, 2019, p. 85.

⁹⁸⁴ Lucie Begert, Izel Demirbas et Aude Fauvel, « Terre promise ou terre interdite ? La Suisse : l'eldorado ambigu des premières femmes médecins, 1867-1939 », *op. cit.*

⁹⁸⁵ Paulette Meyer, « Physiatrie and German Maternal Feminism: Dr. Anna Fischer-Dückelmann Critiques Academic Medicine », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 23, n°1, 2006, p. 145-182.

⁹⁸⁶ Mary Lynn Stewart, « 'Science is Always Chaste': Sex Education and Sexual Initiation in France, 1880s-1930s », *op. cit.*

⁹⁸⁷ Anne Fischer, *La femme, médecin du foyer : ouvrage d'hygiène et de médecine familiale, concernant particulièrement les maladies des femmes et des enfants, les accouchements et les soins à donner aux enfants*, Paris, E. Posselt & Cie, 1905, p. 376.

que chez ceux qui sont nerveux, le membre viril se dresse, grossit et devient turgescent, ce qui occasionne des douleurs. Que signifie ce gonflement ?

Chez un homme pubère, cela arrive au moment d'une excitation sexuelle, l'érection d'ailleurs est nécessaire pour les rapprochements et, lorsqu'elle ne se produit plus, la procréation n'est plus possible ; il y a « impuissance ». [...]

Si cette turgescence a lieu dans d'autres circonstances, en dehors de l'excitation génésique, elle est le résultat d'une irritation nerveuse, phénomène très fréquent chez les neurasthéniques. Chez les enfants, c'est un phénomène anormal, qui ne doit jamais passer inaperçu, car cet état peut être très nuisible.

Il faut éviter chez eux les excitations et les traiter avec douceur et beaucoup de fermeté. Ils doivent vivre au grand air, se garder des fatigues intellectuelles. L'alcool, la viande, le café sont des poisons pour des tempéraments pareils »⁹⁸⁸

Afin d'éviter l'orchite et « préserver les garçonnets d'une lésion grave pour l'avenir »⁹⁸⁹, elle recommande le « repos, les enveloppements tièdes à 30°C., fréquemment changés s'il y a de la fièvre, un régime doux pour tenir les intestins libres »⁹⁹⁰. Sans rentrer dans un niveau de détail similaire à celui du livre de Fischer-Dückelman, les manuels français à l'attention des mères fournissent quelques renseignements relativement peu précis sur l'appareil génital masculin, notamment lorsqu'il s'agit de soigner les enfants. Dans le *Livre de la mère, hygiène et maladies de la première enfance*, le docteur Talbert suggère de soigner les enfants atteints de syphilis héréditaire par des « frictions mercurielles [...] On frictionne chaque aisselle *une fois* par jour avec gros comme une noisette d'une pommade composée d'un tiers onguent napolitain et deux tiers vaseline »⁹⁹¹. Tout en soulignant l'absence de connaissances médicales des domestiques, la fondatrice de l'école des mères Augusta Moll Weiss conseille globalement: « il faut que chaque mère s'arrange pour voir son enfant *nu* au moins une fois dans la journée [...] cela évitera souvent de graves maladies à l'enfant »⁹⁹². Quelques sources semblent confirmer que des femmes pratiquent elles-mêmes des premiers soins sur leurs fils : ainsi, le chirurgien genevois Ernest-Frédéric Kummer note au détour d'un article le cas d'une mère qui, constatant l'étonnante grosseur de l'un des testicules de son fils de 3 ans, « fit des manœuvres de réduction »⁹⁹³ croyant avoir affaire à une hernie.

⁹⁸⁸ *Ibid*, p. 263.

⁹⁸⁹ *Ibid*, p. 551.

⁹⁹⁰ *Ibid*, p. 552.

⁹⁹¹ Dr Talbert, *Le livre de la mère. Hygiène et maladies de la première enfance*, Paris, Georges Carré, 1886, p. 132.

⁹⁹² Augusta Weiss, *La Femme, La Mère, L'Enfant. Guide à l'usage des mères*, Paris, A. Maloine, 1897, p. 150-151.

⁹⁹³ Ernest-Frédéric Kummer, « Hydrocèle biloculaire du cordon spermatique chez un garçon de 3 ½ ans. Excision, guérison », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1890, p. 173.

Chargées du blanchissement du linge⁹⁹⁴, il est probable que les mères aient souvent été les premières à constater les pollutions nocturnes de leurs fils. À la découverte de pollutions sur le linge, Anna Fischer-Dückelmann recommande aux mères de « le confesser adroitement et le [le fils] conduire chez le médecin »⁹⁹⁵, ce qui semble avoir été le cas dans certaines familles. Dans les archives judiciaires françaises qu'elle a consulté, l'historienne Anne-Marie Sohn montre que le « vice » reconnu par les parents est souvent suivi d'une sanction physique⁹⁹⁶. Quelques dossiers d'internés à l'Asile de Bel-Air à Genève semblent montrer que la constatation de la masturbation est parfois suivie, dans des familles relativement aisées, d'une consultation médicale. Un interné de l'Asile de Bel-Air explique que sa mère l'a emmené voir le médecin de famille suite à ses premières pollutions nocturnes alors qu'il était adolescent⁹⁹⁷. Le médecin lui avait prescrit un médicament et avait constaté la présence d'un phimosis sans néanmoins recommander d'opération⁹⁹⁸. Similairement, la belle-mère d'un autre interné remarque, alors qu'il est adolescent dans les années 1920, que « son linge est souvent tâché, ce qu'elle attribue à la masturbation »⁹⁹⁹ et « lui en fait de vifs reproches »¹⁰⁰⁰. Au bout de plusieurs années où le problème persiste et alors que ce dernier « ne prenait aucune précaution pour éviter de tacher son linge »¹⁰⁰¹, elle se décide à consulter un médecin à ce sujet qui conseille d'effectuer une circoncision qui n'aboutit néanmoins sur aucune amélioration notable¹⁰⁰².

3.2. Travail de médiation et maternage

La description du fonctionnement sexuel masculin ne se limite pas aux soins portés aux enfants. Anna Fischer-Dückelmann définit le phénomène de l'impuissance comme se manifestant « tantôt par une spermatorrhée précoce ou par un défaut d'érection »¹⁰⁰³ et encourage la femme à ne « jamais faire de reproches à son mari ainsi atteint, car il se sent déjà assez malheureux.

⁹⁹⁴ Anne-Marie Sohn, *Chrysalides. Femmes dans la vie privée (XIXe-XXe siècles)*, op. cit.

⁹⁹⁵ Anne Fischer, *La femme, médecin du foyer : ouvrage d'hygiène et de médecine familiale, concernant particulièrement les maladies des femmes et des enfants, les accouchements et les soins à donner aux enfants*, op.cit., p. 611.

⁹⁹⁶ Anne-Marie Sohn, *Chrysalides. Femmes dans la vie privée (XIXe-XXe siècles)*, op. cit.

⁹⁹⁷ AEG, Asile de Bel-Air, dossier 16295, rapport d'expertise, années 1950.

⁹⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹⁹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier 12187, rapport d'expertise, années 1940.

¹⁰⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰⁰¹ *Ibid.*

¹⁰⁰² *Ibid.*

¹⁰⁰³ Anne Fischer, *La femme, médecin du foyer : ouvrage d'hygiène et de médecine familiale, concernant particulièrement les maladies des femmes et des enfants, les accouchements et les soins à donner aux enfants*, op.cit., p. 483.

Au contraire, elle doit l'encourager à se soigner pour améliorer cet état »¹⁰⁰⁴. Le *Dictionnaire pratique et médical de La Jeune Mère* publié dans le journal du même nom en 1902 définit l'anaphrodisie comme une condition touchant aussi bien les hommes que les femmes et suggère de la traiter par la « suggestion [...] médicaments toniques (noix vomique, extraits testiculaires de Brown-Séquard), douches froides, hygiène, nourriture excitante, poisson, aromates [...] électrisation »¹⁰⁰⁵. La présence de ces conseils permet de nuancer la thèse que la méconnaissance des femmes de leur propre corps se double d'une ignorance autour du corps masculin, même si ces conseils restent extrêmement marginaux, et vraisemblablement seulement accessibles aux femmes éduquées¹⁰⁰⁶. Après la Grande Guerre, l'inquiétude autour des maladies vénériennes a permis une progressive inclusion dans les manuels féminins de détails sur le système génital masculin¹⁰⁰⁷. Il n'en reste pas moins que les hommes disposent bien davantage que les femmes d'opportunités pour obtenir des informations concernant le corps, la procréation et la sexualité¹⁰⁰⁸. En France comme en Suisse, l'éducation sexuelle des jeunes filles demeure presque inexistante à l'école publique jusqu'à l'entre-deux-guerres voire les années 1950¹⁰⁰⁹.

Sans qu'il ne s'agisse nécessairement de connaître des remèdes, les femmes sont parfois les interlocutrices et médiatrices des problèmes de couple. L'historienne Anne-Marie Sohn évoque le témoignage de cet homme, marié en 1885 dont l'épouse fait une attaque de nerfs lors de la nuit de noce et qui, frappé par la scène, ne parvint plus à atteindre l'érection :

« Sur les conseils de sa mère, elle vint me retrouver le lendemain mais cette scène m'avait bouleversé et, pendant quinze jours, j'essayais de la posséder sans y parvenir. Elle se moquait de moi. [...] A son atelier, elle racontait que j'étais bon à rien, impuissant. Mes camarades aux chemins de fer se moquaient de moi si bien qu'un jour, je me déculottai devant eux pour leur prouver que j'étais un homme. [...] Ma belle-mère convoqua même un médecin, je me laissai examiner. Je racontais au docteur ce qui s'était passé. Il dit à ma femme que c'était à elle de réparer le mal qu'elle avait causé. Elle me fit quelques caresses et, une nuit, je parvins à avoir des relations avec elle »¹⁰¹⁰

¹⁰⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁰⁵ *La Jeune Mère*, vol. 415, 1902, p. 420.

¹⁰⁰⁶ Cécile Thomé, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)*, thèse de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2019.

¹⁰⁰⁷ Mary Lynn Stewart, « 'Science is Always Chaste': Sex Education and Sexual Initiation in France, 1880s-1930s », *op. cit.*

¹⁰⁰⁸ Anne-Claire Rebreyend, *Intimités amoureuses, France 1920-1975*, *op. cit.*

¹⁰⁰⁹ Mary Lynn Stewart, « 'Science is Always Chaste': Sex Education and Sexual Initiation in France, 1880s-1930s », *op. cit.* ; Caroline Rusterholz, « Deux enfants, c'est déjà pas mal ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, *op. cit.*

¹⁰¹⁰ Procès-verbal médical : 23 octobre 1912, Archives départementales de la Seine, cité par Anne-Marie Sohn, *Chrysalides. Femmes dans la vie privée (XIXe-XXe siècles)*, *op. cit.*, p. 782.

Dans sa thèse de médecine, Maxime de Palmas souligne « combien il est fréquent de voir arriver dans le cabinet de consultation du médecin une belle-mère irritée, traînant à sa suite un gendre impuissant »¹⁰¹¹. Si la pudeur restreint la parole, il est probable néanmoins que les mères soient les interlocutrices des jeunes filles désillusionnées du mariage et que les femmes soient des personnes à qui les hommes confient parfois leurs maux. Ainsi, le docteur Émile Laurent souligne ainsi qu'après avoir consulté le pharmacien et le médecin de pissotière, « le jeune homme blessé par l'amour, se voyant roulé et toujours malade, finit par où il aurait dû commencer. Il s'en va trouver le médecin de sa famille ou bien se confie à sa mère qui l'y conduit »¹⁰¹². Un interné de Bel-Air, honteux de ses désirs pour d'autres hommes explique s'être confié à sa mère sur ses attirances : « je ne pouvais comprendre pourquoi je ne pourrait être comme tout le monde s'amuser avec une femme. Je l'ai souvent dit à ma mère je lui disais que j'étais malheureux alors maman me disait que c'était du vice »¹⁰¹³. Dans les années 1940, un jeune coursier à la SNCF se présente avec sa mère à la consultation pour impuissance et pour syphilis héréditaire¹⁰¹⁴. Parfois étendue à la relation de soin, la relation qui se tisse entre mère et fils est ainsi analysée par l'historienne Yvonne Kniebiehler comme « une intimité ambiguë dont Freud discernera les formes pathologiques »¹⁰¹⁵.

Le maternage de la relation conjugale joue aussi un rôle important dans le suivi de la maladie et des pratiques de santé de leurs époux. Les femmes participent parfois au travail de médiation entre les hommes et le médecin. Le langage du soin et de la guérison est ainsi présent dans le discours de certaines femmes, à l'instar de cette catholique que la masturbation de son mari inquiète et répugne : « J'ai essayé de guérir mon mari de cette habitude, peine inutile »¹⁰¹⁶. Dans les couples qui rencontrent des difficultés sexuelles, ce sont souvent les femmes qui sont chargées de convaincre leur partenaire de chercher une aide médicale. Si les dossiers de patients ne laissent pas toujours voir ce travail de médiation, celui-ci peut être deviné par quelques mentions glissées dans les dossiers. Ainsi, c'est « sur l'insistance de l'amie qu'il a depuis bientôt un an »¹⁰¹⁷ qu'un employé de 32 ans se décide à voir un docteur. Un manœuvre bernois se plaint, après un traumatisme crânien et une trépanation à l'hôpital, auprès de sa femme « que « sa nature d'homme » le travaille [beaucoup]. Mais il ne veut pas se confier au médecin pour

¹⁰¹¹ Maxime de Palmas, *L'impuissance génitale émotive*, op.cit., p. 34.

¹⁰¹² Emile Laurent, *La médecine des âmes*, Paris, A. Maloine, 1894, p. 34.

¹⁰¹³ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 9750, curriculum vitae du malade, années 1930.

¹⁰¹⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3953, examen médical, années 1940.

¹⁰¹⁵ Yvonne Kniebiehler, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Presses universitaires de France, 2017.

¹⁰¹⁶ Martine Sevegrand, *L'amour en toutes lettres. Questions à l'abbé Viollet sur la sexualité (1924-1943)*, op. cit.

¹⁰¹⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4445, examen médical, années 1950.

ça, malgré les conseils de sa femme »¹⁰¹⁸. À l'Asile, les femmes sont souvent des interlocutrices privilégiées des médecins pour détailler l'histoire sexuelle de leurs maris, mais aussi parfois de leurs fils, du fait de leurs connaissances intimes de ces derniers. Dans certains dossiers du neurophysiologiste Georges Bourguignon, la formulation laisse suggérer que le médecin demande parfois directement au patient si son épouse a remarqué quelque chose d'inhabituel, ou du moins que cette dernière a fait des réflexions à son mari qu'il répète auprès du praticien. À propos de son mari, une femme note ainsi que « Depuis 4 ou 5 ans, [...] il bave en s'endormant »¹⁰¹⁹, ou encore, que si « [p]ar moments, il mange une syllabe en parlant [...] elle n'a remarqué aucun changement dans sa parole »¹⁰²⁰. Plus tard, elle fait envoyer des chocolats pour remercier le médecin de son intervention auprès de son mari.

Dans le cas des couples sans enfants, le rôle des femmes est d'autant plus prépondérant qu'elles sont *a priori* jugées responsables de la stérilité du couple. À en croire les publications médicales jusqu'à la moitié du XX^{ème} siècle, les hommes accusent souvent leurs épouses d'être responsables de la stérilité du couple. Ainsi, le chirurgien Henri Vulliet déplore que « bien des maris qui traînent leur moitié de spécialiste en spécialiste à la recherche de quelque vice congénital qui les couvre, pourraient, en scrutant leur passé et leur épидидyme, y trouver de bonnes raisons pour expliquer leur infortune »¹⁰²¹.

3.3. Soignantes de l'âme et du corps

Le rôle traditionnellement joué par les femmes dans les soins et les œuvres religieuses¹⁰²² les positionne parfois dans des situations de soin spécifiques qui leur accorde un accès aux problématiques intimes des hommes qui leurs seraient autrement inaccessibles. Une catholique explique ainsi à l'abbé Viollet en 1936 comment son apostolat l'amène à entendre les confessions parfois très détaillées d'hommes tourmentés par des problèmes liés à la chasteté :

« Placée par mon apostolat paroissial et diocésain pour recevoir des confidences d'épouses, de mamans [...] il vient de m'être demandé conseil pour un cas que je ne sais résoudre. C'est un célibataire *très* chaste et qui a soixante ans. Tous les quinze jours ou trois semaines, il a des pollutions nocturnes *involontaires* qui le réveillent. Alors il fait un ou deux mouvements pour faciliter l'éjection qui, autrement, durerait une heure... et il est

¹⁰¹⁸ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 14550, années 1950.

¹⁰¹⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2722, examen médical, années 1940.

¹⁰²⁰ *Ibid.*

¹⁰²¹ Henri Vulliet, « Quelques remarques sur la chirurgie des voies spermatiques », *op.cit.*, p. 33.

¹⁰²² Jacques Léonard, « Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent, en France au XIX^e siècle », *op. cit.*

tranquille... Ces mouvements dictés, non par la passion, mais par hygiène, j'allais dire, lui sont-ils permis ?

Il a des scrupules parfois. Deux jours avant, il sent cette crise par des lourdeurs dans les testicules. Lourdeurs provoquées par le sperme. Alors il se demande si, au lieu de s'exposer à tacher son linge et son lit, il ne serait pas possible de se soulager par une rapide, *très rapide* masturbation qui serait presque à classer parmi les soins d'hygiène. Est-ce permis ? »¹⁰²³

En exposant un second cas d'un homme qui s'est confié à elle, elle justifie son rôle par l'absence de médecin adoptant une perspective catholique rigoureuse sur la masturbation et en s'éloignant de toute implication sexuelle en mobilisant un vocabulaire lié à la maternité. Il est également probable qu'en écrivant à l'abbé Viollet, elle ne recherche pas seulement une réponse de l'autorité religieuse, mais également celle d'un autre homme :

« J'ai un autre cas, d'une âme également *très chaste* qui s'inquiète trois ou quatre jours avant la crise... à en tomber malade... et qui a des scrupules de ses érections involontaires. Que conseiller à ces âmes troublées par ces accroc, sans source immorale ? La maternité d'âme est bien compliquée [...] J'ai conseillé des bains locaux [...] J'ose vous demander aussi une chose d'ordre médical qui répondra peut-être à une de vos objections. Il est *très difficile* ici d'avoir affaire à un docteur *bien consciencieux*. C'est pourquoi j'ai ces demandes d'avis et l'un d'eux s'inquiète quand pendant ces érections involontaires où il n'y a pas d'éjaculation de sperme, il sort une goutte de liquide clair comme de l'eau. Il ne souffre nulle part. Serait-ce une affection sexuelle, malgré cela ? Vous voyez combien mon apostolat est compliqué ici où je soigne parfois les malades »¹⁰²⁴

Si le cas semble marginal, il rend compte de pratiques de soins dont l'ampleur semble difficile à évaluer. Il est probable néanmoins que ce soit en-dehors du cadre de l'emploi de médecin que les femmes aient le plus de contact avec les maladies masculines. En effet, pendant la plupart du XX^{ème} siècle, la médecine reste une profession majoritairement masculine : les premières femmes médecins diplômées à la fin du XIX^{ème} siècle s'orientent sur les maladies des femmes et des enfants¹⁰²⁵. Il est donc très probable que les premières doctresses n'aient pas eu ou peu de contact avec les corps masculins, et ce particulièrement en ce qui concerne des maladies de l'appareil génital. Certains cas font néanmoins figurent d'exception : c'est le cas de Vera [Guedroytz] de Beloseroff, une princesse russe devenue interne et élève de César Roux à

¹⁰²³ Martine Sevegrand, *L'amour en toutes lettres. Questions à l'abbé Viollet sur la sexualité (1924-1943)*, op. cit.

¹⁰²⁴ *Ibid.*

¹⁰²⁵ Natalie Pigeard-Micault, « « Nature féminine » et doctresses (1868-1930) », *Histoire, médecine et santé*, n° 3, 2013, p. 83-100 ; Lucie Begert, Izet Demirbas et Aude Fauvel, « Terre promise ou terre interdite ? La Suisse : l'eldorado ambigu des premières femmes médecins, 1867-1939 », op. cit. ; Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, op. cit.

l'Université de Lausanne en 1899 qui est dirigée par ce dernier vers la pratique de l'urologie¹⁰²⁶. Elle devient ainsi l'« une des premières chirurgiennes [...] à avoir travaillé sur l'appareil génital masculin »¹⁰²⁷. Il est possible néanmoins qu'elle n'ait pas opéré d'hommes vivants en urologie. Ces publications sur l'excision de la vésicule séminale et du canal déférent sont basées sur l'analyse d'« une série d'opérations (17) sur les cadavres obligeamment mis à ma disposition peu après le décès par le directeur de l'Institut pathologique de Lausanne »¹⁰²⁸. Peu de temps après l'obtention de son diplôme, elle retourne en Russie en raison de la maladie de ses parents et de la mort de sa sœur¹⁰²⁹.

Il est plausible que les infirmières aient eu plus souvent l'occasion de traiter des corps masculins, notamment lorsque les soins entraînent des opérations ou des traitements à l'hôpital. À la clinique dermatologique de Lausanne au début du siècle, une diaconesse en charge du suivi des malades de la prostate, opérés par le Professeur Dind se rappelle ainsi : « La Sœur directe des hommes [...] était la « Sœur propre » et préparait le futur opéré. Sa collègue, à qui j'ai succédé, était la « Sœur sale » »¹⁰³⁰. Si la non-mixité à l'hôpital semble néanmoins avoir été la norme dans les cas des malades vénériens, les conflits mondiaux constituent un moment de déstabilisation des normes de genre dans les pratiques de santé. Certaines infirmières militaires pendant la Grande Guerre sont confrontées pour la première fois à la nudité masculine, et ce d'autant plus que les hommes se trouvent dans une position de vulnérabilité, dépouillés des signifiants habituels de la masculinité¹⁰³¹. L'urologue Fernand Cathelin évoque ainsi le rôle de ces « [m]ères, femmes, sœurs ou filles d'officiers, de soldats, [...] [qui] se donnent à leur tâche [...] avec une abnégation qui ne connaît pas de frein [...] [et qui] complètent l'œuvre du chirurgien, cerveau qui dirige leurs bras »¹⁰³². En visite dans un hôpital antivénérien à Compiègne en 1917, l'urologue américain Hugh Young rapporte avec étonnement : « à la clinique antivénérienne, certaines des infirmières étaient des femmes de haut rang social, et des

¹⁰²⁶ Lucie Begert, Izel Demirbas et Aude Fauvel, « Terre promise ou terre interdite ? La Suisse : l'eldorado ambigu des premières femmes médecins, 1867-1939 », *op. cit.*

¹⁰²⁷ *Ibid.*, p. 67.

¹⁰²⁸ Princesse Guédroytz de Béloséroff, « Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité en cas de castration pour tuberculose primaire », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1899, p. 208.

¹⁰²⁹ Svetlana Maire, « Véra Giedroyc : une princesse pas comme les autres », *Les femmes créatrices en Russie, du XVIIIe siècle à la fin de l'âge d'Argent*, journée d'étude organisée à l'ENS de Lyon par Isabelle Desprès et Evelyne Enderlein, le 9 novembre 2012 [En ligne], URL : <http://institut-est-ouest.ens-lyon.fr/spip.php?article366>

¹⁰³⁰ Edgar Frenk, « Dermatologie lausannoise 1915-1950. Souvenirs de Soeur Henriette Dufey », *Dermatologica Helvetica*, vol. 4, 1998, p. 8.

¹⁰³¹ Ana Carden-Coyne, *The Politics of Wounds: military patients and medical power in the First World War*, Oxford, Oxford University Press, 2014.

¹⁰³² Fernand Cathelin, *Chirurgie urinaire de guerre*, *op. cit.*, p. 12.

comtesses étaient occupées à effectuer des injections urétrales »¹⁰³³.

Les femmes font aussi un travail de médiation entre le domicile et l'hôpital. Les débats autour de la création de postes d'« infirmières visiteuses » ou d'assistantes sociales pour le suivi du traitement des vénériens après-guerre semble souligner néanmoins qu'il s'agit là d'un aspect marginal de leur travail. Comme le souligne l'historienne Nicole Malherbe, Lausanne est l'une des seules villes suisses à avoir créé des postes d'assistante sociale antivénérienne, mais celles-ci demeurent très peu nombreuses¹⁰³⁴. En France, si les infirmières visiteuses reçoivent une formation élémentaire sur les maladies vénériennes¹⁰³⁵, l'idée qu'elles se spécialisent à ce sujet provoquent une certaine réticence des médecins. Dans les années 1920, la Société française de prophylaxie sanitaire et morale débat du sujet, avec plusieurs résistances : dans un premier temps, la crainte que la visite de l'infirmière ne revienne à violer le secret médical ; de l'autre, celle que les malades refusent la visite chez eux d'une infirmière ; et finalement le risque que l'infirmière ne s'approprie la clientèle des médecins praticiens¹⁰³⁶. Remplacées en 1938 par la formation d'assistante sociale, les infirmières visiteuses, constituent néanmoins des actrices du parcours de soin des malades¹⁰³⁷. Un vénérologue se rappelle ainsi qu'elles « surveillaient les traitements, qui comportaient, pour la syphilis, des séries de douze piqûres, deux par semaine. Si un malade manquait deux piqûres ou oubliait de revenir pour la série suivante, il était immédiatement rappelé de façon discrète »¹⁰³⁸.

Certains praticiens, à l'instar du chirurgien Edmond Lardy, perçoivent d'autre part d'un mauvais œil les conférencières et doctresses qui organisent des séances d'information sur les maladies vénériennes auprès des femmes, leur reprochant de détourner les femmes du mariage en leur parlant des maladies vénériennes :

« une dame venait exposer au beau sexe les dangers auxquels l'homme fort et laid les expose. Je ne puis dire l'horrible exposé qui fut fait, ce que je sais en fait de résultat, c'est que, les jours suivants, une demi-douzaine d'épouses terrifiées vinrent me demander la constatation des méfaits de leurs maris pour divorcer. Examinées avec une extrême

¹⁰³³ Hugh Young, *A Surgeon's Autobiography*, op.cit., p. 282, ma traduction.

¹⁰³⁴ Nicole Malherbe, *Péril vénérien. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Lausanne et à Neuchâtel avant l'apparition du Sida*, op. cit.

¹⁰³⁵ Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire*, n°5, 2009.

¹⁰³⁶ « A propos des infirmières d'hygiène sociale. Vœux pour la création d'assistants d'hygiène sociale dans les consultations et services antivénériens », *Bulletin de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale*, vol. 1, 1923, p. 135.

¹⁰³⁷ Stéphane Henry, « Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938) », *Recherches en soins infirmiers*, 2012, vol. 109, n°2, p. 44-56.

¹⁰³⁸ François-Xavier Carton, « Souvenirs d'un vénéréologue », dans Daniel Wallach et Gérard Tilles (dir.), *La dermatologie en France*, Toulouse, Editions Privat, 2002, p. 259.

attention, vu la gravité morale de la situation, je puis les renvoyer calmées – elles n’avaient rien – et ainsi rétablir la paix des ménages.

Et je viens demander aux conférencières, *surtout à celles qui parlent dans les villages, beaucoup plus de circonspection*, même aux dames médecins, qui, quoi qu’on fasse, sont fort insuffisamment renseignées sur les nécessités physiologiques et les exactes réalités de la vie sexuelle des hommes. »¹⁰³⁹

Une analyse des pratiques de soin des maladies sexuelles et reproductives masculines par les femmes serait à effectuer pour creuser ces pistes. Il importe néanmoins de prendre en compte ces actrices qui participent à la production et à la circulation des connaissances scientifiques en tant qu’infirmières, assistantes sociales, ou laborantines. Lire dans l’interstice des archives permet ainsi d’identifier les lieux de possibilité de production de ces savoirs.

De la sphère domestique à l’officine, des séjours de santé à la visite chez un spécialiste, ce chapitre a mis en évidence les différentes pratiques des hommes en matière de santé au début du XX^{ème} siècle. L’existence et le recours à diverses stratégies de soin révèle l’importance de considérer la capacité d’agir des hommes et de leurs proches dans la prise de décision de consulter ou de suivre un traitement. Il est vrai que l’accès aux soins est socialement stratifié, la visite chez un spécialiste ou un médecin constituant un investissement financier considérable pour les classes les plus modestes. Cela n’implique néanmoins pas que les hommes se résignent à se faire soigner. En plus des personnes recommandées par les proches ou de celles qui font figure d’autorité (telles que le pharmacien ou les religieux), les hommes à la recherche de soins peuvent aussi se tourner vers les petites annonces qui vantent, dans la presse, les vertus de divers médicaments, objets et soins par correspondance.

¹⁰³⁹ Edmond Lardy, « Propagande antivénérienne », *op.cit.*, p. 179.

Chapitre 2. Décrire la maladie et vendre son remède

1. L'essor de la publicité médico-pharmaceutique à la fin du XIX^{ème} siècle

1.1. L'essor de la « science médicale-pharmaceutique »

Dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, l'augmentation des ventes des remèdes en Europe se couple avec l'industrialisation des méthodes de production des produits pharmaceutiques qui établit une concurrence avec les préparations de l'officine. En réponse, certaines officines se dotent de leur propre centre de production, afin de vendre une masse importante de médicaments et de spécialités propres à l'établissement¹⁰⁴⁰. Le phénomène est caractéristique d'un contexte de politiques d'accès aux soins pour les plus démunies mis en place par un discours hygiéniste et productiviste qui marque l'apparition de nouvelles formes de consommation liées à la baisse des dépenses des ménages pour l'alimentation¹⁰⁴¹.

Le commerce de remèdes est facilité par le contexte légal en vigueur, tant en France qu'en Suisse romande. En France, depuis la première moitié du XIX^{ème} siècle, les nouveaux remèdes doivent se soumettre à des procédures d'autorisation pour être mis sur le marché : l'Académie de médecine accorde des autorisations si le remède est jugé efficace et si sa nouveauté est démontrée¹⁰⁴². Or, le conservatisme avec lequel ces textes sont appliqués découragent la plupart des pharmaciens et des médecins inventeurs de spécialités à faire ces démarches. D'autre part, le peu de contrôles exercés et la rareté des sanctions font que les fabricants de spécialités se gardent de demander des autorisations officielles considérées trop longues et difficiles à obtenir¹⁰⁴³. Préparée à l'avance et conditionnée pour la vente au public, la spécialité que chaque pharmacien peut vendre permet l'essor de l'industrialisation de la pharmacie¹⁰⁴⁴. En France, la loi du 21 germinal an XI qui régleme l'enseignement et la pratique de la pharmacie confie aux seuls pharmaciens légalement reçus le monopole de la vente de médicaments au public¹⁰⁴⁵.

¹⁰⁴⁰ Anne Rasmussen, « Les enjeux d'une histoire des formes pharmaceutiques : La galénique, l'officine et l'industrie (XIX^e-début XX^e siècle) », *Entreprises et histoire*, vol. 36, n° 2, 2004, p. 12-28.

¹⁰⁴¹ Sophie Chauveau, « Marché et publicité des médicaments », dans Christian Bonah et Anne Rasmussen (dir.), *Histoire du médicament au XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Biotem & Éditions Glyphe, 2005, p. 189-214.

¹⁰⁴² Sophie Chauveau, *L'invention pharmaceutique. La pharmacie française entre l'État et la société au XX^e siècle*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1999.

¹⁰⁴³ *Ibid.*

¹⁰⁴⁴ André Marchand, *Opothérapie : émergence et développement d'une technique thérapeutique (France, 1889-1940)*, thèse du Conservatoire national des arts et métiers, 2014.

¹⁰⁴⁵ Olivier Faure, « Les pharmaciens et le médicament en France au XIX^e siècle », *op. cit.*

Similairement, la Loi fédérale suisse sur les professions médicales de 1877 détermine qui est autorisé (ou pas) à pratiquer la médecine, ce qui permet de désigner comme « charlatan » toute personne qui exerce la médecine sans diplôme ni autorisation officielles¹⁰⁴⁶. La fabrication et la distribution de produits thérapeutiques est d'autre part restreinte aux professions médicales dès 1900 par l'Office cantonal de contrôle des médicaments : seuls les médecins, dentistes, chiropraticiens, pharmaciens et vétérinaires ont le droit de fabriquer et de distribuer des produits thérapeutiques¹⁰⁴⁷.

Le commerce pharmaceutique et l'essor de la « science médicale-pharmaceutique »¹⁰⁴⁸ profitent du développement de la presse fin de siècle. Le développement de l'instruction, les progrès techniques de l'imprimerie ainsi que la rapidité des communications permettent une influence croissante de la presse dans la vie publique¹⁰⁴⁹ qualifiée par certains historien·nes d'« âge d'or » de la presse¹⁰⁵⁰. La publicité dans la presse constitue un important budget dans l'effort de commercialisation des produits et ce faisant, elle permet à l'industrie pharmaceutique de prospérer¹⁰⁵¹. Les réclames pharmaceutiques pour des pommades miracles, pastilles et autres traitements garantissant la disparition des « maladies secrètes » constituent ainsi, au XIXème siècle, l'un des secteurs les plus actifs de la publicité dans la presse, avec près d'un quart de l'espace publicitaire occupé par des annonces thérapeutiques¹⁰⁵². Afin de faciliter les ventes, certains fabricants ont recours à la publicité pour vanter les mérites de leurs produits, autant dans la presse quotidienne que dans des revues destinées aux pharmaciens et aux médecins, ce qui provoque de vifs débats au sein des syndicats de pharmaciens qui craignent la réduction de l'art de la pharmacie à un simple commerce¹⁰⁵³.

Tout au long du XIXème siècle, les annonces promettant la guérison des maladies sexuelles prolifèrent dans la presse. L'historien Marc Martin analyse le phénomène comme le « signe de

¹⁰⁴⁶ Julie Perrin, « (Dé)classer la “médecine populaire” en Suisse : de la suspicion de charlatanisme à la reconnaissance patrimoniale », *Anthropologie & Santé*, n° 6, 2013.

¹⁰⁴⁷ *Ibid.*

¹⁰⁴⁸ Nicolas Pitsos, « Le moteur humain en panne s'affiche : le corps épuisé au tournant du XIXe siècle », dans Laurence Guignard, Pascal Raggi et Etienne Thévenin (dir.), *Corps et machines à l'âge industriel*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011, p. 291-303.

¹⁰⁴⁹ *Ibid.*

¹⁰⁵⁰ Ivan Chupin, Nicolas Hubé et Nicolas Kaciaf, *Histoire politique et économique des médias en France*, Paris, La Découverte, 2012.

¹⁰⁵¹ Alessandro Campanelli, *L'émergence de l'État helvétique entre unité et fédéralisme: l'exemple des législations médicales et pharmaceutiques (1798-1900)*, op. cit. ; Michèle Ruffat, *175 ans d'industrie pharmaceutique française. Histoire de Synthélabo*, Paris, La Découverte, 1996.

¹⁰⁵² Marc Martin, *Histoire de la publicité en France*, Nanterre, Presses universitaires de Paris, 2012 ; Marc Martin, *Trois siècles de publicité en France*, Paris, Odile Jacob, 1992.

¹⁰⁵³ Sophie Chauveau, *L'invention pharmaceutique. La pharmacie française entre l'État et la société au XXe siècle*, op. cit.

la faible christianisation, ou de la déchristianisation en profondeur, de la France qui lit la presse, la France bourgeoise et petite-bourgeoise »¹⁰⁵⁴. Visiblement, ces annonces ciblent en priorité un public masculin éduqué qui lit la presse quotidienne. Dans le dernier tiers du siècle néanmoins, l'arrivée d'un public féminin qui lit la grande presse et la lecture devenue familiale du journal impose la dissimulation des maladies masculine derrière des formules ambiguës et la discrétion vis-à-vis de maladies jugées choquantes pour la pudeur des jeunes filles¹⁰⁵⁵.

1.2. « Pseudo » publicité et « vrais » médecins ?

Au tournant du siècle, les publicités prétendant traiter les troubles sexuels et urinaires masculins par des produits divers sont publiées à la quatrième page de la presse satirique mais aussi au sein de quotidiens et hebdomadaires sociaux et politiques. L'essor de l'annonce illustre non seulement la demande croissante des individus et leur préoccupation pour leur santé mais aussi une transformation de la figure du patient comme un consommateur dont le goût importe et qu'il s'agit de convaincre d'acheter les produits¹⁰⁵⁶. Les consommateurs ne sont pas de simples dépositaires de normes et du discours publicitaire, mais leurs demandes participent aussi à façonner les offres thérapeutiques. Marc Martin note ainsi qu'au tournant du XX^e siècle « la publicité est utilisée [pour la première fois] pour promouvoir des produits fabriqués en grand nombre, et destinés à une foule de consommateurs »¹⁰⁵⁷. Il considère néanmoins que « ses usages archaïques, pour des produits pharmaceutiques d'efficacité douteuse par exemple, demeurent largement dominants »¹⁰⁵⁸. Cette analyse d'une publicité caractérisée par des produits douteux est partagée par des historien·nes, à l'instar de Jean de Bonville, qui considère que la réclame au tournant du siècle n'est qu'une reconfiguration de pratiques charlatanesques de la période pré-industrielle :

« ces réclames qui citent des personnes guéries, comme par magie, de maux qui les minaient depuis des années [...] tiennent un « discours » qui ne s'apparente pas, rétrospectivement, à la publicité moderne, mais est plutôt emprunté au bagout des marchands ambulants (colporteurs et forains) qui vendaient et vendaient des guérisons miracles pour aussitôt plier bagages et aller exploiter la crédulité humaine quelques kilomètres plus loin. Cette publicité douteuse, ce n'est pas avec celle des médicaments reconnus qu'il faudrait la comparer, mais avec celle, aujourd'hui répandue, des régimes qui

¹⁰⁵⁴ Marc Martin, *Trois siècles de publicité en France*, op. cit., p. 56-57.

¹⁰⁵⁵ Marc Martin, *Trois siècles de publicité en France*, op. cit.

¹⁰⁵⁶ Anne Rasmussen, « Les enjeux d'une histoire des formes pharmaceutiques : La galénique, l'officine et l'industrie (XIX^e-début XX^e siècle) », op. cit. ; Olivier Faure, « Les officines pharmaceutiques françaises : de la réalité au mythe (fin XIX^e-début XX^e siècle) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 43, n° 4, 1996, p. 672-685.

¹⁰⁵⁷ Marc Martin, *Trois siècles de publicité en France*, op. cit., p. 53.

¹⁰⁵⁸ Ibid.

vous font fondre de 10 kilos par semaine »¹⁰⁵⁹

S'il importe de considérer les différents registres de la publicité, il est possible de se demander comment l'historienne pourrait distinguer la publicité « douteuse » de la pratique légitime ? Comme le soulignent les travaux de Jonathan Liebenau, les premiers investissements de l'industrie pharmaceutique américaine portent tout d'abord sur le marketing scientifique plutôt que sur la recherche et le développement de médicaments innovants¹⁰⁶⁰. Ainsi, l'image même de la médecine « moderne » est en partie véhiculée par une industrie pharmaceutique qui consacre des moyens considérables pour convaincre les consommateur·ices des avantages de leurs produits¹⁰⁶¹. Les entreprises pharmaceutiques ne sont d'ailleurs pas les seules à faire de la publicité à cette période : des médecins diplômés pratiquent également la publicité dans les journaux et les annuaires de commerce pour attirer une clientèle spécialisée. Il faut dire que la publicité dans les journaux est un moyen efficace pour recruter une clientèle. En France comme en Suisse, les médecins y ont recours pour signaler les horaires de leur cabinet ou indiquer leur spécialité. Travaillant dans une clinique antivénérienne pendant l'entre-deux-guerres, Georges Valensin se rappelle ainsi :

« A l'époque les conseils sexuels [...] étaient extrêmement rares : l'impuissance était du domaine du pharmacien ou surtout des petites annonces et non du médecin, même urologue. [...] Le plus gros de la clientèle [...] venait des petites annonces pour « médecin spécialiste » dans des quotidiens respectables ; elles étaient acceptées, mais leur montant absorbait presque celui des recettes malgré des clients qui pendant des années se privaient du superflu pour payer leurs soins coûteux »¹⁰⁶²

Il convient ainsi de nuancer l'affirmation de Rene Almeling selon laquelle « les charlatans étaient plus enclins à faire de la publicité à grande échelle, ce que les médecins ordinaires refusaient de faire »¹⁰⁶³. Dans le cas de Genève, l'historien Philip Rieder souligne en effet qu'à la fin du siècle « le monde médical genevois cède devant la pression de la concurrence et de la publicité. Au cours des années 1890, des membres tout à fait respectables du corps médical genevois placent régulièrement des annonces dans les quotidiens »¹⁰⁶⁴. Là où certains se contentent d'afficher leur retour de vacances ou leur spécialité, d'autres évoquent également

¹⁰⁵⁹ Jean de Bonville, « Compte rendu de [Denis GOULET, Le commerce des maladies : la publicité des remèdes au début du siècle] », *Recherches sociographiques*, vol. 30, n° 2, 1989, p. 291-295.

¹⁰⁶⁰ Jonathan Liebenau, *Medical Science and Medical Industry. The Formation of the American Pharmaceutical Industry*, Londres, Macmillan, 1987.

¹⁰⁶¹ *Ibid.*

¹⁰⁶² Georges Valensin, *Je suis un avorteur*, op.cit., p. 20-21.

¹⁰⁶³ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit., p. 48.

¹⁰⁶⁴ Philip Rieder, « Entre liberté et contrôle, les privés-docents et l'enseignement de la médecine à Genève entre 1876 et 1917 », *Gesnerus*, vol. 54, n° 1-2, 1997, p. 86.

leurs succès médicaux ainsi que leur pratique de certains traitements. Le docteur Mani, médecin-spécialiste à Lausanne publie ainsi à la fin du siècle des annonces dans un journal neuchâtelois annonçant la « Guérison sûre de l'impuissance, des pollutions, des écoulements aigus et chroniques, la syphilis, du catarrhe de la vessie, des affections des reins, de la prostate et du varicocèle »¹⁰⁶⁵. L'inscription dans les bottins du commerce permet également de cibler directement la clientèle que les praticiens souhaitent atteindre. Certains achètent des encarts permettant de les rendre encore plus visibles, à l'instar du « Docteur Spécialiste Orhiny » qui propose la « Guérison radicale des Maladies Secrètes » et affirme avoir guéri « plus de 100.000 [cas] [...] de l'impuissance virile et de ses dérivés ». Il est courant que ces docteurs fassent figurer l'appareil qu'ils vendent à distance, comme c'est le cas du docteur Frantz Borsodi, qui, dans l'*Annuaire-almanach du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de* 1901 indique se spécialiser dans le « traitement de l'impuissance virile sans médicament, appareil électro-dynamo-Vital »¹⁰⁶⁶.

Le plus souvent désignés comme médecins ou pharmaciens, ceux qui ont recours à la publicité promeuvent des services et produits très divers, allant des cliniques privées, des sanatoriums, des instituts, des polycliniques ou différentes formes de médicaments, telles que les pilules, les potions ou les sirops. Plutôt que de prouver l'existence de deux pratiques différenciées entre médecine respectable et charlatanisme, la profusion de discours sur le charlatanisme montre plutôt un brouillage des frontières de la respectabilité médicale et la coexistence de différentes sortes de remèdes sur le marché thérapeutique. Ainsi, comme le montre l'historien Christopher O' Shea dans le cas du Canada, la désignation de certains traitements comme relevant du charlatanisme n'empêche pas que ces méthodes soient employées par des praticiens reconnus par leurs pairs¹⁰⁶⁷.

Plutôt que d'établir une fausse dichotomie qui opposerait praticiens légitimes aux charlatans et produits « douteux » aux « médicaments réels », je considère plutôt ce marché comme les prémisses d'une « pharmaceuticalisation » de la société qui inclut un champ divers d'acteurs, notamment les médecins, les patients et consommateurs¹⁰⁶⁸. Sans pour autant tout à fait s'appliquer au contexte de l'industrie pharmaceutique naissante du tournant du siècle, le

¹⁰⁶⁵ *L'Impartial*, 13 juin 1894, p. 4.

¹⁰⁶⁶ *Annuaire-almanach du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de l'administration ou almanach des 500 000 adresses*, 1901, p. 2064.

¹⁰⁶⁷ Christopher O' Shea, *Visions of masculinity: home-health advice literature, medical discourse and male sexuality in English-Canada, 1870-1914*, op. cit.

¹⁰⁶⁸ Simon J. Williams, Paul Martin et Jonathan Gabe, « The pharmaceuticalization of society? A framework for analysis », *Sociology of Health & Illness*, vol. 33, n°5, p. 710-725.

concept de « pharmaceuticalisation » fournit néanmoins des outils utiles pour analyser l'essor de la publicité médico-pharmaceutique de cette période. Les sociologues Simon J. Williams, Paul Martin et Jonathan Gabe soulignent ainsi que le processus implique une reconfiguration de problèmes de santé comme ayant une solution pharmaceutique, des relations changeantes entre les agences de régulations de l'État et les industries pharmaceutiques mais aussi la médiation des produits pharmaceutiques dans la culture populaire et la vie quotidienne ainsi que la création de nouvelles identités techno-sociales et la mobilisation des patients comme acteur·ices.

2. Le marché de la santé par correspondance

2.1. Le commerce à distance de la santé masculine

Le développement des services postaux et l'alphabétisation à la fin du XIX^{ème} siècle ouvre la voie à de nouvelles méthodes de soins médicaux, sous la forme des consultations postales¹⁰⁶⁹. Cette pratique s'inscrit dans un contexte qui voit la vente par correspondance devenir une technique couramment utilisée par le commerce organisé¹⁰⁷⁰. Facile d'accès pour les hommes qui n'ont pas aisément accès aux soins, elle permet également d'assurer la confidentialité en permettant aux hommes de se soigner chez eux à l'abri des regards. La possibilité de cacher le recours à des soins, notamment à la famille, fait partie des promesses de vente des annonces. L'immense majorité des annonces parues dans la presse promettent de ce fait un « envoi discret », sous pli scellé, des médicaments, appareils ou d'un opuscule informatif ainsi que la possibilité d'effectuer soi-même les soins à domicile. Le titre évocateur du *Vigueur Virile. Guide médical de poche* publié par le Dr William George Boller et édité par l'Institut de culture humaine en Belgique suggère une responsabilisation individuelle de la santé des consommateurs et promet la possibilité de « se guérir soi-même par des moyens naturels excluant les médicaments »¹⁰⁷¹.

L'envoi gratuit ou contre une somme modique d'une brochure ou d'un livre informatif se double de la promesse de consultations à distance ou au cabinet du médecin ainsi que d'une guérison rapide. Ainsi, le docteur Dumas, représentant du vitalisme et prolifique auteur sur les

¹⁰⁶⁹ Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », *op. cit.*

¹⁰⁷⁰ Caroline Desaegeher et Bernard Siouffi, « La vente par correspondance et à distance : carrefour des évolutions sociologiques et technologiques », *Culture Technique*, vol. 27, 1993, p. 59-67.

¹⁰⁷¹ Dr William George Boller, *Vigueur Virile. Guide médical de poche*, Bruxelles, Institut de culture humaine, ca. 1910.

problèmes sexuels masculins¹⁰⁷² propose à son cabinet médical des consultations pour le traitement et la guérison de la blennorragie, de la goutte militaire, et « en 3 jours » de la syphilis et de l'impuissance¹⁰⁷³. Il explique dans sa revue, *La Médecine Nouvelle*, un journal de vulgarisation scientifique faisant la promotion du vitalisme, le choix de la mise en impression et de la commercialisation d'un livre portant sur « l'homme, ses affections intimes, ses dépressions »¹⁰⁷⁴ :

« Nous venons de livrer à notre imprimerie le manuscrit d'un petit opuscule destiné aux hommes [...] *La Médecine Nouvelle* est et doit toujours rester un journal de famille, destiné à être lu par tous et surtout par toutes. Il importait cependant de ne pas priver les malades et certains affaiblis des secours puissants que leur offre le vitalisme dans des cas souvent très graves. Nous avons donc réuni toutes les questions pouvant intéresser les maladies masculines dans ce petit livre ; ils sauront, en nous faisant la demande, qu'il est de leur intérêt et de leur devoir de ne pas le laisser en permanence chez eux, parce que c'est un livre intime et qui ne saurait être vulgarisé sans risquer d'offenser les cerveaux chastes et innocents »¹⁰⁷⁵

Généralement imprimés chez l'auteur, ces livrets dispensent des conseils d'hygiène et des informations faciles d'accès sur un large ensemble de maladies. Tout comme aux États-Unis, les médecins et publicitaires affirment qu'il est possible de faire un diagnostic et de prescrire un traitement à distance grâce aux informations fournies par le patient mais aussi grâce aux avancées techniques de la microscopie et de l'analyse des urines qui permettent de se passer de la consultation en personne¹⁰⁷⁶. Ainsi, le docteur Betray assure le traitement par correspondance de la syphilis, de la goutte militaire et de l'impuissance :

« Mon diagnostic et mon traitement sont basés essentiellement sur l'analyse de l'urine, du pus ou du sang infecté. Pour cela, il suffit d'un petit flacon d'urine, d'une goutte de pus blennorragique déposée sur un linge, ou de quelques gouttes de sang en cas de syphilis. Je reçois des lettres bien détaillées de toutes les villes de France, des garnisons, des bâtiments de la flotte, etc. J'y réponds aussitôt. [...] Un **questionnaire** très serré est toujours joint à ma lettre et supprime tout oubli. La correspondance s'établit ainsi. Le malade me tient au courant de son état, me signale l'amélioration qu'il éprouve au fur et à mesure, et j'interviens pour modifier le traitement suivant les circonstances. L'expérience m'a démontré toute la valeur de cette méthode, consacrée par le succès parce qu'elle répond à

¹⁰⁷² Nicolas Pitsos, « Le moteur humain en panne s'affiche : le corps épuisé au tournant du XIXe siècle », *op. cit.*

¹⁰⁷³ Dr E. Dumas, *Catéchisme Médical Secret pour les Messieurs seulement*, Paris, chez l'auteur, n.d., couverture.

¹⁰⁷⁴ Drs Péradon et Dumas, *Dynamodermie-vitalisme-dynamara. Livre bleu. L'homme, ses affections intimes, ses dépressions*, chez les auteurs, 1899.

¹⁰⁷⁵ Drs Péradon et Dumas, « Le livre bleu », *La Médecine Nouvelle*, 3 juin 1899, p. 5.

¹⁰⁷⁶ Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, *op. cit.*

un besoin réel. »¹⁰⁷⁷

Il s'agit non seulement d'éviter les regards indiscrets mais également de déjouer la censure. Les hommes sont mobilisés en tant que patients à travers un titre généralement soucieux de préserver leur pudeur. Les brochures instaurent un pacte de lecture avec le lecteur qui relègue au secret leur existence même. Le *Catéchisme Médical Secret Pour les Messieurs seulement* du docteur Dumas rappelle ainsi l'analogie du confessionnal religieux et de la confidentialité qui l'accompagne. Le sous-titre, *Petit livre instructif et consolateur*, évoque les deux missions supposées des brochures : informer et rassurer le lecteur. Le reste de l'opuscule consiste en un dialogue imaginaire entre un patient et son médecin, invitant le lecteur à prendre la place du malade. L'ouvrage, écrit dans un style simple, évoque différentes maladies : orchites, blennorragie, rétrécissements, syphilis, goutte militaire, cystite, maladies de la prostate, phimosis, hydrocèle et varicocèle, impuissance. Le caractère secret du contrat de lecture est instamment rappelé, telle cette indication sur la page de garde : « En raison du caractère et de la destination tout particuliers de ce petit livre [merci de le] [...] le tenir à l'abri des regards indiscrets »¹⁰⁷⁸.

L'historien canadien Guildo Rousseau a analysé le marché de la santé par correspondance au début du XX^{ème} siècle au Canada dans une perspective sémiologique. Il souligne que les publicités sont fondées sur la maladie comme discours. Ainsi, « alors que la démarche du médecin – celle du moins attestée par la pratique du discours médical – va de la *maladie* à la *santé*, celle du publicitaire se présente plutôt comme procédant de la *santé* à la *maladie* »¹⁰⁷⁹. L'écriture de la maladie, et notamment de ses signes subjectifs, intéresse particulièrement les publicitaires, car la force de persuasion des réclames tient à inviter les abonnés à faire une lecture de leur propre corps, et à s'auto-diagnostiquer afin de rentrer dans un échange épistolaire et commercial avec ceux qui vendent les produits¹⁰⁸⁰. C'est le cas par exemple de l'ouvrage *Neurasthénie des organes génitaux* du docteur Georges Rumler, publié d'abord en allemand puis en français et réédité de nombreuses fois, à grand renfort de publicité dans la presse

¹⁰⁷⁷ Dr A. Bertray, *L'homme et la femme devant l'amour. Moyens d'éviter les maladies vénériennes. Les remèdes qui guérissent. Ecoulements, Goutte militaire, Rétrécissements. Syphilis. Le Mariage des Avariés. L'Impuissance virile. La Femme syphilitique. Pertes blanches et Métrite*, Paris, chez l'auteur, 1914, préface.

¹⁰⁷⁸ Dr E. Dumas, *Catéchisme Médical Secret pour les Messieurs seulement*, op.cit.

¹⁰⁷⁹ Guildo Rousseau, « La santé par correspondance : un mode de mise en marché des médicaments brevetés au début du siècle », op. cit., p. 8.

¹⁰⁸⁰ Guildo Rousseau, « La santé par correspondance : un mode de mise en marché des médicaments brevetés au début du siècle », op. cit.

romande¹⁰⁸¹. Ses ouvrages, vraisemblablement vendus pour promouvoir ses appareils électriques, sont envoyés à qui le demande et comprennent un questionnaire à remplir et renvoyer au médecin, ou plutôt à son successeur, le docteur Ringelmann, par tout lecteur masculin présentant des troubles sexuels¹⁰⁸². La brochure *Les maladies sexuelles contagieuses* vendues au prix d'un franc cinquante peuvent être achetée franco chez le Dr Ringelmann à Genève contre timbre-poste ou mandat postal ou chez l'éditeur à Paris et dans certaines librairies. La brochure spécifie ainsi que « [c]haque acheteur d'une de ces brochures, qu'il soit sain ou malade, a le droit d'adresser à l'Institut du Dr Rumler toutes les questions qu'il lui plaira relativement à son état »¹⁰⁸³ et que « [t]ous les renseignements désirés seront donnés gratuitement par le médecin »¹⁰⁸⁴. Le questionnaire porte sur l'âge, la profession, le statut matrimonial du malade et contient des questions suffisamment larges pour qu'il soit aisé de s'y reconnaître : « Vous êtes-vous livré à l'onanisme ? [...] Avez-vous fréquemment exercé l'acte sexuel naturel ? Avez-vous une mine fraîche et saine ? Vous sentez-vous fatigué et affaibli ? Etes-vous fatigué après de légers efforts ? Etes-vous habituellement gai, sérieux, triste ou mélancolique ? [...] Votre mémoire est-elle affaiblie ? [...] Eprenevez-vous de la répulsion pour la société, surtout féminine ? [...] Aimez-vous la solitude ? »¹⁰⁸⁵

Comme nous l'avons vu, la consultation épistolaire ainsi que l'utilisation du questionnaire ne se limite pourtant pas aux praticiens qui promeuvent leur pratique de la consultation à distance. Aux opérés de la prostate, Albarran envoie également un questionnaire standardisé, ayant probablement pour but d'obtenir et de produire des données statistiques, et leur demande des informations sur leur urine : leur aspect, le nombre de fois qu'ils urinent par jour et nuit, si la miction est facile, mais aussi des informations sur la douleur et les capacités sexuelles : « Avez-vous souffert des testicules » et « Aviez-vous des érections avant l'opération ? En avez-vous encore ? »¹⁰⁸⁶. Le questionnaire implique le patient et ses expériences comme une source de connaissance, puisqu'il est censé le remplir lui-même¹⁰⁸⁷. Les expériences des patients et les attentes sociales sont intégrées dans chaque question et construisent simultanément une idée de

¹⁰⁸¹ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

¹⁰⁸² *Ibid.*

¹⁰⁸³ Dr Rumler, *Les maladies sexuelles contagieuses ainsi que les principes fondamentaux de leur traitement*, Genève, chez l'auteur, 1902, p. 375.

¹⁰⁸⁴ *Ibid.*

¹⁰⁸⁵ *Ibid.*, p. 379.

¹⁰⁸⁶ BIU Santé, Manuscrits Albarran.

¹⁰⁸⁷ Ericka Johnson, *A Cultural Biography of the Prostate*, op. cit.

la normalité¹⁰⁸⁸.

Le questionnaire de Rumler ayant un objectif diagnostique, l'invitation faite aux lecteurs à identifier leurs malaises peut entretenir l'angoisse d'avoir une maladie et ce d'autant plus que les symptômes sont décrits de manière suffisamment vagues qu'il est aisé de s'y reconnaître. Il serait intéressant néanmoins de savoir comment les malades se plient au questionnaire, l'annotent ou le transforment au besoin. Si le phénomène de la santé par correspondance ne se limite pas uniquement aux problèmes génitaux, sexuels et urinaires rencontrés par les hommes, il constitue l'une des particularités d'un marché cherchant à attirer des consommateurs inquiets de devoir exposer leurs problèmes intimes. Ce faisant, le commerce à distance permet de maintenir la défaillance masculine invisible en même temps qu'il instille la honte. Qu'il s'agisse de maladies des testicules, de la prostate, de l'impuissance ou encore de la stérilité, il est probable que les hommes aient fait l'expérience d'inquiétudes à propos de leur virilité, ce qui pourrait expliquer la difficulté à trouver un professionnel de santé et à se tourner vers des « remèdes miracles »¹⁰⁸⁹. S'il est probable que des questions de pudeur et de masculinité provoquent une certaine réticence des hommes à consulter, il importe de considérer ces discours comme ayant aussi un rôle performatif. En insistant sur le sentiment de gêne et de malaise, ces discours permettent non seulement de rappeler à l'ordre ceux qui ne se sentiraient pas de la sorte mais aussi de se placer comme de véritables confidents. Ce faisant, ils rappellent la possibilité du jugement d'autrui, participant à produire la même honte qu'ils disent vouloir traiter¹⁰⁹⁰. Même si le sentiment de honte advient en-dehors d'une interaction sociale, il est toujours inscrit dans un ensemble de normes sociales¹⁰⁹¹. Dans ce cadre, le commerce à distance de la santé masculine participe à produire et à réaffirmer des normes de masculinité constituées par un contrôle de son corps et de sa puissance sexuelle¹⁰⁹².

En tant que productions ayant pour objectif d'inviter les hommes à acheter un service, ces publicités donnent un aperçu des préoccupations des hommes telles que les publicitaires les imaginent et perçoivent. La publication des lettres (qu'elles soient réelles ou fictives) a pour objectif de permettre au lecteur de reconnaître dans les troubles présentés les problèmes qu'il rencontre tout en présentant sa démarche de soin et en soulignant le caractère différent et

¹⁰⁸⁸ *Ibid.*

¹⁰⁸⁹ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

¹⁰⁹⁰ Luna Dolezal, *The Body and Shame. Phenomenology, Feminism, and the Socially Shaped Body*, Lanham, Boulder, New York, London, Lexington Books, 2015.

¹⁰⁹¹ *Ibid.*

¹⁰⁹² Alain Corbin, « L'injonction de la virilité, source d'anxiété et d'angoisse », op. cit.

exceptionnel de la méthode de traitement promue. Elles suivent généralement une structure similaire : description de la maladie et des symptômes, détresse du patient, puis découverte du remède miracle et de son efficacité. Dans ce cadre, l'insertion de lettres-témoignages présentées comme authentiques dans les publicités a pour objectif de donner au contenu du message publicitaire la capacité d'agir directement auprès des potentiels consommateurs¹⁰⁹³. Elles cherchent à rappeler la tradition orale et à faciliter l'identification du lecteur à ses propres référents discursifs¹⁰⁹⁴. La publication de témoignages épistolaires sert également à éveiller la curiosité morbide du lecteur en mettant en scène des hommes qui « avouent » publiquement leurs faiblesses corporelles¹⁰⁹⁵. La rhétorique d'être le seul praticien dans un marché saturé de charlatans est un élément fréquent des publicités des instituts et cliniques qui pratiquent la publicité¹⁰⁹⁶. Les termes employés sont parfois assez flous, à l'instar de cette lettre publiée dans *La Médecine Nouvelle*, qui décrit les effets bénéfiques du vitalisme sur une « dépression virile » :

« Monsieur le Docteur,

Je suis sous le ravissement que me cause le très beau résultat obtenu par votre méthode sur mon cas de *défaillance*. A l'âge de quarante-six ans, un homme doit posséder tous ses moyens ; et depuis quatre années les miens allaient en décroissant ; jusqu'à l'an dernier, ils furent complètement abolis.

Cependant, je n'avais pas perdu ni l'appétit, ni le sommeil, ni même les désirs...

J'ai essayé de tout ; rien n'y a fait, le mutisme de mon organisme ne se passait pas.

Tous les prétendus spécialistes, faisant de la publicité dans les journaux quotidiens, m'ont soigné ; j'ai pris des drogues, des pilules, j'ai fait de l'électricité, de l'hydrothérapie ; rien de tout cela n'a produit le moindre résultat. Enfin, après avoir lu la *Médecine Nouvelle*, j'ai décidé au mois de février de recourir au Vitalisme. J'ai commencé le jeudi 19 février vos excellents soins par correspondance, et le 25 février j'avais un résultat, le premier depuis quatre ans. A partir de ce moment, la fonction était rétablie ; et jamais elle n'a plus manqué. Je tenais à vous manifester ma reconnaissance bien sincère ; et aussi à vous adresser cette attestation, qu'il m'était difficile, vous le comprenez, de formuler dans toute son étendue, car votre journal est lu par tous »¹⁰⁹⁷

Faut-il considérer ces « témoignages » comme véridiques ou fabriqués de toute pièce ? Il est évident dans tous les cas que les lettres sont sélectionnées voire retravaillées. Aux États-Unis,

¹⁰⁹³ Guildo Rousseau, « La santé par correspondance : un mode de mise en marché des médicaments brevetés au début du siècle », *op. cit.*

¹⁰⁹⁴ Denis Goulet, *Le commerce des maladies. La publicité des remèdes au début du siècle*, Ville Saint-Laurent, Institut québécois de recherche sur la culture, 1987.

¹⁰⁹⁵ *Ibid.*

¹⁰⁹⁶ Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, *op. cit.* ; Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », *op. cit.*

¹⁰⁹⁷ *La Médecine Nouvelle*, 09 juillet 1904, p. 14.

le procédé est tellement utilisé que les entreprises se vendent les lettres entre elles¹⁰⁹⁸. Il est néanmoins probable que, comme dans le contexte nord-américain, des entreprises demandent un retour de leurs lecteurs afin que les usagers deviennent à leur tour promoteurs de leurs produits¹⁰⁹⁹. Il est possible également que des malades désespérés recommandent avec joie des remèdes qu'ils pensent efficaces¹¹⁰⁰. Pour garantir la crédibilité des lettres-témoignages, certains auteurs citent le nom de patients ayant accepté que leur nom paraisse ou au moins celui de médecins qui ont participé aux soins¹¹⁰¹.

Je n'ai pas trouvé de fonds de lettres des praticiens qui font de la publicité autour de la consultation à distance, même s'il est probable que de telles archives existent. Il faut néanmoins considérer l'échange épistolaire entre le fabricant d'instruments et le patient en tenant compte de l'espace spécifique dans lequel ils sont produits, c'est-à-dire « d'une pratique médicale spécialisée, non-orthodoxe [...] engageant une relation singulière entre patient, médecin et médicament »¹¹⁰².

2.2. Esquisser les contours d'un commerce transnational

Le développement des services postaux permet tout autant l'internationalisation du marché sexuel que sa démocratisation¹¹⁰³. Dans son étude sur le marché sexuel au tournant du XX^{ème} siècle, Pauline Mortas montre les stratégies adoptées par un citoyen britannique installé en France pour commercialiser des livres et photographies érotiques, des contraceptifs, des objets et stimulants sexuels sans attirer l'attention des pouvoirs publics. Le marché des stimulants sexuels vise principalement les hommes et mêle tantôt produits thérapeutiques, objets érotiques et produits pornographiques¹¹⁰⁴. Ce marché transnational s'étend également à la santé masculine : il est fréquent que la publicité soit publiée en-dehors de l'espace géographique où le docteur, la pharmacie ou la clinique sont situés. La clinique privée de Georges Rumler, spécialiste des maladies nerveuses et sexuelles à Genève est ainsi vantée dans divers journaux français tels que l'hebdomadaire humoristique *Le Rire* ou le quotidien *Le Matin* entre 1904 et

¹⁰⁹⁸ Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, op. cit.

¹⁰⁹⁹ *Ibid.*

¹¹⁰⁰ Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », op. cit.

¹¹⁰¹ Edouard Bazénerie, *Traité des maladies urinaires. Canal de l'Urèthre, Prostate, Vessie. Traitement électrique & guérison*, Paris, op.cit.

¹¹⁰² Vincent Barras et Martin Dinges (dir.), *Maladies en lettres, 17^e-21^e siècles*, op. cit., p. 14.

¹¹⁰³ Pauline Mortas, « Hot stuff. Anatomy of the sex market at the dawn of the twentieth century », op. cit.

¹¹⁰⁴ *Ibid.*

1911. L'annonce évoque ainsi la possibilité de se procurer un « [g]uide sûr, indispensable à la guérison des maladies nerveuses, générales et sexuelles par suite d'excès, d'habitudes dépravées, etc »¹¹⁰⁵ au prix de 2 francs chez l'auteur ou auprès de l'éditeur installé à Paris. Il ajoute d'autre part que « [l]'Institut médical SILVANA du Dr RUMLER est ouvert toute l'année »¹¹⁰⁶. Dans une publicité du *Matin*, l'annonce informe que ce livre est adressé à « TOUT HOMME jeune ou vieux, sain ou malade. L'HOMME SAIN APPREND à éviter la maladie et les infirmités : CELUI QUI EST MALADE apprend à connaître la voie la plus sûre de la guérison »¹¹⁰⁷. Dans l'une de ses brochure, la mention « Prière d'ajouter un timbre-poste de 25 cent pour la réponse à l'Etranger et de 10 cent pour la Suisse »¹¹⁰⁸ suggère que son lectorat est à la fois français et suisse. Ringelmann souligne ainsi : « Avec nos moyens de communication actuels, l'éloignement du domicile des malades, quand bien même il serait à l'autre bout de la terre, n'offre plus aucun inconvénient ; l'envoi des remèdes et appareils est possible pour tous les pays »¹¹⁰⁹.

Similairement, le « Laboratoire Urologique de Paris » fait paraître plusieurs publicités dans des journaux romands tels que le *Journal de Genève* dans les années 1910, promettant de « répond[re] gratuitement aux demandes de consultations qui lui sont adressées par lettres détaillées ou par les malades qui se présentent »¹¹¹⁰ tout en soulignant que « [l]a correspondance ne porte aucun signe extérieur »¹¹¹¹. La distance géographique permet de justifier le recours au soin par correspondance, de garantir une certaine discrétion, mais aussi de bénéficier de législations plus souples en matière d'exercice de la médecine et de publicité médicale. Ainsi, un article rapporté dans le *Bulletin des médecins suisses* dénonce le « fructueux métier du charlatanisme »¹¹¹² qui s'exerce dans certains cantons de Suisse alémanique, à l'instar du canton de Glaris et de celui d'Appenzell où sont localisés plusieurs polycliniques spécialisées dans le soin aux organes génito-urinaires.

Parfois, la distance géographique permet de faire appel à un imaginaire de scientificité, notamment lorsqu'il s'agit de mobiliser l'ancrage élitiste de spécialités développées dans les grands centres urbains. L'utilisation d'une terminologie telle que « institut », « clinique »,

¹¹⁰⁵ *Le Rire*, 10 septembre 1904, p. 15.

¹¹⁰⁶ *Ibid.*

¹¹⁰⁷ *Le Matin*, 25 octobre 1913, p. 8.

¹¹⁰⁸ Dr Rumler, *Les maladies sexuelles contagieuses ainsi que les principes fondamentaux de leur traitement*, Genève, chez l'auteur, 1902, p. 375.

¹¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 366.

¹¹¹⁰ « Prostate et maladies des voies urinaires », *Journal de Genève*, 20 mai 1916, p.5.

¹¹¹¹ « Prostate et maladies des voies urinaires », *Journal de Genève*, 14 juillet 1920, p. 3.

¹¹¹² P.G., « Le fructueux métier du charlatanisme », *Bulletin des médecins suisses*, 1924, p. 47.

« spécialiste » ou « académie » ou encore de termes induisant des spécialités, telle que « urologie » sert à parer d'une image de scientificité et à donner un sentiment de sécurité aux lecteurs. Les noms de certains spécialistes français renommés, tels que le vénéréologue Philippe Ricord ou Jean Civiale sont également utilisés pour donner un air de scientificité aux produits brevetés vendus à l'étranger, respectivement en Nouvelle-Zélande¹¹¹³ et aux États-Unis¹¹¹⁴, qu'ils n'aient ou pas été impliqués dans la commercialisation de produits impliquant leur nom. Distribuée aux États-Unis jusqu'à la fin des années 1880 par *The Civialè Remedial Agency*, la brochure *Manhood Perfectly Restored* vante des dilateurs urétraux comme méthode de traitement contre l'impuissance, la virilité défaillante, la spermatorrhée, la prostatite et la varicocèle¹¹¹⁵. L'invocation d'un héritage français s'inscrit dans un enjeu culturel contemporain, à un moment où les plus importants laboratoires et centres de recherches scientifiques sont situés en Europe. Il est probable néanmoins que des fabricants utilisent ces figures européennes afin de se défendre de toute accusation de charlatanisme de la part de leurs confrères américains¹¹¹⁶.

De nombreuses entreprises et médecins américains font également de la publicité en France et en Suisse romande. Il faut dire que la législation est bien plus souple car aucune loi ne punit l'exercice illégal de la médecine aux États-Unis¹¹¹⁷. En 1904, un médecin de Detroit promet dans les pages du journal rennais *L'Ouest-Eclair* (fig. 2) une « [p]récieuse ordonnance, grâce à laquelle tout homme peut préparer son propre remède pour se guérir chez lui »¹¹¹⁸ pour guérir « la débilité sexuelle, la nervosité, les douleurs dans le dos, les pertes séminales, la varicocèle, l'affaiblissement, les troubles prostatiques, les transpirations nocturnes, l'impuissance et en général tout ce qui contribue à placer l'homme sexuellement imparfait dans une situation désavantageuse »¹¹¹⁹. La publicité ne promet pas seulement de résoudre des troubles organiques mais également de faire « un homme de vous »¹¹²⁰, c'est-à-dire qu'elle « vous rend immédiatement sociable, plein d'entrain et de bonne humeur, active la circulation du sang dans les tissus musculaires, tonifie le système nerveux et suscite cette parfaite confiance en soi dont tout homme devrait jouir [...] et redonne au jeune homme le désir de se créer des relations, le

¹¹¹³ Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », *op. cit.*

¹¹¹⁴ Carolyn Thomas de la Peña, *The Body Electric. How Strange Machines Built the Modern American*, New York and London, New York University Press, 2003.

¹¹¹⁵ The Civialè Remedial Agency, *Manhood Perfectly Restored*, New York, chez l'auteur, 1885.

¹¹¹⁶ Carolyn Thomas de la Peña, *The Body Electric. How Strange Machines Built the Modern American*, *op. cit.*

¹¹¹⁷ « Où va la médecine ? Résultats d'une enquête américaine », *Le Concours médical*, n° 1, 1938, p. 227-229.

¹¹¹⁸ « Formule gratuite pour rendre l'homme vigoureux », *L'Ouest-Eclair*, 28 avril 1904, p. 6.

¹¹¹⁹ *Ibid.*

¹¹²⁰ *Ibid.*

rend propre au mariage et à la paternité »¹¹²¹. La publicité joue sur les anxiétés des lecteurs à incarner une masculinité hégémonique, les troubles physiques n'étant décrits que comme l'expression d'une masculinité défaillante. En promettant de résoudre les problèmes liés à la sexualité, la publicité promet l'accession à une masculinité dominante, consistant en l'accès au mariage hétérosexuel, à la paternité mais aussi à une classe sociale supérieure, comme le souligne l'illustration du couple bourgeois

FORMULE GRATUITE
pour rendre
L'HOMME VIGOUREUX

Précieuse ordonnance, grâce à laquelle
tout homme peut préparer son propre
remède pour se guérir chez lui,
envoyé gratuitement à tous
ceux qui en feront la
demande

Elle fera un homme de vous

Pour faire ressentir cette sensation de parfaite virilité que possède tout jeune homme bien portant, un médecin de Détroit bien connu, doublé d'un savant, possède une recette dont il a lui-même fait usage dans sa clinique avec un succès vraiment remarquable. Malgré le nombre d'années qui se sont écoulées depuis la première application, elle est demeurée sans égale, et, grâce à elle,



Les millions d'hommes faibles ont pu trouver la guérison qu'ils cherchaient si avidement. Le médecin enverra la formule, à titre absolument gracieux, à tout homme qui lui écrira pour la lui demander, et si elle lui sera, certes, un cadeau d'une valeur durable. Elle est excellente pour la guérison de la débilité sexuelle, la nervosité, les douleurs dans le dos, les pertes séminales, la varicocèle, l'affaiblissement, les troubles prostatiques, les transpirations nocturnes, l'impuissance et en général tout ce qui contribue à placer l'homme sexuellement imparfait, dans une situation désavantageuse. Elle vous rend immédiatement sociable, plein d'entrain et de bonne humeur, active la circulation du sang dans les tissus musculaires, tonifie le système nerveux et suscite cette parfaite confiance en soi dont tout homme devrait jouir. Elle rend au vieillard de 65 ans la vigueur de ses 35 ans, et redonne au jeune homme le désir de se créer des relations, le rend propre au mariage et à la paternité. Un jour suffit pour donner des résultats satisfaisants, et quelques semaines pour obtenir une guérison parfaite, quel que soit votre âge ou les causes qui vous ont réduit à votre état actuel.

Si vous avez besoin d'un tel remède, envoyez, dès aujourd'hui, votre nom et adresse, par carte postale de 10 centimes ou par lettre affranchie à 25 centimes, à : Dr Knapp Medical Co, 751, Hull Building, Détroit, Michigan (E.-U.-d'A.), et, sous enveloppe libre de tout signe extérieur, notre médecin nous enverra de suite, tel que promis, sa recette qui vous expliquera en détail de quels ingrédients vous devrez vous servir et comment les combiner, de sorte que n'importe quel homme faible peut se guérir lui-même, chez lui, et ce, sans avoir aucune obligation envers qui que ce soit. Cela ne vous coûtera rien : plus vite vous nous écrirez, plus tôt vous serez guéri.

Figure 2: *L'Ouest-Eclair*, 28 avril 1904, p. 6¹¹²².

¹¹²¹ Ibid.

¹¹²² Ce document est extrait du Site RetroNews et est accessible à l'adresse www.retronews.fr / Toute réutilisation de ce document doit s'inscrire dans les conditions d'abonnement prévues par le site RetroNews.

Les ceintures électriques du « docteur Sanden » et du « docteur MacLaughlin » constituent des empires commerciaux transnationaux particulièrement fructueux. À la fin de l'année 1903, le quotidien boulangiste *La Cocarde* débute une enquête sur le fonctionnement des instituts qui commercialisent les ceintures électriques du « docteur Sanden » et qui se déploient en Allemagne, Hollande, Belgique et au Royaume-Uni¹¹²³. Il y dénonce l'existence d'un dépositaire « fantôme », un pharmacien dont la signature est apposée à l'aide d'une griffe, et qui ne se rend à Paris qu'une fois par mois pour toucher ses appointements. Dans un style aux relents nationalistes, le journal attribue la prolifération des ceintures à la corruption des magistrats parisiens qui permettent aux escrocs de « pouvoir librement continuer [leur] scandaleux commerce [...] [et d'assurer] que jamais, à Paris, les américains ne sont inquiétés »¹¹²⁴. L'article présente la façon dont les affaires sont menées lorsqu'un homme cherche à se procurer une ceinture électrique et à bénéficier d'une consultation gratuite promise par les publicités :

« [voici] comment les choses se passent lorsqu'un monsieur affaibli vient demander de la vigueur aux ceintures électriques du docteur Sanden.

Lorsqu'après une attente plus ou moins longue, suivant les circonstances, il est introduit dans l'un des cabinets qui font partie de l'établissement, il demande naturellement au gentlemen qui le reçoit :

- Est-ce au docteur Sanden que j'ai l'honneur de parler ?

Son interlocuteur lui répond vivement avec une brutalité bien américaine :

- Asseyez-vous.

Le visiteur, interloqué et pris de crainte par le luxe discret et la haute gravité du lieu, n'insiste habituellement pas davantage.

S'il insiste, on le conduit alors auprès du docteur attaché à l'établissement à raison de soixante-dix francs par semaine et qui ordinairement passe un temps à se gratter les ongles et à griller des cigarettes. [...] Tout visiteur qui, ayant insisté, est conduit auprès du docteur, est généralement un client perdu pour la maison, car pour vendre une ceinture électrique, il ne suffit pas d'être médecin il faut aussi être charlatan. [...]

Par un interrogatoire savamment préparé, MM. [...] doivent d'abord se rendre compte à quelle classe sociale appartient le malade et quelles sont ses ressources. C'est là le point principal.

En effet, la ceinture électrique se vend à des prix divers et ces prix varient suivant l'état de fortune de l'acheteur. Les moins chères se vendent trente francs, c'est le type n°2 ; le n°3, cinquante francs ; le n°4, soixante-quinze francs, le n°5, cent francs ; le n°6 cent cinquante francs ; le n°7, deux cent francs ; le n°8, trois cent francs ; enfin, le n°9, cinq cent francs.

[...] On se demande comment de pareilles énormités peuvent se passer en plein Paris

[...] Nous serions très aise de recevoir la visite du correspondant anonyme qui nous a adressé la lettre suivante :

¹¹²³ *La Cocarde*, 26 septembre 1904, p. 1.

¹¹²⁴ *La Cocarde*, 30 mai 1904, p. 1.

« Ne pensez-vous pas que *Mac Laughlin* est aussi blagueur que *Sanden*. C'est aussi une dame qui vous reçoit, jamais le docteur n'est visible. Un Français docteur, oui, bon enfant, gai, qui vous racontera beaucoup si vous savez le prendre après le déjeuner. Tous ces Américains, docteurs électriques pour guérisons chimériques, sont en Amérique. C'est à Paris, dans notre immense ville
En grands esprits, en sots toujours fertile
Mes chers amis, qu'il faut bien nous garder
Des charlatans qui viennent l'inonder »¹¹²⁵

Le modèle commercial des ceintures électriques « *McLaughlan* » ou « *MacLaughlin* » semble en effet très similaire à celui du « docteur *Sanden* » : elles sont vendues jusqu'en Nouvelle-Zélande par le biais de personnes implantées localement qui ne disposent pas toujours de qualification médicale¹¹²⁶. Tout comme pour les ceintures *Sanden*, la publicité pour les ceintures électriques inonde les journaux romands et français. Les personnes derrière l'Institut *MacLaughlin*, fondé en 1902 à Paris, sont plusieurs fois condamnées pour escroquerie et exercice illégal de la médecine dans les années 1910 à l'occasion de procès dans lesquels trois syndicats de médecins se constituent partie civile, dont le syndicat des médecins électrologistes et radiologistes¹¹²⁷. Les accusations d'escroquerie se multiplient, à l'instar d'un marchand de bois qui se plaint auprès du Ministre de la Justice en 1912 :

« J'ai l'honneur de faire connaître un genre d'escroquerie qui se pratique effrontément encore dans la ville Lumière. Un directeur de la Compagnie *Maclaughlin* [...] offre une ceinture électrique qu'il garantit de bon fonctionnement pendant un an. [...] Je lui ai offert cent francs comptant au lieu de deux cent francs qu'il voulait me la vendre à terme et il me la livrée. Comme à la réception elle ne fonctionnait pas, je lui ai renvoyée sur sa demande. Et quand il l'eut reçue il ne voulut pas me la renvoyer que sous condition que je lui signerais pour 100 francs de traites. [...] Pour qu'un personnage de cette importance ait l'audace de me tenir un pareil langage il faut croire qu'il se cru au dessus des lois »¹¹²⁸

Si ces cas d'escroquerie financière sont dénoncés dans la presse, je n'ai pas trouvé traces d'autres stratégies commerciales prédatrices à l'instar de celles observées en Nouvelle-Zélande par Lindsay R. Watson où certains de ces « charlatans » menacent de révéler le contenu des correspondances et de révéler à la famille la pratique de l'onanisme de leurs jeunes clients¹¹²⁹. D'un pays à l'autre cependant, les publicitaires adoptent des stratégies promotionnelles

¹¹²⁵ Jacques Révolte, « Les Ceintures électriques : Est-ce une escroquerie ? », *La Cocarde*, 28 septembre 1903, p. 2.

¹¹²⁶ Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », *op. cit.*

¹¹²⁷ AN, 101/511/354/BB/18/6583, Affaire *MacLaughlin*, dossier 70BL38.

¹¹²⁸ AN, 101/511/354/BB/18/6583, Affaire *MacLaughlin*, dossier 70BL38, lettre du marchand de bois au Ministre de la Justice, 1912.

¹¹²⁹ Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », *op. cit.*

similaires pour représenter les corps et les maladies masculines. Comme le souligne un récent article de l'historienne Pauline Mortas, la publicité de presse contribue ainsi à entretenir ou diffuser des modèles de masculinité¹¹³⁰.

3. Représenter les corps et les maladies masculines

De la fin du XIX^{ème} siècle aux années 1940, la forme et le contenu des publicités changent, révélant non seulement les transformations des connaissances sur la santé masculine mais aussi les transformations de normes autour de l'hétérosexualité et de la masculinité. Comme le souligne l'historien Denis Goulet, « la maladie telle qu'elle est décrite établit une certaine économie du corps, une façon particulière de le soigner. Les représentations qui en découlent sont le plus souvent inspirées des fantasmes de la médecine populaire mélangés à un peu de connaissances scientifiques »¹¹³¹. De fait, les brochures commerciales tout comme les publicités présentent des éléments auquel le public aurait été réceptif et fournissent donc un aperçu de représentations autour de la sexualité masculine à cette période¹¹³².

3.1. Régénérer le corps épuisé

Les publicités reprennent à la fois les principales maladies portées par le discours médical tout en y ajoutant des représentations populaires sur la santé. Leur forme s'inscrit dans le style publicitaire du début du XX^{ème} siècle. Elles prennent la forme d'encarts dans les journaux qui jouent sur la différence de police, la taille des caractères, le gras ou les majuscules pour faire ressortir les éléments importants de l'annonce. Dès les années 1880-1890, elles donnent une place de plus en plus importante à l'image¹¹³³. La publicité pour les ceintures électriques en particulier abonde d'iconographies qui ont pour objectif de démontrer l'efficacité de l'électricité sur l'intégralité du corps masculin. Contrairement aux annonces qui proposent des traitements contre des maladies allant de l'impuissance à la varicocèle ou les services et ouvrages de spécialistes, les encarts publicitaires pour les ceintures électriques occupent souvent une place importante de la quatrième ou sixième page des journaux, témoignant de leur investissement financier. Ainsi, ces annonces font figurer une représentation entière des corps masculins, qu'il s'agisse de corps épuisés ou vivifiés par l'utilisation de la ceinture électrique.

¹¹³⁰ Pauline Mortas, « “Forces viriles immédiatement retrouvées”. La fabrique des masculinités par les publicités contre l'impuissance dans la presse sous la III^e République », *op. cit.*

¹¹³¹ Denis Goulet, *Le commerce des maladies. La publicité des remèdes au début du siècle*, *op. cit.*, p. 20.

¹¹³² Christopher D. O'Shea, *Visions of masculinity: home-health advice literature, medical discourse and male sexuality in English-Canada, 1870-1914*, *op. cit.*

¹¹³³ Sophie Chauveau, « Marché et publicité des médicaments », *op. cit.*

Dans une annonce parue dans le *Journal de Genève* en 1904 pour la ceinture électrique nommée en clin d'œil « Herculex » (fig. 3), la publicité interpelle directement au lecteur en lui demandant « êtes-vous à bout d'espoir ? ». L'illustration qui accompagne l'invective présente un homme ayant mauvaise mine, terrassé par l'alcool, qui contraste avec les silhouettes habituelles de ces publicités, à l'instar de celle publiée en 1907 dans le même journal (fig. 4), dont l'homme, vivifié par les bienfaits de la ceinture électrique, manie un marteau.

Comme le souligne l'historien Nicolas Pitsos, ces publicités pour les appareils électriques, quasi-inexistantes avant 1890, mettent en scène une métaphore du corps humain comme machine pouvant être vivifiée par l'action de l'électricité¹¹³⁴. La « fée électricité » promet des miracles de régénération et s'inscrit dans une logique d'inquiétude autour de la dégénérescence de la race et de la productivité masculine de la classe ouvrière. Elle s'appuie sur un imaginaire de « remise au travail » des corps masculins¹¹³⁵. L'image du corps régénéré est l'une des thématiques les plus fréquentes dans les publicités concernant la santé masculine. Il faut dire que « la colonisation de l'espace public par le discours médical, se manifeste également dans l'approche de la question nationale en termes organicistes, établissant une analogie entre individu faible et la nation affaiblie, une correspondance entre l'obsession de la dégénérescence et la rhétorique nationaliste de l'énergie nationale en perte¹¹³⁶. Le vocabulaire de la « régénérescence » et de la « vitalité » domine ainsi une partie des publicités publiées autour de la santé masculine à la fin du siècle, répondant à un contexte de « crise » autour des valeurs associées à la masculinité¹¹³⁷.

¹¹³⁴ Nicolas Pitsos, « Le moteur humain en panne s'affiche : le corps épuisé au tournant du XIXe siècle », *op. cit.*

¹¹³⁵ Denis Goulet, *Le commerce des maladies. La publicité des remèdes au début du siècle*, *op. cit.*

¹¹³⁶ Nicolas Pitsos, « Le moteur humain en panne s'affiche : le corps épuisé au tournant du XIXe siècle », *op. cit.*, p. 294.

¹¹³⁷ George L. Mosse, *The Image of Man. The Creation of Modern Masculinity*, *op. cit.* ; Annelise Maugue, *L'identité masculine en crise au tournant du siècle, 1871-1914*, *op. cit.*

Êtes-vous A BOUT d'ESPOIR?



Le surmenage ou l'abus du travail et des plaisirs dérobent toujours à l'homme de son énergie vitale et de sa force nerveuse. L'organisme tout entier s'affaiblit et se dérègle, et c'est alors qu'apparaissent certains des symptômes suivants : Nervosité, Lassitude, Faiblesse au bas du dos, Constipation, Rétrécissements, Varicocèle, etc...

Vous trouvez-vous dans un quelconque des cas précités ? Si oui, vous pouvez guérir en prenant le remède même de la Nature. C'est ce qu'attestent des centaines de mille de personnes qui ont fait usage de la fameuse

"HERCULEX" Electrique du Dr SANDEN

qui constitue un traitement parfait chez soi et par soi-même. Portée commodément la nuit, autour de la taille, elle envoie pendant votre sommeil un courant d'électricité agréable quoique perceptible, au Foie, aux Reins, à l'Estomac et aux organes. Elle ne pèse que quelques hectogrammes et est munie d'un régulateur qui assure le parfait réglage du courant. Une

ATTACHE ÉLECTRIQUE SPÉCIALE

est fournie gratuitement avec chaque ceinture pour homme. On en ressent les bienfaisants effets dès le premier jour.

LIVRE GRATUIT. — Écrivez de suite pour recevoir gratuitement notre brochure descriptive, envoyée par la poste avec toute discrétion, l'"HERCULEX" est employée par les Femmes aussi bien que par les Hommes, contre les Rhumatismes, Lumbago, Douleurs de Reins, de la Vessie, Maux d'estomac, Constipation, etc... Elle agit en restaurant et en vivifiant chaque nerf, chaque glande, chaque organe dans le système tout entier; elle enrichit le sang et fait disparaître toute souffrance ou faiblesse.

En demandant la brochure intitulée "La Santé retrouvée dans la Nature", prière de bien vouloir rappeler le titre de ce journal.

— Ecrire de suite au Dr S.F. SANDEN, 15, rue de la Paix, PARIS —

Figure 3 : Journal de Genève, 21 avril 1904, p. 4. © Le Temps Archives

GRATUITEMENT AUX HOMMES FAIBLES

Nous tenons à ce que vous sachiez par votre propre expérience les résultats extraordinaires que l'on peut obtenir par l'application judicieuse du courant galvanique vital à quelque partie que ce soit, faible ou débilitée, dans le corps humain. Afin que vous puissiez vous faire une idée de la santé et du bonheur qui seront vôtres, et recommander nos appareils à vos amis, nous avons décidé de vous en fournir un



GRATIS à l'ESSAI pendant 60 JOURS

Nous sommes tellement certains du pouvoir curatif de la

La Ceinture Electrique du Dr SANDEN

avec Suspensoir Electrique pour Hommes

que nous prenons tous les risques et fournirons à quiconque souffrant de **Débilité nerveuse, Manque de Mémoire, Manque de Vigueur, Faiblesse du Dos et des Reins, Rhumatismes, Maladies du Foie, de la Vessie, de l'Estomac, Constipation**, etc., une de nos Herculex électriques, absolument gratis pendant 60 jours. Si vous n'êtes pas guéri, ne nous payez quoi que ce soit.

Si vous ne demeurez pas loin, venez de suite et emportez une ceinture chez vous. Si vous ne pouvez pas passer, envoyez-nous vos noms et adresse et nous ferons le nécessaire.

A tous, souffrants ou non, nous envoyons gratuitement et franco de port un des meilleurs et des plus intéressants traités qui aient jamais été écrits sur l'électricité.

Venez ou écrivez aujourd'hui au Dr S.F. SANDEN, 14, rue Taihout, PARIS

Figure 4 : Journal de Genève, 21 septembre 1907, p. 7. © Le Temps Archives

Dans les deux exemples cités plus tôt, l'illustration de l'homme sert de miroir au public : dans le premier cas, la publicité invite le lecteur à se reconnaître dans le portrait de cet homme épuisé, en l'interpellant directement. Dans la seconde illustration au contraire, l'image a pour objectif de révéler ce que chaque homme pourrait devenir grâce à l'utilisation de la ceinture électrique. De l'interrogation qui pousse à l'introspection, la formule devient au contraire celle de l'espoir et transporte le message que chaque homme faible pourrait devenir à l'image de cet homme fort. L'esthétique du corps masculin, la valorisation de la musculature et de la nudité s'inscrivent également dans un idéal de la beauté corporelle masculine issue d'un imaginaire sur la Grèce antique qui se développe au XIX^e siècle en réponse aux transformations de la société industrielle¹¹³⁸. La publicité pour l'électricité médicale fleurit donc sur la promesse d'une triade santé-force-beauté¹¹³⁹. La dissonance entre l'homme habillé et l'homme actif à demi-dévetu incarne la critique de la modernité et des effets délétères de la civilisation sur la virilité.

La mise en gras souligne d'autre part les éléments que les publicitaires considèrent comme les messages clés de l'annonce : la mention de la gratuité, le nom de l'inventeur et du dispositif – en soulignant son titre de médecin –, le livre gratuit accompagnant la ceinture, mais aussi les nombreuses indications thérapeutiques de l'objet, allant des douleurs de dos, des troubles urinaires (reins et vessie) ainsi que des problèmes nerveux et de fatigue. Dans le contexte américain, l'historienne Carolyn Thomas de la Peña a montré que les publicités pour les produits électriques visent principalement des hommes et évoquent un univers masculin. Afin de contourner la censure, elles font référence à des troubles sexuels en utilisant des termes associés à la vitalité, à la fatigue, au déclin et aux maladies nerveuses, dans un langage codé généralement connu du grand public¹¹⁴⁰.

Dispositifs à installer sur le corps, les ceintures pour hommes sont souvent vendues avec un suspensoir connecté par des fils au reste de la ceinture afin d'entourer les organes génitaux avec du champ magnétique venant du courant de la ceinture¹¹⁴¹. La ceinture du Dr Sanden vient ainsi avec « un Suspensoir Electrique pour Hommes »¹¹⁴² afin de guérir la « Débilité nerveuse, Manque de Mémoire, Manque de Vigueur, Faiblesse du Dos et des Reins, de la Vessie, de

¹¹³⁸ George L. Mosse, *The Image of Man. The Creation of Modern Masculinity*, op. cit.

¹¹³⁹ Nicolas Pitsos, « Le moteur humain en panne s'affiche : le corps épuisé au tournant du XIX^e siècle », op. cit.

¹¹⁴⁰ Carolyn Thomas de la Peña, *The Body Electric. How Strange Machines Built the Modern American*, op. cit.

¹¹⁴¹ Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », op. cit.

¹¹⁴² *Journal de Genève*, 21 septembre 1907, p. 6.

l'Estomac, Constipation, etc. »¹¹⁴³. Le docteur Saint-Aurens, auteur d'un ouvrage sur les charlatans de la médecine, regrette l'influence de la publicité sur les « âmes naïves » qui, sur l'ordonnance prescrite par un médecin peu sérieux seraient prêt à se mettre, « dans le dos, sur la poitrine, des croix magiques en fer-blanc, se ceindront les lombes d'une ceinture électro-voltaïque, emprisonneront leurs testicules dans un suspensoir électrique »¹¹⁴⁴.

Si les élixirs et pilules constituent un mode d'administration classique des médicaments, les ceintures électriques au même titre d'autres produits, impliquent un contact direct avec le corps, notamment les parties génitales. Bien qu'ils ne soient pas représentatifs du marché thérapeutique à un instant donné, l'analyse des brevets d'invention déposés auprès du Bureau fédéral de la propriété intellectuelle ou du Ministère du commerce et de l'Industrie en France donne néanmoins des informations sur la manière dont leurs inventeurs imaginent les possibilités commerciales de leurs produits. L'électricité est notamment présente au début du siècle dans les brevets déposés pour traiter les maladies sexuelles et urinaires, avant de se transformer avec les nouvelles théories et connaissances sur les hormones sexuelles. En 1898, un dénommé Henry Krauss, installé à Paris, dépose auprès du Bureau fédéral de la propriété intellectuelle un brevet d'invention concernant un appareil pour le traitement de l'impuissance qui s'attache à la ceinture et se positionne sous la verge pour y envoyer un courant galvanique « pour en combattre la paralysie »¹¹⁴⁵. En 1906, le Dr J. Gschwend, un médecin présenté dans l'*Annuaire genevois* comme spécialiste des voies urinaires, de la neurasthénie sexuelle et des maladies de la peau¹¹⁴⁶, dépose un brevet pour un appareil électro-thermophore pouvant être inséré dans le rectum ou le vagin pour traiter les maladies urinaires, dont notamment celles de la prostate¹¹⁴⁷. Constitué d'un tube métallique fermé à une extrémité, « dont la forme correspond à la cavité du corps dans laquelle l'instrument est destiné à être introduit, un fil métallique relié à l'extrémité fermée du tube étant disposé dans celui-ci pour permettre de produire le chauffage du tube »¹¹⁴⁸. En 1925, un résident allemand dénommé Rudolf Lippert dépose un brevet d'invention auprès de la Direction de la propriété industrielle française pour une « compresse permanente électrique »¹¹⁴⁹ qui permet « de rajeunir, suivant la méthode

¹¹⁴³ *Ibid.*

¹¹⁴⁴ Cité dans Nicolas Pitsos, « Le moteur humain en panne s'affiche : le corps épuisé au tournant du XIXe siècle », *op. cit.*, p. 294..

¹¹⁴⁵ Brevet d'invention n° 16849 déposé par Henry Krauss, le 28 mai 1898.

¹¹⁴⁶ *Annuaire genevois*, 1905.

¹¹⁴⁷ Brevet d'invention n° 37822 déposé par le Dr J. Gschwend, le 21 septembre 1906.

¹¹⁴⁸ *Ibid.*

¹¹⁴⁹ Brevet d'invention n° 591.747 déposé par Rudolf Lippert, demandé le 19 janvier 1925.

Steinach, des glandes génitales fonctionnant mal, fatiguées ou vieilles »¹¹⁵⁰. Ce faisant, ces technologies construisent un corps masculin dont les problèmes et leurs solutions se situent dans les parties génitales : c'est le pénis « paralysé » qu'il s'agit de vivifier et les testicules « fatiguées » qui doivent être stimulées. Au contraire, donc, des médicaments pris de manière orale, ces technologies introduisent une subjectivité du malade qui place dans les parties génitales les problèmes sexuels.

Une grande partie des publicités mobilisent néanmoins un langage sur le corps dans son intégralité en s'appuyant sur l'opposition entre jeunesse et vieillesse. Affichée en majuscules pour attirer l'attention du lecteur, la mention « [l]a virilité rendue aux impuissants »¹¹⁵¹ évoque également la relation entre la jeunesse et la performance sexuelle, en proposant « le rajeunissement des forces viriles »¹¹⁵² par la méthode d'un docteur donnant des consultations à Paris. L'ambition du rajeunissement répond à une accélération de la vie sociale et, notamment dans l'entre-deux-guerres, aux politiques de science du travail qui mettent la productivité des travailleurs au cœur des nouvelles formes de management¹¹⁵³. L'association entre vitalité et virilité établie dans les recherches sur le corps hormonal est reprise dans la publicité dans un contexte de « remise au travail » des corps. Les annonces et auteurs insistent d'autre part sur l'absence de dérangement dans la profession des remèdes, afin d'attirer des classes laborieuses n'ayant pas accès aux soins ou pour lesquelles ceux-ci représenteraient un sacrifice financier important.

Une partie de ces publicités mobilisent un imaginaire exotique et colonial pour vendre toniques et aphrodisiaques. Dans le quotidien neuchâtelois *L'Impartial*, le docteur suisse Emile Kahlert vante ainsi sa « cure aux herbes et plantes indiennes, éprouvée par une expérience de 12 ans dans l'Inde et en Egypte »¹¹⁵⁴ pour traiter les « affections des nerfs, Maladies sexuelles, faiblesses »¹¹⁵⁵. L'origine « exotique » d'une partie de ces toniques, à l'instar de la yohimbine originaire d'un arbre ouest-africain, s'accompagne d'un imaginaire raciste sur l'hypervirilité et l'appétit sexuel débridé des hommes colonisés¹¹⁵⁶. Associés à une semi-respectabilité à la fin du XIX^{ème} siècle, les aphrodisiaques sont vendus dans de nombreuses pharmacies

¹¹⁵⁰ *Ibid.*

¹¹⁵¹ *Le Journal*, 14 août 1912, p.3.

¹¹⁵² *Ibid.*

¹¹⁵³ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit.

¹¹⁵⁴ *L'Impartial*, 12 mars 1902, p. 5

¹¹⁵⁵ *Ibid.*

¹¹⁵⁶ Alison M. Downham Moore et Rashmi Pithavadian, « Aphrodisiacs in the global history of medical thought », *Journal of Global History*, vol. 16, n° 1, 2021, p. 24-43.

commerciales jugées respectables¹¹⁵⁷. L’imaginaire colonial ne se limite pas aux aphrodisiaques et toniques mais également aux traitements contre les maladies sexuelles. Les publicités pour l’« Injection Peyrad d’Alger » et sa fameuse assertion « 231 Arabes guéris sur 232 » (fig. 5) sont assez célèbres pour qu’elles soient tournées en dérision par les syphiligraphes. Lorsque l’un des membres de la Commission extraparlamentaire du régime des mœurs l’évoque en 1905 « il y eut un éclat de rire sous lequel vibrat une réelle indignation ! M. Fournier disait de ces traitements qu’ils blanchissent »¹¹⁵⁸. Le contexte d’immigration sur le sol métropolitain de jeunes hommes colonisés, venus en tant que travailleurs ou soldats, s’accompagne de craintes d’une « invasion syphilitique » alors que les maladies vénériennes sont construites comme étant endémiques aux territoires colonisés¹¹⁵⁹.



Figure 5: *Le Régiment*, 29 juin 1922, p. 13¹¹⁶⁰.

Les produits pour la santé masculine prennent la forme traditionnelle de remèdes habituels, tels que les vins, toniques, sirops, ou pilules, mais répondent également aux transformations des connaissances sur la sexualité. À la fin du siècle, les expériences de Brown-Séquard ouvrent la voie à la prolifération de préparations d’organes sur le marché thérapeutique prescrites pour

¹¹⁵⁷ *Ibid.*

¹¹⁵⁸ Louis Fiaux, « Séance du 16 juin 1905 », *La Police des Mœurs devant la commission extra-parlementaire du régime des mœurs*, op.cit., p. 424.

¹¹⁵⁹ Clifford Rosenberg, « The Colonial Politics of Health Care Provision in Interwar Paris », op. cit.

¹¹⁶⁰ Ce document est extrait du Site RetroNews et est accessible à l’adresse www.retronews.fr / Toute réutilisation de ce document doit s’inscrire dans les conditions d’abonnement prévues par le site RetroNews.

une diversité de troubles difficiles à traiter¹¹⁶¹. Même avec le renfort de d'Arsonval, le laboratoire du Collège de France ne parvient pas à répondre à la demande des nombreux médecins qui souhaitent faire profiter leurs patients de la thérapeutique testiculaire¹¹⁶². L'opothérapie se développe rapidement au sein de laboratoires et d'officines où sont produites des pilules qui permettent d'éviter l'injection sous-peau et donc de faciliter l'automédication¹¹⁶³.

Les pharmaciens adaptent leurs outils de production et de diffusion pour s'engager dans la production de produits d'opothérapie au tournant du siècle, et ce notamment grâce à leur expérience dans la « chimie animale », telle que la production de l'huile de foie de morue¹¹⁶⁴. La notoriété de la « méthode Brown-Séquard » est telle que la publicité n'a pas besoin de décrire les effets bénéfiques du produit, ni les maladies qu'elle est supposée guérir. La technique étant très marquée sexuellement¹¹⁶⁵, certaines publicités utilisent des euphémismes pour la désigner, à l'instar de cet encadré dans un journal local qui indique la possibilité d'acheter des « [l]iquides organiques selon la méthode Brown-Séquard » auprès d'une pharmacie genevoise¹¹⁶⁶. Bien que Brown-Séquard accuse, dès les années 1890 des « charlatans » de faire profit de sa découverte en vendant des contrefaçons, le marché du liquide orchitique s'internationalise et dépasse la production de son inventeur et d'Arsonval¹¹⁶⁷. En 1893, deux pharmaciens genevois fondent ainsi une société nommée E. Perrottet & Cie¹¹⁶⁸ qui commercialise « l'extrait organique de taureau »¹¹⁶⁹ sous la marque de *Séquardine*. Dans une annonce parue dans le *Journal de Genève* en 1894, ils mettent en garde « contre les allégations erronées d'industriels prétendant être seuls autorisés à préparer le produit Brown-Séquard »¹¹⁷⁰.

¹¹⁶¹ Jean-Louis Fischer, « Serge Voronoff (1866-1951) : l'ambiance parisienne biomédicale entre xénogreffes, querelle de l'interstitiel et néo-malthusianisme », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie*, Volume 17, n° 1, 2010, p. 77 ; Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, op. cit.

¹¹⁶² André Marchand, *Opothérapie : émergence et développement d'une technique thérapeutique (France, 1889-1940)*, op. cit.

¹¹⁶³ Céline Cherici, « Serge Voronoff (1866-1951) : savant maudit ou génie de son époque ? », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie*, vol. 21, n° 1, 2014, p. 57-69.

¹¹⁶⁴ André Marchand, *Opothérapie : émergence et développement d'une technique thérapeutique (France, 1889-1940)*, op. cit.

¹¹⁶⁵ Christiane Sinding, « Le sexe des hormones : l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles », op. cit.

¹¹⁶⁶ « Pharmacie Dr A. Mazel », *Journal de Genève*, 14 mai 1893, p. 4.

¹¹⁶⁷ Louis-Cyril Celestin, *Charles-Edouard Brown-Séquard. The Biography of a Tormented Genius*, Londres, Springer, 2014.

¹¹⁶⁸ *Feuille officielle suisse du commerce*, vol. 230, 1893, p. 936.

¹¹⁶⁹ *Feuille officielle suisse du commerce*, vol. 11, 1893, p. 1017.

¹¹⁷⁰ « Méthode Brown-Séquard », *Journal de Genève*, 5 janvier 1894, p. 4.

Pour les petites firmes impliquées dans la production de l'organothérapie, les toniques sexuels sont un bon produit d'appel¹¹⁷¹. Certains médecins profitent de l'engouement pour se lancer dans un commerce à large échelle. C'est le cas du docteur Louis-Henri Goizet, auteur de plusieurs ouvrages sur la méthode Brown-Séguard, dont *Force et santé : la vie prolongée au moyen de la méthode Brown-Séguard*, réédité plusieurs fois entre 1891 et 1893 et traduit en plusieurs langues. Dans un entretien avec un journal parisien en 1891, il explique avoir fondé un Institut spécial pour la commercialisation de l'extrait testiculaire issu du cobaye : « depuis quelques mois [...] cet animal [le cobaye] est devenu rare sur le marché, et les individus [...] [qu'il] payait soixante-quinze centimes lui reviennent à présent à deux francs cinquante [...] L'avenir, à présent, est, en effet, à l'élevage du cobaye, [...] comme les malades, hélas ! ne sont point près de faire défaut »¹¹⁷². Goizet s'efforce d'améliorer le processus d'injection en employant des aiguilles fines et en diluant le liquide afin de réduire les douleurs, et il propose de faire livrer le « vaccin » chez le patient ou son praticien¹¹⁷³. À ses débuts, le marché paraît en effet prometteur et s'appuie sur des méthodes industrielles pour lancer le produit innovant. En 1892, un journaliste du quotidien *Le XIXe siècle* décrit l'existence de « grandes usines fondées tout exprès en vue de la préparation [...] du paradoxal élixir [...] qui vous fabrique couramment de l'eau de Jouvence, comme on fabrique ailleurs de la pepsine ou du chocolat et qui n'arrive qu'à grand'peine à satisfaire à la grossissante avalanche des commandes cosmopolites »¹¹⁷⁴.

L'intérêt culturel pour le produit détermine probablement une certaine demande, relayée par des chroniqueurs scientifiques qui recommandent le produit et cherchent à le détacher de ces associations sexuelles. Le récit de personnalités ayant recouvré leur jeunesse grâce au produit est utilisé pour souligner la teneur scientifique et sérieuse du produit. C'est le cas du zoologue Carl Vogt dont la guérison est décrite comme d'autant plus miraculeuse que le scientifique était initialement sceptique à la méthode Brown-Séguard. En 1893, *Le Figaro* rapporte en détail la guérison du scientifique genevois, et publie une lettre du fils qui évoque l'amélioration de l'état de son père :

« Aujourd'hui il travaille de nouveau, à soixante-seize ans, tous les soirs, jusqu'à minuit, ce qu'il avait cessé complètement de faire depuis plus d'un an ; qu'il voyage, en supportant

¹¹⁷¹ Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *op. cit.*

¹¹⁷² « Les philtres Brown-Séguard », *Le XIXe siècle*, 29 mars 1891, p. 1.

¹¹⁷³ André Marchand, *Opothérapie : émergence et développement d'une technique thérapeutique (France, 1889-1940)*, *op. cit.*

¹¹⁷⁴ « Les « séquardines » », *Le XIXe siècle*, 1^{er} août 1892, p. 2.

la série des tribulations inhérentes [...] Un fait surtout m'a frappé. Depuis les injections de séquardine, mon père supporte très allégrement les « bobos » qui affligent si souvent les vieillards, surtout à Genève, où les changements de température sont très brusques. [...] Et dire que je ne lui ai pas fait plus de quarante injections en l'espace de deux mois ! [...] Evidemment, la guérison de mon père [...] tient du merveilleux, et l'on ne saurait trop [...] proclamer la vertu curative du liquide organique et notamment sa puissance extraordinaire de régénération des forces qui s'en vont. »¹¹⁷⁵

Les productions culturelles autour du « philtre Brown-Séquard » présentent le produit comme permettant de retrouver l'aptitude au travail, dans une représentation de la masculinité déterminée par l'identité professionnelle et la productivité. Popularisé par l'emballlement médiatique, il ne semble pourtant pas que les liquides orchitiques aient fait l'objet d'une longue commercialisation après le décès de Brown-Séquard. Une explication peut venir des sensibilités culturelles et de l'association sexuelle du mode de production du liquide¹¹⁷⁶. En 1891 déjà, le journal *Paris* commentant sur la fin de l'herboristerie en France notait :

« Les pharmaciens qui accusent les herboristes de vendre d'étranges spécifiques ne débitent-ils point en ce moment même des produits similaires à l'élixir Brown-Séquard dont on n'ose révéler l'atroce composition ? »¹¹⁷⁷

D'autre part, les nombreuses critiques et l'engouement pharmaceutique autour des filtres Brown-Séquard font que la technique est souvent associée au charlatanisme¹¹⁷⁸. En 1893, la question est discutée par la Société vaudoise de médecine. Le docteur Louis Bourget y présente une série de tubes de « spermine » que l'industrie « offre avec grand renfort de réclames »¹¹⁷⁹. Ayant analysé la composition de ces tubes, il démontre que ceux-ci sont en réalité composé d'un « pur mélange de glycérine et eau à 20 fr. la boîte de 10 tubes »¹¹⁸⁰ et dénonce « une exploitation éhontée du public et du médecin »¹¹⁸¹. En 1903, la société genevoise E. Perrottet & Cie est dissoute, sans qu'il ne soit tout à fait possible d'en établir la raison¹¹⁸². Son principal dépositaire, Emile Perrottet, se tourne vers l'analyse médicale d'urine et du sang ainsi que la désinfection après décès ou maladie et entame une carrière politique au niveau local.

Délaissée au tournant du siècle, la médication séquardienne marque néanmoins l'émergence d'un nouveau marché de produits pour traiter les maladies masculines. Bien avant

¹¹⁷⁵ « Brown-Séquard et Karl Vogt », *Le Figaro*, 17 mai 1893, p. 2.

¹¹⁷⁶ Christiane Sinding, « Le sexe des hormones : l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles », *op. cit.*

¹¹⁷⁷ « Les derniers jours des herboristes », *Paris*, 12 mars 1891, p. 1.

¹¹⁷⁸ Louis-Cyril Celestin, *Charles-Edouard Brown-Séquard. The Biography of a Tormented Genius*, *op.cit.*

¹¹⁷⁹ « Société vaudoise de médecine, séance du 4 mars 1893 », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893, p. 273.

¹¹⁸⁰ *Ibid.*

¹¹⁸¹ *Ibid.*

¹¹⁸² *Feuille officielle suisse du commerce*, vol. 33, n° 241, 1915, p. 1390.

l'identification de la testostérone, les entreprises commerciales prennent le devant sur la communauté scientifique en arguant que les troubles sexuels pourraient être traités par des traitements hormonaux¹¹⁸³. Ce qui était alors vendu sous le terme d'aphrodisiaques est désormais commercialisé comme hormones ou extraits de glandes endocrines. Jusque dans les années 1920, les pharmaciens industriels vendent des médicaments à base d'extraits de glandes sexuelles ou de tissus en s'approvisionnant via les circuits de collecte dans les abattoirs. Les agents opothérapiques utilisés pour traiter les troubles masculins sont les extraits de prostate et de testicules, utilisés pour traiter l'hypertrophie prostatique, la sénilité virile et comme stimulant¹¹⁸⁴.

Le succès de l'opothérapie répond à une demande de produits fortifiants au lendemain de la Grande Guerre tout en s'associant dans la réclame, aux travaux de Claude Bernard et à un certain chauvinisme en France¹¹⁸⁵. L'implication croissante des grandes entreprises de la chimie et l'intégration des biochimistes permet une réelle industrialisation des méthodes de production, notamment dans des pays où la pharmacie d'officine résiste peu à la grande industrie chimique¹¹⁸⁶. En Allemagne, l'Institut de sexologie fondé par Magnus Hirschfeld développe dès la moitié des années 1920, un médicament hormonal appelé « Testifortan » puis un second, « Titus-Perlen » qui a pour but de traiter l'impuissance¹¹⁸⁷. Les deux traitements sont des mélanges d'aphrodisiaques mélangés à un « niveau détectable » d'hormones, avec une différence néanmoins : si le « Testifortan » nécessite une prescription médicale, ce n'est pas le cas des « perles de Titus » qui sont disponibles sans ordonnance et par correspondance. Dès 1927, les licences pour ces deux traitements vendus à travers le monde et rapportent des sommes importantes à l'Institut de sexologie ainsi qu'à Hirschfeld lui-même¹¹⁸⁸. Les « perles de Titus » sont distribuées en France et font l'objet de nombreuses publicités dans les journaux dans l'entre-deux-guerres. Comme nombre d'autres stimulants, elles sont destinées à la fois aux femmes et aux hommes : contre la frigidité des femmes et l'impuissance masculine. Elles contiennent de la testostérone, des hormones du lobe antérieur des glandes pituitaires, des corticoïdes, de l'extrait de Yohimbine, du Pumane Muira, des glycérophosphates, des sels de

¹¹⁸³ Angus McLaren, *Impotence. A Cultural History*, op. cit.

¹¹⁸⁴ André Marchand, *Opothérapie : émergence et développement d'une technique thérapeutique (France, 1889-1940)*, op. cit.

¹¹⁸⁵ Sophie Chauveau, *L'invention pharmaceutique. La pharmacie française entre l'État et la société au XXe siècle*, op. cit.

¹¹⁸⁶ Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », op. cit.

¹¹⁸⁷ A ce sujet, consulter le site internet de la « Société Magnus Hirschfeld » : http://www.hirschfeld.in-berlin.de/wash_en.html [consulté le 17.05.2018].

¹¹⁸⁸ *Ibid.*

calcium.

Si les publicités pour les produits opothérapiques abondent dans les journaux dans les années 1920 et 1930, les hormones synthétisées par l'industrie pharmaceutique ne sont pas directement promues auprès des consommateurs, qui doivent passer par un médecin pour effectuer des injections sous-cutanées. Les publicités des grandes entreprises pharmaceutiques telles que Schering sont destinées aux médecins qui reçoivent notamment des plaquettes informatives¹¹⁸⁹. Cette médicalisation des hormones sexuelles s'explique en partie par la volonté de se distinguer des pharmacies qui font de la publicité et d'éviter ainsi le « spectre du charlatanisme » associé depuis les expériences de Brown-Séquard à la médication hormonale masculine¹¹⁹⁰.

3.2. Des maladies masculines « spéciales » ?

Les maladies masculines les plus représentées dans les publicités sont celles pour l'impuissance, les maladies vénériennes, les voies urinaires et plus globalement, l'épuisement et la neurasthénie. En comparaison avec celles-ci, rares sont les réclames qui vendent un traitement pour la stérilité masculine. Cela suggère une plus grande inquiétude des hommes pour leur sexualité que leur fertilité, allant dans le sens de ce qu'avait observé Taline Garibian dans la correspondance adressée à Auguste Forel, c'est-à-dire que les hommes écrivent davantage sur la sexualité là où les femmes écrivent plutôt sur la procréation et la reproduction¹¹⁹¹. Dans le contexte américain, l'historienne Carolyn Thomas de la Peña estime que les transformations des rôles de genre au tournant du XX^e siècle, l'érotisation du couple et la redéfinition du mariage comme ouvrant le droit aux femmes au plaisir sexuel explique en partie les insécurités masculines qui font le succès des produits contre les difficultés sexuelles¹¹⁹². Il est possible que l'accent sur le rôle du mari dans l'initiation au plaisir de sa femme ait participé au renouvellement de textes populaires sur les troubles sexuels masculins¹¹⁹³. Mais plutôt que de considérer la publicité comme *une conséquence* de ces transformations, il importe de la voir comme une co-construction de celle-ci : la publicité créant un segment de clients définis par une identité de genre, celle d'une masculinité anxieuse. Il semblerait ainsi que la plupart des publicités évoquent l'amélioration de la virilité comme un enjeu *pour soi* voire par rapport aux autres hommes. Rares sont les publicités qui évoquent

¹¹⁸⁹ Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *op. cit.*

¹¹⁹⁰ Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, *op. cit.*

¹¹⁹¹ Taline Garibian, « Les patient·e·s du docteur Forel. Une consultation de sexologie épistolaire », *op. cit.*

¹¹⁹² Carolyn Thomas de la Peña, *The Body Electric. How Strange Machines Built the Modern American*, *op. cit.*

¹¹⁹³ Robert A Nye, « Honor, Impotence, and Male Sexuality in Nineteenth-Century French Medicine », *op. cit.*

ouvertement l'attente féminine, à l'instar du *Super-Ormosana*, une médication hormonale vendue en pharmacie dans les années 1930 qui interpelle directement les hommes : « Monsieur ! C'est vous le coupable si Madame est frigide »¹¹⁹⁴ et promet, une fois le médicament acheté qu'une « brochure avec de nombreux secrets nouveaux, troublants, surprenants sur l'harmonie sexuelle, la réjuvenation intégrale vous sera envoyée **gratuitement** et **discrètement** sur simple demande »¹¹⁹⁵.

Toutes les publicités n'adoptent d'ailleurs pas un discours s'adressant uniquement aux hommes mais privilégient davantage une description vague de plusieurs symptômes parmi lesquels se trouvent des désagréments rencontrés par ces derniers. Les discours sur la spécificité de la débilitation de la virilité coexistent ainsi avec ceux qui ne décrivent pas ouvertement les maladies des testicules, du pénis, ou de la sexualité comme des spécificités sexuées, ce qui n'empêche pas que les hommes soient effectivement le public visé¹¹⁹⁶. Les publicités de remèdes pour les maladies du système veineux incluent à la fois les accidents du retour d'âge, les varices, hémorroïdes, phlébites et les varicocèles. Cela n'empêche pas néanmoins de jouer sur les caractéristiques sociales des maladies en montrant les difficultés des malades à exercer des activités physiques liées à la masculinité, telles que le fait de monter à cheval. La varicocèle, par exemple, est une maladie fréquente qui touche souvent les jeunes hommes, cibles idéales de la publicité¹¹⁹⁷. Le chirurgien Henri Vulliet note qu'il s'agit d'une maladie contraignante pour l'homme qui « a une bourse qui pend désespérément et qui provoque ou des tiraillements ou des plaisanteries de ses camarades »¹¹⁹⁸. Ainsi, une publicité pour l'*Elixir de Virginie* paru en 1895 dans le journal catholique *La Croix* souligne les désagréments sociaux qu'impliquent la varicocèle chez un jeune homme de 21 ans : « Varicocèle considérable nécessitant, depuis cinq ou six ans, l'usage continuel d'un appareil [...] Dès le second traitement, toute gêne avait disparu, et le malade pouvait marcher pendant quatre heures sans rien éprouver d'anormal et même remonter à cheval »¹¹⁹⁹. Une autre publicité pour le même élixir, parue plusieurs années plus tard s'adresse directement aux hommes : « Avez-vous de la pesanteur dans le bas-ventre, Messieurs, et ressentez-vous des douleurs spéciales, principalement après avoir marché ou fait

¹¹⁹⁴ *Détective*, n°495, 21 avril 1938, p.5.

¹¹⁹⁵ *Ibid.*

¹¹⁹⁶ Christopher E Forth, « Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France », *op. cit.*

¹¹⁹⁷ Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », *op. cit.*

¹¹⁹⁸ Henri Vulliet, « La chirurgie à l'E.S.E d'Olten », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1917, p. 208.

¹¹⁹⁹ « Le varicocèle », *La Croix*, 14 juillet 1895, p. 4.

de la bicyclette ou du cheval ? »¹²⁰⁰.

L'environnement militaire, d'où tire d'ailleurs le nom de la fameuse « goutte » est également représenté. Avec la promesse de confidentialité, se double celle de la sympathie masculine qui s'inscrit dans le registre de la confiance. Une publicité pour l'antiseptique urinaire le *Pagéol* (fig. 6) publiée en 1913 dans *Le Régiment* montre ainsi un major recommandant, dans une interaction paternaliste, le produit à l'un de ses soldats, vraisemblablement contaminé par une maladie vénérienne : « Du Pagéol, mon garçon, et dans huit jours, il n'y paraîtra plus ».



Figure 6: *Le Régiment*, 9 novembre 1913, p. 14¹²⁰¹

Les publicités mobilisent également la peur de la chirurgie et de la douleur pour vanter leurs produits afin de convaincre les hommes réticents à consulter un urologue, notamment dans les cas où l'opération est nécessaire et les résultats parfois funestes. Une autre annonce pour le *Pagéol* parue en 1914 (fig. 7) invoque cette fois l'univers des spécialistes urologues en représentant un médecin présentant l'anatomie de la prostate hypertrophiée sur un tableau noir.

¹²⁰⁰ « Vos veines sont malades », *Le Petit Parisien*, 21 février 1913, p.8.

¹²⁰¹ Ce document est extrait du Site RetroNews et est accessible à l'adresse www.retronews.fr / Toute réutilisation de ce document doit s'inscrire dans les conditions d'abonnement prévues par le site RetroNews.

PAGÉOL dégonfle la Prostate

Il est une catégorie de troubles particuliers aux hommes : ce sont ceux qui constituent les affections de la prostate, qui ont une grande ampleur dans l'ordre de la vie, vu que sur le trajet même du conduit excréteur de l'urine, vers le dehors, se trouvent des milliers de milliards de microbes, du volume environ d'une noix, normalement ne déterminant aucune gêne, mais qui par suite d'une raison accidentelle — infection, prise de virus urinaires, traumatisme varié, etc. — prolifèrent et se multiplient, pour, à l'insu de la victime, à l'hyperthrophie enfin dans une mesure quelconque, de telle sorte se trouve fort l'urètre dans sa lèvre et finalement cause sur ses lèvres une sensation plus ou moins grande.

Cette, naturellement, s'accompagne de certains troubles. Le canal excréteur de l'urine dont nous parlons tout à l'heure, en particulier, voit son calibre se modifier. Il subit un aplatissement dont l'effet est que l'écoulement urinaire, qui se faisait jusqu'alors avec aisance, devient pénible, même et souvent incomplet.

Voilà ce qui devient d'être assez clair les sciences médicales pour deviner les inconvénients graves de ce nouvel état de choses.

La fonction urinaire, fonction de dépurabilité de l'organisme par excellence, se s'accomplit plus librement, indépendamment des vives contractions causées typiquement par la rétention et la distension vésicale, il est à redouter des infections graves.

L'urine, chargée soit cela, est un liquide d'altération facile, très favorable à certaines fermentations et qui, à l'occasion, peut constituer pour les microbes des suggestions d'un excellent milieu de culture.

Ainsi, chez les sujets atteints d'hyperthrophie de la prostate, voire même de simple prostatite aiguë ou chronique, l'écoulement de leur urine, qui se fait avec des infections urinaires ascendantes venant intéresser le vésicule d'abord et égarant ensuite de proches et proches jusqu'aux reins, fait que faire contre de tels accidents ? Comment s'en protéger ?

En considérant ce que l'on croit communément, nous ne sommes et l'espèce subissent des maux. A la base d'un mal, nous le savons, se trouvent la conception momentané ou permanente de la glande prostatique et les infections microbiennes survenant à sa suite. Le traitement médical a pour objet de donner un décongestionnant de la glande combiné à un antiseptique des organes de la fonction urinaire.

Jusqu'en ces derniers temps, du reste, l'on ne connaissait guère de remède reproduisant vraiment à cette double indication, d'où ce résultat vraiment fâcheux, ne s'agit avoir souffert pendant des années, les douleurs devaient en arriver à se livrer au couteau du chirurgien.

Dorénavant, cette terrible fièvre va pouvoir être évitée, dans le plus grand nombre des cas au moins. Le Pagéol, en effet, qui est une combinaison de plus hauts principes d'un tel ordre, le biphénol ou bicamphénol, de santal et de dioxycérol des chimistes, avec les principes actifs de deux plantes, la fève de l'Inde et l'aspericérol biphénol, possède cet ensemble précieux de qualités répondant aux deux desiderata thérapeutiques à satisfaire. Le Pagéol décongestionne la glande prostatique et les infections des voies urinaires tout le rénové véritablement les tissus et permet en outre de lutter activement contre les affections urinaires en quelque point de l'appareil qu'elles affectent. Il suffit donc que le Pagéol constitue un remède précieux non seulement dans le cas des affections prostatiques de l'homme, mais aussi dans toutes celles, belles évidemment non moins fréquentes, qui atteignent l'appareil urinaire de la femme, telles que les cystites, les pyérites, etc.

La décongestion, on le voit, est de réelle importance. Elle intéresse en effet tout le monde, puisque personne n'entre sans ne pas affirmer qu'il ne sera pas un jour, un peu plus tard, un peu plus tard la brève victime d'un trouble quelconque de ses fonctions urinaires. Trouble d'un tel ordre de la plus haute importance de réprimer sans tarder si l'on veut éviter d'être l'objet d'une atteinte extrême. Car l'hyperthrophie de la prostate provoque la rétention d'urine qui conduit à l'insomnie, à la fièvre, à la soif, etc.

Et c'est ce qui importe fort de signaler à l'attention de chacun, car, ainsi que le dit fort judicieusement le proverbe, un homme qui se fait mal — avertit en vain d'un danger.

Et mieux vaut dégonfler la prostate jeune encore que de risquer l'infection urinaire.

Dr BOUVERESSE

La Prostate est hypertrophiée

Il importe de la dégonfler chez tous les hommes âgés.

La Prostate tue net les microbes des voies urinaires. Il décongestionne les muqueuses les rejoint et les cicatrise. Il réalise un progrès considérable et est de beaucoup le plus énergique de tous les antiseptiques urinaires. Il n'agit pas sur l'estomac et contrairement au Santal, il a une action bienfaisante sur le rein.

Cystites
Néphrites
Prostatites
Echauffements
Ecoulements
Hypertrophie
de la Prostate
Métrites
Pyuries
Pyérites
Catarrhe vésical
Albuminurie
Maladies de la
vessie et du rein

Microbes des Voies Urinaires
 Gonococcus
 Streptococcus
 Staphylococcus
 Bacilles au lait
 Microbes tués par le PAGÉOL

La Prostate tue net les microbes des voies urinaires. Il décongestionne les muqueuses les rejoint et les cicatrise. Il réalise un progrès considérable et est de beaucoup le plus énergique de tous les antiseptiques urinaires. Il n'agit pas sur l'estomac et contrairement au Santal, il a une action bienfaisante sur le rein.

Communication : Académie de Médecine (9 décembre 1921)
 Note à l'Académie des Sciences (17 janvier 1922)

Le PAGÉOL évite la sonde.

N. B. — On trouve le Pagéol dans toutes les bonnes pharmacies et aux Pharmacies Châtelain, 5 bis, rue de Valenciennes, 105 (Mairie) — 106 (Mairie) — 107 (Mairie) — 108 (Mairie) — 109 (Mairie) — 110 (Mairie) — 111 (Mairie) — 112 (Mairie) — 113 (Mairie) — 114 (Mairie) — 115 (Mairie) — 116 (Mairie) — 117 (Mairie) — 118 (Mairie) — 119 (Mairie) — 120 (Mairie) — 121 (Mairie) — 122 (Mairie) — 123 (Mairie) — 124 (Mairie) — 125 (Mairie) — 126 (Mairie) — 127 (Mairie) — 128 (Mairie) — 129 (Mairie) — 130 (Mairie) — 131 (Mairie) — 132 (Mairie) — 133 (Mairie) — 134 (Mairie) — 135 (Mairie) — 136 (Mairie) — 137 (Mairie) — 138 (Mairie) — 139 (Mairie) — 140 (Mairie) — 141 (Mairie) — 142 (Mairie) — 143 (Mairie) — 144 (Mairie) — 145 (Mairie) — 146 (Mairie) — 147 (Mairie) — 148 (Mairie) — 149 (Mairie) — 150 (Mairie) — 151 (Mairie) — 152 (Mairie) — 153 (Mairie) — 154 (Mairie) — 155 (Mairie) — 156 (Mairie) — 157 (Mairie) — 158 (Mairie) — 159 (Mairie) — 160 (Mairie) — 161 (Mairie) — 162 (Mairie) — 163 (Mairie) — 164 (Mairie) — 165 (Mairie) — 166 (Mairie) — 167 (Mairie) — 168 (Mairie) — 169 (Mairie) — 170 (Mairie) — 171 (Mairie) — 172 (Mairie) — 173 (Mairie) — 174 (Mairie) — 175 (Mairie) — 176 (Mairie) — 177 (Mairie) — 178 (Mairie) — 179 (Mairie) — 180 (Mairie) — 181 (Mairie) — 182 (Mairie) — 183 (Mairie) — 184 (Mairie) — 185 (Mairie) — 186 (Mairie) — 187 (Mairie) — 188 (Mairie) — 189 (Mairie) — 190 (Mairie) — 191 (Mairie) — 192 (Mairie) — 193 (Mairie) — 194 (Mairie) — 195 (Mairie) — 196 (Mairie) — 197 (Mairie) — 198 (Mairie) — 199 (Mairie) — 200 (Mairie) — 201 (Mairie) — 202 (Mairie) — 203 (Mairie) — 204 (Mairie) — 205 (Mairie) — 206 (Mairie) — 207 (Mairie) — 208 (Mairie) — 209 (Mairie) — 210 (Mairie) — 211 (Mairie) — 212 (Mairie) — 213 (Mairie) — 214 (Mairie) — 215 (Mairie) — 216 (Mairie) — 217 (Mairie) — 218 (Mairie) — 219 (Mairie) — 220 (Mairie) — 221 (Mairie) — 222 (Mairie) — 223 (Mairie) — 224 (Mairie) — 225 (Mairie) — 226 (Mairie) — 227 (Mairie) — 228 (Mairie) — 229 (Mairie) — 230 (Mairie) — 231 (Mairie) — 232 (Mairie) — 233 (Mairie) — 234 (Mairie) — 235 (Mairie) — 236 (Mairie) — 237 (Mairie) — 238 (Mairie) — 239 (Mairie) — 240 (Mairie) — 241 (Mairie) — 242 (Mairie) — 243 (Mairie) — 244 (Mairie) — 245 (Mairie) — 246 (Mairie) — 247 (Mairie) — 248 (Mairie) — 249 (Mairie) — 250 (Mairie) — 251 (Mairie) — 252 (Mairie) — 253 (Mairie) — 254 (Mairie) — 255 (Mairie) — 256 (Mairie) — 257 (Mairie) — 258 (Mairie) — 259 (Mairie) — 260 (Mairie) — 261 (Mairie) — 262 (Mairie) — 263 (Mairie) — 264 (Mairie) — 265 (Mairie) — 266 (Mairie) — 267 (Mairie) — 268 (Mairie) — 269 (Mairie) — 270 (Mairie) — 271 (Mairie) — 272 (Mairie) — 273 (Mairie) — 274 (Mairie) — 275 (Mairie) — 276 (Mairie) — 277 (Mairie) — 278 (Mairie) — 279 (Mairie) — 280 (Mairie) — 281 (Mairie) — 282 (Mairie) — 283 (Mairie) — 284 (Mairie) — 285 (Mairie) — 286 (Mairie) — 287 (Mairie) — 288 (Mairie) — 289 (Mairie) — 290 (Mairie) — 291 (Mairie) — 292 (Mairie) — 293 (Mairie) — 294 (Mairie) — 295 (Mairie) — 296 (Mairie) — 297 (Mairie) — 298 (Mairie) — 299 (Mairie) — 300 (Mairie) — 301 (Mairie) — 302 (Mairie) — 303 (Mairie) — 304 (Mairie) — 305 (Mairie) — 306 (Mairie) — 307 (Mairie) — 308 (Mairie) — 309 (Mairie) — 310 (Mairie) — 311 (Mairie) — 312 (Mairie) — 313 (Mairie) — 314 (Mairie) — 315 (Mairie) — 316 (Mairie) — 317 (Mairie) — 318 (Mairie) — 319 (Mairie) — 320 (Mairie) — 321 (Mairie) — 322 (Mairie) — 323 (Mairie) — 324 (Mairie) — 325 (Mairie) — 326 (Mairie) — 327 (Mairie) — 328 (Mairie) — 329 (Mairie) — 330 (Mairie) — 331 (Mairie) — 332 (Mairie) — 333 (Mairie) — 334 (Mairie) — 335 (Mairie) — 336 (Mairie) — 337 (Mairie) — 338 (Mairie) — 339 (Mairie) — 340 (Mairie) — 341 (Mairie) — 342 (Mairie) — 343 (Mairie) — 344 (Mairie) — 345 (Mairie) — 346 (Mairie) — 347 (Mairie) — 348 (Mairie) — 349 (Mairie) — 350 (Mairie) — 351 (Mairie) — 352 (Mairie) — 353 (Mairie) — 354 (Mairie) — 355 (Mairie) — 356 (Mairie) —

238

C'est aussi en promettant d'éviter l'opération chirurgicale qu'une publicité pour le « Laboratoire Urologique de Paris » parue dans *Le Journal de Genève* en 1916 affirme détenir :

« une méthode curative extrêmement sérieuse et inoffensive qui, rompant avec les routines et les erreurs du passé et du présent, guérit sans intervention par le canal ni opération chirurgicale, toutes les maladies de prostate, urètre, vessie, même dans leurs formes graves et invétérées, prostatite, hypertrophie de la prostate, urétrite, cystite, suintements, filaments, rétrécissements, inflammation, congestion, engorgement, besoins fréquents, infection, rétention »¹²⁰⁶

Tout en étant entretenue par le langage anxiogène des publicités, la crainte d'être potentiellement atteint d'une maladie de la prostate s'explique aussi par le fait que le traitement des maladies urinaires est un long processus qui peut s'avérer à la fois douloureux, onéreux et potentiellement mortel.

Plus globalement, de nombreuses publicités utilisent les termes de « maladies des voies urinaires » pour comprendre une variété de maladies, allant de la blennorragie, de la prostatite à l'impuissance. Les termes tels que « faiblesse », « maladies nerveuses » ou « manque de vigueur » font généralement référence à la neurasthénie sexuelle ou à l'impuissance, tandis que les termes « maladies contagieuses », « maladies secrètes », « rétrécissements » ou « écoulement » renvoient plutôt aux maladies vénériennes. Il faut souligner que les fabricants des produits médicaux n'ont pas forcément d'intérêt à « spécialiser » leurs produits pour soulager une maladie en particulier car il est plus intéressant financièrement de cibler une population large pouvant se reconnaître dans divers symptômes¹²⁰⁷. La publicité pour une polyclinique privée dans le canton de Glaris publiée en 1900 dans le journal neuchâtelois *L'Impartial* propose ainsi de traiter toutes les « [m]aladies des organes génitaux »¹²⁰⁸ en utilisant un langage suffisamment large pour évoquer à la fois les maladies vénériennes, celles des organes urinaires, et les problèmes liés à la sexualité. L'adoption d'un large vocabulaire n'est néanmoins pas seulement une stratégie commerciale autant que le reflet d'une compréhension contemporaine des maladies qui ne fait pas toujours de nettes différences entre les maladies vénériennes, urinaires et sexuelles¹²⁰⁹. Ainsi, le docteur Debray recommande en 1912 de traiter tout écoulement « sous peine de voir se produire inévitablement les complications désastreuses, telles que orchites, cystite, rétrécissement, prostatite, qui vieillissent un homme avant l'âge, déterminent de l'impuissance génitale de la déchéance

¹²⁰⁶ « Prostate et maladies des voies urinaires », *Le Journal de Genève*, 20 mai 1916, p. 5.

¹²⁰⁷ Denis Goulet, *Le commerce des maladies. La publicité des remèdes au début du siècle*, op. cit., p. 20.

¹²⁰⁸ « Maladies des organes génitaux », *L'Impartial*, 1^{er} novembre 1900, p. 8.

¹²⁰⁹ Je remercie Ericka Johnson d'avoir attiré mon attention sur ce point.

physique »¹²¹⁰. D'autre part, les patients eux-mêmes mobilisent un vocabulaire large faisant référence à la débilité masculine qui confond la nervosité, la faiblesse et l'impuissance sexuelle¹²¹¹.

À l'exception des annonces pour les ceintures électriques, j'ai trouvé peu d'illustrations représentant des corps masculins. Ceci peut s'expliquer de plusieurs manières. Tout d'abord, le prix des illustrations peut être un élément dissuadant, mais il est également probable que le fait d'éviter toute référence à la corporéité ait servi à éviter la censure et à maintenir un vocabulaire codé sur la sexualité. Il est également possible, néanmoins, que les compréhensions culturelles des corps masculins ne soient pas directement reliées aux maladies génitales ou sexuelles, c'est-à-dire que la masculinité n'est pas définie ou localisée dans les organes. La représentation de la prostate comme une glande abstraite, extraite du corps, et représentée sur le tableau noir semble appuyer cette hypothèse (fig. 7).

Certaines publicités cherchent à attirer l'attention exclusivement d'un public masculin, à l'instar de la publicité pour les pilules « Amrita » qui, dans *Le Matin* en 1908 (fig. 8), apostrophe ainsi : « Moi, HORATIO CARTER, je m'adresse aux Hommes seulement »¹²¹² et sous-titre « J'ai une communication importante à faire à tous ceux qui ont perdu leur énergie physique »¹²¹³. Le visage qui figure dans l'annonce ainsi que le nom du vendeur appuient la prétention de fiabilité de ce remède qui « donne à tous la force et la santé » et qui « est surtout efficace dans les cas où il s'agit de soigner et de raffirmer la virilité en assainissant le système nerveux »¹²¹⁴. La promesse encore une fois est de « donner TOUT A FAIT GRATUITEMENT aux hommes faibles et nerveux la possibilité d'expérimenter ce produit qui [...] RENDRA SANTE ET BONHEUR AUX MALHEUREUX qui souffrent actuellement en secret »¹²¹⁵. Et tout ceci en comptant sur « le meilleur et LE PLUS DISCRET ACCUEIL »¹²¹⁶.

¹²¹⁰ « Conseil du Médecin. Blennorrhagie », *La Lanterne*, 27 janvier 1912, p. 3.

¹²¹¹ Mallory R. Szymanski, *Sexual Dysfunction as « the National Disease of America »*. *Neurasthenia and Medical Approaches to Men's Sexual and Emotional Health in the Gilded Age*, op. cit.

¹²¹² *Le Matin*, 6 janvier 1908, p. 6.

¹²¹³ *Ibid.*

¹²¹⁴ *Ibid.*

¹²¹⁵ *Ibid.*

¹²¹⁶ *Ibid.*

Moi, HORATIO CARTER
je m'adresse

Aux Hommes seulement



J'AI UNE COMMUNICATION IMPORTANTE A FAIRE A TOUS CEUX QUI ONT PERDU LEUR ENERGIE PHYSIQUE. Après de longues recherches j'ai fait une découverte qui apportera la joie et l'espérance à tous ceux qui souffrent de l'impuissance. Je détiens un remède merveilleux pour tous ceux dont les nerfs ont été ébranlés par suite de mauvaises habitudes ou sous l'influence de circonstances défavorables.

Inventeur de la préparation **"AMRITA"**, je me fais un devoir de donner **TOUT A FAIT GRATUITEMENT** aux hommes faibles et nerveux la possibilité d'expérimenter ce produit qui, je le sais par expérience, **RENDRA SANTE ET BONHEUR AUX MALHEUREUX** qui souffrent actuellement en secret.

Mon remède est un bienfait pour tous; il donne à tout le force et la santé, mais il est surtout efficace dans les cas où il s'agit de soigner et de raffermir la virilité en assainissant le système nerveux. Il intervient avec beaucoup de succès quand la faiblesse apparaît comme conséquence de l'abus de boissons alcooliques, de l'usage exagéré du tabac, du jeu, de l'abus des plaisirs, de même que des excès de travail de toute nature. Certaines habitudes, bien que n'étant pas réputées malsaines, exercent aussi parfois, sur le système nerveux et sur tout l'organisme, une action excessivement débilisante, telles : l'usage immodéré de thé ou de café trop fort, la mauvaise nourriture, etc.

Combien nombreuses sont les personnes qui, bien que menant actuellement l'**EXISTENCE LA PLUS SEVERE, SOUFFRENT EN SILENCE** et payent **LES FAUTES DE LEUR JEUNESSE!** Grâce à mon remède, elles retrouveront bientôt le bonheur auquel elles aspirent si ardemment.

L'**"AMRITA"** agit sur les personnes **DE TOUT AGE.**

L'**"AMRITA"** est une source de santé qui donne aux organes vitaux la puissance génésique. Les symptômes inquiétants qui accompagnent la débilité générale disparaissent sans laisser de trace : on n'a plus la tête lourde, le sommeil redevient calme, on n'éprouve plus ni mélancolie ni autres sensations désagréables.

L'**"AMRITA"** rend à l'homme affaibli **LA FORCE ET L'ARDEUR DE LA JEUNESSE.**

Le malade désespéré peut en toute confiance demander qu'on lui fasse connaître le moyen de retrouver force et vigueur en peu de temps et de redevenir de 10 à 30 ans. Il peut compter sur le meilleur et **LE PLUS DISCRET ACCUEIL.** Il suffit d'écrire, en joignant à la lettre la somme de 0 fr. 50 en timbres-poste pour frais d'envoi, et l'on recevra aussitôt un échelonne d'**"AMRITA"**, soigneusement emballé et sans aucune indication de provenance, sous enveloppe fermée.

N'hésitez pas, ne dédaignez pas ma proposition, **HATEZ-VOUS D'EN PROFITER,** afin de vous guérir.

Pilules Horatio Carter

Dépôt général : Escalier A 17, Faubourg Montmartre, PARIS

Figure 8: *Le Matin*, 6 janvier 1908, p. 6¹²¹⁷

Peut-on néanmoins parler de spécialisation à la marge de la médecine officielle ? Malgré cette attention précise envers les hommes et l'allusion et l'emploi du terme de « virilité », les discours publicitaires font rarement référence à des maladies spécifiques aux hommes au même titre qu'ils le font pour celles des femmes. Les maladies masculines sont soit ouvertement appelées par leurs noms (« impuissance » par exemple) ou comprises sous les termes détournés présentés plus tôt. Contrairement au contexte états-unien étudié par Suzanne Michelle Fischer¹²¹⁸, j'ai trouvé peu de traces de la mention de « maladies spéciales aux hommes » alors que la mention de « maladies des femmes » est une expression régulièrement mobilisée dans les discours publicitaires. Il est probable, comme le suggère Rene Almeling, qu'étant donné que le qualificatif de « maladies des femmes » désigne la différence, la mention de « appareil génito-urinaire » ou de « voies urinaires » soit immédiatement comprise comme relevant du masculin¹²¹⁹. Dans une publicité pour le Laboratoire des spécialités urologiques (fig. 9) publiée dans le quotidien parisien et conservateur *Le Petit Journal* en 1919, les « voies urinaires »

¹²¹⁷ Ce document est extrait du Site RetroNews et est accessible à l'adresse www.retronews.fr / Toute réutilisation de ce document doit s'inscrire dans les conditions d'abonnement prévues par le site RetroNews.

¹²¹⁸ Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, op. cit.

¹²¹⁹ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

comprennent à la fois les maladies vénériennes, de la prostate, mais aussi la « force virile rendue aux impuissants ». À ceci s'ajoutent d'ailleurs d'autres désagréments : cystite, eczéma, ulcères.



Figure 9: *Le Petit Journal*, 16 septembre 1919, p. 4¹²²⁰.

Le double registre du corps des hommes (à la fois sexué et universel) observé dans la médecine « génito-urinaire » du début du siècle se retrouve donc aussi dans les publicités. Similairement aux usages du terme « andrologie », il est intéressant de noter d'autre part que lorsque l'expression « maladies masculines » est mobilisée, elle l'est en miroir des maladies féminines, pour marquer la binarité entre les sexes. En témoigne l'annonce parue en 1926 dans le principal quotidien nantais *Le Phare de la Loire* pour « l'Institut Biorane » (fig. 10), un Institut spécialisé dans les rayons X et rayons ultraviolets. Si les « maladies des femmes » sont opposées aux « maladies des hommes », ces dernières sont aussi nommées plus tôt parmi les « maladies chroniques » comme concernant les « voies urinaires » ou encore celles de la prostate. Là où la publicité présente l'Institut comme une « [m]aison médicale de la femme, en raison des services spéciaux et importants qui lui sont réservés dans cet établissement modèle »¹²²¹, il n'est pas fait mention de spécialisation similaire pour les « maladies des hommes ». La publicité souligne uniquement le fait que « [p]lusieurs dizaines de mille malades ont été traités depuis 13 ans [...] C'est la meilleure garantie et tous ceux qui, en particulier, souffrent d'une maladie urinaire, ne doivent pas oublier de s'adresser tout d'abord à l'Institut Biorane XAIR »¹²²².

¹²²⁰ Ce document est extrait du Site RetroNews et est accessible à l'adresse www.retronews.fr / Toute réutilisation de ce document doit s'inscrire dans les conditions d'abonnement prévues par le site RetroNews.

¹²²¹ « Maladies chroniques », *Le Phare de la Loire*, 10 juillet 1926, p. 8.

¹²²² *Ibid.*

Maladies Chroniques

Maladies du sang et de la peau — Voies urinaires des deux sexes — Maladies de la femme — Maladies des reins et de la vessie — Maladies de la prostate — Maladies de l'estomac et des intestins — Maladies du cœur — Douleurs, rhumatismes — Maladies nerveuses — Maladies de la poitrine, etc., etc.

Institut Biorane XAIR (Méthode Biorane, de Paris)
Universellement connue

À NANTES, quai de la Fosse, 10 (LUNDI, MERCREDI, JEUDI & SAMEDI)
SAINT-NAZAIRE : Mardi et Vendredi, de 10 h. 30 à 7 heures. — **NANTES** :
Lundi, Mercredi, Jeudi et Samedi, de 9 heures à midi, et de 2 heures à 7 heures. — Le Dimanche, de 9 heures à 11 h. 30.

MALADIES DES FEMMES

L'Institut Biorane XAIR a été à juste titre dénommé la Maison Médicale de la femme, en raison des services spéciaux et importants qui lui sont réservés dans cet établissement modèle et unique, permettant des soins sûrs, rapides, discrets et sans frais inutiles.

MALADIES DES HOMMES

Plusieurs dizaines de mille malades ont été traités depuis 13 ans à l'Institut Biorane Xair. C'est la meilleure garantie et tous ceux qui, en particulier, souffrent d'une maladie urinaire, ne doivent pas oublier de s'adresser tout d'abord à l'Institut Biorane XAIR.

TRAITEMENT des VARICES sans bas ni opération, par les injections sclérosantes
Varicorane absolument sans douleurs

Rayons X - Rayons ultra violets - Consultations

À NANTES, q. de la Fosse, 10 (Lundi, Mercredi, Jeudi, Samedi et Dimanche)
À SAINT-NAZAIRE, 22, rue de l'Hôtel-de-Ville (Mardi et Vendredi),
de 10 h. 30 à midi et 2 heures à 7 heures.

RENSEIGNEMENTS GRATUITS

Figure 10: *Le Phare de la Loire*, 10 juillet 1926, p. 8¹²²³.

Tout en montrant l'existence d'une offre thérapeutique dédiée à la santé masculine à la marge de la médecine des élites, ce chapitre nuance la thèse d'une spécialisation andrologique visible dans la publicité médico-pharmaceutique en France et en Suisse romande. Il existe certes de nombreuses annonces vantant des produits – pilules, dragées, pommades, ceintures électriques, sirops, etc. – ou des soins fournis dans des polycliniques ou par des médecins. L'essor de la publicité et de la « science médicale-pharmaceutique » permet d'ailleurs le développement d'un marché transnational de la santé par correspondance qui s'appuie sur une vision honteuse des maladies masculines et qui participe, de par ses modalités, à maintenir invisibles les défaillances sexuelles des hommes. Pour autant, si les hommes constituent le groupe démographique destinataire de ces messages publicitaires, ceux-ci ne formulent pas de problématisation de maladies « spécifiques » ou « spéciales » à la masculinité. D'autre part, l'existence de cette offre thérapeutique et sa promotion dans la presse n'est pas sans provoquer des résistances des autorités morales, publiques et médicales qui dénoncent la mainmise des « charlatans » sur la santé sexuelle masculine.

¹²²³ Ce document est extrait du Site RetroNews et est accessible à l'adresse www.retronews.fr / Toute réutilisation de ce document doit s'inscrire dans les conditions d'abonnement prévues par le site RetroNews.

Chapitre 3. La création de frontières professionnelles

1. Désigner le « charlatan » : contours d'une crispation

1.1. De la question morale à la pléthore médicale

En 1916, l'écrivain Maurice de Waleffe signe un article dans le périodique nationaliste de tendance républicaine *L'œuvre* dans laquelle il déplore la prolifération des publicités pharmaceutiques à la quatrième page des journaux :

« puisque pour quelques temps encore, on lit la quatrième page des journaux pour son plaisir et non pas seulement pour y chercher un remède contre l'eczéma ou une adresse de sage-femme, serait-il exagéré de demander que la timide publicité qui y pousse, comme une herbe tenace [...] soit rédigée en des termes un peu moins dégoûtants ? [...] J'ai sous les yeux la quatrième page d'hier dans un grand quotidien. Essayez d'en faire la lecture à haute voix à votre famille après un déjeuner ! [...] *Et je passe une colonne de variations ingénieuses sur les voies urinaires, où les maladies masculines sont appelées par leur nom, et comment ! On se croirait dans un édicule des boulevards.* On est pourtant dans un salon, car nos journaux sont faits pour traîner sur la table de famille. Et il est vrai qu'une jeune femme ou une jeune fille peuvent les lire d'un bout à l'autre, excepté les annonces ! Les annonces ouvrent tout au large la porte du cabinet de toilette ou du cabinet de médecin, et même du cabinet tout court »¹²²⁴

La dénonciation de la publicité médico-pharmaceutique et de la publicité pour les maladies masculines en particulier, s'articule à une crainte de la transgression des frontières de genre. Troublant la décence, la publicité qui évoque le nom de maladies masculines met en danger la pudeur des jeunes filles en s'introduisant dans l'espace privé, assigné à la sphère féminine.

L'idée que les termes employés dans la publicité pousseraient à la débauche est fréquemment mobilisée dans les discours qui en dénoncent la teneur au nom de la morale publique. Le journal *La Jeune mère* met en garde contre les annonces « ignobles dans les *Vespasiennes* »¹²²⁵ qui sont « pour la plupart charlatanesques et au plus haut degré immorales ! [...] les plus innocents réfléchissent, s'ils ne comprennent pas tout de suite la signification [...] et éveillent ainsi en eux les idées malsaines susceptibles de les pervertir »¹²²⁶. De par les activités sexuelles qui y ont lieu et les publicités qui y sont affichées, les vespasiennes sont accusées d'enfreindre les bonnes mœurs¹²²⁷. Dans un numéro spécial du magazine satirique *L'Assiette au beurre* dédié à

¹²²⁴ Maurice de Waleffe, « Bienséance », *L'œuvre*, 13 juin 1916, p. 1, italique ajouté.

¹²²⁵ Dr Yamane, « L'Education physique au Japon », *La Jeune mère*, vol. 443, 1903, p. 486-487.

¹²²⁶ *Ibid.*

¹²²⁷ Marc Martin, *Les tasses. Toilettes publiques - Affaires privées*, op. cit.

la pièce de théâtre d'Etienne Brieux, *Les Avariés*, une illustration (fig. 11) raille l'assertion qu'il « faut apprendre aux femmes ce qu'est la syphilis » en montrant les affiches publicitaires antivénériennes qui couvrent les vespasiennes et promettent guérisons rapides et miraculeuses. Situées dans l'espace public, à la vue de toutes, l'auteur ironise ainsi que les publicités constituent un « moyen pratique de renseigner les dames ».

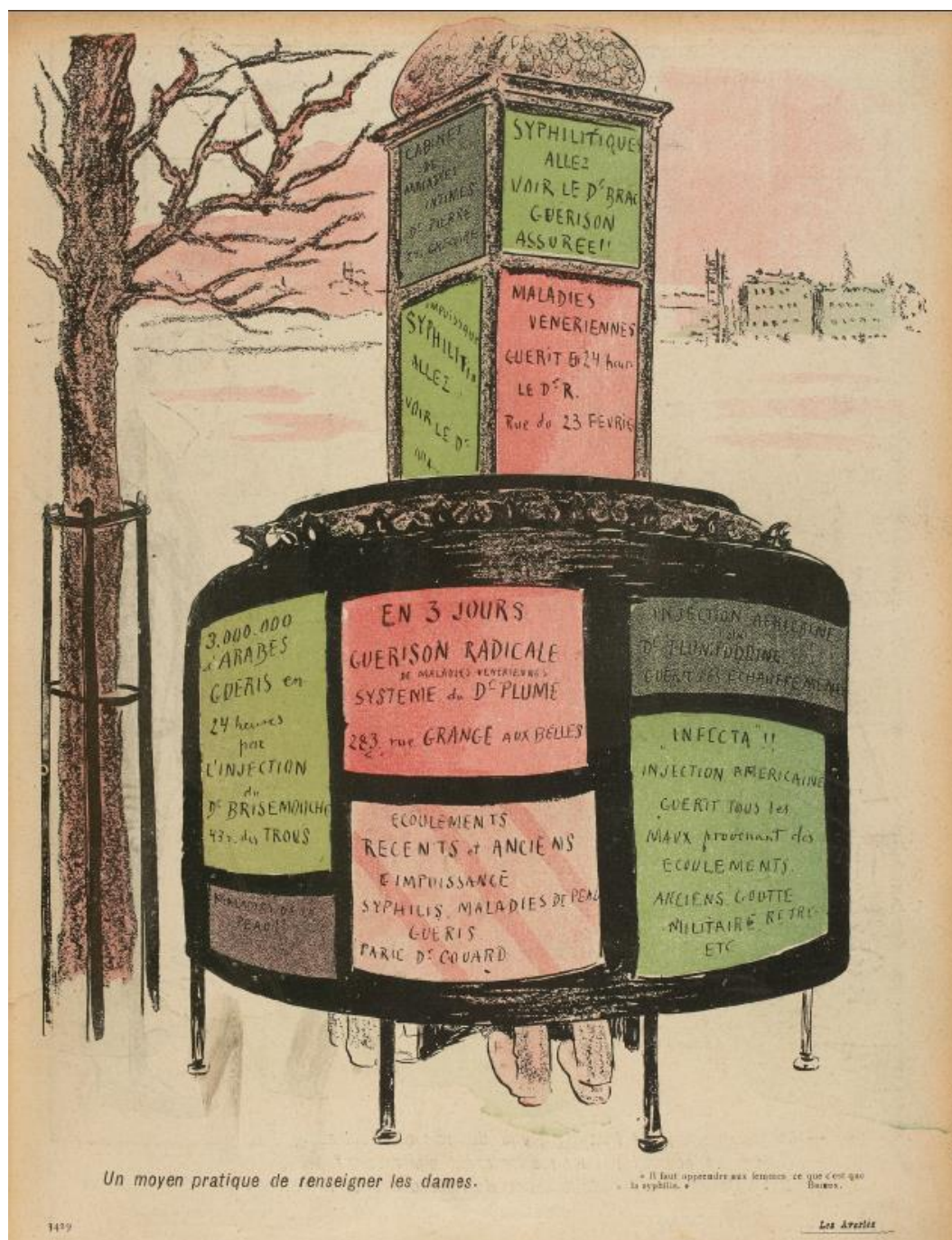


Figure 11: « Un moyen pratique de renseigner les dames », *L'Assiette au beurre*, 18 mars 1905, p. 3429¹²²⁸.

¹²²⁸ Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France.

En 1902, le docteur Émile Goubert convie la Société française de prophylaxie sanitaire et morale à se préoccuper et à interdire les réclames des « médecins de pissotières ». Pour les vénéréologues, le danger porte sur les promesses de guérison rapide des maladies vénériennes qui détourneraient les malades des consultations en leur faisant croire que leurs maladies peuvent être traitées facilement, participant de ce fait à la propagation de la maladie dans les familles par des hommes qui se croient guéris¹²²⁹. Le professeur et maire de Lyon Victor Augagneur suggère en 1905 à la Commission extraparlamentaire du régime des mœurs de faire qualifier la publicité pour le traitement des maladies vénériennes, qu'elle soit publiée par voie d'affiche sur les murs, dans les urinoirs, dans les journaux, sous la forme de prospectus distribués sur la voie publique ou envoyés à domicile, comme un acte d'outrage aux bonnes mœurs¹²³⁰. La discussion est agitée : certains membres relèvent la contradiction que cette proposition établirait en marquant du sceau de l'immoralité des maladies que les vénéréologues cherchent au contraire à déstigmatiser. D'autres craignent que la qualification de « charlatan » pour tout médecin spécialiste ne nuise à la profession¹²³¹. La création d'une commission au sein de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale sur la question aboutit néanmoins sur la proposition d'obtenir un arrêté d'interdiction du Préfet de police au nom des bonnes mœurs pour interdire aux concessionnaires des édicules ces affichages¹²³². Si en 1905 les cahiers des charges intègrent un article prohibant « [t]oute publicité relative au traitement des maladies vénériennes »¹²³³, il faudra néanmoins attendre la fin des années des contrats en cours, jusqu'aux années 1920 pour que disparaissent les affiches d'urinoirs¹²³⁴. Elles restent suffisamment présentes pour que les groupes de moralité défendant les intérêts des « pères de famille » évoquent encore la nécessité de demander aux Conseil municipaux d'interdire la publicité de ces « remèdes [qui] encouragent à la débauche » jusqu'en 1925¹²³⁵. La publicité vénérienne cède progressivement la place à d'autres secteurs publicitaires, notamment d'autres pilules et produits pharmaceutiques¹²³⁶.

Malgré les plaintes des ligues pour le relèvement de la moralité publique, il semblerait que les remèdes contre l'impuissance et la frigidité aient peu fait l'objet d'attention dans les procédures

¹²²⁹ Thierry Lefebvre, « Syphilis et automédication au tournant du siècle », *op. cit.*

¹²³⁰ Louis Fiaux, *La Police des Mœurs devant la commission extra-parlementaire du régime des mœurs*, *op.cit.*, p. 461.

¹²³¹ *Ibid.*

¹²³² Thierry Lefebvre, « Syphilis et automédication au tournant du siècle », *op. cit.*

¹²³³ *Ibid.*, p. 50.

¹²³⁴ Thierry Lefebvre, « Syphilis et automédication au tournant du siècle », *op. cit.*

¹²³⁵ *La Croix*, 18 mars 1927, p. 3.

¹²³⁶ Marc Martin, *Les tasses. Toilettes publiques - Affaires privées*, *op. cit.*

judiciaires sur les remèdes secrets ou les fraudes¹²³⁷. La loi du 16 mars 1898 adoptée en France condamne les écrits, affiches, dessins, et autres supports susceptibles de contrarier les bonnes mœurs et s'étend non plus uniquement à l'espace public mais aussi à la diffusion gratuite à domicile, par voie de poste ou de portage, ainsi que dans les petites annonces des journaux. Or, comme le souligne Sylvie Chaperon, « [c]ette loi sera appliquée surtout contre la littérature érotique, contre les annonces prostitutionnelles et le militantisme néomalthusien »¹²³⁸.

Dans le canton catholique de Fribourg, où les lois sur les bonnes mœurs sont inspirées du contexte français, la police des mœurs s'inquiète davantage du caractère néomalthusien des annonces que celui des maladies sexuelles ou masculines. Ainsi, lorsqu'une pharmacie genevoise fait paraître une annonce dans le quotidien *La Suisse* en octobre 1914 à propos de l'effet de « produits spéciaux [...] pour [la] limitation volontaire des naissances, [les] retards, [les] maladies vénériennes [et l']impuissance »¹²³⁹, l'inquiétude du dénonciateur tient surtout au caractère néomalthusien de l'« infâme réclame où sont annoncés certains produits d'une pharmacie de Genève pour la limitation des naissances »¹²⁴⁰. Les poursuites menées dans le canton pour « pornographie » à l'encontre de l'Institut Hygie, une entreprise située à Genève qui vend des produits anticonceptionnels, sont également motivées par la crainte de la propagande néo-malthusienne. Le fait que l'Institut commercialise également des remèdes contre l'impuissance ou pour atténuer le désir sexuel n'est pas mentionné dans les poursuites engagées contre celui-ci¹²⁴¹. La qualification de pornographie permet ainsi de censurer des publications promouvant le contrôle des naissances, à l'instar de *La Vie Intime. Hygiène sociale, Malthusianisme, Question de mœurs* publié mensuellement par un groupe néomalthusien genevois dirigé par le député socialiste Valentin Grandjean. Qualifié de pornographique dans les cantons catholiques de Fribourg et du Valais, le périodique est interdit de circulation par le département fédéral des postes, ce que déplore un chroniqueur du *Genevois* en 1909 :

« Que la poste se refuse à transporter des journaux pornographiques, l'intention est louable, mais le résultat peut être désastreux à moins qu'on ne nous dise d'abord nettement ce qu'est un journal pornographique. Pourquoi la *Vie Intime*, qui s'efforce à propager les théories de Malthus, serait-elle plus sale que les journaux qui renferment des annonces dans lesquelles des drogues sont offertes pour triompher de la stérilité et de l'impuissance ? »¹²⁴²

¹²³⁷ Pauline Mortas, « Hot stuff. Anatomy of the sex market at the dawn of the twentieth century », *op. cit.*

¹²³⁸ Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, *op. cit.*, p. 27.

¹²³⁹ AEF, DPd 857 : Direction de la Police : sexualité et moralité (1914-1915), publicité de *La Suisse*, 19 octobre 1914.

¹²⁴⁰ *Ibid*, lettre de dénonciation, 19 octobre 1914.

¹²⁴¹ *Ibid*.

¹²⁴² « Chez nos confrères », *La Vie Intime*, 11, Juillet 1909, p. 2.

Dans les cantons protestants de Vaud et de Genève, des lois visant à réprimer la littérature dite obscène ou contraire aux bonnes mœurs sont également en préparation et leur contrôle s'effectue principalement à l'encontre des conférenciers qui s'expriment sur le contrôle des naissances¹²⁴³. Dans un contexte où les inquiétudes politiques portent principalement sur la question de la dénatalité, la relative tolérance à l'égard des publicités pour les maladies sexuelles masculines peut s'expliquer par le fait que celles-ci ne sont pas perçues, au même titre que la propagande néo-malthusienne, comme un danger pour la race et la nation.

Similairement à d'autres contextes à la même période historique, la régulation de la publicité médicale apparaît comme un catalyseur pour la création de frontières entre la médecine officielle et les médecines qualifiées de charlatanisme¹²⁴⁴. Depuis la deuxième moitié du XIX^e siècle, les médecins qui font de la réclame sont mal perçus par leurs confrères qui craignent une discréditation du corps médical¹²⁴⁵. Dans les années 1880, un projet de loi concernant « l'annonce et la vente des médicaments dits secrets, des produits similaires patentés et des spécialités pharmaceutiques »¹²⁴⁶ est étudié par le Conseil national fédéral. Le rapport de la commission s'inquiète notamment du développement d'une « industrie spéciale qui, prenant le masque de la bienveillance et de la compassion »¹²⁴⁷ vise les vénériens. L'inquiétude est tout autant morale que médicale :

« Celui qui achète une telle brochure trouvera dans cet opuscule tous les désordres sexuels, dont il ne connaissait pas même les noms, au moins pour la plupart, représentés dans les couleurs les plus outrées, et les suites qu'ils produisent dépeintes d'une manière si exagérée et si effrayante que, s'il était seulement un homme égaré, il en serait poussé au désespoir, tandis que, s'il est déjà un véritable débauché, il essaie de pratiquer lui-même les vices qui y sont décrits et que, auparavant, il ne connaissait pas encore, ce qui le fera tomber de chute en chute au dernier degré de dépravation. La fin et le couronnement de cette lecture est que le lecteur s'adresse ensuite soit à l'auteur de ces brochures soit aux personnes qui lui y sont nommées, qu'il leur demande les remèdes offerts et qu'il les obtient à des prix fabuleux, sans toutefois trouver dans ces remèdes le secours et la guérison tant promis »¹²⁴⁸

La pratique de la publicité et sa dénonciation s'inscrivent dans un contexte de sentiment de crise

¹²⁴³ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

¹²⁴⁴ Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, op. cit. ; Lindsay R. Watson, « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », op. cit.

¹²⁴⁵ Philip Rieder, « Entre liberté et contrôle, les privés-docents et l'enseignement de la médecine à Genève entre 1876 et 1917 », op. cit.

¹²⁴⁶ Rapport de la majorité de la commission du conseil national touchant le projet de loi présenté par le conseil fédéral concernant « l'annonce et la vente des médicaments dits secrets, des produits similaires patentés et des spécialités pharmaceutiques », du 16 juin 1880, p. 488-489.

¹²⁴⁷ Ibid.

¹²⁴⁸ Ibid.

de la profession médicale qui survient en Europe au tournant du siècle et qui s'explique par l'augmentation du nombre de diplômés en médecine, qualifiée de « pléthore médicale » risquant d'installer un « prolétariat intellectuel »¹²⁴⁹ en concurrence pour obtenir l'attention des patients. Une étude du journaliste Henry Bérenger à la fin du siècle conclut que l'important nombre de diplômés les pousse à se rejeter sur un « *exercice louche* de leur profession. [...] [certains] s'associent à des pharmaciens pour écouler des spécialités coûteuses et inutiles ; d'autres encore sont « médecins d'urinoirs », c'est-à-dire de maladies secrètes »¹²⁵⁰. Un article du *Journal de Genève* explique en 1904 que la profusion de charlatanisme s'explique par « la misère qui pousse les jeunes gens à de telles commissions [...] Il faut voir dans ces douloureuses constatations une nouvelle preuve de l'encombrement qui règne dans la profession médicale et des difficultés qui guettent le jeune médecin au seuil même de sa carrière »¹²⁵¹.

La dénonciation de la pléthore médicale s'accompagne de celle de la multiplication jugée néfaste des catégories médicales. Comme le souligne l'historien Vincent Barras, les médecins craignent la concurrence de ces nouvelles « branches » non-contrôlées :

« homéopathes [...] magnétiseurs, les herboristes itinérants [...] les pharmaciens outrepassant les compétences de leur métier, les rebouteurs, les curés ou pasteurs plus ou moins déviants, [...] les hypnotiseurs et mille variétés de thérapeutes de champs de foire, prêts à tout pour s'attirer les faveurs de la clientèle. Un tel état des choses serait doublement préjudiciable. Il menacerait le patient, victime crédule potentielle d'une masse confuse de soignants au sein de laquelle on serait bien en peine de reconnaître les « vrais médecins », mais aussi la corporation tout entière de ces « vrais médecins », la seule en mesure de garantir un certain niveau d'éducation et de moralité à ses membres, une honorabilité commune face au public, et pourtant privée, par cette concurrence déloyale, de revenus auxquels la formation et la moralité de ses membres lui donneraient droit. »¹²⁵²

La dénonciation de ces spécialités fait partie d'un arsenal rhétorique qui permet d'établir le monopole des médecins sur l'exercice médical¹²⁵³. Dans le cas des maladies masculines, les pharmaciens constituent une réelle concurrence aux médecins, qui mettent en avant leur incompétence et le risque qu'ils aggravent la maladie des patients. Le docteur Emile Laurent les décrit ainsi en 1896 :

¹²⁴⁹ Pierre Moulinier, « La « Belle Epoque » des carabins et des potards : préhistoire du syndicalisme étudiant ? (1902-1912) », *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, vol. 86, 2007/2, p. 10-28. ; Pierre Darmon, *La vie quotidienne du médecin parisien en 1900*, Paris, Hachette, 1988.

¹²⁵⁰ « La statistique du prolétariat intellectuel », *L'Eclair*, 25 janvier 1898, p. 1.

¹²⁵¹ « Une Exposition du Charlatanisme », *Journal de Genève*, 19 décembre 1904, p. 1.

¹²⁵² Vincent Barras, « Histoire du médecin de 1880 à la fin du XXe siècle », dans Louis Callebat (dir.), *Histoire du médecin*, Paris, Flammarion, 1999, p. 271.

¹²⁵³ Vincent Barras, « Histoire du médecin de 1880 à la fin du XXe siècle », *op. cit.*

« dans chaque quartier il y en a un au moins qui s'est fait une réputation pour ce genre de maladies. Le jeune homme entre, l'oreille basse, dans l'officine ; il se confie timidement au premier élève qui, sentant un bon pigeon, fait appeler le patron qui opérera avec plus de dextérité. On entraîne la victime de Vénus dans l'arrière-boutique. L'excellent pharmacien l'interroge, fait des yeux ronds, demande à voir, et finalement déclare qu'avec un traitement énergique ça ne sera rien, qu'il va couper cela comme au couteau. Le jeune homme s'en va avec des fioles plein ses poches et sa bourse vide, se disant, à part lui, que l'amour et la pharmacie coûtent cher à Paris. Ce traitement n'a généralement aucune efficacité : ce sont les cas les plus heureux. Souvent il aggrave le mal. »¹²⁵⁴

La qualification du malade comme un pauvre hère, vraisemblablement jeune ou issu de classes populaires, qui tombe dans le piège des pharmaciens et des « médecins de pissotières » sert aux médecins à se positionner dans un rapport de concurrence qui les oppose à d'autres praticiens. En creux néanmoins, il est possible de comprendre que c'est précisément la capacité d'agir des malades, et l'incapacité de contrôler leurs choix, qui pose problème. Ainsi, comme le souligne l'historien Pierre Guillaume :

« La crainte, exprimée dès la fin du 19^e siècle, de voir la mentalité des pauvres se transformer sous l'effet des lois sociales, se confirme. L'image du bon pauvre reconnaissant des bienfaits de la charité qu'on lui consent s'efface devant celle de l'individu qui revendique la jouissance de ses droits. [...] On passe rapidement de cette notion diffuse de droit aux soins à celle du droit à la guérison et à la santé. Il y a là une source évidente de contestation d'un pouvoir médical désormais jugé sur son efficacité. [...] Cette contestation du pouvoir médical se nourrit de ce que les médecins considèrent volontiers comme deux plaies de l'époque, la vulgarisation abusive des connaissances médicales et la réclame mensongère en faveur de remèdes et de traitements miracles. Cette dernière apparaît comme la forme d'un charlatanisme qui échappe longtemps aux rigueurs de la loi »¹²⁵⁵

Le fait de dépeindre les hommes qui se tournent vers les pharmaciens ou des « docteurs d'urinoir » comme étant dupés par faute d'information suffisante ou par honte, permet de qualifier ces praticiens de « charlatans » et simultanément de se positionner comme experts, à un moment où les nouvelles spécialités médicales telles que l'urologie et la syphilographie émergent et que leurs défenseurs cherchent à légitimer leur positionnement. Ce faisant, ces discours réduisent les hommes à un rôle passif et ne permettent pas de donner à voir les potentielles critiques et résistances des patients à la médecine orthodoxe.

¹²⁵⁴ Emile Laurent, *La médecine des âmes*, op.cit., p. 33.

¹²⁵⁵ Pierre Guillaume, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996, p. 211-212.

1.2. Le tournant de la Grande Guerre

Comme le souligne l'historien Eric H. Ash, l'expertise médicale ne repose pas uniquement sur le contrôle d'un corpus de connaissances mais aussi sur la reconnaissance sociopolitique de cette expertise¹²⁵⁶. À ce titre, la Grande Guerre constitue un moment charnière dans la prise en charge et la reconnaissance des maladies vénériennes. En France, le conflit constitue un moment clé lors duquel les pouvoirs publics et militaires se saisissent de la question de cet « ennemi intérieur » que constituent les maladies vénériennes, et plus particulièrement, la syphilis¹²⁵⁷. La prolifération de nouveaux cas de syphilis, de blennorragie et de chancre chez les soldats contaminés par la prostitution clandestine alarme les autorités à partir de décembre 1915. Celles-ci craignent des dommages sur la natalité une fois la guerre terminée, les maladies vénériennes étaient accusées de corrompre le sang et d'abâtardir les générations futures¹²⁵⁸. Si l'activité des syphiligraphes avait peu attiré l'attention des pouvoirs publics avant-guerre, ils deviennent désormais des interlocuteurs privilégiés de l'action politique dans un contexte de crainte de l'affaiblissement des corps des soldats, de dégénérescence et de défaite nationale¹²⁵⁹. En transformant les maladies secrètes en maladies publiques, l'État dispose désormais d'une nouvelle légitimité pour contrôler et intervenir sur les corps et la sexualité des hommes. La lutte contre les maladies vénériennes devient ainsi un enjeu national de l'État hygiénique et moralisateur¹²⁶⁰.

Les politiques publiques se concentrent initialement sur le contrôle de l'activité des prostituées, considérées comme principales vectrices des maladies vénériennes¹²⁶¹ mais se tournent rapidement vers les soldats qui sont désormais soumis à des contrôles réguliers et font l'objet d'une surveillance accrue. Dès janvier 1916, le Service de santé, souhaitant mettre fin à la dissimulation des affections vénériennes, organise les bordels près du front pour contrôler les prostituées. En même temps, il prévoit des examens médicaux périodiques des organes génitaux des soldats, qualifiés de « revue des queues » par ces derniers¹²⁶². À l'initiative de quelques médecins spécialistes, des établissements dermato-vénérologiques sont ouverts dans la zone de l'intérieur soutenus par l'État. Les dispensaires antivénériens appelés « services annexes des

¹²⁵⁶ Eric H. Ash, « Introduction: Expertise and the Early Modern State », *Osiris*, vol. 25, n° 1, 2010, p. 1-24.

¹²⁵⁷ Jean-Yves Le Naour, « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) », *op. cit.*

¹²⁵⁸ *Ibid.*

¹²⁵⁹ Jean-Yves Le Naour, *Misères et tourments de la chair. Les mœurs sexuelles des Français, 1914-1918*, *op. cit.*

¹²⁶⁰ *Ibid.*

¹²⁶¹ Nicole Malherbe, *Péril vénérien. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Lausanne et à Neuchâtel avant l'apparition du Sida*, *op. cit.* ; Alain Corbin, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIXe siècle*, *op. cit.*

¹²⁶² Jean-Yves Le Naour, « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) », *op. cit.*

hôpitaux » permettent aux malades d’être soignés de manière ambulatoire et sans frais puisque l’État prend entièrement en charge les dépenses occasionnées¹²⁶³. La mise en place d’un traitement ambulatoire, facilitée par les nouvelles thérapeutiques, notamment les injections arsenicales de salvarsan ou 606, permet d’envisager cette nouvelle forme de dispensaire antivénérien ambulatoire sur le territoire français¹²⁶⁴. En juillet 1916, le responsable du Service de santé militaire Justin Godart réunit toutes les autorités intéressées par la question des maladies dites « spéciales » afin d’établir une circulaire qui expose l’ensemble des moyens et instructions relatifs à la lutte antivénérienne¹²⁶⁵. Afin d’encourager les hommes à consulter, le rapport privilégie d’effectuer une publicité subtile dans la presse pour ces consultations en les nommant par exemple « consultation pour les maladies de la peau et des muqueuses » afin de ménager les préjugés sur des maladies jugées honteuses¹²⁶⁶.

Malgré la neutralité relative du pays dans le conflit, la Grande Guerre déclenche également une recrudescence des maladies vénériennes qui attire l’attention des autorités publiques en Suisse romande¹²⁶⁷. Comme le souligne Taline Garibian, les politiques sanitaires autour de la prolifération des maladies vénériennes s’étaient jusqu’alors principalement résumées à un contrôle et une surveillance de la prostitution tout en considérant avec prudence toute politique visant à détecter et soigner les hommes¹²⁶⁸. Dès la fin des années 1910, l’accent est mis sur l’importance de modifier non seulement la politique de prise en charge mais aussi la perception de ce type de maladies et des établissements qui les soignent. Cela se traduit par un important travail de vulgarisation par le biais de brochures et l’organisation de conférences relayées par la presse mais aussi par l’ouverture de lieux spécifiques, à l’instar du dispensaire antivénérien rattaché à la polyclinique médicale de Lausanne en 1919. À la fin du conflit, l’idée selon laquelle la lutte antivénérienne doit être dirigée à la fois vers les femmes et les hommes semble faire l’unanimité pour les médecins comme pour les autorités¹²⁶⁹. Cette transformation est établie sur la base des nouvelles connaissances scientifiques qui permettent de traiter la syphilis¹²⁷⁰.

La progressive inclusion des hommes dans le traitement des maladies vénériennes implique la nécessité de les détourner de la concurrence des « charlatans » pour s’assurer du bon suivi et de

¹²⁶³ Jean-Yves Le Naour, *Misères et tourments de la chair. Les mœurs sexuelles des Français, 1914-1918*, op. cit.

¹²⁶⁴ Jean-Yves Le Naour, « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) », op. cit.

¹²⁶⁵ *Ibid.*

¹²⁶⁶ *Ibid.*

¹²⁶⁷ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

¹²⁶⁸ *Ibid.*

¹²⁶⁹ *Ibid.*

¹²⁷⁰ Matteo Pedroni, « Radiographie de la peur: 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », op. cit.

l'efficacité des traitements. Pour ce faire, la propagande antivénérienne s'appuie sur la publicité à un moment où celle-ci connaît un essor sans précédent : plus encore que la brochure ou le tract distribués dans les dispensaires, l'affiche devient un support privilégié de communication¹²⁷¹. Une circulaire du Ministère de l'Intérieur à l'attention des préfets distribuée en 1919 explique ainsi la démarche adoptée par le gouvernement français en termes de propagande antivénérienne :

« il n'est pas douteux que la publicité de plus en plus active, faite en vue du traitement bien conduit des affections vénériennes, aura pour effet de détourner les malades des charlatans qui les exploitent, et d'amener chez les médecins dignes de ce nom des gens qui seraient demeurés indifférents à leur état et ne se seraient pas fait traiter »¹²⁷²

À l'initiative de quelques médecins spécialistes, des mesures avaient déjà été prises dans ce sens. En 1891, la Société pour le traitement des maladies contagieuses du canton de Neuchâtel avait décidé d'ouvrir l'hôpital de Chantemerle, lieu spécialisé dans les maladies contagieuses, à d'autres catégories de patients afin que les vénériens puissent s'y rendre en toute discrétion¹²⁷³. Les docteurs Charles Nicolle et Pierre Derocque proposaient quant à eux en 1901, lors d'une séance de la Société normande d'hygiène pratique, d'organiser un véritable enseignement antivénérien à destination du public et plus précisément des jeunes hommes. Ils préconisaient notamment de placarder des affiches à l'intérieur des urinoirs et water-closets publics afin d'épargner « les yeux des enfants et des femmes »¹²⁷⁴.

Afin de convaincre les hommes de se tourner vers les soins médicaux, les médecins et responsables politiques engagés dans la lutte antivénérienne recommandent d'employer des méthodes ironiquement similaires à celles des « charlatans » qu'ils dénoncent, notamment les promesses de la gratuité, de l'anonymat et la pratique de la publicité. En France comme en Suisse, la possibilité d'avoir recours à des soins anonymes est retenue comme le moyen le plus efficace pour lutter contre les maladies vénériennes¹²⁷⁵. Ainsi, les brochures pour le dispensaire de Clermont-Ferrand éditées en 1917 s'adressent directement aux malades récalcitrants, en leur garantissant « un maximum de **discrétion**, puisque vous serez reçus séparément, dans des

¹²⁷¹ Claude Quétel, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, op. cit.

¹²⁷² ADG, 5 M 153 1916-1926, circulaire du Ministère de l'intérieur, 20 mai 1919, p. 3.

¹²⁷³ Nicole Malherbe, *Péril vénérien. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Lausanne et à Neuchâtel avant l'apparition du Sida*, op. cit.

¹²⁷⁴ Karl Feltgen, *Histoire de la lutte contre les maladies vénériennes à Rouen* [En ligne]. URL : <https://www.chu-rouen.fr/wp-content/uploads/sites/2/2017/04/Histoire-de-la-lutte-contre-les-maladies-veneriennes-a-Rouen-1ere-partie-Dr.-Karl-Feltgen-Seance-GHHR-11-decembre-2002.pdf>, p. 13.

¹²⁷⁵ Matteo Pedroni, « Radiographie de la peur: 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », op. cit.

Cabinets isolés »¹²⁷⁶ et que « [v]ous pourrez d'ailleurs vous mêler, sous un prétexte banal, aux Consultants de Médecine générale »¹²⁷⁷. Le Comité pour l'étude des questions sexuelles et pour la lutte contre les maladies vénériennes, premier organe officiel vaudois constitué pour combattre le « péril vénérien », développe en 1918 un programme obligeant les médecins à déclarer les malades de manière anonyme au Service sanitaire dans un but statistique¹²⁷⁸. Il renonce initialement à la dénonciation des malades et un système de soin coercitif afin d'encourager la relation de confiance entre médecins et patients, avant d'adopter une loi pouvant ordonner le traitement obligatoire des vénériens en 1928¹²⁷⁹. Similairement, Charles Du Bois, privat-docent à l'Université de Genève, propose en 1921 de garantir l'anonymat des malades qui viennent consulter pour maladies vénériennes¹²⁸⁰.

À la fin de la Grande Guerre, en France comme en Suisse, les transformations de représentations des malades vénériennes s'accompagnent d'une responsabilisation individuelle des hommes qui en sont atteints. Ainsi, les malades ne sont plus coupables d'avoir eu des rapports avec des prostituées et le désir hétérosexuel des jeunes hommes est normalisé, mais ils sont désormais responsables de se faire soigner, et ce d'autant plus que les traitements (salvarsan et 606) parviennent à raccourcir considérablement le temps de contagion¹²⁸¹. Comme le montre l'historienne Judith Surkis, ces initiatives s'appuient sur l'image d'un citoyen masculin français et blanc « civilisé » pouvant être libéré de l'ignorance et avec elle, du secret, de la maladie et de la perversité – au contraire de la figure de l'homme colonisé dont l'instinct sexuel est décrit comme « primitif »¹²⁸².

Les documents d'information distribués aux hommes sous la forme d'affiches, de publicités ou de brochures, insistent sur l'importance de consulter un médecin certifié dans les dispensaires. Le médecin-major Henri Gougerot, chef d'un centre de dermato-vénéréologie militaire, propose de distribuer et d'afficher des papillons en plusieurs langues (français, arabe, anglais) dans les maisons closes mais aussi « dans les urinoirs pour servir de contre-poison aux réclames

¹²⁷⁶ Ville de Clermont-Ferrand, *Traitement des maladies vénériennes, blennorrhagie, chancres mous, balanites, syphilis*, 1917.

¹²⁷⁷ *Ibid.*

¹²⁷⁸ Matteo Pedroni, « Radiographie de la peur: 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », *op. cit.*

¹²⁷⁹ *Ibid.*

¹²⁸⁰ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, *op. cit.*, p. 96.

¹²⁸¹ Nicole Malherbe, *Péril vénérien. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Lausanne et à Neuchâtel avant l'apparition du Sida*, *op. cit.* ; Judith Surkis, « Enemies Within: Venereal Disease and the Defense of French Masculinity between the Wars », *op. cit.*

¹²⁸² Judith Surkis, « Enemies Within: Venereal Disease and the Defense of French Masculinity between the Wars », *op. cit.*

charlatanesques »¹²⁸³. Les papillons destinés à être affichés dans les urinoirs interpellent ainsi : « vous devez toujours avoir recours aux soins de votre docteur, NE VOUS SOIGNEZ PAS VOUS-MÊME, NI PAR CORRESPONDANCE. Méfiez-vous des réclames »¹²⁸⁴. La notice publiée par la Société suisse pour la prévention des maladies vénériennes délivre des conseils similaires : « Dès qu'on a quelque raison de croire qu'on est infecté, aller trouver le médecin *sans fausse honte*. [...] On ne saurait trop mettre en garde contre les charlatans et tous ceux qui prétendent pouvoir traiter les maladies sexuelles sans avoir les connaissances nécessaires »¹²⁸⁵. À ces recommandations se joignent des conseils d'hygiène et l'invitation aux hommes à s'auto-examiner : un tract distribué aux ouvriers en 1919 recommande, après un rapport sexuel « à risque », d'« uriner immédiatement [...] [de] pratiquer un savonnage de plusieurs minutes, soigneux et méticuleux, sur toutes les parties de la verge et les bourses [...] la lésion la plus insignifiante en apparence : écorchure, bouton ou suintement peut être le début d'une infection très grave »¹²⁸⁶.

La dramatisation des dangers du soin par correspondance est un élément central de la propagande antivénérienne destinée aux hommes. Les affiches de propagande éditées par le Ministère de la santé dans les années 1920 mettent ainsi l'accent sur la responsabilité individuelle : « Que ceux qui en sont atteints [de la syphilis] s'adressent donc à un médecin (et non à un pharmacien) et se méfient des prétendus spécialistes qui se livrent à une réclame éhontée et exploitent les malades en leur promettant une guérison qu'ils sont incapables de leur procurer ! »¹²⁸⁷. La propagande cherche à transformer les habitudes de consultation des hommes en les persuadant de ne pas se fier aux pharmaciens, aux « charlatans » ou aux conseils de camarades et d'amis plus expérimentés. Un tract rédigé par le médecin militaire Henri Gougerot à l'attention des soldats fait miroiter la crainte de perdre sa virilité et de faillir à protéger sa famille :

« Sais-tu, en effet, que la blennorragie mal soignée peut te rendre stérile et impuissant « en tombant dans les bourses » ; qu'elle peut te rendre impotent en attaquant les jointures ; sans compter les rétrécissements, maladies de vessie et des reins ; qu'elle peut rendre ta femme infirme, stérile, détraquée, et la tuer [...] qu'elle peut rendre aveugles tes enfants ? [...] Je n'exagère pas ! c'est la vérité ! il faut que tu le saches, et ne crois pas le camarade qui se

¹²⁸³ ADG, 5 M 153 1916-1926, Gougerot, *Un Programme de lutte antivénérienne*, n.d., p. 27.

¹²⁸⁴ « La Propagande antivénérienne par les tracts, papillons et conférences, etc. », *Bulletin de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale*, 1919, p. 139.

¹²⁸⁵ « Notice publiée par la Société suisse pour la prévention des maladies vénériennes », *La Croix-Rouge suisse*, vol. 9, 1919, p. 107.

¹²⁸⁶ ADG, 5 M 153 1916-1926, Le danger des maladies vénériennes. Ce qu'il faut savoir, ca. 1919.

¹²⁸⁷ ADG, 5 M 153 1916-1926, affiche *Protégez-vous contre la syphilis*, n.d.

glorifie d'avoir eu plusieurs chaude-pisse et la vérole ; tu le vois bien portant... en apparence »¹²⁸⁸

Alors que le plaisir sexuel fait l'objet d'une plus grande visibilité dans la culture d'après-guerre notamment dans le cinéma, le dance-hall et la publicité¹²⁸⁹, le film de propagande devient également un outil particulièrement utile pour transmettre des messages aux jeunes gens¹²⁹⁰. En France comme en Suisse, l'armée, et plus particulièrement l'école de recrues, est un premier canal de diffusion du message antivénérien car il permet de toucher une large partie de la population masculine à un âge où les maladies vénériennes sont censées être les plus présentes¹²⁹¹. En 1928 paraît *Le Baiser qui tue*, un film réalisé par le réalisateur et scénariste suisse Jean Choux qui met en scène l'histoire d'un jeune homme parti faire son service dans la marine qui succombe aux charmes d'une prostituée. Malade, et alors qu'il doit rentrer chez lui, il va voir un médecin à l'infirmerie qui lui conseille de se rengager et de reporter son mariage pour avoir le temps de guérir. À la sortie du train qui le ramène à Paris, il saisit un prospectus et décide de se faire traiter par correspondance. La suite est catastrophique : ayant contaminé sa femme et ayant eu un enfant idiot, il se livre à l'alcoolisme, devient fou et menace de tuer l'ensemble de sa famille. Or, tout cela n'était qu'un cauchemar : la scène terrifiante n'est que le produit de son imagination alors que le médecin lui explique ce qui lui arriverait s'il ne soignait pas. Il décide alors de se rengager et de se soigner et peut se marier honnêtement une fois le service terminé¹²⁹². Le film, au même titre que d'autres, érige de nouvelles normes de masculinité orientées autour du devoir à se faire soigner, en adoptant une perspective « réaliste » sur les maladies vénériennes, tout en présentant les prostituées comme un danger pour la sphère familiale¹²⁹³.

¹²⁸⁸ ADG, 5 M 153 1916-1926, Gougerot, *Un programme de lutte antivénérienne*, n.d.

¹²⁸⁹ Judith Surkis, « Enemies Within: Venereal Disease and the Defense of French Masculinity between the Wars », *op. cit.*

¹²⁹⁰ Nicole Malherbe, *Péril vénérien. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Lausanne et à Neuchâtel avant l'apparition du Sida*, *op. cit.* ; Claude Quézel, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, *op. cit.* ; Christian Bonah, « "A word from man to man". Interwar Venereal Disease Education Films for Military Audiences in France », *Gesnerus*, vol. 72, n° 1, 2015, p. 15-38.

¹²⁹¹ Christian Bonah, « "A word from man to man". Interwar Venereal Disease Education Films for Military Audiences in France », *op. cit.*

¹²⁹² G. Milian, « Le baiser qui tue », *Paris médical. La semaine du clinicien*, 1928, p. 201-204.

¹²⁹³ Christian Bonah, « "A word from man to man". Interwar Venereal Disease Education Films for Military Audiences in France », *op. cit.*

2. La déontologie médicale contre le charlatanisme

Comme le souligne l'historien Roy Porter, le terme de « charlatan » doit être compris comme une étiquette qui permet de désigner ceux qui transgressent les normes implicites de la médecine¹²⁹⁴. Le sociologue Thomas F. Gieryn suggère que la construction, par les scientifiques eux-mêmes, d'une frontière entre les sciences et les « non-sciences » permet l'acquisition d'une autorité intellectuelle, d'opportunités de carrière, ainsi que la captation des ressources au détriment des « pseudosciences »¹²⁹⁵. Les médecins souhaitant se démarquer des praticiens déterminent ainsi quelles sont les « bonnes pratiques médicales » d'un point de vue déontologique¹²⁹⁶. Ainsi, comme le souligne Julie Perrin, « la professionnalisation des médecins aboutit à la définition légale et déontologique des « bonnes pratiques médicales » et détermine le système formel de santé »¹²⁹⁷. Ce faisant, la qualification de certains praticiens comme des « charlatans » permet d'assurer l'allocation de ressources financières, logistiques et académiques et de légitimer l'existence d'une médecine traitant des questions sexuelles.

La reconnaissance des maladies vénériennes comme un fléau social permet d'assurer un monopole de l'étude de ces questions en luttant contre une publicité d'autant plus florissante dans l'entre-deux-guerres. À ce titre, la dénonciation des « docteurs d'urinoirs » devient le symbole d'une lutte d'appropriation de certaines maladies masculines par les médecins spécialistes, une figure contre laquelle se construit en opposition celle du « bon médecin ». En 1921, dans le quotidien socialiste *l'Ère nouvelle*, le Dr A. Gauducheu décrit le charlatanisme médical comme un fléau social, en particulier les affiches « [que] nous voyons partout [et] qui promettent les guérisons les plus étonnantes, surtout de ces maladies secrètes et honteuses qui sont de véritables mines d'or. Ici, on guérit du même coup la syphilis et l'impuissance ; là, on vous invite à visiter le célèbre professeur X., qui a la spécialité mirifique de vous enlever votre maladie en un tournemain »¹²⁹⁸. Plus particulièrement, il dénonce l'influence du charlatanisme sur les patients, qui, « victimes des spécialistes d'urinoirs [...] mettent dans le même sac tout ce qui a trait à ce sujet, que ce soit sérieux ou non »¹²⁹⁹. Problème tant moral que thérapeutique, il s'agit également de redorer l'image des praticiens qui traitent les maladies jugées honteuses

¹²⁹⁴ Roy Porter, *Quacks: Fakery and Charlatans in Medicine*, Tempus Publishing, 2004.

¹²⁹⁵ Thomas F. Gieryn, « Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science : Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists », *American Sociological Review*, vol. 48, n° 6, 1983, p. 781-795.

¹²⁹⁶ Julie Perrin, « (Dé)classer la “médecine populaire” en Suisse : de la suspicion de charlatanisme à la reconnaissance patrimoniale », *op. cit.*

¹²⁹⁷ *Ibid.*, p. 8.

¹²⁹⁸ Dr A. Gauducheu, « Fléaux sociaux. Le charlatanisme », *l'Ère nouvelle*, 28 mars 1921, p. 5.

¹²⁹⁹ *Ibid.*

auprès des malades et du public. Ces patients désillusionnés ont « été tant et tant trompés par les affiches sur les maladies génitales qu'on ne peut plus leur en parler sans se faire honnir »¹³⁰⁰ faisant de cet état d'esprit l'« une des principales causes de l'échec de la prophylaxie antivénérienne »¹³⁰¹. Il s'agit ainsi de marquer la différence entre « les travaux les plus sérieux qui sont faits dans ce domaine [et] les œuvres de charlatans ou de pornographes »¹³⁰².

2.1. La publicité médico-pharmaceutique en question

La presse qui, dans les années 1920, fait de larges bénéfices grâce à la publicité est directement visée. En 1923, le professeur de clinique des voies urinaires Félix Legueu signe une tribune dans le populaire titre de gauche *Le Quotidien* dans laquelle il blâme la grande presse pour sa tolérance des réclames vénériennes :

« Pour tout citoyen, les maladies vénériennes sont un danger constant. Des gens cependant se réjouissent de leurs méfaits : ce sont les charlatans, les médecins de vespasiennes. Usurpateurs de titres qui ne correspondent à rien, tels que ceux de « docteur de l'Académie de Médecine, professeur libre de clinique des voies urinaires », ils dissimulent sous ces titres fictifs une cupidité et parfois une ignorance coupable. Ils en veulent surtout au porte-monnaie du malade crédule qui se laisse tenter par leurs mirifiques annonces. [...] L'habileté d'une publicité atteignant le malade à l'instant même où son mal se fait sentir, le caractère clandestin des officines, les illusions dont se nourrissent les ignorants amènent au charlatan une clientèle docile qui même grugée, n'ose pas se plaindre.

Une autre cause détermine son succès : l'attitude d'un grand nombre de journaux à son égard. [...] la publicité vénérienne rapporte, chaque année, aux cinq grands quotidiens parisiens la coquette somme de 1,800,000 francs. [...] L'action nocive de cette publicité s'exerce de deux manières. Elle incite, d'une part, les malades à se rendre dans des maisons où ils seront escroqués et à acheter des médicaments aussi coûteux qu'inopérants. ELLE PERMET, D'AUTRE PART, D'ESPERER UNE SORTE DE SILENCE COMPLICE QUAND LA JUSTICE S'AVISE D'INQUIETER – TROP RAPIDEMENT – CES VOLEURS DE SANTE. La lutte contre le mal vénérien ne se comprend pas sans la guerre aux charlatans. Les tracts distribués dans les rues, les annonces qu'insèrent si complaisamment les grands quotidiens, entretiennent et prolongent l'état d'infection où se trouve le pays »¹³⁰³

Dans un contexte où le « péril vénérien » est reconnu comme un problème public menaçant la race et la nation, la reconnaissance des pouvoirs publics permet d'entamer une lutte pour l'appropriation de ces ressources. La pratique de la publicité apparaît comme un critère utile pour créer des frontières entre « charlatans » et docteurs honorables. Loin d'être uniquement

¹³⁰⁰ *Ibid.*

¹³⁰¹ *Ibid.*

¹³⁰² *Ibid.*

¹³⁰³ Docteur Legueu, « Il est des charlatans qui entretiennent le péril vénérien et la « grande presse » les patronne », *Le Quotidien*, 11 août 1923, p. 5.

une préoccupation française, le contrôle de la publicité médicale et pharmaceutique constitue une inquiétude partagée par des professionnels suisses. En 1920, le docteur et gynécologue Maurice Muret, membre de la Ligue vaudoise contre le péril vénérien, fait une conférence à l'occasion de l'Assemblée générale de la Presse vaudoise afin d'encourager les journalistes à « [refuser] impitoyablement d'insérer dans les annonces [...] toute réclame de ce genre [vénérienne] »¹³⁰⁴. En 1925, un article du *Bulletin professionnel des médecins suisses* commente la lutte engagée en France contre le charlatanisme médical :

« même en Suisse, tout ce qui concerne les annonces est affermé à une agence de publicité, qui loue à un prix convenu une ou plusieurs pages des journaux avec lesquels elle a passé contrat. Dès lors, l'agence est libre d'accepter toutes les annonces qu'on lui remettra, pourvu seulement que le texte n'offre rien de contraire aux bonnes mœurs. Or la publicité médico-pharmaceutique est d'un excellent rapport, par le format des annonces, par le nombre des journaux où elles paraissent et par leur pérennité. [...] Il faudrait donc dans l'intérêt de la santé publique, une loi déniait à la presse politique ou littéraire le droit de publier des annonces d'ordre médical, dont le moins dont on puisse dire, du trois quart d'entre elles c'est qu'elles sont mensongères »¹³⁰⁵

Si les débats autour de la réglementation de la publicité et de la production pharmaceutique ne sont pas tout à fait nouveaux, ils posent après-guerre d'autant plus vivement la question de la déontologie et de l'expertise médicale. À partir de quand, en effet, la publicité peut-elle être jugée comme problématique et charlatanesque, dans la mesure où elle est pratiquée par de nombreux praticiens ?

L'article 27 de la loi genevoise du 11 décembre 1926 sur l'exercice des professions médicales et des professions auxiliaires interdit aux médecins-chirurgiens de pratiquer dans le canton et hors du canton de la réclame « dans les journaux, par circulaires, prospectus, affiches ou toute espèce d'annonces autres que celles faites lors de leur établissement, leur changement de domicile, leur absence et leur retour »¹³⁰⁶. Ce faisant, la loi vise implicitement le caractère « commercial » de la publicité, esquissant en contrepartie la norme implicite du « bon médecin » désintéressé par l'argent. Un arrêt du Conseil fédéral de 1885 admettait déjà que les cantons étaient libres d'interdire aux médecins de se recommander au public par des annonces jugées contraires à la dignité de leur profession¹³⁰⁷. Les restrictions cantonales sont jugées

¹³⁰⁴ Cité par Matteo Pedroni, « Radiographie de la peur: 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », *op. cit.*, p. 176.

¹³⁰⁵ Guisan, « La publicité médico-pharmaceutique dans la grande presse », *Bulletin professionnel des médecins suisses*, n°47, novembre 1925, p. 422.

¹³⁰⁶ Extrait de l'arrêt du 23 mars 1928 dans la cause *Gemuseus contre Cour de Justice de Genève* [En ligne]. URL : <https://entscheide.weblaw.ch/cache.php?link=BGE-54-I-94>

¹³⁰⁷ *Ibid.*

admissibles dans la mesure où elles n'aboutissent pas à une interdiction absolue, pour les médecins, de pratiquer une certaine réclame « compatible avec la dignité professionnelle et la sécurité publique »¹³⁰⁸. Les différences cantonales sont marquées en ce sens : il faudra attendre 1954 pour que le Conseil d'État du canton de Vaud produise un règlement sur la publicité dans l'exercice de la profession médicale qui proscriit « au médecin de faire de la publicité directement ou par personne interposée, sous quelque forme que ce soit »¹³⁰⁹.

Le droit d'un médecin à faire de la publicité est d'autant plus jugé problématique si celle-ci porte sur des questions sexuelles. Une affaire rapportée en 1928 dans *le Bulletin professionnel des médecins suisses* rapporte ainsi un cas illustrant bien ces enjeux d'expertise médicale. Le docteur Gemuseus est condamné à une amende de 60 Fr. par le Tribunal de Genève pour avoir fait paraître cette annonce dans les journaux : « Pour éviter les maladies vénériennes et leurs graves conséquences, employez régulièrement le prophylactique « ... » pour Dames et Messieurs [...] du Dr [...] Spécialiste des maladies de la peau et des organes génitaux-urinaires, à ... »¹³¹⁰. Il fait appel auprès du Tribunal fédéral, évoquant son droit à la liberté du commerce et en soulignant qu'« il est d'usage à Genève, depuis longtemps déjà, que les médecins spécialistes en maladies vénériennes fassent de la réclame »¹³¹¹ et qu'un « très grand nombre de médecins établis à Genève continuent à mentionner leurs spécialités sur leurs enseignes »¹³¹². Le Tribunal fédéral considère que les annonces du docteur Gemuseus sont susceptibles de porter atteinte à la dignité du corps médical et à la confiance du public dans les médecins diplômés, dans le sens où les annonces « constituent à la fois une réclame pour un prophylactique contre les maladies vénériennes et une réclame personnelle pour le médecin inventeur »¹³¹³. Plus particulièrement, le jugement considère qu'il est « inadmissible [...] qu'un médecin use des procédés de la réclame commerciale proprement dite pour faire connaître son nom et augmenter sa clientèle »¹³¹⁴ car il « serait à craindre que le corps médical ne se discréditât gravement »¹³¹⁵.

En France, la pratique de la publicité pose problème dès lorsqu'il s'agit de juger les pratiques des médecins disposant d'un diplôme car ils ne tombent pas sous le coup de l'exercice illégal

¹³⁰⁸ *Ibid.*

¹³⁰⁹ ACV SB 124 E 13/1/13 Règlement du 17 août 1954 sur la publicité dans l'exercice de la profession médicale.

¹³¹⁰ « Jugement du Tribunal fédéral (Du 23 mars 1928) », *Bulletin professionnel des médecins suisses*, 10 août 1928, n°32, p. 388.

¹³¹¹ *Ibid.*

¹³¹² *Ibid.*

¹³¹³ *Ibid.*

¹³¹⁴ *Ibid.*

¹³¹⁵ *Ibid.*

de la médecine ni forcément sous celui d'escroquerie ou d'outrage aux mœurs. D'autre part, les tribunaux ne peuvent juger de l'efficacité de traitements. Ainsi, dans l'affaire MacLaughlin citée plus tôt, la Cour d'Appel conclut que « envisagée isolément, la publicité mensongère et la mise en scène quelque habile qu'elle soit, ne peuvent constituer la manœuvre frauduleuse »¹³¹⁶. De plus en plus de voix s'élèvent contre l'existence de « médecins indignes » qui jouent sur les craintes des patients, à l'instar de médecins qui traitent « pour une syphilis inexistante certains malades par des séries multiples d'injections intraveineuses »¹³¹⁷. La dénonciation de pratiques illégales ou de médecines parallèles par des associations professionnelles de spécialistes ou de médecins se traduit par la défense d'intérêts professionnels qui passe notamment par la valorisation d'une déontologie médicale. Cette morale professionnelle suppose que la médecine ne doit pas être exercée comme un commerce, mais comme un service et condamne les procédés de publicité et de réclame et le détournement de clientèle¹³¹⁸.

En 1920, le Tribunal correctionnel de la Seine rend un jugement relayé dans la presse médicale qui atteste de l'évolution des représentations sur la responsabilité et la déontologie des médecins. Un employé de chemin de fer, D..., atteint d'une maladie vénérienne et diagnostiqué de « chancre syphilitique » est traité par plusieurs injections intraveineuses d'arsénobenzol. Pris de malaise une nuit et transféré à l'hôpital, il décède. Quelques jours plus tard, une instruction est ouverte contre la clinique du médecin pour homicide par imprudence et participation à la vente de remèdes secrets. Plutôt que de se concentrer uniquement sur le choix thérapeutique ayant abouti à la mort du malade, le jugement insiste sur l'éthique jugée anormale du médecin en charge de la clinique :

« Latour, docteur en médecine du 25 mars 1905 [...] après avoir fait enregistrer son diplôme [...] s'installait à Paris [...] ouvrait en décembre 1914 une clinique pour le traitement des voies urinaires, puis en 1917, les recettes l'encourageant, il créait une seconde clinique [...] pour le traitement de la tuberculose [...] à partir du jour où ces cliniques furent ouvertes, Latour, qui ne concevait qu'une seule chose, *l'opération commerciale*, se consacra uniquement à cette branche de son industrie, embauchant des médecins pour les consultations et les traitements, *payés comme de simples employés*, et qui, à ses yeux, avaient, à n'en pas douter, un avantage considérable, celui de mettre à couvert sa responsabilité tout en coûtant bon marché [...] on peut, sans crainte d'erreur, affirmer que ces cliniques qui font une réclame éhontée, comme celle du docteur Latour, où l'on pratique aussi la dichotomie, qui n'est en somme qu'une commission donnée au médecin rabatteur, sont un danger pour la société ; que, notamment, au cours de la guerre,

¹³¹⁶ AN, 101/511/354/BB/18/6583 Affaire MacLaughlin, dossier 70BL38, lettre du Procureur Général au Garde des Sceaux, 1913.

¹³¹⁷ J. Noir, « Propos du jour. Les simulateurs », *Le Concours médical*, 1938, p. 2341.

¹³¹⁸ Raymond Villey, *Histoire du secret médical*, Paris, Seghers, 1986.

où le fléau vénérien avait augmenté dans des proportions considérables, elles ont été préjudiciables aux efforts des médecins des hôpitaux civils et militaires [...] qu'elles ont amené chez les Latour et autres, les ignorants, venant surtout de province et qui, au premier bobo, ont cru qu'ils étaient atteints de la syphilis et qui, à peine entrés dans la clinique, une fois les conditions de paiement arrêtés, ont été piqués, qu'ils aient été ou non syphilitiques, ou encore, les honteux, n'osant pas confier à leur médecin, leur ami, ce qu'ils avaient et qui ont eu le même sort que les premiers [...]

Au moment où le mal se manifeste [...] il se produit chez le malade une dépression morale considérable, qui fait qu'il va consulter le charlatan qui lui promet la guérison et de la discrétion [...] plutôt que d'aller chez l'homme intègre qui le soigne d'habitude [...] et pour lequel le secret professionnel est un sacerdoce ; qu'on ne saurait trop répéter que ces officines sont un danger pour la société »¹³¹⁹

Bien que le prévenu dispose d'un titre de docteur en médecine, le jugement énonce des faits censés attester d'une déontologie médicale déviante de la norme, notamment par l'intérêt commercial et financier souligné par l'emploi de médecins comme « employés », la pratique de la réclame, de la dichotomie mais aussi l'inscription dans une attitude non-patriotique, en assimilant le médecin aux praticiens qui ont porté préjudice à l'effort de guerre. Au charlatan intéressé par les rentrées financières est opposé l'homme intègre pour qui le secret médical est sacré. Il n'apparaît néanmoins pas si évident de faire la distinction entre le médecin intègre et le charlatan, ce pour quoi le jugement poursuit sur d'autres critères permettant d'attester de la « déviance » du prévenu. Il s'agit dans un premier temps de montrer le manquement aux « bonnes » pratiques médicales et notamment à l'absence de formation spécialisée du médecin, trop âgé pour connaître les derniers développements de la science, qui a effectué les soins :

« en ce qui concerne le traitement par l'arsénobenzol et le novarsenobenzol qui comporte des risques de mort, qu'il est indispensable tout d'abord de diagnostiquer d'une façon certaine si le sujet que l'on va traiter a bien un chancre syphilitique [...] que [...] [le médecin] doit recourir [...] à l'examen à l'ultra-microscope, soit à la réaction de Wassermann [...] D... arriva le 19 mai à la clinique, il fut reçu par le docteur Cros, ancien médecin militaire [...] déjà très âgé, sans connaissances spéciales, mais assurément ayant fait médecine et chirurgie comme ceux de sa génération, qui l'examina sommairement et lui prescrivit une pommade, toucha 5 fr. pour la clinique et aurait fait immédiatement la première piqûre d'arsénobenzol si D... avait eu de quoi la payer »¹³²⁰

Le jugement se poursuit sur le mémoire de la veuve qui, ayant consulté avec son époux pour des boutons et démangeaisons, se fait prescrire la même pommade et injections que son mari :

« s'étant rendue à la consultation de Saint-Louis, ayant expliqué son cas, faisant connaître

¹³¹⁹ Extrait d'un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine en date du 10 janvier 1920, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1920, p. 366, italique ajouté.

¹³²⁰ *Ibid*, p. 367.

que son mari avait été soigné par le docteur Latour, quelqu'un dans la salle poussa un cri d'indignation suivi d'une épithète peu flatteuse à l'adresse du docteur Latour puis se fit examiner [...] examens sérieux qui démontrèrent que la mère et l'enfant n'avaient pas la syphilis, la réaction de Wassermann ayant été négative »¹³²¹

Les bonnes pratiques permettant d'établir la spécialité et l'expertise sont définies, de manière implicite dans le jugement, comme reposant sur la compétence technique, l'absence de précipitation et la reconnaissance par les pairs. Les connaissances des outils de laboratoire sont également au centre de l'expertise professionnelle, comme le présente le médecin Émile Galiter-Boissière dans son ouvrage de vulgarisation *Pour se préserver des maladies vénériennes* paru en 1923 :

« combien de jeunes gens, consternés, apeurés, se représentant la syphilis comme une maladie honteuse, ne trouvent rien de mieux que de cacher leur mal et de se traiter en cachette, en se confiant au premier venu, à un camarade, à un pharmacien, à un médecin qu'ils ne connaissent pas, et le plus souvent à un charlatan, de l'ordre de ceux dont les mérites s'étalent à la quatrième page des journaux ou sur les murs des pissotières.

Adressez vous à un médecin d'honorabilité reconnue et de savoir éprouvé, de préférence à un spécialiste des maladies vénériennes, capable de vous examiner non seulement avec l'œil et le doigt, mais encore avec tous les procédés récents de laboratoire (examen à l'ultra-microscope, examen du sang, etc.) qui permettent d'éclairer rapidement et sûrement le diagnostic »¹³²²

La pratique de la publicité devient l'un des marqueurs-clés du travail de création de frontières entre la médecine intègre et ses marges au même titre que l'intérêt sincère pour ses patients. Pour le professeur de clinique bordelais Henri Verger, la création d'un Ordre des médecins doit baser les règles de déontologie sur les devoirs généraux et moraux des médecins envers les malades qui se confient à eux, contre lesquels « c'est le mépris de ces règles qui caractérise les médecins dits marrons, et les charlatans pour qui la clientèle est une simple matière à exploiter »¹³²³.

En plus de la réfutation de leurs substrats théoriques, l'intense publicité autour des « thérapies de rajeunissement » participe à leur qualification de charlatanisme dans certains cercles médicaux à partir des années 1930. Que les thérapies de rajeunissement soient directement associées à l'amélioration de la virilité, comme le suggèrent les opérations de Voronoff ou de Steinach, ou non, il n'en reste pas moins qu'elles restent associées, dans l'esprit des patients, à

¹³²¹ *Ibid.*

¹³²² Emile Galtier-Boissière, *Pour se préserver des Maladies vénériennes*, Paris, Bibliothèque Larousse, 1923, p. 73.

¹³²³ Henri Verger, « L'élimination des indésirables par un ordre des médecins », *L'Association médicale*, n°1, 1925, p. 14.

un traitement contre la faiblesse sexuelle. Un des patients du docteur Bourguignon souffrant d'impuissance et de « souffrance des yeux »¹³²⁴ explique ainsi avoir décidé, après avoir consulté une série de médecins sans résultat, de consulter le docteur Helan Jaworski, « à la suite de la lecture d'un article de journal »¹³²⁵ au milieu des années 1920. Titulaire d'un diplôme de médecine, Jaworski¹³²⁶ se fait connaître pour sa technique de « greffes sanguines » en injections sous-cutanées comme cure de rajeunissement¹³²⁷. Lorsqu'il paraît devant le Tribunal de Commerce de la Seine pour un différend qui l'oppose à son associé en 1933, un article de la presse médicale relate l'affaire :

« L'association du Docteur Hélan Jaworski, en vue de l'exploitation de sa méthode de traitement, la publicité qu'il fait dans les journaux quotidiens, ses conférences publiques, dans lesquelles il vante le succès de sa géniale découverte, traduisent une conception très particulière de l'exercice de la médecine.

Elles justifient la sentence des magistrats consulaires, qui ne manquent pas de mettre en opposition de telles habitudes avec la pratique normale de notre profession. Mais pour nous, une question se pose : un médecin qui ravale son diplôme jusqu'à en faire « l'accessoire d'un véritable négoce » peut-il encore être considéré comme un confrère ? »¹³²⁸

L'aspect « commercial » du charlatanisme est ainsi au cœur des tentatives de lutte contre le charlatanisme médical. Il s'agit non seulement de contrôler les médecins « déviants » mais aussi les pharmaciens, considérés comme ayant la confiance des malades. Ainsi, le docteur Delay estime que « les dangers créés par le pharmacien qui traite les maladies contagieuses (maladies vénériennes) sont journaliers »¹³²⁹ et propose que le service sanitaire vaudois puisse réaliser une surveillance « sur ce qui sort des officines bienplus que sur ce qui y entre »¹³³⁰. Il estime même que les charlatans sont « des gens tarés, non seulement au point de vue moral et commercial, mais même au point de vue de l'intelligence [...] On compte parmi les charlatans de marque de notre canton [...] un dément précoce [...] qui interprète ses hallucinations comme des voix qui lui indiquent où se trouvent les objets perdus et le degré de vitalité des maris »¹³³¹.

En 1937, le Comité International de Lutte contre le Charlatanisme qui regroupe des médecins français, belges et suisses se retrouve autour de l'un des objectifs de lutter contre « la publicité

¹³²⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 1748, examen médical, 1933.

¹³²⁵ *Ibid.*

¹³²⁶ Différentes orthographes de son nom de famille sont à relever : Jaworski et Javorski sont utilisés de manière interchangeable.

¹³²⁷ « Peut-on rajeunir le corps humain par la greffe sanguine ? », *Le Petit Troyen*, 16 mai 1922, p.3.

¹³²⁸ P. Picard, « Les cures de rajeunissement », *L'Algérie médicale*, vol. 4, n°84, décembre 1934, p. 286.

¹³²⁹ ACV SB 124 A/2/10/5, docteur Delay, *Des moyens de combattre le charlatanisme*, n.d., p. 14.

¹³³⁰ *Ibid.*

¹³³¹ *Ibid.*, p. 17.

éhontée dans la presse [...] [qui] entraîne des ravages sur la santé publique et cause un préjudice énorme au corps médical »¹³³². La même année, une proposition de loi relative à la répression du charlatanisme médical et pharmaceutique est présentée par un groupe de sénateurs, dont Justin Godart, auprès du Sénat. La proposition vise à encadrer l'exercice de la médecine, et notamment « la pratique fâcheuse souvent constatée, par laquelle un médecin prescrit à ses clients des médicaments à la vente desquels il est personnellement intéressé »¹³³³. Le texte suggère de contrôler l'utilisation de titres tels que « instituts » et « académies » et de limiter la publicité médicale et pharmaceutique aux abonnés des périodiques et aux médecins et pharmaciens afin de réduire son influence dans la presse destinée au grand public. Il convient que la publicité doit être interdite « pour certaines des affections particulièrement répandues et fréquemment incurables, qui exigent des soins méthodiques et longs »¹³³⁴. Les signataires reconnaissent d'autre part les maladies sexuelles masculines comme particulièrement prônées à ce type de publicité :

« Inutile de souligner les raisons qui s'imposent pour que les maladies vénériennes et l'impuissance sexuelle soient frappées par cette interdiction de même la publicité contre les troubles menstruels, afin qu'elle ne constitue pas un moyen de faciliter les avortements dans des conditions particulièrement dangereuses et sans contrôle médical »¹³³⁵

La proposition de loi est renvoyée à la Commission de l'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales pour examen. Il faudra néanmoins attendre les événements de 1939 et l'instauration du régime de Vichy pour que des transformations entrent dans la loi. L'Ordre des médecins est créé en octobre 1940 conformément aux idéaux corporatistes du régime de Vichy, sans pour autant que ne soit immédiatement visée la pratique de la publicité.

Du point de vue du genre, le régime de Vichy constitue un durcissement de l'oppression patriarcale qui passe par « l'affirmation d'une inégalité sexuelle naturelle et d'une soumission immuable des femmes [...] [comme] socle de tous les rapports hiérarchiques et des inégalités sociales dans un ordre pensé comme naturel »¹³³⁶. Sans doute est-ce dans ce cadre que certaines publicités font l'objet d'une attention accrue. En décembre 1940, le syndicat de médecins de

¹³³² *Bulletin professionnel des médecins suisses*, 1937, p. 245.

¹³³³ AN, F/60/599 Proposition de loi relative à la répression du charlatanisme médical et pharmaceutique, à l'exercice illégal de la médecine et à la réglementation de la publicité, annexe au procès-verbal de la séance du 2 juillet 1937, p. 4.

¹³³⁴ *Ibid*, p. 5.

¹³³⁵ *Ibid*.

¹³³⁶ Françoise Thébaud, « Deuxième guerre, femmes et rapports de sexe. Essai d'historiographie », *Bijdragen tot de Eigentijdse Geschiedenis*, vol. 32, n° 4, 1998, p. 233.

la Haute-Garonne saisit le procureur général de Toulouse à propos des « nombreuses réclames qui remplissent les colonnes des journaux non professionnels, des vertus plus ou moins éprouvées de médicaments charlatanesques »¹³³⁷. À l'appui, le syndicat joint l'exemple d'une réclame dans le numéro spécial du journal *La petite Gironde* en novembre 1940, qui vante les propriétés de l'*Ormophyse*, un produit qui, dans les termes publicitaires, permettrait « à l'homme épuisé sexuellement de retrouver goût à la vie, au vieillard précoce de rajeunir véritablement et durablement »¹³³⁸.



Figure 12: Publicité pour l'Ormophyse dans un autre périodique. *Le Matin*, 18 janvier 1938, p. 5¹³³⁹.

Le Procureur général transmet la plainte au garde des sceaux et au ministre de la justice, à Vichy, en insistant sur « les dangers certains »¹³⁴⁰ de ces réclames qui « attribu[ent] aux produits qu'elles recommandent des vertus plus ou moins imaginaires et [...] favoris[ent] la démoralisation sexuelle »¹³⁴¹. Le produit étant fabriqué à Neuilly-Paris, le parquet de Toulouse n'a pas pu mener une enquête afin de rechercher les conditions de fabrication, la composition

¹³³⁷ AN, BB/18/3321, lettre du syndicat des médecins de la Haute-Garonne au Procureur Général, 9 décembre 1940.

¹³³⁸ AN, BB/18/3321, « Jeunesse sexuelle » réclame envoyée par le syndicat des médecins de Haute-Garonne à titre documentaire.

¹³³⁹ Ce document est extrait du Site RetroNews et est accessible à l'adresse www.retronews.fr / Toute réutilisation de ce document doit s'inscrire dans les conditions d'abonnement prévues par le site RetroNews.

¹³⁴⁰ AN, BB/18/3321, lettre du Procureur général près la Cour d'Appel de Toulouse au Garde des sceaux et au Ministre de la justice, le 7 janvier 1941.

¹³⁴¹ *Ibid.*

ainsi que le véritable caractère de la réclame engagée, et appelle donc à l'ouverture d'une enquête par le parquet de la Seine. Le procureur termine sur la suggestion de « réglementer les informations de ce genre concernant des soins médicaux ou des produits pharmaceutiques recommandés par la voie de la Presse dans des conditions qui, du point de vue curatif et surtout moral, apparaissent comme répréhensibles »¹³⁴². L'enquête menée par le parquet de la Seine, tout en insistant sur les dangers « incontestable[s] » de la réclame, rencontre le même écueil que d'autres. L'Ormophyse figurant au catalogue de l'Office Commercial Pharmaceutique comme produit réglementé, il n'est possible de mener aucune poursuite pénale « qui ne pourrait être intentée que s'il s'agissait d'une escroquerie, d'une fraude, d'une infraction à l'exercice de la pharmacie ou de tout autre délit »¹³⁴³. Jusqu'en 1941 en effet, la mise en vente d'une spécialité pharmaceutique n'est soumise à aucune formalité particulière¹³⁴⁴. Il faut attendre la loi du 11 septembre 1941 pour qu'un premier encadrement de la publicité médicale et pharmaceutique soit instauré en France : l'article 17 et 18 assurent alors que lorsqu'elle s'adresse au public, la publicité ne doit présenter que le nom, la composition du produit, celui du pharmacien préparateur, ses titres universitaires et son adresse¹³⁴⁵. En Suisse, la convention intercantonale sur le contrôle des remèdes secrets et spécialités pharmaceutiques est reprise avec un règlement en mars 1934 et attribue à l'Office intercantonal du contrôle des médicaments (ci-après O.I.C.M.) le rôle d'établir un rapport d'expertise sur les remèdes qui lui sont soumis afin de juger l'efficacité des remèdes, mais aussi « le caractère charlatanesque des annonces, étiquettes et prospectus [et] le rapport entre le prix de vente au détail et la valeur du produit »¹³⁴⁶.

Ces transformations législatives permettent de poursuivre en justice des médecins dont l'activité est jugée dangereuse et non-conforme à la déontologie. Le dossier dédié au docteur Paul Niehans conservé aux Archives cantonales vaudoises révèle ainsi la surveillance étroite dont le médecin a fait l'objet, en particulier à partir des années 1950. Surveillé par le Service sanitaire cantonal et la Chambre des médecins, le cas de Niehans pose problème en raison de l'abondante publicité dans la presse où il présente sa « thérapie cellulaire », consistant à récolter des cellules

¹³⁴² *Ibid.*

¹³⁴³ *Ibid.*, rapport du Procureur de la république au Procureur général, 16 août 1941.

¹³⁴⁴ Henri Bonnemain et Bruno Bonnemain, « Les relations entre l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics en France au cours des deux derniers siècles : de la liberté à la liberté surveillée », *Revue d'histoire de la pharmacie*, vol. 90, n°334, 2002, p. 239-256.

¹³⁴⁵ *Ibid.*

¹³⁴⁶ AEF, DPd 848 à 457, Sexualité et moralité, Convention intercantonale sur le contrôle des remèdes secrets, 1941, p. 1.

animales fraîches et à les injecter directement sur la personne, comme traitement contre le cancer. D'autre part, le médecin fait l'objet de plusieurs poursuites judiciaires pour escroquerie. L'une de ces poursuites au début des années 1950 nous permet d'attester des transformations de l'éthique médicale. Après une opération de la prostate, un citoyen américain se rend sur les conseils de son médecin, à la Clinique de Clarens tenue par Niehans¹³⁴⁷. Ce dernier lui diagnostique un nanisme, de la nervosité, de l'« impotence » et une sclérose coronaire et prescrit un traitement à base d'injections de « cellules jeunes de Hypothalamus, cellules mûres de Testis et de Placenta, cellules fœtales de Cœur »¹³⁴⁸. Se plaignant que Niehans l'ait intimidé à lui donner une somme plus importante que prévu, le patient évoque :

« Je sens que j'ai été très mal soigné par le Dr. Niehans. Il m'a soutiré de l'argent sous de fausses allégations, me faisant croire, entr'autre, que le traitement durerait au moins deux mois, alors qu'il fut exécuté en quelques minutes. Je n'aurais jamais été d'accord de lui donner 2.000 frs si j'avais su cela plus tôt. D'autre part, il ne s'est pas conduit en homme d'honneur tel qu'on est en droit de l'attendre de la part d'un médecin ; il s'est conduit comme un gangster et d'une façon telle qu'il m'a causé beaucoup de tourments et de souffrances ; j'estime qu'il n'a pas le droit de pratiquer plus longtemps »¹³⁴⁹

Se prononçant sur cette plainte, la Chambre des médecins en conclut que :

« Faire 6 injections pour nanisme, nervosité, impuissance et sclérose coronaire [...] sans procéder soi-même à un diagnostic est une manière de concevoir l'art médical qui est indigne d'un médecin. Faire miroiter à ce même homme de petite taille et de cet âge qu'il pourrait grandir et recouvrer sa puissance sexuelle est un procédé particulièrement indigne du corps médical »¹³⁵⁰

Le rapport de la Chambre des médecins laisse apparaître les normes de la profession dont elle se fait la gardienne. Au-delà de l'intimidation pour obtenir le règlement de la somme, le cas révèle que c'est l'espoir instillé au malade de pouvoir guérir les multiples pathologies, dont particulièrement l'impuissance, qui est jugé malhonnête. En filigrane, se lit une norme de déontologie qui pousse les médecins à être attentifs à ne pas susciter de fausses espérances, à communiquer les informations avec honnêteté et finalement, et à prendre soin de l'état émotionnel de leurs patients.

¹³⁴⁷ ACV, SB 124 J 5/10, dossier 197, Lettre du patient à la Chambre des médecins, 1953.

¹³⁴⁸ ACV, SB 124 J 5/10, dossier 197, Note de Paul Niehans, 1953.

¹³⁴⁹ ACV, SB 124 J 5/10, dossier 197, Lettre du patient à la Chambre des médecins, 1953, p. 3.

¹³⁵⁰ ACV, SB 124 J 5/10, dossier 197, Lettre de la Commission ad hoc chargée d'étudier les affaires du Dr Niehans au Conseiller d'État, 1955, p.9.

2.2. Écouter, persuader, consoler : le travail émotionnel des médecins

Dans son étude des plaintes à l'encontre de l'Assistance publique au XIX^e siècle, l'historienne Claire Barillé montre que se développe une attention nouvelle portée à la parole des patients qui se traduit moins par la reconnaissance d'une pudeur vis-à-vis de ce qui touche au corps que d'une pudeur des sentiments¹³⁵¹. Elle souligne ainsi que l'hôpital « apparaît comme le lieu où la honte liée au corps, à sa nudité ou à sa décrépitude cède la place à une honte de la tristesse engendrée par le deuil ou la maladie »¹³⁵². La nouvelle considération pour la parole des patients peut également se comprendre comme le signe d'une médicalisation d'une société urbaine devenue plus exigeante dans la qualité de l'accueil et des soins¹³⁵³. Avant l'émergence de codes de déontologie, le paternalisme sert d'encadrement moral à la pratique individuelle des médecins¹³⁵⁴. Il fait du « bien » du malade, défini par le soignant, l'objectif premier de la prise en charge thérapeutique qui justifie parfois le fait d'aller à l'encontre de sa volonté¹³⁵⁵.

L'importance de prendre en compte les sentiments des patients est de plus en plus mentionnée dans la littérature médicale du début du siècle et se traduit sur une réflexion sur l'accueil de la parole des patients, plutôt que sur les examens corporels. Il serait inexact néanmoins d'affirmer que les médecins ne portaient pas d'intérêt au bien-être émotionnel de leurs patients jusqu'alors. Les travaux sur la neurasthénie montrent que les médecins faisaient attention à ne pas froisser la susceptibilité des malades et s'assuraient de leur bien-être émotionnel¹³⁵⁶. Il est probable, d'autre part, que certains médecins aient entretenus des rapports de sympathie avec leurs patients, notamment ceux issus de classes plus aisée (ce point sera considérablement exploré dans la prochaine partie). Dans un précédent article, je montrais également comment les spécialistes de la reproduction recommandaient, à la « Belle Époque » (1880-1914), de ne pas informer les hommes de leur stérilité afin de préserver l'unité du mariage et de ménager leur sentiment de virilité¹³⁵⁷. Il est ainsi probable que ces actes de dissimulation ne soient pas

¹³⁵¹ Claire Barillé, « Les vaines pudeurs à l'hôpital (XIX^e siècle) », *Histoire, médecine et santé*, n° 1, 2012, p. 47-61.

¹³⁵² *Ibid.*, p. 57.

¹³⁵³ Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVII^e-XIX^e siècle)*, Paris, Anthropos Economica, 1994.

¹³⁵⁴ Valérie Leclercq, « Langue de bois et vérités divines: pratiques de l'information à l'ère du paternalisme médical, Bruxelles, 1870-1930 », *Gesnerus*, vol. 73, n°1, 2016, p. 123-147.

¹³⁵⁵ *Ibid.*

¹³⁵⁶ Mallory R. Szymanski, *Sexual Dysfunction as « the National Disease of America ». Neurasthenia and Medical Approaches to Men's Sexual and Emotional Health in the Gilded Age*, *op. cit.* ; Christopher E. Forth, « Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France », *op. cit.*

¹³⁵⁷ Camille Bajoux, « Managing masculinities. Doctors, men, and men's partners facing male infertility in France and French-speaking Switzerland (c. 1890–1970) », *op. cit.*

« l'expression d'une politique systématique mais le fruit de décisions ou de négociations individuelles : médecins, familles [...] considèrent face à chaque patient le meilleurs cours d'action possible »¹³⁵⁸.

Depuis la fin du XIX^{ème} siècle, de plus en plus de médecins enjoignent leurs collègues à la patience, la neutralité et la compréhension face à des patients effrayés ou honteux d'aborder des questions liées à la sphère sexuelle. Auguste Forel conseille ainsi :

« Avant tout, le médecin a le devoir d'instruire et de conseiller amicalement toute personne qui le consulte sur les questions sexuelles, et de ne jamais jouer le rôle de juge, ni de moraliste grognon. Il ne devra jamais se permettre d'effrayer, ni de blâmer le pauvre hypochondre qui vient s'accuser de masturbation, ni les pervers sexuels, de quelque nature qu'ils soient, à moins qu'ils n'offrent de véritables dangers (sadistes, etc.) : il devra, au contraire, les calmer et les soutenir dans leur détresse »¹³⁵⁹

Ce travail émotionnel est surtout présenté comme l'une des manières de s'assurer le retour de malades autrement enclins à se tourner vers des charlatans. En 1912, l'urologue René Le Fur plaide pour que les médecins s'emparent de la question de l'impuissance sexuelle, qu'il estime être l'une des principales inquiétudes des malades, mais méprisée de ses confrères :

« le médecin français a pendant longtemps évité l'étude de ces questions [sexuelles], qui ont été chez nous depuis de nombreuses années l'apanage des charlatans et écrivains peu sérieux désirant se faire à bon compte une réclame facile, car ils étaient toujours certains de trouver nombre de lecteurs. Depuis le fameux traité de Lallemand [...] rien n'a été d'écrit de *sérieux* sur le sujet. Quelques ouvrages isolés, destinés au grand public, manquant d'autorité et de documentation, sont venus jeter le trouble dans bien des cerveaux déjà défaillants, et augmenter le nombre des impuissants par ces lectures, en transformant des gens simplement inquiets sur leur fonctionnement génital en impuissants définitifs. Quoi d'étonnant à cela ? Le malade atteint d'impuissance, surtout en France, ose peu se livrer et confier, même à son médecin, son infirmité. Quand par hasard il se décide à consulter, il se voit traité de neurasthénique, de phobique, de malade imaginaire ; il est le plus souvent à peine examiné, comme étant, un malade *peu intéressant*, parfois même un peu houspillé et brusqué ; il rentre alors en lui-même, se jette dans la lecture de ces livres déplorables dont nous venons de parler, court chez les charlatans qui, eux, l'accueillent volontiers, et le retiennent, comme une bonne proie, jusqu'au jour où il voit enfin sombrer définitivement sa santé physique et son intelligence »¹³⁶⁰

La légitimité de l'étude des questions sexuelles s'explique ainsi comme une nécessité de reprendre le contrôle sur les productions charlatanesques afin de préserver les hommes de leur emprise. Si les hommes jeunes, décrits comme les plus démunis et affolés de la découverte

¹³⁵⁸ Valérie Leclercq, « Langue de bois et vérités divines: pratiques de l'information à l'ère du paternalisme médical, Bruxelles, 1870-1930 », *op. cit.*, p. 133.

¹³⁵⁹ Auguste Forel, *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés*, *op.cit.*, p. 467.

¹³⁶⁰ René Le Fur, *L'impuissance génitale et son traitement*, Clermont, Daix Frères et Thiron, 1912, p. 2-3.

d'une maladie sexuelle, sont probablement la cible de ces discours, il est probable qu'ils s'adressent aux hommes de toute classes sociales, voire même à la classe moyenne ayant accès à la littérature de vulgarisation et plus aisément diagnostiquée neurasthénique. D'autre part, le désespoir des hommes est un motif fréquemment mobilisé dans les publications médicales pour légitimer l'étude de questions liées à la sexualité. Ainsi, le docteur genevois Edmond Lardy met en garde ses confrères en 1922 :

« Ne désespérez pas ces gens qui sont plus à plaindre qu'à blâmer et prenez garde de ne pas avoir des suicides à vous reprocher. Malgré toute la diplomatie déployée pour rassurer les victimes leur glisser en douceur le diagnostic, il n'y a pas beaucoup de spécialistes qui ne voient passer devant leurs yeux des figures désespérées dont ils apprenaient peu après la mort tragique »¹³⁶¹

Le risque de mort par de suicide des malades permet ainsi de légitimer l'étude par la médecine des questions sexuelles en les présentant même comme un fléau social. À l'exploitation intéressée des inquiétudes masculines se doit de répondre une attitude compréhensive de la part du médecin afin de retenir les hommes de se tourner vers des charlatans. Le fait que ces conseils soient explicitement rédigés dans les publications suggère une volonté de transformer les pratiques médicales dans un contexte de construction de la légitimité médicale d'une nouvelle sexologie dans l'entre-deux-guerres¹³⁶².

Le respect pour les malades, et notamment pour leurs sentiments, devient l'une des composantes de l'identité médicale qui se distingue en opposition de la figure du médecin véreux ou du charlatan. Comme le souligne l'historien Robert A. Nye, il est d'ailleurs probable que l'obligation de se tenir au secret médical ait stimulé chez les médecins une réflexion éthique¹³⁶³. Malgré ces transformations, le « travail émotionnel » requis des médecins n'est pas dénué de paternalisme¹³⁶⁴. Qu'il s'agisse de clientèle privée ou d'assistés des hôpitaux, le rapport qu'entretient le médecin avec ses patients se construit à partir d'un principe d'inégalité qui structure la relation et fait du malade un enfant, malgré des évidentes variables selon la

¹³⁶¹ Edmond Lardy, « Propagande antivénérienne », *op.cit.*, p. 182.

¹³⁶² Anne-Marie Sohn, *Du premier baiser à l'alcôve. La sexualité des Français au quotidien (1850-1950)*, Aubier., Paris, 1996. Voir également Alain Corbin, « La relation intime ou les plaisirs de l'échange », dans Philippe Ariès et Georges Duby (dir.), *Histoire de la vie privée t.4*, Paris, Éditions du Seuil, 1999, p. 503-563 ; Annick Ohayon, « L'émergence d'un mouvement sexologique français (1929-1939), entre hygiénisme, eugénisme et psychanalyse », *op. cit.*

¹³⁶³ Robert A Nye, « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1949 », *Le Mouvement Social*, vol. 1, n° 214, 2006, p. 19-36.

¹³⁶⁴ Valérie Leclercq, « Langue de bois et vérités divines: pratiques de l'information à l'ère du paternalisme médical, Bruxelles, 1870-1930 », *op. cit.*

classe sociale du malade¹³⁶⁵.

Les programmes de lutte antivénérienne n'insistent pas seulement sur la vulgarisation et l'encouragement aux malades, mais aussi sur le comportement des médecins. Dans son programme de 1918, le Comité vaudois pour l'étude des questions sexuelles et pour la lutte contre les maladies vénériennes souligne que les malades doivent être « reçus avec les égards que tout médecin doit à tout malade »¹³⁶⁶. Les recommandations faites en la matière ne répondent pas uniquement à une tendance d'humanisation des patients. Elles permettent également d'assurer que le temps entre lequel le patient commence à observer des symptômes et celui où il se livre à un médecin soit le plus court possible, afin de s'assurer de l'efficacité des traitements¹³⁶⁷. Réduire le délai de traitement permet non seulement d'assurer une plus grande chance de guérison mais également d'assurer le succès du traitement et donc simultanément la légitimité médicale. Ainsi, un chirurgien déplore en 1912 le cas d'un homme de 28 ans qui, à l'exception d'une cure thermale qui n'a pas décelé de calcul, n'a pas osé parler de ses douleurs :

« Il faut vraiment que le préjugé qui entache de honte aussi bien les vaisseaux et les nerfs du périnée que les affections de l'appareil génito-urinaire soit puissant, pour qu'un jeune homme garde pendant 16 ans des douleurs vésicales sans oser en parler ni à sa famille ni à un médecin »¹³⁶⁸

L'une des questions les plus discutées est de savoir si un médecin doit révéler à une future épouse que son fiancé est atteint d'une infection vénérienne¹³⁶⁹. Comme le montre l'historienne Jill Harsin, certains médecins mobilisent le secret médical pour justifier la décision de maintenir les femmes dans l'ignorance, en soulignant l'importance de préserver la famille et de maintenir l'autorité du mari¹³⁷⁰. Ce travail de production de l'ignorance se traduit souvent par une sympathie et une solidarité masculine. Ainsi, l'urologue Jules Janet recommande de ne jamais laisser soupçonner à la femme contaminée par son mari qu'elle est atteinte de blennorragie, et

¹³⁶⁵ Anne Nardin, « La place de la relation médecin-malade dans la politique d'humanisation des hôpitaux », dans Elisabeth Belmas et Serenella Nonnis-Vigilante (dir.), *Les relations médecin-malade des temps modernes à l'époque contemporaine*, Presses universitaires du Septentrion, 2013, p. 139-160. Guy Durand et al., *Histoire de l'éthique médicale et infirmière : Contexte socioculturel et scientifique*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2000.

¹³⁶⁶ Matteo Pedroni, « Radiographie de la peur: 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », *op. cit.*, p. 174.

¹³⁶⁷ Matteo Pedroni, « Radiographie de la peur: 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », *op. cit.*

¹³⁶⁸ Emile Jeanbrau, « Enorme calcul vésical pesant cent cinquante-cinq grammes enlevé par la taille gastrique », *op.cit.*, p. 69.

¹³⁶⁹ Robert A Nye, « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1949 », *op. cit.*

¹³⁷⁰ Jill Harsin, « Syphilis, Wives, and Physicians : Medical Ethics and the Family in Late Nineteenth- Century France », *op. cit.*

de lui parler « de flueurs blanches, de métrite, de cystite, mots qui, pour elle, n'ont pas la signification d'une affection contagieuse »¹³⁷¹. Quant au mari, il suggère de le soigner le plus possible à l'abri des regards de son épouse :

« il nous suffit de trouver un prétexte aux soins donnés au mari et une excuse à la suspension des rapports. Ma meilleure trouvaille à cet égard a été de simuler l'extraction d'un calcul urétral chez le mari, en annonçant que cette opération ne s'était pas faite sans quelques difficultés et en pronostiquant un écoulement purulent, qui nécessiterait des lavages répétés et une abstinence sexuelle prolongée. Tout cela fut admis et la femme ne soupçonna jamais le danger auquel elle avait été exposée »¹³⁷²

Si l'indifférence de certains maris à propos des maladies qu'ils transmettent à leurs femmes peut provoquer l'indignation des médecins, ces derniers ne peuvent néanmoins se permettre de les affronter directement¹³⁷³. Le syphiligraphe Alfred Fournier explique ainsi que le médecin doit insinuer à l'épouse que la maladie, même si elle n'est pas nommée ni expliquée, doit être traitée sérieusement, la laissant avec une vague appréhension. Néanmoins, si le mari demande que le traitement soit arrêté, son ordre doit être suivi, malgré les risques de lésions potentiellement définitives laissées chez l'épouse¹³⁷⁴. Pour ceux qui ne préfèrent pas affronter le fait de la transmission de la maladie (et notamment pour les femmes infectées par des amants), la médecine de la fin du XIX^{ème} siècle développe une théorie de transmission de la maladie plus innocente : par les objets¹³⁷⁵.

Le travail émotionnel requis des médecins ne se limite pas uniquement à la compréhension et au soin devant le désespoir des malades mais aussi de se confronter aux patients récalcitrants à se faire examiner, à révéler à leurs partenaires la nature de leur maladie¹³⁷⁶, ou à poursuivre un traitement pénible. Certains médecins recommandent de ne pas prendre au sérieux les déclarations des hommes concernant leur histoire sexuelle et de chercher avec tact à les faire avouer d'anciennes maladies. Le docteur Regnault recommande ainsi de faire attention au langage utilisé par les hommes pour identifier des maladies vénériennes :

« Certains malades affirment d'abord n'avoir point eu de blennorragies antérieures. On ne négligera pas de contrôler cette assertion qui n'a qu'une valeur relative dans leur bouche, et leur parler d'échauffement, d'écoulement. Tel malade qui décore du titre anodin

¹³⁷¹ Jules Janet, « Conduite à tenir en cas de blennorragie matrimoniale », *Journal d'urologie médicale ou chirurgicale*, vol. 2, 1912, p. 578.

¹³⁷² *Ibid.*

¹³⁷³ Jill Harsin, « Syphilis, Wives, and Physicians : Medical Ethics and the Family in Late Nineteenth- Century France », *op. cit.*

¹³⁷⁴ *Ibid.*

¹³⁷⁵ *Ibid.*

¹³⁷⁶ C'est là l'histoire de la célèbre pièce de théâtre, *Les Avariés* produite en 1905.

d'échauffement de véritables écoulements, qui affirme n'avoir jamais eu de chaudepisse, reconnaîtra avoir eu, à plusieurs reprises, des écoulements ayant parfois duré longtemps, mais ne l'ayant pas fait souffrir, et n'ayant pas entravé son existence »¹³⁷⁷

Parmi les « bonnes pratiques » médicales s'inscrit donc la capacité à « faire parler » les malades en leur faisant avouer une maladie passée ou comprendre entre les lignes leur histoire sexuelle. Le fait que les identités professionnelles soient définies à travers la figure repoussoir du « charlatan » qui exploite ses patients invite à reconsidérer l'histoire de la santé masculine au regard des relations sociales nouées au cabinet ou à l'hôpital pour remettre au centre les relations de soin.

¹³⁷⁷ Dr E. Regnauld, *Des écoulement urétraux (examen clinique)*, Paris, Asselin et Houzeau, 1900, p. 19.

Conclusion

Loin d'être limitée à la seule histoire des connaissances savantes, l'histoire de la santé reproductive et sexuelle masculine révèle une diversité d'actrices et d'acteurs dont les médecins ne constituent qu'une partie seulement. En présentant le paysage de l'offre et des consommations thérapeutiques autour de la santé masculine, cette partie a mis en évidence l'importance d'écrire une histoire « pluraliste » de la santé prenant en compte les médecines dites « marginales » mais aussi les soins effectués par des non-médecins. Cette approche permet en même temps de rendre visible les capacités d'agir des hommes eux-mêmes. Je rejoins ici le constat de l'historienne Hera Cook qui considère que la médicalisation de la sexualité serait autant le résultat d'une demande des personnes qu'une imposition « par le haut » de la médecine des élites¹³⁷⁸. En effet, la prolifération d'ouvrages de conseil à la santé et l'appropriation du vocabulaire médical par les hommes est révélateur d'une demande et d'un intérêt porté à la santé, en particulier en lien avec la sexualité. Ceci n'implique pourtant pas de spécialisation autour de la santé masculine. Les sources que j'ai pu consulter mettent en évidence que les hommes qui souffrent de maladies sexuelles, génitales ou urinaires se tournent tout d'abord vers des proches, des pharmaciens, ou se réfèrent à des soins par correspondance avant d'aller consulter un médecin ou un spécialiste.

Jusqu'aux années 1940 et alors que se consolide le monopole des médecins sur l'exercice de la médecine, la publicité pour des services de consultation par correspondance et des spécialités pharmaceutiques constitue visiblement une part importante de ce marché thérapeutique. Pour exister, ce marché définit les hommes comme un groupe de consommateurs à part entière à qui sont attribués des besoins et désirs, notamment celui de se soigner à l'abri des regards. Il serait hâtif néanmoins d'en tirer la conclusion que la honte est une expérience universellement partagée qui explique le succès de ces options thérapeutiques. Il est plutôt probable que le marché thérapeutique soit le résultat d'une co-construction de l'offre et de la demande. La voix des malades nous étant peu accessible, il importe de se méfier de la représentation de « publicités douteuses » et de praticiens cupides, et ce d'autant plus que les discours à leur égard sont souvent le fait de médecins cherchant à les dénoncer. Comme le souligne Michelle Suzanne Fischer, seule la voix des patients insatisfaits ne nous est parvenue, ce qui renforce par ailleurs

¹³⁷⁸ Hera Cook, « Sex and the Doctors: the Medicalization of Sexuality as a Two-way Process in Early to Mid-Twentieth-century Britain », *op. cit.*

ce biais¹³⁷⁹. Les publicités médicales qui paraissent dans les annuaires du commerce, sur la quatrième page des journaux, sur les affiches des boulevards et des vespasiennes sont des sources utiles pour comprendre comment sont imaginés et représentés les corps et les maladies masculines à cette période. En tant que produits de leur contexte, ces annonces mettent en évidence les anxiétés culturelles qui existent autour de la vigueur masculine à cette période, principalement sur les maladies liées à la sexualité : impuissance, maladies vénériennes et leurs conséquences urinaires, épuisement et neurasthénie. Bien que les publicitaires visent directement les hommes et leurs maladies, les expressions « maladies masculines », « maladies viriles » ou « maladies spéciales aux hommes » sont quant à elles rarement mobilisées au contraire des « maladies des femmes ». Ce constat nous permet ainsi de souligner les différences des contextes français et suisse vis-à-vis des travaux menés sur les États-Unis¹³⁸⁰. Il n'est ainsi pas réellement possible de parler de formes de spécialisations – même autoproclamées – autour de la santé masculine qui se situeraient à la marge de la médecine « officielle ». Tout comme dans le processus de spécialisation, tout se passe comme si les hommes étaient visés et marqués par la différence de genre tout en y échappant simultanément.

L'étude du « marché thérapeutique » permet de montrer qu'en l'absence de spécialisations autour de la santé masculine, les hommes se tournent et ont accès à une offre thérapeutique relativement large. En soulignant les conflits autour de la publicité, cette partie contribue aussi à l'importante historiographie qui s'intéresse aux luttes internes à la profession médicale autour de la qualification du « charlatanisme »¹³⁸¹. Malgré la dénonciation des ligues de moralité publique et d'organisations qui déplorent la « pléthore médicale », les publicités n'attirent pourtant initialement que peu d'attention des pouvoirs publics. C'est au moment où éclate la Grande Guerre et que se pose la question de la gestion des maladies vénériennes par l'État que la publicité devient le symbole d'une lutte d'appropriation de ressources financières, politiques et sociales. En Suisse comme en France, vénéréologues et pouvoirs publics alertent contre les dangers des « charlatans » qui, en promettant des guérisons rapides et par correspondance,

¹³⁷⁹ Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, *op. cit.*

¹³⁸⁰ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, *op. cit.* ; Suzanne M. Fischer, *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, *op. cit.*

¹³⁸¹ Voir notamment Eric W. Boyle, *Quack Medicine. A history of combating health fraud in twentieth-century America*, Santa Barbara, ABC-CLIO, 2013 ; Roy Porter, *Health for sale: quackery in England, 1660-1850*, Manchester University Press, 1989 ; Matthew Ramsey, « Medical power and popular medicine: Illegal healers in nineteenth-century France », *Journal of Social History*, vol. 10, n° 4, 1975, p. 560-587 ; Violetta Hionidou, « Popular Medicine and Empirics in Greece, 1900-1950: An Oral History Approach », *Medical History*, vol. 60, n° 4, 2016, p. 492-513.

participent à la diffusion des maladies vénériennes. En même temps que s'établissent de nouvelles réglementations au sujet des spécialisations médicales, le « marché thérapeutique » se restreint considérablement à compter de l'entre-deux-guerres jusqu'à la Seconde Guerre mondiale avec l'introduction de restrictions autour de la publicité médicale et pharmaceutique. Alors même que certains des « charlatans » disposent d'un diplôme de médecine, les critères déontologiques se déplacent autour de pratiques jugées indésirables : la publicité, l'appât financier mais aussi l'absence d'attention portée au bien-être des malades deviennent le symbole d'un exercice douteux de la profession médicale. Nombreux sont les médecins qui appellent d'ailleurs à accueillir avec bienveillance les patients gênés d'évoquer des maladies sexuelles pour les détourner des soins des charlatans. L'importance de la relation médecin-patient dans la construction des identités professionnelles nous amène donc à s'interroger sur les pratiques cliniques effectives : comment sont pris en charge les hommes qui consultent pour des maladies sexuelles ? Quels rapports entretiennent-ils avec leurs médecins ? Comment les rapports de masculinités façonnent cette prise en charge ? Et que nous disent ces pratiques cliniques de l'histoire de l'andrologie ?

Partie III.

Corps, sexualités et masculinités dans les
pratiques cliniques de l'entre-deux-guerres
aux années 1960

Introduction

Comme les deux premières parties de cette thèse l'ont mis en évidence, les modalités de soins autour de la santé sexuelle et reproductive diffèrent largement dans cette première moitié du XX^{ème} siècle. En l'absence d'un discours unifié sur la « santé masculine », il est vraisemblable que les formes de prise en charge des maladies masculines aient été particulièrement variées selon les espaces (cabinets privés, centres hospitaliers, soins par correspondance, etc.) et le statut des soignant·es (leur qualité de médecin, leur spécialité, leurs pratiques, etc.). La santé masculine apparaît ainsi comme un angle intéressant pour mettre en évidence l'existence de cultures médicales locales. En soulignant les différences de discours et de pratiques au sein de divers groupes, contextes et spécialités médicales, Marc Berg et Annemarie Mol appellent ainsi à considérer la médecine comme une « coalition hétérogène de manières de gérer les corps, d'étudier les images, de produire des chiffres ou de mener des conversations »¹³⁸². Il et elle soulignent ainsi la diversité de pratiques qui sont (re)définies localement par l'imbrication de croyances, de techniques et des activités des soignant·es et des patient·es¹³⁸³.

En partant du constat de cette multiplicité des pratiques, cette partie propose d'interroger la construction des corps, des masculinités et des sexualités dans l'espace de la clinique. En recherchant l'existence de formes de spécialisation autour de la santé masculine, j'ai trouvé des sources qui révèlent l'existence d'espaces de pratiques qui, sans se dire de l'andrologie, problématisent et questionnent les corps et les sexualités masculines. Il s'agit de dossiers de patients ayant consulté pour impuissance sexuelle au cabinet privé du neurophysiologiste français Georges Bourguignon entre les années 1920 et 1950 ainsi que d'expertises psychiatriques et dossiers d'hommes internés pour délits et crimes sexuels dans les cantons de Vaud et Genève de l'entre-deux-guerres aux années 1960. Si le caractère circonstancié de production de ces sources ne permet pas de tirer des généralités au sujet de l'ensemble des pratiques cliniques de cette période, elles permettent cependant d'interroger la manière dont, dans ces contextes, sont envisagés, traités, disciplinés les corps et les maladies masculines liées à la sexualité. Ces sources offrent d'autre part un éclairage particulier sur l'émergence en France comme en Suisse d'une « seconde sexologie » qui fait de l'orgasme et du plaisir un problème

¹³⁸² Marc Berg et Annemarie Mol (dir.), *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, Durham and London, Duke University Press, 1998, p. 3, ma traduction.

¹³⁸³ *Ibid.*

central, au détriment de la psychopathologie et des maladies vénériennes¹³⁸⁴. Elles permettent dès lors d'interroger les impacts et traductions locales de ces transformations dans les interactions médicales, la clinique et ses pratiques.

En ceci, je m'intéresse à la « perspective du patient », telle qu'elle a été théorisée par l'historien Roy Porter dans son article paradigmatique paru en 1985¹³⁸⁵. Porter propose de porter l'attention sur les expériences des malades, notamment à partir du langage dans lequel s'exprime la souffrance pour comprendre les perceptions de soi, la compréhension que ces derniers ont de leur esprit et de leur corps, mais aussi la signification qu'ils attribuent à leur maladie¹³⁸⁶. Bien qu'évidemment modelées et limitées par le cadre dans lesquelles elles ont été produites et conservées, les notes apportées à la consultation, les correspondances avec médecins et proches, mais aussi le style d'écriture des médecins (notamment les formulations telles que « le patient dit que ») offrent des pistes pour comprendre comment se joue l'interaction médicale du point de vue des patients.

Il convient néanmoins de prendre avec prudence l'objectif de rendre compte de la perspective des patients. En effet, de nombreux historien·nes ont souligné que l'émergence d'un « regard clinique » à la fin du XVIIIème siècle a contribué à l'effacement des expériences des malades¹³⁸⁷. La clinique s'est constituée par l'accumulation et la mise en commun d'histoires individuelles dépendant de « technologies de papier » : formulaires, registres, dossiers de patients qui permettent de collecter, formater, sélectionner, réduire, comparer et trier l'information¹³⁸⁸. L'historien Flurin Condrau résume ainsi cette tension :

« Il y a, d'une part, un appel à considérer le·la patient·e dans l'histoire de la médecine comme un·e partenaire important, une voix, un sujet, objet [...] avec l'objectif final de réécrire l'histoire de la médecine d'après le point de vue du·de la patient·e. D'autre part, se trouve l'argument que les patient·es ont disparu du récit médical, ou ne sont qu'un sous-produit de la médecine »¹³⁸⁹

¹³⁸⁴ André Béjin, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *Communications*, vol. 35, n°1, 1982, p. 159-177.

¹³⁸⁵ Roy Porter, « The Patient's View : Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, vol. 14, n° 2, 1985, p. 175-198.

¹³⁸⁶ *Ibid.*

¹³⁸⁷ Nicholas C. Jewson, « The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870 », *Sociology*, vol. 10, 1976, p. 225-244 ; Mary E. Fissell, « The Disappearance of the Patient's Narrative and the Invention of Hospital Medicine », dans A. Wear et R. French (éd.), *British Medicine in an Age of Reform*, Londres, Routledge, 1991, p. 92-109.

¹³⁸⁸ Volker Hess et J. Andrew Mendelsohn, « Case and Series: Medical Knowledge and Paper Technology, 1600-1900 », *History of Science*, vol. xlviii, 2010, p. 287-314.

¹³⁸⁹ Flurin Condrau, « The patient's view meets the clinical gaze », *Social History of Medicine*, vol. 20, n° 3, 2007, p. 529, ma traduction.

Il est évident que les voix des patients dans les dossiers médicaux sont restreintes. Il est tout d'abord probable que les hommes aient choisi avec soin ce qu'ils devaient dire afin d'obtenir ce qu'ils voulaient de leurs interactions avec les médecins¹³⁹⁰. Les hommes internés de manière coercitive en Asile n'ont d'ailleurs peu d'autre choix que de coopérer dans l'espoir d'être libérés¹³⁹¹. Leurs témoignages, sous la forme de lettres ou de notes, sont le produit d'un dispositif disciplinaire qui atteste de leur étroite marge de manœuvre et champ d'action. Au-delà de leur capacité d'agir et de résistance, les dossiers de patients dépeignent une vision limitée de la manière dont les hommes font l'expérience de leur corps dans ces contextes. Les sources ne donnent d'ailleurs accès qu'aux pratiques d'écriture des médecins, qui transcrivent et transforment les dires des patients en objets médicaux : anamnèse, symptômes, diagnostic. D'autre part, comme le souligne Annemarie Mol, les expériences corporelles vécues avant la rencontre médicale ne prennent même pas la forme qui émerge au moment de répondre aux questions du médecin¹³⁹². Ils n'*incarnent* donc pas encore la maladie. Comment, alors, rendre compte de la perspective des patients depuis ces sources ?

Les sources autobiographiques paraissent à première vue déjouer ce problème, en offrant un accès privilégié, non filtré, à la voix des patients. Après tout, comme le souligne l'historienne Joan Scott, « que pourrait-il y avoir de plus vrai [...] que le récit par un sujet de ce qu'il ou elle a vécu ? »¹³⁹³. Ces témoignages, que j'ai notamment recueillis auprès de l'Association pour l'autobiographie et le patrimoine autobiographique (APA), sont néanmoins rares et dépendent aussi des conditions de leur production¹³⁹⁴. Or, comme le souligne Scott, il serait illusoire de rechercher un récit non-altéré des expériences corporelles des sujets :

« Lorsque l'expérience est prise comme l'origine de la connaissance, la vision du sujet individuel [...] devient le fondement sur lequel est construite l'explication. Elle laisse de côté les questions sur la nature construite de l'expérience, la manière dont les sujets sont constitués comme différents, et comment leur vision est structuré par le langage (ou discours) et l'histoire »¹³⁹⁵

¹³⁹⁰ Nahema Hanafi, « « Je décharge quelquefois sans bander parfaitement... » : évocations masculines de la sexualité avec le médecin Samuel-Auguste Tissot », *op. cit.*

¹³⁹¹ Au sujet de la capacité d'agir des personnes internées de force, consulter notamment Anne-Françoise Praz, Lorraine Odier, Thomas Huonker, Laura Schneider et Marco Nardone, « ... *Je vous fais une lettre* ». *Retrouver dans les archives la parole et le vêtu des personnes internées*, Commission indépendante d'experte (CIE) internements administratifs, 4, Éditions Alphil, 2019.

¹³⁹² Annemarie Mol, *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, 2004.

¹³⁹³ Joan W. Scott, « The Evidence of Experience », *Critical Inquiry*, vol. 17, n° 4, 1991, p. 777, ma traduction.

¹³⁹⁴ J'ai déjà évoqué une partie du problème de ces sources dans la partie méthodologique. Pour une discussion plus détaillée de l'usage des autobiographies en histoire, voir notamment les travaux de Anne-Claire Rebreyend, *Intimités amoureuses, France 1920-1975*, *op. cit.*

¹³⁹⁵ Joan W. Scott, « The Evidence of Experience », *op. cit.*, ma traduction.

Comment alors contextualiser les expériences et pratiques des hommes sans les stabiliser ou les naturaliser ? Plutôt que de rechercher une description « pure » de leurs expériences, je propose d'étudier la coproduction des corps et des masculinités au sein des interactions médicales par les patients, médecins, techniques et le cadre institutionnel et matériel dans lequel se déroule l'interaction. Les dossiers médicaux permettent ainsi de penser la science comme pratique : ils reflètent non seulement le regard clinique, mais incluent également des lettres, cartes, notes des patients ou de leurs proches, révélant l'interaction entre les médecins, patients et technologies¹³⁹⁶. Je m'inspire du concept d'« embodiment » utilisé par les chercheurs Marc Berg et Paul Harterink pour montrer le caractère co-construit des corps dans la clinique, tant par les techniques, les dossiers, les patients que les soignant·es¹³⁹⁷. Le concept d'« embodiment » permet ainsi de résoudre la dichotomie entre un corps comme « concept » construit par le discours scientifique et le corps sujet de l'expérience vécue, tout en évitant toute notion de précedence de l'un sur l'autre¹³⁹⁸.

Dans le premier chapitre, j'interroge ainsi la production des corps et des sexualités dans deux contextes spécifiques : le cabinet du docteur Bourguignon et la prise en charge psychiatrique des sexualités « déviantes » à Genève et Vaud. Malgré leurs différences, ces deux espaces de pratiques sont caractérisés par des dispositifs visant à identifier voire à localiser l'origine (hormonale ou psychique, principalement) et la nature des troubles sexuels. Dans la lignée des travaux de sociologie de la sexualité, je mobilise la notion de « scripts sexuels » développée par Gagnon et Simon pour analyser les éléments sociaux qui induisent et rendent possible les activités sexuelles¹³⁹⁹. M'inspirant également du concept de « script technosexuel » développé par Tom Waidzunas et Steven Epstein, je montre que les pratiques d'identification et de matérialisation du désir sexuel masculin s'appuient sur « un arrangement des corps, de dispositifs, d'autocompréhension, de croyances culturelles »¹⁴⁰⁰. En cela, l'analyse de ces

¹³⁹⁶ Mirjam Janett, Andrea Althaus, Marion Hulverscheidt, Rita Gobet, Jürg Streuli et Flurin Condrau, « Doctors, families and the industry in the clinic: the management of “intersex” children in Swiss paediatric medicine (1945-1970) », *Medical History*, vol. 65, n°3, 2021, p. 286-305.

¹³⁹⁷ Marc Berg et Paul Harterink, « Embodying the Patient: Records and Bodies in Early 20th-century US Medical Practice », *Body & Society*, vol. 10, n°2-3, 2004, p. 13-41.

¹³⁹⁸ *Ibid.*

¹³⁹⁹ John H. Gagnon, *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2008. Au sujet de la sociologie de la sexualité, consulter notamment Patricia Legouge, « La sexualité, un produit social et un objet sociologique », *Raison présente*, vol. 183, n° 1, 2012, p. 13-21 ; Michel Bozon, « Les significations sociales des actes sexuels », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, 1999, p. 3-23.

¹⁴⁰⁰ Tom Waidzunas et Steven Epstein, « “For men arousal is orientation”: Bodily truthing, technosexual scripts, and the materialization of sexualities through the phallometric test », *Social Studies of Science*, vol. 45, n°2, 2015, p. 190, ma traduction.

dossiers nous informe autant sur la prise en charge médicale des « troubles sexuels » que sur les scripts autour de la sexualité qui en permettent la compréhension.

Le second chapitre porte sur les interactions entre les médecins et leurs patients. Celles-ci se déroulant principalement entre hommes, j'interroge la production des masculinités dans l'espace de la clinique et la manière dont elles façonnent la prise en charge des maladies masculines. Je montre ainsi que là où certains médecins entretiennent avec leur patientèle privée des formes de connivences et de solidarités au nom d'une masculinité commune, d'autres déplorent au contraire la réticence des hommes à se laisser examiner et mettent en place des stratégies pour les convaincre. En m'intéressant aux hiérarchies entre masculinités, je montre ainsi comment le contexte de la clinique est parfois un espace de reconfiguration des normes de la masculinité hégémonique ou au contraire, celui de leur reproduction.

Chapitre 1. Les sexualités masculines en pratiques

1. La fabrique de l'impuissance au cabinet du docteur Bourguignon

1.1. Déceler l'origine de l'impuissance sexuelle

C'est par une lettre teintée de désespoir qu'un jeune contrôleur des contributions directes sollicite un rendez-vous auprès du neurophysiologiste Georges Bourguignon dans les années 1920 :

« Monsieur,

Suivant le conseil de mon médecin, je me décide à solliciter l'avis d'un maître de l'art pour connaître le dernier mot de la science au sujet de l'affection dont je suis atteint. J'ai 26 ans ½ et depuis 5 ans je suis atteint d'impuissance. Étrangement surpris de cet état que j'ai connu le jour où j'ai essayé le premier rapprochement sexuel [...] j'ai essayé les médicaments quelconques, ai consulté différents médecins et depuis 6 mois j'ai suivi deux traitements électriques :

1° 17 séances de lit-condensateur avec effloration de haute fréquence sur la région lombaire

2° 25 séances de courant continu sur la légion lombaire, avec injection hypodermiques et 'andocrinol' (2 boîtes)

L'amélioration notable de mon état général n'est pas contestable, mais ce traitement n'a pas suffi à me faire accomplir l'acte sexuel.

Je suis d'apparence très normale 1m75 – 74 kg – et ne suis atteint d'aucune lésion organique. Aussi les différents médecins consultés en concluent que mon impuissance est d'origine névropathique »¹⁴⁰¹

L'une des premières traces d'une série de dossiers issus de la clinique privée du médecin, cette lettre témoigne de la longue errance thérapeutique dont fait l'expérience une grande partie des hommes qui recherchent, auprès de Bourguignon, un traitement à leurs troubles sexuels. Leur parcours de soin révèle aussi la coexistence, dans l'entre-deux-guerres, de plusieurs régimes de compréhension et de traitement de l'impuissance sexuelle allant de l'électrothérapie aux injections opothérapiques.

Le neurophysiologiste reçoit pourtant peu de patients se plaignant de troubles sexuels, du moins jusqu'au milieu des années 1940. Avant cette date, les quelques dossiers qui leur sont consacrés sont peu épais et l'unique feuille d'examen qui leur est dédiée témoigne aussi de l'impuissance thérapeutique de Bourguignon : une fois le diagnostic posé, les consultations ne se poursuivent que rarement, sans qu'il ne soit d'ailleurs toujours possible d'identifier s'il suggère un

¹⁴⁰¹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 469, lettre du patient, années 1920.

traitement spécifique. La lettre du jeune contributeur des impôts directs informe néanmoins sur la façon dont est construite l'impuissance sexuelle au moment où il écrit. Tout comme dans nombre de dossiers de Bourguignon, c'est le caractère « normal » de l'apparence du patient – que ce dernier définit en termes de taille et de poids – ainsi que l'absence de lésion organique qui permet d'affirmer la possibilité d'une cause « névropathique » de ses difficultés sexuelles. Initialement recherchée dans le corps, l'impuissance « nerveuse » est définie en creux par l'absence de causalité identifiable.

La majorité des patients qui se tournent vers Bourguignon a d'abord entrepris, généralement sur le conseil de leur médecin de famille, des traitements cherchant à rééquilibrer l'organisme : vitamines, calmants ou stimulants, à l'instar de la strychnine ou des produits phosphorés. Cela signifie qu'avant d'être une maladie nerveuse ou des organes, l'impuissance est tout d'abord traitée comme le symptôme d'une faiblesse plus large du corps, nécessitant stimulation ou repos. En ceci, comme le souligne Emmanuelle Bonetti, le traitement est « corollaire du mécanisme pathologique que l'on suppose [...] [il est] une autre façon de décrire ce mécanisme »¹⁴⁰². Il est vraisemblable que, pour la plupart des hommes, la recherche de traitement s'arrête d'ailleurs là. Les patients qui finissent par consulter Bourguignon ont, quant à eux, cherché d'autres remèdes auprès de divers praticiens et spécialistes. Ainsi, un ingénieur chimiste « devenu impuissant le jour de son mariage »¹⁴⁰³ dans les années 1930 essaye, avec le concours de plusieurs médecins, divers traitements à base de calmants, de produits phosphorés et de strychnine. Insatisfait des résultats, il se tourne vers René Charpentier, alors chef de clinique des maladies mentales à l'asile clinique Sainte-Anne. Il participe à définir les termes de son trouble et c'est avec son accord et son implication que Charpentier le recommande un an plus tard à Bourguignon :

« Je désirerais, si vous y consentiez, vous demander de traiter un malade que je soigne depuis plus d'un an pour un état d'asthénie accompagné d'impuissance sexuelle. Il me semble qu'un traitement électrique pourrait activer la convalescence de cet état, considérablement amélioré au point de vue général, et dont le réveil sexuel commence à se manifester un peu.

Qu'en pensez-vous ? Que lui feriez-vous ? (Cette dernière question m'étant posée par le malade) »¹⁴⁰⁴

¹⁴⁰² Emmanuelle Bonetti, « L'impuissance et son traitement: Comment le médicament modifie la définition de la maladie », *Annales*, vol. 62, n°2, 2007, p. 331.

¹⁴⁰³ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2492, lettre de Charpentier à Bourguignon, années 1930.

¹⁴⁰⁴ *Ibid.*

C'est en effet tout d'abord en tant que spécialiste de l'électricité que Georges Bourguignon reçoit des hommes se plaignant d'impuissance. Diplômé de médecine en 1906, il est chef de laboratoire suppléant d'électro-radiothérapie à la clinique des maladies nerveuses (dès 1914), puis chef de service (dès 1921) à l'Hôpital de la Salpêtrière à Paris. Le laboratoire d'électro-radiothérapie se concentre alors sur trois domaines spécifiques : les électrodiagnostics, l'électrothérapie et la radiothérapie. Si la majorité des patients accueillis par le laboratoire s'y rend pour des maladies nerveuses, un certain nombre, envoyé par le service de chirurgie de l'hôpital, souffre de cancers, de tuberculose, de fibromes et d'affections articulaires¹⁴⁰⁵. À partir de 1941, Bourguignon n'y reçoit des patient·es que lorsqu'ils et elles s'inscrivent dans le cadre de ses recherches¹⁴⁰⁶. En parallèle de son activité hospitalière, il exerce dans un cabinet situé dans le cinquième arrondissement où il reçoit une grande variété de malades comprenant des cas de fractures osseuses, de troubles du sommeil, d'intoxications carbonées ou encore d'impuissance sexuelle.

S'ils ne permettent pas toujours de deviner les questions qu'il pose à ses patients, les dossiers de Bourguignon, rédigés à la main sur de petits feuillets, marquent par leur détail : l'âge est marqué à la demi-année près, le poids au demi-kilo. Le neurophysiologiste note ainsi tout d'abord des informations sommaires : d'où vient le client (personnel ou recommandé par un autre praticien) ? Quelle est sa profession ? Son âge ? Puis, s'en suivent des renseignements sur les symptômes et l'histoire médicale : De quoi se plaint-il ? À quand remontent les troubles ? Quel âge avait-il lors de ses premiers rapports sexuels ? Et lorsqu'il a commencé à se masturber ? Est-il indifférent, obsédé, gêné vis-à-vis de son impuissance ? Quels traitements ont été envisagés et avec quel succès ?

Puisqu'il n'est que rarement – je n'ai relevé que dix occurrences sur la centaine de dossiers consultés – le premier interlocuteur des patients, les dossiers fournissent des informations précieuses sur les formes de prise en charge de l'impuissance dans le paysage médical parisien et plus généralement français. Jusqu'au début des années 1940, Bourguignon comprend principalement l'impuissance comme le signe d'un épuisement nerveux auquel il entend répondre par des traitements électriques. C'est par exemple le cas d'un jeune agriculteur italien atteint de « neurasthénie et impuissance sexuelle relative, suite d'onanisme »¹⁴⁰⁷ à qui il

¹⁴⁰⁵ AAPHP, Stéphane Rodriguez, *Hospice de la Salpêtrière. Dossiers médicaux de patients suivis par le laboratoire d'électro-radiothérapie 1910-1959*, Tome 1, Services des Archives APHP, 107R.

¹⁴⁰⁶ *Ibid.*

¹⁴⁰⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 1223, examen médical, années 1920.

recommande à la fin des années 1920 de faire exécuter un « bain statique et douche statiques avec étincelage tout le long de la colonne vertébrale »¹⁴⁰⁸. S'il considère que l'onanisme est chez lui la cause de l'impuissance, Bourguignon n'attribue à la masturbation qu'un rôle de plus en plus marginal dans le développement des troubles sexuels au fil des années et abandonne d'ailleurs progressivement le terme d'« onanisme ».

La plupart des dossiers concerne des hommes qui consultent dès le milieu des années 1940. Dès ce moment, Bourguignon établit en effet une collaboration avec l'endocrinologue et spécialiste de la nutrition Guy Laroche, qui lui envoie la majorité de ses patients impuissants¹⁴⁰⁹. Figure importante de l'endocrinologie et de la sexologie française à la veille de la Seconde Guerre mondiale, Laroche est un spécialiste du traitement hormonal des troubles sexuels masculins. Vice-président de la Société de sexologie dès 1937, il publie la même année avec Étienne Bompard les résultats d'« essais de traitement de l'impuissance sexuelle masculine par l'hormone mâle »¹⁴¹⁰. Il participe à fonder la Société d'endocrinologie et son organe de publication, les *Annales d'endocrinologie* en 1939 où il présente ses recherches sur la thérapie par les hormones mâles¹⁴¹¹.

La prise en charge de l'impuissance au cabinet privé de Bourguignon s'inscrit ainsi dans un contexte plus large de transformations médicales autour des troubles de la sexualité. Le développement des hormones « mâles » de synthèse ouvre la voie au traitement de maladies masculines telles que l'hypertrophie de la prostate, les déficiences testiculaires et l'infantilisme dès 1935¹⁴¹². En 1938, les laboratoires Cruet commercialisent en France le *Testoviron* comme une « hormone mâle pure »¹⁴¹³ destinée à être prescrite par les généralistes, neurologistes, psychiatres, chirurgiens et urologues, dermatologues et gynécologues, en somme par « tous les médecins »¹⁴¹⁴. En Suisse, les laboratoires Ciba basés à Bâle commercialisent dès la fin des années 1930 l'« androstine » comme un « extrait testiculaire total »¹⁴¹⁵ et du propionate de

¹⁴⁰⁸ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 1223, lettre de Bourguignon à un confrère, années 1920.

¹⁴⁰⁹ Pour 12 cas d'impuissance entre 1924 et 1944, Bourguignon en reçoit 91 entre 1944 et 1953 grâce aux recommandations de Laroche.

¹⁴¹⁰ Guy Laroche et Étienne Bompard, « Essais de traitement de l'impuissance sexuelle masculine par l'hormone mâle », *Le Progrès médical*, vol. 15, 1938, p. 530.

¹⁴¹¹ AM, Dossier biographique de Guy Laroche, article de Jean Roche, « Éloge de Guy Laroche (1884-1984) », 1985.

¹⁴¹² John Hoberman, *Testosterone Dreams. Rejuvenation, Aphrodisia, Doping*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, 2005.

¹⁴¹³ Laboratoires Cruet, *Testoviron. Hormone mâle pure*, Paris, 1938.

¹⁴¹⁴ *Ibid*, p. 13.

¹⁴¹⁵ G. Franck, « Résultats thérapeutiques obtenus pour quelques cas d'hypertrophie de la prostate et d'impuissance par l'« androstine » et le « perandren » (Ciba) », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1939, p. 102.

testostérone sous le nom de « perandren »¹⁴¹⁶. Les espoirs thérapeutiques initialement soulevés par l'hormonothérapie s'avèrent cependant décevants lors des premiers essais cliniques. En 1938, le docteur Roger Naillat, qui dédie sa thèse de médecine aux indications thérapeutiques de l'hormone mâle, décrit ainsi :

« L'impuissance sexuelle était naturellement, par analogie avec ce que l'on constate expérimentalement chez l'animal, le premier trouble dont on pouvait espérer la guérison ; mais ici, bien des espérances ont été déçues. On sait, en effet, que dans la plupart des cas d'impuissance masculine le facteur psychique est prépondérant et représente presque toujours la cause principale, sinon la cause unique du mal »¹⁴¹⁷

Même les brochures promotionnelles du *Testoviron* reconnaissent que le traitement « a moins de chances de succès dans l'impuissance qui fait suite à l'épuisement sexuel [...] moins de chances de succès également dans l'impuissance due à un complexe d'infériorité [...] à l'habitude ou à la répulsion à l'égard de la partenaire »¹⁴¹⁸. Les craintes d'un usage récréatif « aphrodisiaque » des hormones sexuelles et de l'association avec les thérapies de « rajeunissement »¹⁴¹⁹ peuvent aussi expliquer la réticence de certains médecins à prescrire des thérapies hormonales qu'ils jugent, d'un point de vue thérapeutique, insatisfaisantes. En 1940, le médecin suisse Robert Junet souligne ainsi le décalage entre les perceptions de l'impuissance par les patients et l'intérêt thérapeutique que représente la médication hormonale :

« La plupart du temps, les défaillants sexuels sont des nerveux chez lesquels la crainte d'un nouvel échec est le principal facteur d'impuissance, souvent aggravé par les railleries et par l'indiscrétion d'une partenaire peu indulgente. Leur état n'est donc pas souvent la conséquence d'une défaillance hormonale, d'où le peu de chances de succès d'une opothérapie substitutive, même s'ils utilisent une préparation sérieuse. L'utilisation des hormones masculines dans un but strictement érotique, sujet pour lequel les profanes manifestent souvent un grand intérêt, n'en présente aucun du point de vue strictement médical »¹⁴²⁰

Similairement, les endocrinologues France et René Moricard soulignent en 1943 que « [l]e traitement par la testostérone, quoi qu'en dise la publicité pharmaceutique, est pratiquement sans action sur ces impuissances qui restent justiciables de traitements physiothérapiques »¹⁴²¹.

¹⁴¹⁶ *Ibid.*

¹⁴¹⁷ Roger Naillat, *L'Hormone mâle. Mise au point des indications thérapeutiques actuelles*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1938, p. 50-51.

¹⁴¹⁸ Laboratoires Cruet, *Testoviron. Hormone mâle pure*, op.cit., p. 28.

¹⁴¹⁹ Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, op. cit.

¹⁴²⁰ Robert Junet, « Gynandromorphisme par insuffisance testiculaire chez un adolescent : Efficacité du traitement par le propionate de testostéron (Perandren) », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1940, p. 1143.

¹⁴²¹ France et René Moricard, *Hormonologie sexuelle humaine. Physiologie, pathologie, thérapeutique*, Paris, Masson et Cie, 1943, p. 363.

Or, les dossiers de Bourguignon révèlent au contraire qu'une écrasante majorité des patients qui consultent dans les années 1940 a tout d'abord été traitée par un traitement hormonal souvent administré par un médecin généraliste en complément des habituels calmants et stimulants. Nombreux sont ainsi les hommes qui ont subi des injections régulières de *Testoviron* ou de son équivalent, le *Stérandryl*, commercialisé par les Laboratoires Roussel. Ce décalage entre la presse médicale et les pratiques effectives peut avoir plusieurs raisons, tenant tant aux représentations des troubles sexuels qu'aux intérêts non thérapeutiques du traitement. Il est possible, tout d'abord, que patients comme médecins imaginent l'impuissance en des termes hormonaux, à un moment où les glandes sexuelles sont présentées dans la culture populaire et médicale comme productrices de « messagers chimiques de la masculinité »¹⁴²². Tous les praticiens ne disposent d'ailleurs pas nécessairement des connaissances développées au sein de la nouvelle discipline qu'est l'endocrinologie sexuelle. Un second registre d'explication est aussi celui des usages non seulement thérapeutiques mais aussi diagnostiques des thérapies hormonales. Ainsi, comme le suggère le médecin suisse Georges Bickel en 1951, certains médecins ont recours à cette médication comme outil diagnostic :

« Il était classique, jusqu'à ces dernières années, d'administrer, à titre de test thérapeutique, une série d'injections de propionate de testostérone à tous les sujets, jeunes ou vieux, souffrant d'impuissance sexuelle. On espérait ainsi séparer les cas dans lesquels l'impuissance est purement psychogène et nerveuse de ceux ressortissant à une insuffisance testiculaire plus ou moins masquée, telle qu'elle se présente en particulier, au moment du climactère mâle, chez certains sujets ayant dépassé la cinquantaine. On admet en effet, de façon générale, que l'impuissance associée à l'hypogonadisme peut être corrigée par le traitement hormonal, tandis que l'impuissance psychogène relève d'un traitement psychothérapique, éventuellement associé à une médication tonique générale »¹⁴²³

L'administration de *Testoviron* ou de *Stérandryl* permet à la fois d'engager une tentative de traitement tout en distinguant les impuissances d'origine hormonale de celles d'origine psychogène. Il faut dire que même s'ils deviennent disponibles à la clinique dès les années 1930, les dosages hormonaux biologiques demeurent logistiquement contraignants et coûteux. Il faut alors injecter des extraits d'urine à un chapon, attendre cinq jours, puis mesurer l'augmentation de sa crête pour espérer en tirer des informations sur les quantités d'hormones mâles¹⁴²⁴.

¹⁴²² Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, op. cit. ; Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, op. cit.

¹⁴²³ Georges Bickel, « La testostérone et ses applications chez l'homme », *Cinquième journée de thérapeutique clinique*, Genève, Librairie de l'Université Georg & cie, 1951, p. 275.

¹⁴²⁴ Nicole Cabau née Philippon, *Contribution à l'étude des implants sous-cutanés d'hormone mâle*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1947.

À la fin des années 1940, le dosage urinaire des 17-cétostéroïdes (ci-après 17-CS) est présenté comme une alternative au dosage biologique basé sur la mesure de la crête des chapons. La méthode, inscrite dans l'essor de la biomédecine d'après-guerre et l'émergence d'un secteur de niche de la biochimie¹⁴²⁵, consiste à mesurer l'élimination urinaire des androgènes et des stéroïdes ayant une fonction cétone en 17 qui proviennent principalement du catabolisme des androgènes. L'analyse des 17-CS permet de doser les hormones « mâles » produites non seulement par les testicules mais aussi d'autres glandes endocrines : elle constitue à la fois un test de l'activité surrénale et de l'activité testiculaire chez l'homme¹⁴²⁶. Présentée comme une mesure objective et quantifiable des hormones sexuelles, elle est employée dans la clinique de l'intersexuation comme un examen permettant de dévoiler le « vrai sexe » des patient·es¹⁴²⁷ et dès les années 1950 dans la clinique de l'impuissance pour « séparer avec une assez grande probabilité les cas d'impuissance sexuelle organique des cas, beaucoup plus fréquent en pratique, d'impuissance sexuelle psychogène »¹⁴²⁸.

La disponibilité d'un instrument de mesure des taux d'hormones mâles ne remet pourtant pas en question la prescription presque systématique du *Stérandryl* ou *Testoviron*. C'est d'ailleurs après avoir été « traité sans résultat par des injections d'hormones mâles »¹⁴²⁹ qu'un accoucheur-gynécologue de 48 ans, patient de Bourguignon, procède au « dosage des hormones mâles dans l'urine »¹⁴³⁰ à la fin des années 1940. Le dosage des 17-CS dans les cas d'impuissance semble d'ailleurs confirmer l'origine principalement psychogène de l'impuissance, ainsi que le souligne le psychiatre Marcel Eck explique en 1956 : « Le dosage, maintenant classique, des 17 Cétostéroïdes, ne livre à peu près jamais d'indication valable dans les cas d'impuissance »¹⁴³¹.

Il faut alors aussi comprendre le succès des thérapies hormonales par l'absence de meilleure méthode de traitement. L'hormonothérapie permet au médecin de proposer une réponse rapide

¹⁴²⁵ Au sujet de la biochimie et de la biomédecine, voir Jean-Paul Gaudillière, « Biochimistes et biomédecine dans l'après-guerre : deux itinéraires entre laboratoire et hôpital », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 10, n° 4, 1992, p. 107-147.

¹⁴²⁶ André Lichtwitz, Pierre Barbier et Marcel Mouton, « Taux des 17-CS chez des sujets normaux. Considérations physiologiques concernant leur origine », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, vol. 35, 21 septembre 1947, p. 2123.

¹⁴²⁷ Mirjam Janett, Andrea Althaus, Marion Hulverscheidt, Rita Gobet, Jürg Streuli et Flurin Condrau, « Doctors, families and the industry in the clinic: the management of "intersex" children in Swiss paediatric medicine (1945-1970) », *op. cit.*

¹⁴²⁸ Georges Bickel, « La testostérone et ses applications chez l'homme », *op.cit.*, p. 275.

¹⁴²⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3933, examen médical, années 1940.

¹⁴³⁰ *Ibid.*

¹⁴³¹ Marcel Eck, « L'impuissance psychique », *Cahiers Laënnec*, vol. 4, 1956, p. 24.

à un cas perçu comme autrement difficile à résoudre. La gynécologue Hélène Michel-Wolfromm explique ainsi en 1965 :

« Les médecins sont excusables de donner des hormones mâles parce que c'est vraiment la seule façon de se débarrasser assez vite d'un impuissant [...] L'attitude du médecin généraliste, même s'il est très cultivé, devant une impuissance ou devant une frigidité, est de se dire « Comment faire pour me débarrasser au plus tôt de ce personnage encombrant ? » Malheureusement quand les médecins sont gentils, quand ils écoutent, les patients reviennent inlassablement et ils ne savent quoi en faire. Ils réussissent difficilement à les adresser à un psychothérapeute et ils sont obligés bon gré, la gré, d'exercer eux-mêmes leur psychothérapie »¹⁴³²

En-dehors des causes émotives et hormonales, les causes de l'impuissance sont également attribuées aux suites d'une maladie vénérienne, à l'instar d'une urétrite d'origine blennorragique, un diabète, ou encore d'une affection nerveuse telle qu'une paralysie générale.

Si Bourguignon ne semble pas en faire lui-même (ou en tout cas ne l'indique pas dans les dossiers), un examen des organes génitaux voire un toucher rectal est généralement effectué par un généraliste ou un spécialiste pour écarter toute cause anatomique. Devant l'absence d'infection ou de cause anatomique, les urologues consultés par les patients de Bourguignon tentent différentes formes de traitement. Au début des années 1940, l'urologue Henri Petit soigne un fonctionnaire impuissant en lui électrisant l'urètre, sans résultat¹⁴³³. L'homme se tourne par la suite vers d'autres spécialistes des voies urinaires qui lui prescrivent de l'yohimbine devant l'absence d'anomalie et d'infection génito-urinaire¹⁴³⁴. À la Libération, un jeune employé de commerce consulte deux urologistes « qui lui [disent] qu'il n'y avait rien de spécial en dehors d'une abondance exagérée de liquide prostatique »¹⁴³⁵. Ils tentent de le traiter par l'introduction d'une sonde « de Béniqué » dans l'urètre, sans succès. L'un des urologistes en conclut donc « que c'était plutôt nerveux »¹⁴³⁶. Un entrepreneur en constructions résidant en Égypte explique avoir consulté l'urologue Roger Couvelaire dans les années 1940, inquiet de la rapidité et du moindre volume de son éjaculation après une infection testiculaire. Celui-ci lui déconseille « les massages prostatiques qu'on faisait au Caire »¹⁴³⁷ et lui propose plutôt diverses médications, parmi lesquelles le *Stérandryl*.

¹⁴³² *La revue de médecine*, 1965, p. 634.

¹⁴³³ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3780, examen médical, années 1940.

¹⁴³⁴ *Ibid.*

¹⁴³⁵ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3991, examen médical, années 1940.

¹⁴³⁶ *Ibid.*

¹⁴³⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3627, examen médical, années 1940.

Plutôt que d'une claire distinction de traitement entre spécialités, il est ainsi vraisemblable que les urologues recourent tout autant à l'hormonothérapie que les généralistes lorsqu'ils ne parviennent pas à identifier de lésion anatomique ou d'infection à l'origine de l'impuissance. Couvelaire appelle ainsi ses confrères à échanger davantage avec les psychiatres à l'occasion du Congrès de l'Association française d'urologie de 1953 afin de « protéger l'impuissant normalement constitué d'une noyade dans les extraits de testicules taurin »¹⁴³⁸.

Les dossiers de Bourguignon mettent en évidence le fait que les pratiques cliniques ne sont pas dominées par un paradigme psychologique ou psychanalytique. Ce constat nuance ainsi une grande partie de travaux historiques qui considèrent que l'impuissance sexuelle a été requalifiée dès l'entre-deux-guerres comme étant principalement d'origine psychogène¹⁴³⁹. Les psychanalystes sont d'ailleurs visiblement absents des itinéraires thérapeutiques des hommes qui consultent Bourguignon : seul un dossier parmi la centaine que j'ai consultée fait allusion à la visite de l'un d'entre eux. Cette absence peut s'expliquer en partie par le fait que Bourguignon se situe en-dehors des réseaux des psychanalystes mais suggère aussi le succès limité de la psychanalyse dans le paysage médical français jusqu'aux années 1950¹⁴⁴⁰. Ainsi, comme le souligne l'historienne Anne Carol, « [l]es théories freudiennes se diffusent aussi au prix de quelques simplifications dans les cabinets des médecins ordinaires [...] ils empruntent à la psychanalyse pour bricoler diagnostics et thérapeutiques »¹⁴⁴¹.

1.2. La chronaxie vestibulaire comme mesure somatique de l'émotivité

La pratique de Bourguignon s'inscrit donc dans un contexte médical soucieux d'identifier l'origine et de trouver des traitements à l'impuissance sexuelle. C'est d'ailleurs après l'échec d'un traitement hormonal que Laroche envoie des hommes se faire examiner par Bourguignon dans l'espoir qu'il parvienne à déceler une cause nerveuse ou émotive et à entamer un

¹⁴³⁸ Association française d'urologie, *Quarante-septième congrès d'urologie. Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, G. Doin & cie, 1953, p. 1.

¹⁴³⁹ De nombreux travaux historiques se sont attachés à étudier la requalification psychique des troubles de la sexualité masculine. Voir notamment Anne Carol, « La virilité face à la médecine », *op. cit.* ; Angus McLaren, *Impotence. A Cultural History*, *op. cit.* ; Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, *op. cit.* ; Alain Giami, « La médicalisation de la sexualité : aspects sociologiques et historiques », dans Alain Giami et Laurence Piétri (dir.), *Les traitements de l'impuissance*, Paris, La Documentation française, 1999, p. 173-186 ; Emmanuelle Bonetti, « L'impuissance et son traitement : Comment le médicament modifie la définition de la maladie », *op. cit.* ; André Béjin, « L'éjaculation prématurée selon les médecins et les sexologues français de 1830 à 1960 », *op. cit.* ; Philippe Brenot, *Impuissance masculine. Perspectives historiques*, L'Esprit du temps, 1994.

¹⁴⁴⁰ Annick Ohayon, *L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France (1919-1969)*, Paris, Éditions La Découverte, 1999.

¹⁴⁴¹ Anne Carol, « La virilité face à la médecine », *op. cit.*, p. 46.

traitement. Ce dernier a en effet mis en place un véritable protocole de diagnostic et de traitement dans le milieu des années 1930 pour repérer et soigner les troubles nerveux et émotifs. Dans la thèse ès sciences naturelles, *La Chronaxie chez l'homme* qu'il soutient en 1923, Bourguignon s'intéresse à l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles et utilise pour la première fois chez l'être humain le concept de « chronaxie » établi en 1909 par son maître, le neurophysiologiste Louis Lapicque¹⁴⁴². La chronaxie est un concept faisant référence au temps nécessaire pour exciter un tissu nerveux ou musculaire à l'aide d'un courant électrique d'intensité standardisée : la rhéobase. Elle permet, comme le souligne l'historien Jean-Claude Dupont, de disposer « pour la première fois d'un paramètre pour mesurer les effets des divers agents sur le nerf [...] et en clinique de suivre l'évolution des processus dégénératifs ou régénératifs »¹⁴⁴³.

Le concept de chronaxie porté par Lapicque est au cœur d'une controverse qui l'oppose aux tenants de l'école de Cambridge au sujet de la nature de la transmission de l'influx nerveux¹⁴⁴⁴. Si elles marquent fortement les milieux médicaux, pharmacologiques et biologiques français dans l'entre-deux-guerres, les théories chronaxiques sont réfutées puis abandonnées au lendemain de la Seconde Guerre mondiale¹⁴⁴⁵. Peu impliqué dans celles-ci, Bourguignon semble cependant avoir été épargné par ces controverses et demeure, au contraire, l'une des figures centrales de l'électrodiagnostic et de la neurophysiologie française. Nommé chevalier de la légion d'honneur en 1933, il est élu membre de l'Académie de médecine en 1940 et préside plusieurs sociétés et syndicats médicaux, à l'instar de la Société française de neurologie et la Société d'électro-radiologie médicale¹⁴⁴⁶.

Avec la chronaxie, Bourguignon établit des standards de normalité et de pathologie dans le système optique¹⁴⁴⁷, la crise de tétanie¹⁴⁴⁸, ou encore la sclérose latérale amyotrophique¹⁴⁴⁹. En

¹⁴⁴² Paul Chauchard, « À propos du cinquantenaire de la chronaxie : l'importance de l'œuvre de Louis Lapicque en neurophysiologie », *Revue d'histoire des sciences*, vol. 13, n°3, 1960, p. 247-258.

¹⁴⁴³ Jean-Claude Dupont, « Autour d'une controverse sur l'excitabilité : Louis Lapicque et l'école de Cambridge », dans Jean-François Picard, Claude Debru et Jean Guyon (dir.), *Les sciences biologiques et médicales en France, 1920-1950*, Paris, CNRS Éditions, 1994, p. 7.

¹⁴⁴⁴ Pour plus d'informations sur la controverse, lire Jean-Claude Dupont, « Autour d'une controverse sur l'excitabilité : Louis Lapicque et l'école de Cambridge », *op.cit.*

¹⁴⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁴⁶ AM, Dossier biographique de Georges Bourguignon, Notice biographique de Témerson, 1963

¹⁴⁴⁷ Georges Bourguignon et Renée Déjean, « Double chronaxie du système optique de l'homme », *Académie des Sciences*, vol. 180, 1925, p. 169.

¹⁴⁴⁸ Georges Bourguignon et Haldane, « Évolution de la chronaxie au cours de la crise de tétanie expérimentale par hyperpnée volontaire chez l'homme », *Académie des Sciences*, 1925, p. 321.

¹⁴⁴⁹ Georges Bourguignon, « La chronaxie dans la sclérose latérale amyotrophique », *Réunion neurologique annuelle*, juin 1925.

1924, avec le psychiatre et le psychanalyste Paul Schiff, il emploie la chronaxie comme un instrument permettant de déterminer « dans quelle mesure l’asthénie musculaire et l’inaptitude au travail [...] ont une base physiologique objectivement décelable »¹⁴⁵⁰. Ce sont néanmoins ses travaux sur les relations de la chronaxie avec l’émotivité qui lui permettent d’établir des liens durables avec Laroche autour de l’impuissance. Dès 1931, il procède à mesurer la chronaxie du nerf vestibulaire qui traverse l’oreille interne, estimant que « le nerf vestibulaire est le seul nerf chez qui on puisse mettre en évidence d’une manière indiscutable des différences individuelles »¹⁴⁵¹ et donc que « la chronaxie du nerf vestibulaire constitue [...] une véritable caractéristique de l’individu »¹⁴⁵². Dans un courrier adressé à un confrère, il décrit la méthode qu’il emploie pour mesurer la chronaxie vestibulaire :

« on fait l’excitation mono-auriculaire en mettant une électrode dans une oreille et l’autre sur la mastoïde [partie saillante de l’os temporal, situé au niveau des tempes] du même côté, on obtient l’inclinaison de la tête du côté excité quand le pôle positif est dans l’oreille, et l’inclinaison du côté opposé dans le sens inverse du courant. On trouve ainsi deux chronaxies, l’une pour le pôle + et l’autre pour le pôle – dans l’oreille »¹⁴⁵³

Bourguignon imagine la chronaxie comme un instrument permettant de révéler les différences de caractère et plus particulièrement d’identifier les troubles d’origine nerveuse et l’hyperémotivité. La mesure de la chronaxie vestibulaire lui permet d’établir des standards de normalité et de déviance, qu’il décrit en 1933 :

« les sujets normaux se divisent en deux grandes catégories, ceux qui ont une petite chronaxie vestibulaire, comprise entre 12σ et 17σ , et ceux qui ont une grande chronaxie vestibulaire, comprise entre 17σ et 22σ [...] les sujets à petite chronaxie vestibulaire sont tous des émotifs, alors que les sujets à grande chronaxie vestibulaire sont tous des sujets stables. En pathologie mentale, j’ai récemment démontré que des altérations de la chronaxie vestibulaire sont la caractéristique la plus précise de l’état mental actuel dans diverses aliénations mentales même chez de simples hystériques et permet une véritable courbe de l’évolution de ces affections, comme la courbe de température est une fidèle représentation de l’évolution des maladies infectieuses »¹⁴⁵⁴

En établissant ces standards de mesure, Bourguignon traduit les « personnalités émotives » en un phénomène objectivement mesurable par la chronaxie vestibulaire, établissant donc

¹⁴⁵⁰ Georges Bourguignon et Paul Schiff, « La chronaxie chez les asthéniques », *L’Encéphale*, vol. 19, n°1, 1924, p. 247.

¹⁴⁵¹ Georges Bourguignon, « Relations de la chronaxie vestibulaire avec l’émotivité, à l’état normal et dans le pseudo-mongolisme et la démence précoce », *Compte-rendu de l’Académie des Sciences*, 1931, p. 250.

¹⁴⁵² *Ibid.*

¹⁴⁵³ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3571, examen médical, années 1940.

¹⁴⁵⁴ Georges Bourguignon, « Les trois chronaxies vestibulaires et les trois canaux semi-circulaires chez l’homme normal », *Archives d’électricité médicale*, vol. 41, n° 591, 1933, p. 422.

simultanément cette dernière comme la condition nécessaire à leur connaissance. De la sorte, l'examen des chronaxies vestibulaire « matérialise » l'émotivité par un assemblage des corps, des connaissances et des technologies qui permet de la rendre perceptible et mesurable¹⁴⁵⁵. L'analogie avec les courbes de température révèle de fait cette volonté d'objectivation et de quantification des maladies mentales en les identifiant de manière somatique.

Les cas d'impuissance que Bourguignon observe à son cabinet lui permettent d'affiner ses théories sur l'hyperémotivité. Constatant que la plupart des hommes qu'il reçoit ne présentent pas toujours des chronaxies plus basses que la moyenne, il en conclut dès les années 1940 que « [l']hyperémotivité diminue les chronaxies alors que l'impuissance les augmente »¹⁴⁵⁶. Il reconfigure ainsi la chronaxie comme un véritable « script technosexuel » qui « matérialise » et produit la sexualité masculine comme dépendante des nerfs et de l'émotivité, à partir d'un script sexuel qui la rend intelligible¹⁴⁵⁷. Bourguignon fait de l'examen des chronaxies vestibulaires un outil diagnostique permettant d'asseoir les « impressions cliniques, qui ne sont que des impressions et peuvent être discutables, [mais qui] deviennent des certitudes avec les chronaxies vestibulaires »¹⁴⁵⁸. Lorsque d'autres observations ou instruments de mesures entrent en contradiction avec les résultats de l'examen, il attribue d'ailleurs un poids supplémentaire à la chronaxie qu'il suppose être capable de révéler la véritable nature des sujets¹⁴⁵⁹. Ainsi, il explique au médecin d'un patient présentant une sclérose du testicule que :

« bien qu'il ait une sclérose du testicule droit probablement d'origine ourlienne (orchite ourlienne d'emblée sans oreillons), l'impuissance est, au moins en partie d'origine nerveuse. J'ai en effet découvert que la chronaxie du nerf Vestibulaire est toujours augmentée dans l'impuissance sexuelle, comme elle l'est dans les psychasthénies sans impuissance »¹⁴⁶⁰

Il arrive cependant parfois que l'examen des chronaxies ne parvienne pas à expliquer les problèmes de certains patients. C'est le cas par exemple d'un intellectuel du Moyen-Orient qui, lorsqu'il consulte à la fin des années 1940, « n'a pas d'impuissance sexuelle et il n'y a aucun trouble génital en dehors du fait que sa femme ne devient pas enceinte »¹⁴⁶¹. Si jusqu'à présent « le malade ne s'est pas tourmenté de cette stérilité. Actuellement il s'en tourmente parce que

¹⁴⁵⁵ Tom Waidzunus et Steven Epstein, « "For men arousal is orientation": Bodily truthing, technosexual scripts, and the materialization of sexualities through the phallometric test », *op. cit.*

¹⁴⁵⁶ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3805, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

¹⁴⁵⁷ Voir le point 1.3.

¹⁴⁵⁸ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3225, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

¹⁴⁵⁹ Annemarie Mol, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham and London, Duke University Press, 2002.

¹⁴⁶⁰ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3627, lettre de Bourguignon au médecin, années 1940.

¹⁴⁶¹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3750, examen médical, années 1940.

sa femme désire vivement avoir un enfant et qu'il voudrait la contenter »¹⁴⁶². Six ans après le mariage, « le malade a commencé à s'inquiéter que sa femme ne devienne pas enceinte. Il a alors consulté pour elle et pour lui »¹⁴⁶³ et a découvert posséder des « des spermatozoïdes rares et peu vigoureux »¹⁴⁶⁴. Après avoir essayé un traitement par injection de *Sétrandryl* et d'*acéto-stérandryl* pendant plusieurs mois, il se tourne vers Laroche qui l'oriente alors vers Bourguignon pour obtenir ses chronaxies vestibulaires. Ces dernières se révélant « normales, à la limite supérieure de la normale »¹⁴⁶⁵, Bourguignon suggère d'essayer une autre forme de traitement :

« Le malade m'a paru très calme. Il ne se tourmente pas, il n'a aucun signe de psychasthénie ni de neurasthénie. Dans ces conditions, je pense [...] que c'est d'un autre côté qu'il faut chercher une thérapeutique. Si le traitement médical que vous lui donnerez ne réussissait pas, on pourrait essayer d'agir par l'intermédiaire du système nerveux [...] Je serais heureux que vous me teniez au courant de ce que vous allez tenter et des résultats »¹⁴⁶⁶

Le cas pose ainsi la question de la démarche à adopter pour les (rares) hommes qui présentent des chronaxies proches de la normale. Elle se pose également au lendemain de la Seconde Guerre mondiale en la personne d'un chef cantonnier qui consulte Bourguignon pour une absence de désirs sexuels. L'examen montre des « chronaxies Vestibulaires Mono-auriculaires modérément augmentées et avec rapport normal »¹⁴⁶⁷. Bourguignon en conclut que la légère augmentation traduit l'impuissance sexuelle « relative » dont souffre le patient. Ces cas le poussent néanmoins à s'interroger sur les chronaxies vestibulaires d'hommes qui présentent des troubles génitaux sans effets sur la sexualité, tels que l'atrophie testiculaire ou la stérilité¹⁴⁶⁸. Dans un courrier à Laroche il écrit ainsi :

« Il y a là une question que je me pose depuis longtemps et que je n'ai pas eu l'occasion de résoudre, n'ayant pas eu à examiner d'impuissants avec atrophie testiculaire ou d'atrophie testiculaire sans impuissance. [...] C'est pourquoi je pensais à étudier la question expérimentalement. Les deux cas que vous venez de m'envoyer me poussent à mettre ces expériences en route le plus tôt possible. Je me demande si l'absence de l'hormone testiculaire seule réagit sur la chronaxie Vestibulaire ou s'il n'est pas nécessaire qu'il y en ait en plus un trouble nerveux à la base de l'impuissance. Chez les animaux j'aurai le

¹⁴⁶² *Ibid.*

¹⁴⁶³ *Ibid.*

¹⁴⁶⁴ *Ibid.*

¹⁴⁶⁵ *Ibid.*, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

¹⁴⁶⁶ *Ibid.*

¹⁴⁶⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3628, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

¹⁴⁶⁸ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3630, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

trouble hormonal pur. Il faudrait ensuite avoir des hommes à testicules atrophiés ou enlevés sans qu'il y ait d'impuissance »¹⁴⁶⁹

C'est d'ailleurs peut-être dans ce sens qu'il suggère parfois à certains des patients de faire des examens complémentaires, à l'instar d'un homme qui, en plus de son impuissance accuse après éjaculation une « grande fatigue et douleurs testiculaires » ainsi qu'une varicocèle et une émission de liquide prostatique¹⁴⁷⁰. Bourguignon lui prescrit une chronaxie vestibulaire, un examen microscopique du sperme ainsi qu'un examen des voies urinaires par un urologue. L'examen du sperme a ici pour fonction de valider la bonne activité des glandes endocrines : Bourguignon note ainsi que « [l]'examen de la spermatogenèse a montré des spermatozoïdes peu nombreux, mais très mobiles » ce qui affirme, pour lui, que « [l]a cause de l'impuissance paraît donc être nerveuse et non glandulaire »¹⁴⁷¹. Le fait que Bourguignon et d'autres médecins dont même Laroche prescrivent des examens du sperme, alors que la dissociation de la fonction sexuelle de la fonction reproductrice masculine est prouvée depuis plus d'une décennie¹⁴⁷², révèle l'association persistante entre capacités reproductives masculines et puissance sexuelle.

La chronaxie demeure néanmoins l'instrument principal qui permet à Bourguignon d'étudier les corps et les sexualités masculines. Il faut dire que la mesure des chronaxies vestibulaire est tout autant l'outil diagnostique d'un trouble qu'elle n'est l'instrument de mesure de la réussite des traitements qu'il développe. Dès les années 1930, il emploie la « diélectrolyse transcérébro-médullaire de Calcium » qui consiste à introduire des ions (généralement de Calcium) dans le corps des malades par l'utilisation d'un courant électrique continu. La guérison est établie par ce que rapportent les patients (leur retour à une fonction sexuelle « normale »). Mais elle est aussi corroborée et objectivée par la « normalité » de leurs chronaxies, c'est-à-dire le moment où elles correspondent aux standards établis par Bourguignon. Dans plusieurs lettres adressées à des confrères chargés de poursuivre le traitement d'un malade de passage, il explique comment faire la diélectrolyse transcérébro-médullaire :

« on met un pôle positif bifurqué sur les 2 yeux fermés et le pôle négatif sur l'interstice occipito-vertébral juste sous la bosse occipitale. Le pôle positif, constitué par 2 boules de coton hydrophile placées sur les 2 yeux, s'encastrent dans les orbites est imbibé d'une solution de Chlorure de Magnésium à 1 % dans l'eau distillée. Le pôle négatif, formé d'une compresse de coton hydrophile d'environ 2 cm x 3 cm, est imbibé d'eau ordinaire. Les électrodes métalliques, de quelques millimètres carrés de surface pour les yeux et de 1 cm

¹⁴⁶⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3630, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

¹⁴⁷⁰ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3402, examen médical, années 1940.

¹⁴⁷¹ *Ibid.*

¹⁴⁷² Voir le point 3.2. du chapitre 2 de la Partie 1.

x 2 cm pour l'électrode occipitale, sont placées à la surface des cotons et je maintiens le tout par des tours de bande de caoutchouc (feuille anglaise). L'intensité est de 1,5 à 2,5 milliampères et la séance dure 30 minutes »¹⁴⁷³

Le traitement s'accomplit sous forme de séries de plusieurs sessions, alternées avec des moments de repos. Il se déroule, pour les patients parisiens, au cabinet de Bourguignon ou à l'Hôpital de la Salpêtrière, avec un bon d'ordonnance. Quant aux hommes qui viennent d'autres régions, ils sont généralement suivis par leur médecin généraliste ou par un spécialiste de l'électricité à qui Bourguignon explique la méthode à suivre. Certains hommes se procurent eux-mêmes l'appareillage nécessaire, comme c'est le cas d'un homme de 46 ans qui explique être « allé voir [s]on médecin traitant, [...] justement il possède un appareil qu'il met à [s]a disposition pour suivre [s]on traitement »¹⁴⁷⁴ Il demande ainsi à Bourguignon des instructions pour poursuivre le traitement : « Veuillez avoir l'amabilité [...] de me donner les explications pour suivre ce traitement, M. le docteur [le médecin traitant] voulant bien m'expliquer la manière de se servir de l'appareil »¹⁴⁷⁵. Un autre explique quant à lui avoir pu se « procurer l'appareil Dufflot nécessaire à cette cure. J'ai suivi le premier traitement de trois semaines, très simplement, et sans brûlure des paupières »¹⁴⁷⁶.

Le traitement semble pourtant s'avérer rarement efficace et nombreux sont les hommes qui, parfois après plusieurs années de traitement, rapportent leur déception. L'un déplore n'avoir « jusqu'à ce jour aucun résultat. Nous avons donc tout essayé sans obtenir d'amélioration »¹⁴⁷⁷. Un fonctionnaire écrit à Bourguignon qu'« [é]tant donné qu'il a été malheureusement absolument inefficace, je ne crois pas utile de le poursuivre »¹⁴⁷⁸. Certains reconnaissent parfois un progrès mais ne l'attribuent pas toujours au traitement, à l'instar d'un homme de 52 ans qui « croit que c'est depuis qu'il a repris la culture physique d'une manière intense qu'il s'améliore »¹⁴⁷⁹. Il arrive également fréquemment que les patients cessent tout simplement de se présenter aux sessions et abandonnent ainsi le traitement sans ne plus donner de nouvelles.

¹⁴⁷³ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4233, lettre de Bourguignon à un confrère, années 1950.

¹⁴⁷⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3262, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

¹⁴⁷⁵ *Ibid.*

¹⁴⁷⁶ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3630, lettre du patient à l'une des filles de Bourguignon, années 1940.

¹⁴⁷⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2786, lettre du patient à l'infirmière en chef du service de la Salpêtrière, années 1940.

¹⁴⁷⁸ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3780, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

¹⁴⁷⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3806, examen médical, années 1940.

1.3. Le langage corporel de l'impuissance et des émotions

La question de ce qui constitue une guérison fait ainsi implicitement référence aux scripts sexuels en regard desquels sont définis les troubles de la sexualité. Or, la capacité à contrôler son corps, définie comme un aspect central de la masculinité hégémonique s'accompagne paradoxalement d'une description des sexualités masculines comme étant incontrôlables¹⁴⁸⁰. Ainsi, dans la clinique de Bourguignon, ce qui est retenu comme critère d'intervention thérapeutique est souvent moins l'absence d'érection ou d'éjaculation en elle-même que la capacité à contrôler son corps et ses émotions. Un ouvrier de 23 ans se plaint de la sorte qu'il pratique environ deux fois par mois la masturbation car « dans la nuit, il le fait presque en-dehors de sa volonté »¹⁴⁸¹. Son éjaculation « extrêmement prématuré[e] »¹⁴⁸² provoque chez lui des « idées d'infériorité, d'insuffisance intellectuelle »¹⁴⁸³. De la sorte, l'émotivité jugée « exagérée »¹⁴⁸⁴ est également rattachée au contrôle du corps : un homme ne serait « plus maître de lui »¹⁴⁸⁵ et « pleurerait facilement à la moindre contrariété ou à la moindre discussion et il est obligé de faire un gros effort pour retenir ses larmes »¹⁴⁸⁶. Un employé de 42 ans se plaint quant à lui, d'avoir « [p]our la moindre démarche « le cœur [qui] bat » »¹⁴⁸⁷.

Il est rare que les sources présentent directement le langage par lequel les hommes expriment leurs difficultés. Les notes apportées à la consultation et les correspondances permettent néanmoins parfois de saisir le vocabulaire qu'ils emploient pour parler de leurs maux. Reprenant un langage médical vraisemblablement adopté d'une précédente visite médicale, un directeur d'agence de banque attribue l'origine de son impuissance à sa rencontre avec une « guérisseuse » :

« Cette malhonnête femme a exercé sur moi une hypnose avec passes magnétiques et suggestion et a exercé de nombreuses pressions sur mes centres nerveux.

Ces manœuvres ont opéré sur mon état un bouleversement général et depuis cette affaire toutes mes facultés intellectuelles et autres se sont trouvées immédiatement abolies. J'ai éprouvé surplus pendant que cette personne agissait sur moi une très grande frayeur dont

¹⁴⁸⁰ Elizabeth Stephens, « Pathologizing Leaky Male Bodies : Spermatorrhea in Nineteenth-Century British Medicine and Popular Anatomical Museums », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 17, n° 3, 2008, p. 421-438 ; Annie Potts, « “The Essence of the Hard On”. Hegemonic Masculinity and the Cultural Construction of “Erectile Dysfunction” », *Men and Masculinities*, vol. 3, n° 1, 2000, p. 85-103.

¹⁴⁸¹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4082, examen médical, années 1950.

¹⁴⁸² *Ibid.*

¹⁴⁸³ *Ibid.*

¹⁴⁸⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3199, examen médical, années 1940.

¹⁴⁸⁵ *Ibid.*

¹⁴⁸⁶ *Ibid.*

¹⁴⁸⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3502, examen médical, années 1940.

je lui ai du reste fait part ce qui aurait dit-on occasionné un choc émotif avec inhibition du système nerveux central et des nerfs sensitifs, avec troubles de la vue et des sens »¹⁴⁸⁸

Il est révélateur ici de constater le décalage entre sa description et ce Bourguignon note dans le dossier : celui-ci note qu'il est « obsédé par l'idée que la guérisseuse lui a lésé les organes sexuels ou leur centres »¹⁴⁸⁹. Il considère que la « guérisseuse lui a posé des questions d'ordre sexuel et l'a suggestionné »¹⁴⁹⁰ ce qui s'est manifesté le soir même par l'apparition brusque d'une impuissance complète, de douleurs dans les testicules, et d'érections nocturnes.

Chez les hommes issus des classes moyennes et aisées, les plaintes sont également caractérisées par un vocabulaire de la fatigue qui se manifeste par la difficulté à travailler et penser. La référence à la tête, notamment en termes de céphalées, est ainsi très présente dans les discours des hommes qui se présentent pour impuissance sexuelle : un dessinateur en bâtiment de 42 ans évoque une impression d'« abrutissement »¹⁴⁹¹ et des « sensations de fatigue dans la tête »¹⁴⁹². Un commerçant de 33 ans affirme toujours ressentir « le même vide dans la tête »¹⁴⁹³. Preuve de l'intégration du vocabulaire médical, un autre homme évoque « l'état de déséquilibre nerveux »¹⁴⁹⁴ dont il souffre. Certains évoquent quant à eux une dépression dont l'intensité est « extrême »¹⁴⁹⁵ ou l'origine « nerveuse »¹⁴⁹⁶. La référence aux nerfs est particulièrement présente chez les malades disposant d'un certain capital culturel, à l'instar d'un étudiant de 19 ans qui prépare Polytechnique et qui évoque dans une note apportée au médecin sa « grande nervosité, sensibilité trop grande de mes nerfs »¹⁴⁹⁷. Son « cerveau travaille sans arrêt »¹⁴⁹⁸ et tout « effort brusque ou une petite émotion [lui] donne alors des tremblements nerveux »¹⁴⁹⁹. Il souligne les « [d]éfauts de [son] esprit. Dans une période de calme : lenteur, manque de réactions, de vigueur intellectuelle. Dans une période d'énervement : difficulté de maîtriser mon esprit »¹⁵⁰⁰. Il prépare plusieurs questions à l'attention du neurophysiologiste : que faire lors des

¹⁴⁸⁸ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2786, lettre du patient à l'infirmière en chef du service de la Salpêtrière, années 1940.

¹⁴⁸⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2786, examen médical, années 1940.

¹⁴⁹⁰ *Ibid.*

¹⁴⁹¹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 1748, examen médical, années 1930.

¹⁴⁹² *Ibid.*

¹⁴⁹³ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2737, examen médical, années 1940.

¹⁴⁹⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3125, examen médical, années 1940.

¹⁴⁹⁵ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3126, examen médical, années 1940.

¹⁴⁹⁶ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2786, lettre du patient à l'infirmière en chef de la Salpêtrière, années 1940.

¹⁴⁹⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 1851, note du patient, années 1930.

¹⁴⁹⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰⁰ *Ibid.*

périodes d'énervement, d'insomnie, comment favoriser son développement physique, peut-il espérer une amélioration ?

La difficulté à contrôler ses émotions et son attention pose problème lorsqu'elle constitue un obstacle au travail qualifié. Ainsi, un officier d'aviation mentionne également « n'avoir aucune puissance d'attention et un grand défaut de mémoire »¹⁵⁰¹. Quant à un étudiant incapable de fixer son attention et gêné dans son travail, il explique que « cela l'empoisonne »¹⁵⁰². Moins prolixes et moins propices à parler de leurs souffrances, les hommes des classes plus modestes emploient, eux, un langage différent. Un artisan de 56 ans explique être très nerveux et « qu'il se fait beaucoup de biles »¹⁵⁰³. Pour d'autres, cela passe plutôt par l'humeur, à l'instar d'un électricien qui explique « qu'il s'énervé si une petite chose ne va pas »¹⁵⁰⁴.

L'omniprésence des nerfs révèle tant le cadrage médical de Bourguignon qu'une compréhension répandue de l'inquiétude et du changement d'humeur. Comme le soulignent les travaux de l'historienne Joanna Bourke, le langage employé pour décrire ses émotions influence la manière même dont les hommes en font l'expérience¹⁵⁰⁵. Ainsi, à travers la référence aux nerfs, l'impuissance est souvent présentée comme liée à une fatigue physique ou morale, sur laquelle plane le spectre de la « maladie de civilisation » de la neurasthénie sexuelle, pourtant tombée en désuétude au moment où Bourguignon reçoit dans son cabinet. Jusqu'en 1960, un étudiant décrit dans son journal son absence de désir sexuel comme enraciné dans une hyperémotivité due à son système nerveux :

« suis-je impuissant ? Naturellement il ne s'agit pas de cette impuissance qui fait que l'on ne bande pas ou que l'on éjacule pas. Laquelle alors ? Celle qui consiste à ne pas désirer suffisamment. Naturellement, je sais ce qui ne va pas, c'est mon système nerveux. Comment se fait-il en effet que pour le moindre événement mon cœur batte à tout rompre. Donc l'émotion coupe-t-elle tous les effets »¹⁵⁰⁶

Le cadrage nerveux s'accompagne également de l'émergence d'un vocabulaire psychologique et psychanalytique qui se répand dès l'entre-deux-guerres. Un employé d'assurances de 42 ans explique « qu'il n'a pas de « confiance en lui » »¹⁵⁰⁷ et qu'il a de « l'appréhension et de

¹⁵⁰¹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3145, examen médical, années 1940.

¹⁵⁰² AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3818, examen médical, années 1940.

¹⁵⁰³ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3725, examen médical, années 1940.

¹⁵⁰⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3416, examen médical, années 1940.

¹⁵⁰⁵ Joanna Bourke, « Fear and Anxiety: Writing about Emotion in Modern History », *History Workshop Journal*, vol. 55, 2003, p. 111-133.

¹⁵⁰⁶ APA 3690.20, Yves Le Gall, *Mes vingt ans*, jeudi 9 septembre 1960, p. 42.

¹⁵⁰⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3502, examen médical, années 1940.

l'anxiété »¹⁵⁰⁸. Bourguignon évoque souvent le fait, chez les hommes principalement les plus jeunes, que l'impuissance tourne à l'« obsession ». C'est le cas par exemple d'un jeune agriculteur italien qui ne parvient pas à avoir de rapports sexuels sans que « [l]a femme [ne] s'aperçoive de la faiblesse de l'érection »¹⁵⁰⁹ et qui avoue que « s'il en avait le courage, il se tuerait »¹⁵¹⁰. Tout en rétablissant les chronaxies dans la normale, le traitement de Bourguignon a aussi pour objectif de rétablir la confiance des hommes qui viennent le consulter. Le traitement est partiellement réussi chez un comédien de 23 ans qui explique avoir plus « « continuité dans la volonté ». Il a toujours le même complexe d'infériorité. Cependant il a moins d'anxiété, il est moins angoissé »¹⁵¹¹. Parmi les hommes qui décrivent des effets bénéfiques de la diélectrolyse, d'autres soulignent plutôt une régénération corporelle, à l'instar d'un homme de 32 ans qui dit « se sent[ir] plus de vitalité »¹⁵¹² : son entourage a trouvé en lui « un changement formidable »¹⁵¹³. Un clerc d'avoué de 34 ans explique quant à lui ressentir une « plus grande activité des glandes »¹⁵¹⁴.

Si certaines personnalités sont jugées « nerveuses » ou « émotives », l'émotivité est néanmoins le plus souvent attribuée à des facteurs sociaux exogènes : deuil, perte d'un emploi, difficultés familiales ou conjugales. De la sorte, les récits d'impuissance renvoient inlassablement aux deux conflits mondiaux. Le langage de la fatigue, des pénuries, mais aussi la continence forcée liée à la mobilisation, à l'emprisonnement, ou à l'éloignement avec l'épouse sont tant de facteurs qui expliquent le développement de la nervosité et de l'impuissance. C'est ainsi à la suite d'une expérience homosexuelle pendant la Grande Guerre que le jeune contributeur des impôts directs cité en début de chapitre se tourne vers Bourguignon :

« J'attribue la cause de mon état actuel d'abord à des fatigues supportées pendant la guerre 1917-1918 et ensuite à des relations [...] à la même époque avec un camarade de régiment que j'ai aimé. J'ai su ce qu'est l'amour, mais maintenant le contact d'un épiderme féminin ne provoque plus en moi qu'un tressaillement lointain, et mes sentiments sont abolis à cet égard. Je ne puis plus me laisser toucher par l'amour, et reste insensible aux charmes de la femme »¹⁵¹⁵

¹⁵⁰⁸ *Ibid.*

¹⁵⁰⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 1223, examen médical, années 1920.

¹⁵¹⁰ *Ibid.*

¹⁵¹¹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4084, examen médical, années 1950.

¹⁵¹² AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3408, examen médical, années 1940.

¹⁵¹³ *Ibid.*

¹⁵¹⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3148, examen médical, années 1940.

¹⁵¹⁵ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 469, examen médical, années 1920.

Le fait que Bourguignon souligne qu'« il a fait avec lui [son camarade] de la masturbation réciproque mais pas autre chose »¹⁵¹⁶ suggère une certaine forme de normalisation de leur relation, à la fois expliquée par le contexte de guerre mais aussi par la nature non pénétrative de l'acte. Il est difficile d'en savoir plus néanmoins sur le contexte d'accueil de ces informations au cabinet. Que les patients l'évoquent ou non, aucune autre expérience homosexuelle n'est en tout cas retranscrite dans les dossiers que tient le neurophysiologiste.

Les traumatismes de la Grande Guerre apparaissent quant à eux en creux de certains dossiers, à l'instar d'un arménien de 52 ans qui « a assisté à deux massacres d'Arméniens en Turquie »¹⁵¹⁷ et qui est devenu à la suite de cela « nerveux, irritable, impressionnable »¹⁵¹⁸. Étant donné que la majorité des dossiers sont produits dans les années 1940, la plupart d'entre eux font allusion aux expériences de la Seconde Guerre mondiale. La « drôle de guerre » passée, nombreux sont les patients qui consultent Bourguignon pendant l'Occupation, illustrant le constat de l'historien Luc Capdevila d'« un double traumatisme affectant les composantes nationale et virile de leur identité »¹⁵¹⁹. En France, la vie quotidienne se réorganise autour de noyaux relationnels et familiaux bouleversés par les événements dans un régime de Vichy instituant une norme conjugale centrée autour des familles nombreuses¹⁵²⁰. Un homme de 60 ans s'estime « très frappé par la défaite et par l'absence de nouvelles de son fils, prisonnier »¹⁵²¹. Un ajusteur de 37 ans « très occupé et préoccupé par la guerre »¹⁵²² est devenu « sombre et renfermé »¹⁵²³ et a perdu le goût « au travail et en particulier pour les travaux fins de bijouterie qu'il aimait »¹⁵²⁴. Le bouleversement touche tant au moral qu'aux capacités physiques et intellectuelles, comme en témoigne un homme d'âge moyen, ancien prisonnier de guerre en Allemagne, qui explique « qu'il n'était plus aussi brillant et qu'il n'avait plus la même force qu'autrefois »¹⁵²⁵. Bourguignon note que s'il ne « paraît pas d'être particulièrement frappé des événements »¹⁵²⁶, « il se sent fatigué depuis la guerre »¹⁵²⁷.

¹⁵¹⁶ *Ibid.*

¹⁵¹⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 638, examen médical, années 1920.

¹⁵¹⁸ *Ibid.*

¹⁵¹⁹ Luc Capdevila, « L'identité masculine et les fatigues de la guerre (1914-1945) », *Vingtième Siècle: Revue d'Histoire*, vol. 75, n° 3, 2002, p. 103.

¹⁵²⁰ Cyril Olivier, *Le vice ou la vertu. Vichy et les politiques de la sexualité*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 2005.

¹⁵²¹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3262, examen médical, années 1940.

¹⁵²² AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3165, examen médical, années 1940.

¹⁵²³ *Ibid.*

¹⁵²⁴ *Ibid.*

¹⁵²⁵ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3402, examen médical, années 1940.

¹⁵²⁶ *Ibid.*

¹⁵²⁷ *Ibid.*

L'appréhension pour des proches s'accompagne souvent de la perte d'un emploi, d'inquiétudes financières et de remise en question d'une identité de genre marquée par l'emploi et la capacité à subvenir financièrement aux besoins du foyer. La découverte de l'impuissance sexuelle suit ainsi souvent ces événements. Ainsi, c'est à son retour de permission qu'un électricien « mobilisé [...] parti très frappé et très inquiet parce qu'il laissait sa femme et son fils [...] presque sans ressources »¹⁵²⁸ découvre la diminution de sa puissance sexuelle. Similairement, c'est à son retour après avoir été prisonnier de guerre qu'un ingénieur chimiste constate que « l'impuissance avait augmenté, sans être totale »¹⁵²⁹. Elle devient tout à fait totale lorsqu'il se sépare de sa femme « l'ayant trompé pendant sa captivité et continuant à le faire depuis son retour »¹⁵³⁰.

La présence d'un vocabulaire corporel, qu'il s'agisse des nerfs, du cœur, de la tête ou de l'estomac, souligne aussi que l'inquiétude est une émotion incarnée, dont l'expérience est façonnée par les discours et les normes¹⁵³¹. La présence des troubles digestifs mérite ainsi également d'être mentionnée. Comme le souligne l'historien Christopher E. Forth, les maladies de l'abdomen sont associées, dès le tournant du XX^e siècle, à une maladie de civilisation qui affecte particulièrement la masculinité¹⁵³². Le courage et l'héroïsme en viennent à être localisés dans le ventre, comme le révèlent les expressions « il a du cœur au ventre » ou « avoir de l'estomac » qui se répandent dans la langue populaire à la fin du siècle¹⁵³³. D'autre part, comme le souligne le travail de l'historienne Ali Haggett, il est probable que les symptômes gastriques aient fourni une raison « respectable » pour consulter un médecin et évoquer des difficultés autrement pénibles à verbaliser¹⁵³⁴. Ceci est particulièrement le cas chez les patients issus de classes sociales modestes qui sont relativement peu nombreux à consulter Bourguignon et qui évoquent généralement leur impuissance en même temps qu'ils se font soigner pour autre chose.

L'attention aux troubles digestifs s'explique aussi par le fait que dans un contexte de conflit, les privations alimentaires liées à l'Occupation, l'amaigrissement et la prise de poids font l'objet d'une attention particulière dans les dossiers. Ceci répond à un contexte plus large d'inquiétude

¹⁵²⁸ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3416, examen médical, années 1940.

¹⁵²⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4458, examen médical, années 1950.

¹⁵³⁰ *Ibid.*

¹⁵³¹ Joanna Bourke, « Fear and Anxiety: Writing about Emotion in Modern History », *op. cit.*

¹⁵³² Christopher E. Forth, « Guts and Manhood: The Culture of the Abdomen in Modern France », dans Christopher E. Forth et Ivan Crozier (dir.), *Body Parts. Critical Explorations on Corporality*, Laham, Lexington Books, 2005, p. 191-206.

¹⁵³³ *Ibid.*

¹⁵³⁴ Ali Haggett, *A History of Male Psychological Disorders in Britain, 1945–1980*, *op. cit.*

des effets de la sous-nutrition sur la sexualité et la fertilité. Auteur d'une thèse de médecine sur la stérilité masculine, le docteur Bernard Kiffer note ainsi en 1945 qu'« il n'est pas téméraire de penser que les périodes prolongées de sous-alimentation, comme celle que nous vivons et que vivent [...] les prisonniers actuellement en Allemagne, puissent avoir une répercussion sur la spermatogénèse »¹⁵³⁵. Le docteur Georges Valensin se rappelle quant à lui que « 1946 et même 1947 me valurent des clients à problèmes sexuels, en particulier des prisonniers de guerre rapatriés, affligés d'impuissance ou d'absence de désirs avec leur femme. Une sous-nutrition et un manque de rapports sexuels pendant des années pouvaient l'expliquer »¹⁵³⁶.

Bourguignon note ainsi toujours le poids, au demi-kilo près, comme un marqueur de la bonne santé de ses patients. Cet intérêt s'explique aussi en partie par le fait que Guy Laroche, en plus d'être spécialiste des glandes endocrines, est aussi spécialiste de la nutrition. C'est pour cette raison d'ailleurs que le consultent certains de ses patients, à l'instar d'un chef de train qui, ayant perdu beaucoup de poids lors de sa captivité aux mains de l'armée allemande, est devenu asthénique et impuissant. Laroche lui prescrit « de la suralimentation, des vitamines et 28 jours de repos »¹⁵³⁷ tandis que Bourguignon traite son impuissance par la diélectrolyse transcérébro-médullaire de Calcium. L'amélioration sexuelle suit de près la prise de poids : « à la fin de la série, il avait encore pris 2 kgs et pesait 65 kgs et son impuissance avait complètement disparu »¹⁵³⁸. Similairement, un commissaire-adjoint en Indochine contracte la dysenterie avant de développer une impuissance : en même temps que s'améliore l'état de son intestin, « l'impuissance a diminué. Il a maintenant des érections »¹⁵³⁹. Quant à un médecin de 52 ans, il voit apparaître en même temps un « mal de tête, [...] des troubles digestifs et une diminution de la puissance sexuelle »¹⁵⁴⁰. Laroche recommande parfois aux impuissants une alimentation particulière. Ainsi, à un patient ayant « une potentialité faible sexuelle, malgré son activité intellectuelle et physique »¹⁵⁴¹ il recommande de « manger plus de viande et de poisson (les aminoacides animaux sont excitants) [...] [de] maigrir un peu par réduction des graisses et des sucres, des farineux et augmentation des aliments azotés : une chute de 7 kilos sera bonne »¹⁵⁴².

¹⁵³⁵ Bernard Kiffer, *Contribution à l'étude du diagnostic de la stérilité masculine. Etude de 18 biopsies testiculaires*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1945, p. 4.

¹⁵³⁶ Georges Valensin, *Je suis un avorteur*, op.cit., p. 93.

¹⁵³⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3134, examen médical, années 1940.

¹⁵³⁸ *Ibid.*

¹⁵³⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4458, examen médical, années 1950.

¹⁵⁴⁰ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4135, examen médical, années 1950.

¹⁵⁴¹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3805, lettre de Laroche au médecin du malade, années 1940.

¹⁵⁴² *Ibid.*

Les facteurs externes (alimentation, continence forcée, inquiétude, nervosité) prennent donc le pas sur la masturbation dans la construction de l'impuissance. La question est néanmoins systématiquement posée par Bourguignon quand il retrace l'itinéraire sexuel de ses patients. Il est aussi possible que certains hommes interprètent malgré tout leurs difficultés sexuelles en ces termes, mais qu'ils ne l'évoquent pas ou que Bourguignon ne juge pas nécessaire de le retranscrire. Le docteur Georges Valensin note en effet à la même période que « [l']onanisme était réputé tellement honteux que des consultants n'hésitaient guère s'exprimer à haute voix pour demander qu'on les guérisse ; il fallait les entendre à l'écart et tendre l'oreille ; quelques-uns ne pouvait qu'écrire sur un papier ce qui les amenait »¹⁵⁴³. La faible présence de la masturbation comme facteur explicatif est néanmoins révélatrice des transformations qui s'opèrent dans la culture médicale au sens large autour des sexualités masculines. La sexualité masculine rentre plutôt dans le cabinet par les questions à propos de la fréquence, la durée des érections mais aussi des premières initiations sexuelles et de maladies vénériennes passées. Dans l'espace de la clinique de Bourguignon, l'érection et l'éjaculation comptent bien plus que la connaissance masculine de techniques sexuelles ou de la relation qu'ils entretiennent avec leurs partenaires¹⁵⁴⁴. Il est d'ailleurs vraisemblable que Bourguignon ne pose même pas de question à ce sujet, à en juger par le peu d'attention portée aux relations que les hommes entretiennent avec leurs partenaires dans les dossiers. Pourtant, le désir de ne pas décevoir une personne aimée est l'une des raisons qui poussent fréquemment les hommes aux portes de son cabinet. C'est le cas par exemple d'un industriel de 22 ans qui « qui fait un mariage d'amour »¹⁵⁴⁵ et qui craint de n'avoir jamais réussi à avoir de rapports. Similairement, c'est parce que « « [m]arié depuis peu, [il est] impuissant à remplir [s]es devoirs »¹⁵⁴⁶ qu'un coursier à la SNCF de 26 ans sollicite un rendez-vous auprès de Bourguignon. Ayant appris par sa mère qu'il est porteur de syphilis héréditaire, il s'inquiète de ne « pas être comme les autres, et qu'il ne sera jamais un homme et qu'il va contaminer sa femme »¹⁵⁴⁷.

Lorsque le traitement est mis en place, les patients sont encouragés à envisager leur impuissance en termes de performance : au fil du traitement, ils rapportent les « échecs » ou « succès » qu'ils rencontrent, mesurent la fréquence de leurs érections et en examinent la qualité. Un homme de 30 ans explique ainsi avoir fait l'expérience depuis la guerre de « plusieurs échecs retentissants

¹⁵⁴³ Georges Valensin, *Je suis un avorteur*, op.cit., p. 140.

¹⁵⁴⁴ Leonore Tiefer, « The Medicalization of Impotence : Normalizing Phallocentrism », *Gender and Society*, vol. 8, n°3, 1994, p. 363-377.

¹⁵⁴⁵ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4004, examen médical, années 1940.

¹⁵⁴⁶ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3953, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

¹⁵⁴⁷ *Ibid*, examen médical, années 1940.

qui l'ont frappé »¹⁵⁴⁸. L'amélioration est évaluée par la fréquence et la fermeté des érections, à propos desquelles Bourguignon semble demander régulièrement des informations précises. Il note ainsi chez un patient que « dans les rapports qu'il a eus depuis le traitement, les érections sont plus fermes »¹⁵⁴⁹. Un clerc d'avoué qui n'avait « eu des érections, faibles, pendant la nuit à 5 ou 6 reprises »¹⁵⁵⁰ pense ainsi s'améliorer avec lors de la deuxième série de diélectrolyse car il « a eu une ½ érection suivie d'éjaculation, mais l'éjaculation ayant été prématurée, il n'a pu avoir le rapport qu'il cherchait avec sa femme »¹⁵⁵¹. Même s'il n'a pas d'érections qui permettent la pénétration vaginale, Bourguignon juge néanmoins qu'il y a « amélioration sexuelle, mais encore insuffisante »¹⁵⁵² et ce notamment car « il a des éjaculations plus fréquentes »¹⁵⁵³.

La maladie comme la guérison se mesure donc à l'aune d'un script sexuel, caractérisé par l'érection, l'intromission, l'orgasme masculin et l'éjaculation. Dans *Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles* paru en 1932, le docteur Stanislas Higier décrit ainsi les étapes « normales » de l'acte sexuel : humectation de la muqueuse urétrale, érection, introduction du pénis dans le vagin et les mouvements de friction, éjaculation, orgasme et déplétion¹⁵⁵⁴. L'éjaculation occupe ainsi une place importante dans les scripts qui définissent, chez Bourguignon comme chez ses patients, une sexualité « normale ». Même lorsque la fermeté de l'érection ne permet pas la pénétration, Bourguignon considère qu'il y a amélioration, comme chez un installateur d'électricité de 43 ans car « il a plus souvent des érections la nuit et que son sperme est plus consistant »¹⁵⁵⁵.

La définition même de ce que constitue l'impuissance est d'ailleurs relativement large dans les dossiers de Bourguignon. L'impuissance est caractérisée par l'empêchement d'accomplir un script : l'érection normale est ainsi caractérisée par un pénis suffisamment dur pour permettre la pénétration puis l'éjaculation¹⁵⁵⁶. Le terme recouvre ainsi une large variété d'expériences : l'absence de désirs, l'incapacité à avoir des érections, une mauvaise « qualité » des érections, mais aussi une éjaculation trop rapide ou une absence d'éjaculation. En négatif, se construit un

¹⁵⁴⁸ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3126, examen médical, années 1940.

¹⁵⁴⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3294, examen médical, années 1940.

¹⁵⁵⁰ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3148, examen médical, années 1940.

¹⁵⁵¹ *Ibid.*

¹⁵⁵² *Ibid.*

¹⁵⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁵⁴ Stanislas Higier, *Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles. Introduction à la clinique de l'impuissance*, *op.cit.*

¹⁵⁵⁵ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3294, examen médical, années 1940.

¹⁵⁵⁶ Leonore Tiefer, « The Medicalization of Impotence : Normalizing Phallocentrism », *op.cit.*

corps normé sexuellement pénétrant, caractérisé par un script sexuel masculin de l'initiative, l'érection, la pénétration qui se conclut par l'éjaculation mais dans lequel le plaisir prend une place de plus en plus importante. Même lorsque le corps parvient à « performer », l'absence de désirs et de plaisirs est ainsi constitué comme un problème, à l'instar d'un vendeur d'appareils photographiques de 37 ans qui parvient à avoir des « rapport[s] complet[s] et arrive à l'éjaculation »¹⁵⁵⁷ mais ne ressent ni « désir ni [...] plaisir »¹⁵⁵⁸.

Les dossiers de patients issus du cabinet privé du docteur Bourguignon donnent ainsi un aperçu des pratiques de prise en charge des hommes impuissants en France de l'entre-deux-guerres à la fin des années 1950. Sans pouvoir généraliser à l'ensemble des pratiques cliniques en France ou en Suisse romande, l'analyse de ces sources permet de mettre en évidence les transformations thérapeutiques des troubles de la sexualité masculine. D'abord pensée comme conséquence de l'excès de masturbation pouvant être soignée par l'électrothérapie, l'impuissance est progressivement requalifiée par Bourguignon comme un trouble causé par des facteurs exogènes (sous-alimentation, continence forcée, fatigue) ou comme le symptôme d'une personnalité émotive (pouvant être déclenchée par des chocs et traumatismes). La mise au point de la chronaxie vestibulaire comme mesure somatique de l'émotivité s'appuie d'ailleurs sur la dissociation entre les causes psychiques et somatiques de l'impuissance dont il s'agit de trouver la trace quantifiable et objectivable. Les dossiers de Bourguignon permettent d'autre part de montrer que les pratiques cliniques ne sont pas dominées par un paradigme psychologique ou psychanalytique, comme en témoigne l'important recours aux thérapies hormonales qui persiste jusqu'au début des années 1960. Finalement, ils montrent que la prise en charge de l'impuissance repose sur un imaginaire culturel de la masculinité centré autour de la capacité à contrôler son corps et ses émotions qui fait que l'incapacité à obtenir une érection n'est pas pensée comme une maladie inhérente à la sexualité masculine mais comme le symptôme de circonstances extérieures ou d'une émotivité qui affecte l'ensemble des comportements traditionnellement attendus des hommes.

¹⁵⁵⁷ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3567, examen médical, années 1940.

¹⁵⁵⁸ *Ibid.*

2. Les sexualités « déviantes » dans les pratiques asilaires romandes

2.1. Des techniques d'investigation du corps et de l'inconscient

À l'encontre de la sexualité conjugale, principalement petite-bourgeoise, présentée au sein du cabinet de Bourguignon, les archives psychiatriques autour des sexualités « déviantes » dans les cantons de Vaud et Genève donnent à voir une autre facette de la prise en charge médicale des sexualités masculines à la même période. Elle s'articule étroitement à la sphère judiciaire : reconnus coupables d'infractions contre les mœurs, la plupart des hommes dont j'ai pu consulter les dossiers sont internés à l'Asile en l'attente d'une expertise médico-légale devant déterminer leur responsabilité pénale. L'échantillon de dossiers que j'ai consulté concerne rarement des cas de viol, plus fréquemment d'exhibitionnisme ou d'outrage à la pudeur des enfants. Quelques-uns concernent également des cas d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plus jeunes que ce que fixe la majorité sexuelle¹⁵⁵⁹.

En ce sens, les demandes adressées au Service de santé vaudois diffèrent grandement des dossiers de patients de l'Asile de Bel-Air que j'ai pu consulter. Les premiers documents, produits dans le but d'obtenir l'autorisation du Service de santé de procéder à une stérilisation ou une castration d'après la loi de 1928¹⁵⁶⁰, sont des supports de discussions entre experts. Ils donnent à voir la production de l'expertise, la circulation de concepts entre différentes sphères (le Service de santé, les psychiatres de l'Asile, la sphère pénale) ainsi que la manière dont les demandes de castrations et stérilisations y sont négociées. Créés dans un objectif de collecte de l'information et de diagnostic, les dossiers de Bel-Air produisent quant à eux différents contours des corps et des sexualités masculines. Initialement rédigés à la main, ils sont progressivement

¹⁵⁵⁹ Jusqu'à l'adoption du code pénal unifié pour l'ensemble de la Suisse en 1942, les cantons déterminent ce qui constitue un outrage aux mœurs : tous reconnaissent comme des violences contre les personnes le viol et les attentats à la pudeur avec ou sans violence. Dans la plupart des cantons romands (à l'exception de Neuchâtel), les relations homosexuelles ne sont pas un délit ou un crime. Comme le souligne Taline Garibian, l'adoption du Code pénal unifié de 1942, en décriminalisant l'homosexualité dans l'ensemble de la Suisse, introduit avec l'article 194 une majorité sexuelle plus élevée pour les relations homosexuelles que pour les rapports hétérosexuels. Garibian montre que si l'homosexualité était jusqu'alors principalement désignée comme une déviance sociale, l'adoption du nouveau Code pénal fait entrer un nouveau type de surveillance médicale, qui mène notamment à des « traitements » plus invasifs, tels que les castrations. Voir Taline Garibian, « Medicine and the Paradox of the Decriminalization of Homosexuality in Switzerland: Toward a New System of Coercion (1940–1960) », dans Alain Giami et Sharman Levinson (dir.), *Histories of Sexology. Between Science and Politics*, Cham, Palgrave Macmillan, 2021, p. 103-117.

¹⁵⁶⁰ Voir notamment le point 1.2. du chapitre 2 de la première partie ainsi que le point 2.4. du chapitre 1 de la seconde partie.

remplis à la machine à écrire dès l'entre-deux-guerres, même si des écritures manuelles subsistent parfois pour ajouter des informations manquantes.

L'en-tête de première page, standardisé comprend une section pour inscrire le nom, l'âge du patient, sa profession, son canton d'origine, la date de son admission, son mode d'entrée (libre ou amené par un agent de sûreté) ainsi qu'un diagnostic. Les hommes sont généralement déposés par des agents de sûreté à l'Asile et leur délit ou le crime commis constitue généralement le motif de leur internement dans l'attente d'une expertise médico-légale chargée de déterminer leur responsabilité pénale. Ils sont examinés à leur entrée : on note leur poids, la dilatation de leurs pupilles, on teste le réflexe de leurs rotules, leur nutrition, l'aspect de leurs organes génitaux, leur pilosité, l'état de leur cœur. Le développement tardif des organes génitaux est interprété comme le signe de potentielles difficultés sexuelles, à l'instar d'un ouvrier de campagne interné au début des années 1940 :

« Il n'a pas eu de besoins et rapports sexuels avant 20 ans : il avait déjà remarqué à ce moment-là que ses testicules n'avaient que la dimension de noisettes. [...] il n'a eu que des rapports sexuels rares, réussissant difficilement, n'avait pas de besoin sexuel, ne s'est pas masturbé, n'était pas attiré par des femmes ou des hommes, n'avait presque pas d'érections et jamais de pertes séminales »¹⁵⁶¹

À ceci s'ajoutent des commentaires sur leur comportement : l'un est « bien bâti, docile, poli »¹⁵⁶², d'autres sont « calme »¹⁵⁶³, ont une « attitude effacée, parle[nt] à voix basse »¹⁵⁶⁴ ou montrent de la « [n]ervosité, un peu d'angoisse. Léger tremblement des mains »¹⁵⁶⁵. Recréant l'illusion d'un accès direct à l'expérience des patients, leurs dires sont parfois notés tels qu'ils sont entendus : l'un « n'a pas de chance et il en a assez de la vie »¹⁵⁶⁶, l'autre « serait poussé à montrer ses parties génitales par une force plus forte que sa volonté »¹⁵⁶⁷. Le dossier se poursuit avec un entretien avec le psychiatre en charge de l'Asile, qui dresse, avec le concours du patient, son anamnèse : a-t-il des antécédents héréditaires ? Combien de fausses-couches sa mère a-t-elle vécues ? Est-il né à terme ? Quel rapport à la sexualité sa famille a-t-elle ? A-t-il été malade pendant son enfance ? Plus tard ? Était-il bon ou mauvais élève ? A quel âge s'est-il marié ? A-t-il eu des maladies vénériennes et quand ? Quand et comment sont apparus les désirs et les comportements « déviants » ? Lorsque le patient ne coopère pas ou que les médecins souhaitent

¹⁵⁶¹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 12263, rapport d'expertise, années 1940.

¹⁵⁶² AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 9750, observations cliniques, années 1930.

¹⁵⁶³ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 10444, observations cliniques, années 1930.

¹⁵⁶⁴ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 11217, observations cliniques, années 1930.

¹⁵⁶⁵ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 12187, observations cliniques, années 1940.

¹⁵⁶⁶ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 11217, observations cliniques, années 1930.

¹⁵⁶⁷ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 11325, observations cliniques, années 1930.

un complément d'information, ces mêmes questions sont adressées à des proches, souvent des femmes, mères, sœurs ou épouses.

À l'orientation anatomo-pathologique des questions s'ajoutent, dès l'entre-deux-guerres, des investigations psychanalytiques. Les théories freudiennes se répandent en effet en Suisse romande par le biais de centres de recherches, de groupes mais aussi de personnalités, à l'instar du médecin Henri Flournoy, devenu privat-docent de psychopathologie en 1920¹⁵⁶⁸. La psychanalyse permet alors de redorer l'image d'une psychiatrie de plus en plus associée à une médecine asilaire qui ne confine plus qu'elle ne soigne¹⁵⁶⁹. L'historienne Taline Garibian souligne que si l'introduction de la psychanalyse «rompt ou du moins atténue l'importance accordée à l'hérédité dans les facteurs étiologiques [...] la question des perversions sexuelles semble constituer une problématique favorable aux rapprochements »¹⁵⁷⁰. Elle note d'autre part que «[s]i à la fin du XIXe siècle, c'est la pratique de l'onanisme, l'excitation ou la chasteté forcée qui provoque des troubles nerveux, une quarantaine d'années plus tard, la source de ces troubles est à chercher dans le refoulement ou l'insatisfaction de l'instinct sexuel »¹⁵⁷¹.

À l'Asile (bientôt clinique psychiatrique) de Bel-Air, on demande aux internés d'évoquer leurs rêves à compter des années 1930. Ces derniers expliquent rêver d'« exhibition »¹⁵⁷², ne pas rêver du tout¹⁵⁷³, être entourés de femmes qu'ils ne parviennent pas à atteindre¹⁵⁷⁴. D'autres ont des « rêves terrifiants » : « un chemin à bord d'un précipice, cherche l'équilibre sur une corde, assiste à un accident de tramway, court après un train qu'il ne peut rattraper »¹⁵⁷⁵. Un autre fait « le rêve homosexuel suivant : « il est capitaine de bateau ; devant lui un petit mousse nègre. Il lui propose de lui couper les testicules. Pollution » (Rêve de castration) »¹⁵⁷⁶. Rêves, désirs et fantasmes sont analysés à l'aune d'un script sexuel qui se termine par l'éjaculation : celle qui suit l'érection est la preuve d'un réel désir et plaisir. Le fait que pour le dernier patient « l'éjaculation se produi[se] au moment où il masturbe un jeune homme »¹⁵⁷⁷ est ainsi comprise comme la preuve corporelle d'un désir homosexuel.

¹⁵⁶⁸ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

¹⁵⁶⁹ *Ibid.*

¹⁵⁷⁰ *Ibid.*, p. 124 ;157.

¹⁵⁷¹ *Ibid.*, p. 153.

¹⁵⁷² AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 11325, rapport d'expertise, années 1930.

¹⁵⁷³ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 12187, présentation clinique, années 1940.

¹⁵⁷⁴ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 12598, rapport d'expertise, années 1940.

¹⁵⁷⁵ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 6319, feuille d'examen, années 1920.

¹⁵⁷⁶ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 11413 et 11696, rapport d'expertise, années 1930.

¹⁵⁷⁷ *Ibid.*

Le dispositif de la clinique repose sur le rituel de l'aveu, qui, comme le définit Michel Foucault, établit un ensemble de pratiques de véridiction qui définissent le sujet et le pousse à énoncer une vérité sur lui-même¹⁵⁷⁸. Ce faisant, ce « gouvernement de soi » par la formulation et la réponse à ces questions *construit* une subjectivité des patients qui s'oriente au sein du système disciplinaire de l'Asile. Tout en s'appuyant sur d'autres travaux portant sur la prise en charge des sexualités « déviantes » en Suisse¹⁵⁷⁹, cette partie propose ainsi d'explorer la production des subjectivités, des masculinités et des corps dans le contexte de la clinique asilaire, des aspects jusqu'ici peu exploré de l'historiographie.

Si elles commencent avec la parole du patient, les techniques de véridiction s'étendent à la parole des autres (les proches) mais aussi à l'investigation du corps, et de l'inconscient, chargés de révéler la « nature sexuelle » des sujets, dans un contexte où leur parole est remise en question. La mise à distance des dires des patients se produit d'ailleurs par l'usage de verbes : ces derniers « prétendent », « affirment » ou « disent que » ; et par l'usage du conditionnel : un tel « serait devenu manœuvre ou apprenti maçon »¹⁵⁸⁰ devant la difficulté du métier, un autre « serait timide »¹⁵⁸¹.

Ces techniques d'investigation des corps sont complétées par des examens de laboratoire. À l'analyse routinière du sang, de l'urine et de l'infection à la syphilis s'ajoute un intérêt pour les cellules testiculaires dès les années 1930, rendu possible par la disponibilité matérielle de testicules ôtées par les castrations dites « thérapeutiques » qui se répandent en Suisse dans l'entre-deux-guerres¹⁵⁸². Pratiquée sur des hommes internés pour délits et crimes sexuels, l'opération est généralement présentée comme une alternative à l'internement à vie¹⁵⁸³. Plusieurs travaux historiques ont d'ailleurs montré que si le consentement des intéressés est a

¹⁵⁷⁸ Stéphane Massonet, « Foucault, l'aveu & la généalogie du sujet moderne », *Acta fabula*, vol. 15, n° 10, « Écouter Foucault », Décembre 2014. URL : <http://www.fabula.org/acta/document9041.php> ; Michel Foucault, *L'Origine de l'herméneutique de soi*, Paris, Vrin, 2013.

¹⁵⁷⁹ Voir notamment Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit. ; Thierry Delessert, *Sortons du ghetto. Histoire politique des homosexualités en Suisse, 1950-1990*, op. cit. ; Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit. ; Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle*, op. cit.

¹⁵⁸⁰ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 10901, observations cliniques, années 1930.

¹⁵⁸¹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 12598, observations cliniques, années 1940.

¹⁵⁸² Thierry Delessert, « Des testicules au cerveau. Convertir chirurgicalement un corps homosexuel (1916-1960) », dans Hélène Martin et Marta Roca i Escoda (dir.), *Sexuer le corps. Huit études sur des pratiques médicales d'hier et d'aujourd'hui*, Lausanne, Éditions HETSL, 2019, p. 17-32.

¹⁵⁸³ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit. ; Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle*, op. cit.

priori nécessaire avant de procéder à l'opération, il est parfois obtenu par le biais de menaces et chantages¹⁵⁸⁴. Or, comme le montre l'historienne Élodie Serna, si la castration est présentée comme le moyen, pour les internés, de sortir de l'Asile, une grande partie des opérés ne bénéficie pas de cette liberté et demeure à l'Asile de manière temporaire ou indéfiniment¹⁵⁸⁵.

En ce sens, les disparités cantonales sont marquées en Suisse romande, où les castrations dites « thérapeutiques » sont principalement pratiquées à Genève sans qu'elles ne soient pour autant systématiquement préconisées¹⁵⁸⁶. Là où l'École genevoise adopte plutôt une perspective anatomo-pathologique sur les sexualités dites « déviantes », les partisans de l'hygiène mentale mobilisent principalement les théories psychanalytiques dans leurs écrits sur la « sexualité normale »¹⁵⁸⁷. Ainsi, théories biologiques et psychanalytiques des sexualités « normales » et « anormales » coexistent dans les discours psychiatriques tout au long du XX^{ème} siècle¹⁵⁸⁸. Les études sur la castration dessinent différentes compréhensions du corps et du désir sexuel : dans sa thèse de médecine sur la question en 1943, le médecin genevois Paul Ruggli distingue ainsi les excitations d'origine physique, sur lesquelles la castration peut agir, des excitations d'origine « cérébrale » dont « la femme » est un des exemple le plus typique¹⁵⁸⁹. Cette distinction suit également une logique de classe : la sexualité des classes populaires étant alors considérée comme plus bestiale chez les prolétaires qu'elle ne l'est dans les classes aisées¹⁵⁹⁰. À la sexualité « glandulaire » des classes modestes s'opposerait celle « cérébrale » de la bourgeoisie¹⁵⁹¹. Ceci s'explique aussi par le fait que le traitement pénal des délits et crimes à caractère sexuel, tout comme les demandes de stérilisation, concerne principalement les hommes des classes les plus modestes, les autres échappant le plus souvent à la plainte, l'enquête ou la justice¹⁵⁹².

¹⁵⁸⁴ Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX^e siècle*, op. cit. ; Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit. ; Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

¹⁵⁸⁵ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit.

¹⁵⁸⁶ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

¹⁵⁸⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸⁸ Thierry Delessert, *Sortons du ghetto. Histoire politique des homosexualités en Suisse, 1950-1990*, op. cit.

¹⁵⁸⁹ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

¹⁵⁹⁰ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit.

¹⁵⁹¹ *Ibid.*

¹⁵⁹² Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX^e siècle*, op. cit.

Opérés à la Clinique chirurgicale de Genève, les hommes retournent par la suite à l'Asile. Leurs testicules, eux, sont envoyés à l'Institut d'anatomie pathologique où ils sont examinés au microscope. Alors que l'hypothèse d'une anomalie hormonale expliquant les « déviations sexuelles » se répand dans les années 1930¹⁵⁹³, il n'est pas étonnant qu'une attention spéciale soit portée aux cellules interstitielles (dites de Leydig), responsables de la production hormonale. Une analyse effectuée dans les années 1940 note ainsi que « ce qui frappe, c'est la grande abondance en cellules interstitielles. Ces dernières forment des plages de couleur rose assez vif »¹⁵⁹⁴. Faisant planer le spectre d'une sexualité débordante, l'accumulation des analyses histologiques demeure néanmoins peu concluante. Le chirurgien genevois Albert Jentzer, chargé des opérations de castration, souligne ainsi en 1938 que « l'examen microscopique des testicules n'a rien pu révéler de pathologique, à part des cellules interstitielles toujours très développées. L'hormone serait-elle peut être pathologique ? »¹⁵⁹⁵.

Dès les années 1950, l'intérêt pour l'hypothèse d'une cause hormonale des « déviations sexuelles » se renouvelle avec la disponibilité de la mesure des 17-CS. Dans les expertises psychiatriques de Bel-Air, la mesure des 17-CS sert tant à prouver l'éventuelle dangerosité des internés que d'attester de la réussite ou de l'échec de la castration. Chez un homme diagnostiqué pédophile dans les années 1950, l'« augmentation des stéroïdes urinaires en relation avec la fonction androgénique d'origine testiculaire »¹⁵⁹⁶ est ainsi interprétée comme le signe que « l'impulsion hormonale à entretenir une activité sexuelle est forte »¹⁵⁹⁷. Cette quantification « hormonale » du désir est présentée comme une méthode « objective » permettant de corroborer les dires de patients jugés peu fiables. Ainsi, dans un article publié en 1965 sur les dangers de l'alcoolisme du point de vue sexuel, le médecin de la clinique psychiatrique Sylvain Mutrux mesure le taux de 17-CS dans « le but d'objectiver et, en quelque sorte, de mesurer cette baisse de la puissance et des besoins sexuels »¹⁵⁹⁸. Le dosage est également employé comme « regard moléculaire de surveillance »¹⁵⁹⁹ permettant de fournir une preuve

¹⁵⁹³ Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, op. cit. ; Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, op. cit.

¹⁵⁹⁴ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 11413 et 11696, feuille de traitement de la Clinique chirurgicale de l'hôpital cantonal de Genève, années 1940.

¹⁵⁹⁵ Albert Jentzer, « Invertis et exhibitionnistes psychopathes guéris par la castration », *Schweiz. Mediz. Wochenschr*, vol. 18, 1938, p. 6.

¹⁵⁹⁶ AEG, Asile de Bel-Air, dossier 16173, lettre du psychiatre au juge d'instruction, années 1950.

¹⁵⁹⁷ *Ibid.*

¹⁵⁹⁸ Sylvain Mutrux, « L'état alcoolique dangereux au point de vue sexuel », *Rapport de médecine légale présenté au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Paris, Masson, 1965, p. 17.

¹⁵⁹⁹ Erman Örsan Yetis, *Chemical Castration of Rape Convicts and Pedophiles: Biopolitical Reading of Fear, Abject/Criminalized Masculinities in a Neoliberal Society*, Central European University, 2014, p. 53, ma traduction.

« scientifique » de la (non)-dangerosité des internés auprès du Conseil de surveillance psychiatrique (ci-après CSP) afin de justifier leur sortie de l'Asile. C'est le cas par exemple d'un jardinier interné pour pédophilie et homosexualité dans les années 1960 à propos de qui Mutrux note dans un rapport destiné au CSP que « le taux des androgènes est tombé à des valeurs très basses (4,7 mgr/24 heures) »¹⁶⁰⁰, ce qui confirme « qu'il ne connaît plus aucune excitation sexuelle et que la vue des enfants le laisse parfaitement indifférent »¹⁶⁰¹.

Tout comme dans le cas de l'impuissance néanmoins, le dosage des 17-CS ne permet pourtant pas d'identifier d'origine hormonale aux « anomalies sexuelles ». Concluant à l'absence de troubles endocriniens chez des homosexuels, des pédophiles et des exhibitionnistes de Bel-Air en 1957, les psychiatres Gaston Garrone et Sylvain Mutrux recommandent ainsi les traitements psychothérapiques, parfois associés à des méthodes pour inhiber la sécrétion hormonale¹⁶⁰². La psychothérapie – alors souvent synonyme d'approche psychanalytique¹⁶⁰³ – est ainsi de plus en plus proposée aux hommes internés¹⁶⁰⁴. Dès les années 1950, la cure psychothérapeutique se répand aussi à l'hôpital, dont celui de Malévoz, où est hospitalisé un homme arrêté pour rapports homosexuels avec des jeunes hommes « pour y subir un traitement psychanalytique »¹⁶⁰⁵. Sous l'initiative de certains psychiatres-psychanalystes, une formation à la psychothérapie – sur la base du modèle psychanalytique – entre dans le cursus de spécialisation des psychiatres suisses en 1960-1961¹⁶⁰⁶. Confiée en 1959 à Julian de Ajuriaguerra, de formation psychanalytique, neurologue et pédopsychiatre, la direction de la clinique favorise la convergence des perspectives à la fois organicistes et psychanalytiques¹⁶⁰⁷.

Dès la fin des années 1950, des tests psychologiques sont introduits à la clinique, dont l'examen de Rorschach. Développée par le psychiatre et psychanalyste suisse Hermann Rorschach dans les années 1920, la méthode consistant à interpréter des tâches d'encre est devenue dans plusieurs pays occidentaux l'une des principales méthodes d'investigation de l'inconscient et

¹⁶⁰⁰ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 19462-19644-20121, rapport médical de Mutrux, années 1960.

¹⁶⁰¹ *Ibid.*

¹⁶⁰² Gaston Garrone et Sylvain Mutrux, « Examens endocriniens dans quelques anomalies du comportement sexuel », *Schweizerische medizinische wochenschrift*, vol. 86, 1953, p. 10003.

¹⁶⁰³ Catherine Fussinger, « Psychiatres et psychanalystes dans les années 1950. Tentations, tentatives et compromis: le cas suisse », dans Jacques Arveiller (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, Presses universitaires de Caen, 2008, p. 171-188.

¹⁶⁰⁴ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, *op. cit.*

¹⁶⁰⁵ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 16295, feuille d'examen, années 1950.

¹⁶⁰⁶ Catherine Fussinger, « Psychiatres et psychanalystes dans les années 1950. Tentations, tentatives et compromis: le cas suisse », *op. cit.*

¹⁶⁰⁷ José Miguel Aguirre Oar et J. Guimon Ugatechea, *Vie et œuvre de Julian de Ajuriaguerra*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 1996.

de l'homosexualité au milieu du siècle¹⁶⁰⁸. Effectuée et analysée à la clinique par des examinateur·ices externes, elle vise à identifier les névroses, obsessions, désirs et fantasmes des internés d'après la doctrine psychanalytique. Plus particulièrement, c'est la question du rapport aux femmes et à l'identité virile qui fait l'objet d'attention. Ainsi, chez un directeur inculpé d'attentats à la pudeur des garçons, l'examinatrice note « l'obsession sexuelle » :

« la première planche, le sujet parvient à se contrôler et à donner une seule interprétation banale, mais dès la seconde planche, est-il est submergé par son obsession et s'y livre sans retenue jusqu'à la fin du test. Invité, à l'interrogatoire, à essayer de donner des interprétations autres qu'anatomiques, non seulement il se révèle incapable de le faire, mais encore il transforme en « vagin écrasé » l'unique interprétation « normale » du résultat. [...] Le sujet semble n'être pas parvenu à l'identification virile [...] L'organe génital masculin est vu inerte [...] de sorte que l'impuissance ne peut être exclue »¹⁶⁰⁹

Elle en conclut qu'il est « en proie à une obsession sexuelle d'une rare intensité et qu'il est incapable de dominer »¹⁶¹⁰. À propos d'un chef d'équipe interné pour attentats à la pudeur des enfants, l'examen souligne « l'image maternelle, vue ici comme autoritaire et effrayante. Ce contact perturbé doit se répercuter sur les rapports du sujet avec la femme en général »¹⁶¹¹. Cette approche se traduit également dans des questions à propos de l'identité virile, de plus en plus posée aux patients à la fin des années 1950. C'est le cas par exemple d'un adolescent de 17 ans interné pour exhibitionnisme qui répète à plusieurs reprises se sentir « un homme normal, viril comme les autres »¹⁶¹². À la question « Avez-vous ressenti cela comme une punition ? » que lui pose Julian de Ajuriaguerra, un homme ayant subi une castration chirurgicale dans les années 1960 répond : « Non, ressenti cela comme une thérapeutique. Avant je me sentais différent des autres hommes, ça ne m'a jamais donné un sentiment d'infériorité »¹⁶¹³.

2.2. La castration « thérapeutique » et ses effets sur les corps

Envisagée par les psychiatres qui la suggèrent comme une méthode permettant d'« éteindre l'appétit sexuel »¹⁶¹⁴, la castration est également investie de représentations par les hommes, leurs familles, les médecins, mais aussi l'institution judiciaire et les municipalités qui souhaitent

¹⁶⁰⁸ Peter Hegarty, « Homosexual Signs and Heterosexual Silences : Rorschach Research on Male Homosexuality from 1921 to 1969 », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 12, n° 3, 2003, p. 400-423.

¹⁶⁰⁹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 19720-20709, examen de Rorschach, années 1960.

¹⁶¹⁰ *Ibid.*

¹⁶¹¹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 20990, examen de Rorschach, années 1960.

¹⁶¹² *Ibid.*

¹⁶¹³ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 14482-14705-16202, notes manuscrites de Julian de Ajuriaguerra, années 1960.

¹⁶¹⁴ ACV, K VIII f 341, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités (n° 610), lettre du Dr Preisy au service sanitaire, années 1930, p.2.

faire opérer leurs ressortissants. Les discussions autour de la décision de procéder ou non à une castration révèlent ainsi des tensions au sujet de ce qui constitue la « maladie », des effets de l'opération sur les corps et donc de son potentiel succès. Elles permettent ainsi de donner à voir les régimes de compréhension des corps et des sexualités masculines.

L'essor de la castration dite « thérapeutique » dans les années 1930 et 1940 répond à une conception hormonale des corps et des « anomalies sexuelles » à un moment où la question est de savoir s'il convient de stimuler la production hormonale ou au contraire de la limiter¹⁶¹⁵. À Genève, elle est également liée à l'influence de certaines personnalités, à l'instar du professeur de médecine légale François Naville qui publie, dirige des thèses sur le sujet et recommande fréquemment la castration dans ses expertises à cette période¹⁶¹⁶. Si le médecin-directeur possède une grande influence sur l'établissement qu'il dirige, et ce d'autant plus que dans les cantons universitaires comme Genève et Vaud il détient également la chaire de psychiatrie¹⁶¹⁷, il se trouve parfois en opposition au médecin chargé de l'expertise. Ainsi, dans un courrier qu'il adresse à Naville dans les années 1930, Charles Ladame, alors directeur de l'Asile de Bel-Air, souligne sa désapprobation au sujet du traitement d'un homme interné à Bel-Air en l'attente d'une castration :

« je dois avouer le choc que me donne cette forme comminatoire : recevoir un malade pour le châtrer ! Et si d'aventure je ne partageais nullement cette opinion et me refusais à opérer ? Le non lieu est aussi appuyé sur cette opération, que la famille et le malade me réclament »¹⁶¹⁸

À l'instar de Ladame, il faut souligner que nombreux sont les médecins qui sont réticents à l'idée d'opérer et considèrent la castration comme une solution de dernier recours. Alors que le Conseil de santé discute du cas d'un homme alcoolique réputé dangereux dans les années 1930, le psychiatre vaudois William Boven invite ainsi ses confrères à se rappeler que « la plupart des hommes préférerait la mort à l'affront incontestable d'être châtré »¹⁶¹⁹.

¹⁶¹⁵ Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, op. cit.

¹⁶¹⁶ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, op. cit. ; Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit. ; Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle*, op. cit.

¹⁶¹⁷ Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle*, op. cit., p. 292.

¹⁶¹⁸ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 10444, lettre de Ladame à Naville, années 1930.

¹⁶¹⁹ ACV, K VIII f 342, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités (n° 610), arrêté du Conseil de Santé, années 1930.

Lorsqu'elles ne sont pas émises par les médecins chargés de l'expertise légale, les demandes de stérilisation proviennent parfois des représentant·es légaux d'hommes sous tutelle, mais aussi des communes d'origine de patients qui, lorsque ces derniers sont en situation de pauvreté ou de difficultés mentales, déboursent les frais nécessaires à leur entretien. Ainsi, c'est en mettant en avant la crainte d'un désir sexuel débordant d'un jeune homme « oligophrène » qu'une commune vaudoise soumet une demande de stérilisation auprès du Service de santé vaudois à la fin des années 1930 « afin de le calmer et voir ensuite si l'on ne pourrait pas l'utiliser à meilleure fin »¹⁶²⁰. Consultée, la direction de l'Asile de Cery, où est interné le patient, s'oppose quant à elle à une stérilisation qui, elle l'assure, « n'aurait aucune influence sur l'état mental du malade »¹⁶²¹. Quant à la castration, elle souligne qu'elle « ne peut à notre avis pas être envisagée chez des jeunes gens en-dessous de 20 ans, et elle n'aurait du reste aucune influence sur l'état mental sauf qu'elle supprimerait l'instinct sexuel »¹⁶²². Souhaitant parvenir à ses fins, la commune répond quelques jours plus tard en insistant désormais sur le caractère sexuel de l'agressivité du malade :

« Nous sommes malgré tout, persuadés que la castration lui enlèverait cette « rage » qui le possède à l'égard du sexe féminin. Il est toutefois possible que cette opération ne le guérirait pas de son état mental (ceci, nous ne sommes pas compétents pour le discuter) mais que cela le rende moins dangereux envers le public, ce serait déjà là un grand point [...]

Si nous nous obstinons à arriver à un résultat positif concernant ce cas c'est que nous jugeons que cet individu sera fort peu utile sa vie durant à l'asile de Cery, car nous présumons que cet internement durera à perpétuité, et par conséquent deviendra par trop onéreux pour ses communes d'origine »¹⁶²³

Pour appuyer sa demande, la commune joint une déclaration médicale non signée attestant de « l'incroyable agressivité qu'il [le patient] a à l'égard des dames »¹⁶²⁴. Le cas ne mène nulle part : l'absence d'autres documents suggère que l'opération n'a sans doute pas eu lieu. La commune, souhaitant réduire les coûts associés à l'internement du malade, mobilise néanmoins un imaginaire autour de la violence ancrée dans les corps masculins qui révèle l'association naissante entre les hormones sexuelles mâles, le désir, et l'agressivité¹⁶²⁵. Ici, la castration et/ou la stérilisation est appréhendée comme une méthode de prise en charge de la santé mentale et

¹⁶²⁰ ACV, K VIII f343, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités, lettre de la municipalité au service sanitaire vaudois, années 1930.

¹⁶²¹ *Ibid*, lettre du chef de service sanitaire au préfet du district, années 1930.

¹⁶²² *Ibid*.

¹⁶²³ *Ibid*, lettre de la municipalité au service sanitaire vaudois, années 1930.

¹⁶²⁴ *Ibid*, copie de déclaration médicale de la municipalité, années 1930.

¹⁶²⁵ Anne Carol, « La virilité face à la médecine », *op. cit*.

soulève l'espoir d'une régénération sociale de l'individu improductif¹⁶²⁶. Elle est ainsi le fait d'un ensemble d'acteur·ices impliqués dans la régulation sociale d'individus « déviants ».

La « thérapeutique » offerte par la castration se mesure d'ailleurs tant en termes de non-récidive qu'en l'adoption d'un comportement qui répond aux normes sociales, à une masculinité subalterne et docile. C'est ainsi que les infirmières chargées de surveiller le comportement d'un « vagabond » ayant été castré dans les années 1940 écrivent le « succès » de l'opération :

« il se montre beaucoup moins bruyant et indiscret. Moins entreprenant. Ne va plus aux fenêtre pour apostropher les filles. Travaille plus régulièrement. « Il est comme un matou qui reste au coin du feu » [...] Ne parle pas aux filles de cuisine (Auparavant leur parlait de leurs « nichons », de leurs cuisses, etc). [...] Dans l'ensemble, changement considérable et très rapide du comportement par suppression de la plupart des initiatives (pas seulement du point de vue sexuel). [le patient] ignore complètement quel traitement il a subi [...] [le patient] est plus maniable, docile, activité faible »¹⁶²⁷

Si ceci est rarement le cas, il arrive que des hommes ignorent tout à fait avoir été opérés lorsqu'ils sont atteints d'un autre trouble mental. La différence entre la vasectomie, consistant à sectionner les canaux déférents, et la castration, pratiquée par l'ablation des testicules, n'est d'ailleurs elle-même pas toujours bien comprise. Ainsi, un homme atteint de « schizophrénie paranoïde »¹⁶²⁸ s'inquiète de la stérilisation car « [c]omme il se dit mal marié, il craint que sa maladie puisse encore s'aggraver par l'intervention de la stérilisation dont il craint une diminution de la jouissance sexuelle »¹⁶²⁹. Il est d'ailleurs difficile de savoir à quel point ils sont informés de cette différence, comme explique le faire un médecin de l'Asile de Cery dans les années 1940 : « Nous tâchons de lui faire saisir la différence qu'il y a entre la stérilisation et la castration, [il] nous dit alors qu'il comprend que la stérilisation « coupe la fécondation » »¹⁶³⁰.

Ces explications répondent de fait à des inquiétudes qui, lorsqu'elles sont formulées ouvertement par les patients, sont parfois retranscrites dans les dossiers. La castration s'accompagne de la crainte d'une dévirilisation à la fois sociale, intellectuelle et corporelle. Plusieurs indiquent préférer mourir que d'avoir recours à une opération perçue comme particulièrement humiliante. L'un des rapports d'expertise décrit ainsi qu'un homme « est aujourd'hui d'accord avec l'opération proposée, quoiqu'il ait peur de la table d'opération et

¹⁶²⁶ Élodie Serna, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe dans l'entre-deux-guerres*, op. cit.

¹⁶²⁷ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 11652, observations médicales, années 1940.

¹⁶²⁸ ACV, K VIII f343, rapport rédigé par les médecins de Cery, années 1930.

¹⁶²⁹ *Ibid.*

¹⁶³⁰ ACV, K VIII f345, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités, rapport d'expertise, années 1940.

qu'il dise qu'il aimerait mieux monter sur l'échafaud »¹⁶³¹. La perte des testicules est associée à celle de la puissance sexuelle, physique et mentale. Ainsi, un buraliste condamné aux mœurs dans les années 1930 accepte l'impuissance sexuelle mais tout ce « qu'il demande c'est que ses forces physiques ne soient pas amoindries »¹⁶³². Un manœuvre interné pour fétichisme explique quant à lui qu'il « craint qu'on le sache par la suite qu'il est châtré »¹⁶³³. La crainte d'un retentissement sur les capacités intellectuelles et physiques, par ailleurs présentée dans la littérature médicale sur le sujet dans l'entre-deux-guerres¹⁶³⁴, provient d'ailleurs peut-être des explications fournies par les médecins. Ainsi, les cas d'hommes qui ont des difficultés cognitives posent chez ces derniers la question du bienfait de l'opération et de la balance bénéfices-risques. Le rapport d'expertise d'un homme présentant un retard mental interné dans les années 1950, en conclut que la castration « serait la meilleure précaution à prendre, même si elle devait diminuer un tant soit peu les modestes facultés de [patient] »¹⁶³⁵.

Il n'est donc pas surprenant que de nombreux patients s'inquiètent des conséquences intellectuelles de la castration. Un homme interné pour exhibitionnisme évoque dans les années 1920 : « l'on va me faire une opération aux testicules, et cela me tranquilliserait pour la vie, mais par contre je crains que cela vienne à me troubler le cerveau »¹⁶³⁶. Similairement, un menuisier interné pour attentats à la pudeur des enfants plusieurs décennies plus tard assure qu'il ne fera pas de tentative de suicide : « je n'ai aucune raison actuellement à désespérer [...] Seul le fait d'être lâché pour de bon ou peut-être de rester « follo » après des troubles du à l'opération me déciderai »¹⁶³⁷. Il maintient une correspondance avec sa mère, qui tente de le pousser à ne pas être déclaré irresponsable et à s'opposer à la castration :

« Si on te déclare irresponsable [...] on te pourra pas donner une place de confiance, en plus tout le monde entendra à ta voix que tu est castré, en plus tu ne pourras plus avoir de rapports avec une femme, il paraît qu'ils deviennent fous à la longue car la nature demande ces droits et l'homme castré ne peut plus rien [...] Tu a meilleur temps de supporter ta peine jusqu'au bout, jusqu'à la condamnation. Tu aura fait ta peine, personne ne peut rien contre toi ou n'a pas le droit, tu conserve ta voix d'homme normal, tu pourra recommencer une vie nouvelle avec honneur et devenir honorable citoyen. Tu pourra occuper chez un

¹⁶³¹ ACV, K VIII f 341, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités (n° 610), lettre des docteurs Steck et Boven au service sanitaire, années 1930, p. 3.

¹⁶³² ACV, KVIII f 343, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités Stérilisation et castration des aliénés : cas traités, rapport d'expertise, années 1930.

¹⁶³³ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 14550, rapport d'expertise, années 1950.

¹⁶³⁴ À ce sujet, voir le chapitre 2 de la première partie de la thèse.

¹⁶³⁵ ACV, SB 124 G 10-2, boîte no.1, rapport d'expertise, années 1950, p. 5.

¹⁶³⁶ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 9381, notes du malades, n.d.

¹⁶³⁷ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 16173, lettre du patient, années 1950.

patron une place d'ouvrier de confiance avec une paye honorable, il me semble que c'est beaucoup mieux que de porter toute la vie l'insulte sitôt que tu ouvre la bouche »¹⁶³⁸

La perte des testicules est ainsi associée à la figure de l'eunuque, symbole d'une déchéance virile tant physique que sociale. La crainte de stigmates socialement identifiables (une voix plus aigüe) est associée à une exclusion du groupe des hommes et de ce qui marque l'identification à la masculinité : la puissance sexuelle, la capacité à travailler et à être bon travailleur et un « citoyen honorable ».

Introduite dans les années 1950, la castration dite « chimique » est ainsi présentée comme une solution pour dépasser les réticences des patients¹⁶³⁹. Comme l'affirme Sylvain Mutrux, la méthode a l'avantage de ne pas être mutilante, d'être plus facilement acceptée par les patients et d'envisager le maintien d'une activité hétérosexuelle « normale »¹⁶⁴⁰. Elle est aussi introduite comme une méthode censée permettre aux hommes de contrôler leurs propres corps et désirs, comme le souligne l'expertise d'un homme interné pour pédophilie dans les années 1960 qui souligne la réduction de « ses besoins sexuels et [...] [qu'il peut] mieux contrôler ses tendances pédophiles »¹⁶⁴¹. À la clinique psychiatrique de Bel-Air, la castration dite « chimique » consiste en l'administration de Stilboestrol, un médicament à base d'œstrogènes développé dans le cadre du traitement du cancer de la prostate qui est introduit en Europe à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Le Stilboestrol est alors l'une thérapie à base d'œstrogènes parmi les plus populaire et les moins chères¹⁶⁴². Principalement prescrit chez la femme pour prévenir les fausses-couches et les accouchements prématurés¹⁶⁴³, le médicament est utilisé chez l'homme dans le traitement du cancer de la prostate, de l'homosexualité¹⁶⁴⁴ ainsi que pour « combattre le priapisme, ou les manifestations d'hypergénitalisme mâle »¹⁶⁴⁵. Associées à la féminité, les œstrogènes ont donc pour objectif de réduire la production d'hormones « mâles » et ce faisant, le désir sexuel et l'agressivité. Si le traitement présente l'inconvénient de « féminiser » l'organisme, notamment

¹⁶³⁸ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 16173, lettre de la mère du patient à ce dernier, années 1950.

¹⁶³⁹ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit.

¹⁶⁴⁰ *Ibid.*

¹⁶⁴¹ AEG, Archives de Bel-Air, dossier no. 17396, rapport d'expertise, années 1960.

¹⁶⁴² Chandak Sengoopta, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, op. cit.

¹⁶⁴³ Le médicament, administré dès la fin des années 1930, a fait l'objet d'un scandale sanitaire et a progressivement été retiré du marché dans les années 1970. Des études ont en effet constaté un certain nombre de variations sexuelles, mais aussi d'incidences de cancer génitaux, chez les enfants nés de mères ayant été traitées au stilboestrol. Voir notamment Giulia Colavolpe Severi, « L'épée de Damoclès », *Ateliers d'anthropologie* [En ligne], vol. 46, 2019. URL : <http://journals.openedition.org/ateliers/11135>

¹⁶⁴⁴ *Ibid.*

¹⁶⁴⁵ E. Daubresse et H. Scribe, « Le Stilboestrol et ses applications cliniques dans diverses maladies par la méthode d'implantation », E. Daubresse et al., *Le Stilboestrol*, Bruxelles et Paris, Erasme S.A. et Masson & Cie, 1948, p. 35.

celui de provoquer des gonflements des tissus mammaires et de l'impuissance sexuelle¹⁶⁴⁶, il présente néanmoins l'avantage d'être réversible, les effets cessant en même temps que le traitement. Par là même, néanmoins, son efficacité dépend de la bonne continuité du traitement. La reprise du désir sexuel est alors mesurée par les corps : la masturbation, la présence de pollutions nocturnes voire d'érections sont autant de preuves de besoins sexuels toujours présents.

2.3. Les scripts sexuels et rôles de genre dans la construction de la « déviance »

La construction des sexualités « anormales » se construit ainsi en relation à un script sexuel qui se révèle dans les dossiers notamment aux travers des questions concernant les expériences sexuelles des internés, leur recours à la prostitution ou leurs habitudes de masturbation. Dans les dossiers d'expertise où elle apparaît, la question du recours à la prostitution révèle un imaginaire culturel d'un « mal nécessaire » pour canaliser les besoins et pulsions masculines. D'ailleurs, de nombreux hommes interprètent leur incapacité à avoir des rapports avec des travailleuses du sexe comme un signe de leur masculinité défailante. Ainsi, un homme interné pour exhibitionnisme dans les années 1920 explique son état d'âme « hélas extrêmement compliqué »¹⁶⁴⁷ à l'incapacité de se satisfaire sexuellement comme les autres : « Il ne faudra pas croire, que l'acte proprement dit de faire l'amour ne me dise rien ; bien au contraire ; seulement il m'est impossible de me satisfaire avec une simple grue, comme tant d'autres le peuvent »¹⁶⁴⁸. Un comptable interné pour homosexualité explique quant à lui dans les années 1940 avoir « de sang-froid, pour voir s'il est « comme les autres » [...] fait un nouvel essai avec une professionnelle, sans succès »¹⁶⁴⁹.

Parfois au contraire, le trouble sexuel se situe dans l'impossibilité d'avoir un rapport (hétéro)sexuel en dehors d'un contexte de domination qui assure la disponibilité et la soumission sexuelle de la partenaire. Le rapport colonial et ses composantes politiques, économiques et démographiques permettent ainsi aux hommes (non seulement français mais aussi suisses) d'exercer un pouvoir sexuel exceptionnel sur le corps des autres, principalement des femmes¹⁶⁵⁰. Le docteur Aimé Amram évoque ainsi le cas d'un employé de commerce de

¹⁶⁴⁶ H. Blanchot et F. Laporte, « Traitement hormonal des néoformations prostatiques », *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, 1952, p. 601.

¹⁶⁴⁷ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 6319, notes du patient, années 1920.

¹⁶⁴⁸ *Ibid.*

¹⁶⁴⁹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 12187, rapport d'expertise, années 1940.

¹⁶⁵⁰ Voir par exemple Michael G. Vann, « Sex and the Colonial City: Mapping Masculinity, Whiteness, and Desire in French Occupied Hanoi », *Journal of World History*, vol. 28, n° 3/4, 2017, p. 395-435. Ann Laura Stoler, *La chair de l'empire. Savoirs intimes et pouvoirs raciaux en régime colonial*, Paris, La Découverte, 2013.

28 ans, impuissant, qui « garde rancune à ses partenaires les plus récentes qui sont des professionnelles et se montre ombrageux au sujet de leur comportement. Il oppose leur attitude à la docilité des femmes indigènes qu'il a connues au Gabon »¹⁶⁵¹. Absente des dossiers de Bourguignon, où l'hétérosexualité est principalement conjugale, la disponibilité sexuelle des femmes ou des fillettes des territoires colonisés figure néanmoins dans les dossiers de l'Asile de Bel-Air. Dans ce contexte, la disponibilité sexuelle des femmes et des enfants est présentée comme un facteur favorisant la perversité sexuelle chez des hommes qui, à leur retour, ne désireraient plus investir ni l'argent ni l'énergie nécessaires pour obtenir des rapports sexuels. Chez un monteur-électricien interné pour attentat à la pudeur d'une fillette dans les années 1950, le fait qu'il n'ait « jamais eu de contacts sexuels avec de très jeunes filles (ce qui là bas serait toléré) »¹⁶⁵² lors d'un séjour au Maroc permet à l'expert d'établir que « [s]es penchants pédophiles sont d'apparition trop récente pour qu'on puisse les considérer comme d'ores et déjà irrésistibles »¹⁶⁵³.

Les dossiers sont écrits à partir des points de vue des patients, laissant entrevoir un exotisme colonial et sexuel qui oblitère toute question de rapports de pouvoir, de racisme, de consentement et de violences. Les séjours en territoires colonisés sont ainsi souvent décrits comme le lieu d'opportunités sexuelles pour des hommes relativement défavorisés. Ils sont également conçus comme des espaces d'introduction à la débauche et de développement de perversions sexuelles, réactivant un imaginaire d'hypersexualité et de perversité attaché aux peuples colonisés¹⁶⁵⁴. Ainsi, chez un menuisier interné à la même période, c'est l'expérience de rapports sexuels avec des fillettes africaines qui explique son inclination pour les enfants :

« En Afrique, il a eu son premier rapport sexuel avec une prostituée, dans un bordel militaire autorisé. Tout s'est passé assez normalement et rapidement. Il a été assez déçu par cette première expérience.

Par la suite, comme il n'avait guère d'argent et qu'il le réservait de préférence à l'amélioration de son ordinaire, il n'est pas retourné dans les bordels militaires, trop coûteux, mais il s'est mis à fréquenter les petits bordels arabes. [...] C'est ainsi que pendant les quelques mois qu'il a passé en Afrique il a eu un grand nombre de fois la possibilité d'avoir avec des fillettes de 10 à 15 ans des rapports sexuels. [...] A son retour à Genève,

¹⁶⁵¹ Aimé Amram, *Contribution à l'étude de l'impuissance sexuelle*, op.cit., p. 51.

¹⁶⁵² AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 17827, rapport d'expertise, années 1950.

¹⁶⁵³ *Ibid.*

¹⁶⁵⁴ Malek Bouyahia, « Genre, sexualité et médecine coloniale. Impensés de l'identité "indigène" », *Cahiers du Genre*, vol. 50, n° 1, 2011, p. 91-110.

[...], il a eu deux ou trois rapports sexuels avec des prostituées. Du fait de sa timidité, de sa gaucherie, il n'avait pas d'amie personnelle »¹⁶⁵⁵

La figure de l'homme timide devient d'autant plus présente qu'émergent, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, de nouvelles normes masculines autour de la capacité à obtenir des rapports sexuels non plus avec des prostituées, mais avec des « amies »¹⁶⁵⁶. Chez ce menuisier, l'absence de femme à disposition fait que « son activité sexuelle s'est limitée presque uniquement à des masturbations solitaires. Ce n'est pas l'envie d'aventures sexuelles qui lui manquait, mais les femmes avec lesquelles il aurait pu entrer en contact étaient « douteuses » et il avait peur d'attraper des maladies vénériennes »¹⁶⁵⁷.

La place accordée au refoulement sexuel dans le développement des perversions s'articule d'autre part à l'érotisation du couple marié qui se répand au-delà dans la culture médicale au sens large et qui constitue ainsi une nouvelle ressource pour les hommes, les médecins et les femmes pour faire sens des défaillances masculines. Commis sous le coup de la frustration d'un « besoin sexuel », le délit n'en devient donc pas l'expression d'un désir pathologique. Ainsi, l'abstinence ou l'impuissance sont cités comme des facteurs pouvant provoquer des comportements délictueux. Peter Schifferli, médecin à la clinique psychiatrique de Bel-Air, explique ainsi à la fin des années 1950 que « [l]'individu atteint d'impuissance a souvent préservé des désirs sexuels qui ne peuvent se réaliser de façon normale »¹⁶⁵⁸.

En portant attention aux conditions du coït hétérosexuel, ce script établit la « vraie » déviance comme étant celle des hommes qui s'adonnent aux actes pervers malgré les opportunités (hétéro)sexuelles dont ils disposent (notamment avec des amies ou une épouse mais aussi parfois avec des prostituées). Dans son expertise d'un homme interné pour exhibitionnisme dans les années 1930, François Naville note ainsi :

« Comme il avait remarqué que des rapports sexuels normaux le soulageaient de sa tension sexuelle mieux encore que les manifestations décrites plus haut, et que notamment il n'y avait eu aucune tentation de délit tant qu'il avait vécu avec une femme, je lui ai demandé pourquoi il n'avait pas cherché à avoir des rapports sexuels normaux avec la fréquence voulue ; il m'a répondu que des raisons financières lui en avaient empêché. Je pense que probablement sa timidité et sa gaucherie y étaient pour quelque chose aussi »¹⁶⁵⁹

¹⁶⁵⁵ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 16173, rapport d'expertise, années 1950.

¹⁶⁵⁶ Régis Révenin, *Une histoire des garçons et des filles. Amour, genre, sexualité dans la France d'après-guerre*, Paris, Vendémiaire, 2015 ; Lesley A. Hall, *Hidden Anxieties. Male Sexuality, 1900-1950*, op. cit.

¹⁶⁵⁷ *Ibid.*

¹⁶⁵⁸ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 17559, rapport d'expertise, années 1950.

¹⁶⁵⁹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 10901, rapport d'expertise, années 1930.

Le fait de commettre un délit malgré la disponibilité sexuelle d'une femme est au contraire interprété comme le signe d'une inclinaison pathologique, à l'instar d'un exhibitionniste qui « a des rapports fréquents et normaux avec sa femme mais malgré cela il ressent la même impulsion à s'exhiber devant les fillettes qu'il rencontre »¹⁶⁶⁰. Le fait que le désir de s'exhiber persiste « malgré le changement des conditions physiologiques réalisées dans sa vie sexuelle par son mariage et malgré les répressions morales et sociales qui ont pesé sur lui »¹⁶⁶¹ caractérise l'existence chez lui d'une « anomalie sexuelle constitutionnelle »¹⁶⁶². À l'inverse, la possibilité de mener une sexualité « normale » à domicile est considérée comme un facteur de réhabilitation, à l'instar d'un chef d'équipe inculpé d'inceste familial, dont l'expertise estime dans les années 1960 que « la reprise d'une vie conjugale est parfaitement souhaitable, elle est en effet de nature à réduire les risques d'incidents d'ordre sexuel »¹⁶⁶³.

Dans le contexte américain, Herbst Lewis note que les femmes qui se plient avec réticence au coït conjugal sont accusées d'être à l'origine ou de contribuer aux troubles sexuels de leurs époux¹⁶⁶⁴. Il est ainsi significatif que la question du plaisir et de l'enthousiasme féminin soit de plus en plus posée par les psychiatres de Bel-Air au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. L'attention ne se porte donc plus uniquement sur la disponibilité sexuelle féminine mais aussi sur la qualité (en matière de plaisir) des rapports hétérosexuels, comme en témoigne l'expertise psychiatrique d'un homme interné pour attentat à la pudeur des enfants au début des années 1950 :

« Au début du mariage tout spécialement, mais encore ces dernier temps, l'entente sexuelle était très médiocre. Sa femme, manifestement, ne trouvait aucun plaisir aux rapports sexuels et parfois elle manifestait même de la répulsion. Il lui arrivait de les refuser ou alors de trouver toute espèce de prétexte pour les éviter. De plus, elle avait des grossesses très pénibles, elle devait subir des traitements médicaux, être hospitalisée, partir en convalescence, ce qui avait pour effet de rendre toute activité sexuelle impossible avec elle pendant des périodes assez longues »¹⁶⁶⁵

Interrogées au sujet de leur plaisir, les femmes se trouvent dans une position ambivalente, devant à la fois prouver leur désir et plaisir, sans néanmoins sembler être trop entreprenante, trop désirante, sous peine de remettre en cause l'ordre sexuel. C'est le cas par exemple de la

¹⁶⁶⁰ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 9381, rapport d'expertise, années 1920.

¹⁶⁶¹ *Ibid.*

¹⁶⁶² *Ibid.*

¹⁶⁶³ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 20990, rapport d'expertise, années 1960.

¹⁶⁶⁴ Carolyn Herbst Lewis, *Prescription for Heterosexuality. Sexual Citizenship in the Cold War Era*, Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 2010.

¹⁶⁶⁵ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 16173, rapport d'expertise, années 1950.

femme d'un ouvrier-peintre interné pour exhibitionnisme dans les années 1950 qui est décrite comme « une jeune fille oisive, désordonnée et quelque peu perverse sur le plan sexuel »¹⁶⁶⁶. Celle-ci « « experte dans la question » », exigeait des rapports fréquents et des positions particulières. Ils pratiquaient entre autre la félation »¹⁶⁶⁷. La sexualité orale, alors considérée comme le souligne Michel Bozon « comme une simple spécialité de prostituées »¹⁶⁶⁸, s'accompagne de la mention qu'elle se serait tournée vers la prostitution après leur divorce. Son comportement sexuel est d'autre part présentée par la mère du patient – qui la tient pour responsable des déboires sexuels de son fils - comme l'extension de son incapacité à remplir son rôle social. Dans son expertise, Sylvain Mutrux reprend à son compte ce discours et souligne :

« la jeune femme [...] se montre incapable de tenir le ménage qui va rapidement au vau-l'eau, ne fait ni cuisine ni lessive, laisse régner un désordre épouvantable dans l'appartement. D'autre part, le jeune couple fait des dépenses exagérées, se couvre de dettes, mène une vie déréglée et fatigante. Peu à peu, [le patient] se décourage, devient irrégulier dans son travail, reste au lit des journées entières prétextant ses maux de tête, se fait renvoyer de plusieurs places. Après quelques mois de bonne entente conjugale, les disputes commencent, se multiplient, les époux en viennent même aux coups à maintes reprises. Ils ont cependant une entente passable sur le plan sexuel [...] Après cinq années de cette vie, la jeune femme demande le divorce, que [le patient] finit par accepter bien qu'il reste attaché à sa femme, malgré leur mésentente de plus en plus grande. [...] Le divorce est prononcé à l'amiable [...] ; c'est un choc pour [le patient], le début d'une déchéance progressive à tous points de vue. [...] Après son divorce, [le patient] ne retrouve jamais ce qu'il avait connu avec cette [femme] [...] S'il rencontre ultérieurement plusieurs femmes, ses liaisons durent peu, il ne s'attache à aucune d'entre elles, ses amies le quittent après avoir eu quelques rapports sexuels avec lui. De même, [le patient] ne trouve pas dans ces liaisons passagères, les satisfactions sexuelles que lui procurait sa femme : il est fréquemment déçu, découragé, ses maîtresses se montrant froides, peu empressées »¹⁶⁶⁹

Le comportement sexuel féminin constitue ainsi une base sur laquelle sont appréhendées les défaillances masculines. Certaines s'accusent d'ailleurs d'être à l'origine des maux de leur mari, à l'instar de l'épouse d'un manœuvre interné pour exhibitionnisme dans les années 1940 qui explique être « absolument frigide, mais qu'elle l'a toujours dissimulé à son mari lors des rapports. Elle dit qu'elle se refuse très fréquemment à lui et s'en accuse à l'idée que cela est pour quelque chose avec la perversion de son mari »¹⁶⁷⁰. C'est d'ailleurs parce qu'elle « a

¹⁶⁶⁶ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 18786, observations cliniques, années 1950.

¹⁶⁶⁷ *Ibid.*

¹⁶⁶⁸ Michel Bozon, « Sexualité et conjugalité », dans Thierry Blöss (dir.), *La dialectique des rapports hommes-femmes*, Paris, Presses universitaires de France, 2001, p. 244.

¹⁶⁶⁹ *Ibid*, rapport d'expertise de Mutrux, années 1950.

¹⁶⁷⁰ AEG, Asile de Bel-Air, dossiers no. 12222 et 13087, observations cliniques, années 1940.

déclaré qu'elle chercherait à satisfaire dorénavant les demandes de son mari »¹⁶⁷¹ que François Naville concède à surseoir à la castration pour qu'il puisse retourner à son domicile. Certaines femmes cherchent à se justifier, en montrant leur adhésion à ce qu'elles considèrent comme leur devoir conjugal : la femme d'un mécanicien entendue au début des années 1950 se défend ainsi de n'avoir jamais « refusé les rapports [et] se plaint plutôt qu'il les termine trop vite »¹⁶⁷². L'épouse d'un horloger interné pour pédophilie « admet que les contacts sexuels lui étaient souvent pénibles et douloureux, mais elle affirme qu'elle n'a jamais refusé de tels contacts. Cependant elle admet qu'elle n'y trouvait guère de plaisir »¹⁶⁷³.

Il est aussi significatif que de nombreux hommes situent leurs « erreurs » dans un registre relationnel, où ils présentent la sexualité comme un indicateur de problèmes conjugaux, révélant tant leur anxiété de ne pas bien contrôler « leur » femme que celle de perdre des privilèges¹⁶⁷⁴. Les « scripts sexuels » que révèlent leurs discours montrent ainsi que la sexualité n'est qu'un vecteur par lesquels ils expriment leurs rôles sociaux¹⁶⁷⁵. Un mécanicien interné pour fétichisme au début des années 1950 explique ainsi avoir commencé à voler du linge en raison de son incapacité à « tenir son ménage » :

« Depuis quelques temps ma femme sortait beaucoup et ne voulait pas sortir avec moi elle disait qu'il ne fallait pas laissez les petits seuls.
Elle m'envoyait de temps en temps au ciné et quand je lui demandai pour que l'on aille faire un tour le soir elle ne voullai pas.
Je travaillait tous ce que je pouvait à l'usine pour arriver à payer ce que l'on doit et elle me disait qu'il faut s'amuser pendant que l'on est jeune et pour ne pas avoir de chicane je ne disait rien.
Et vers le début de juillet cette année j'ai recommencé à prendre du linge de dame.
Je ne pouvait pas avoir de relation régulière avec ma femme elle se plaint toujours quelle a mal ou quelle a des perte blanche »¹⁶⁷⁶

À son adhésion à un modèle masculin du *breadwinner* (le travail à l'usine pour payer l'entretien du ménage), il oppose l'attitude « frivole » de sa femme et sa réticence à se plier à l'échange implicite qui les lie du point de vue sexuel¹⁶⁷⁷. Il attribue ainsi l'origine de ses troubles à la déstabilisation des rôles de genre dans son foyer, soulignant que « si j'avait eu plus de caractère

¹⁶⁷¹ *Ibid.*

¹⁶⁷² AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 15538, observations cliniques, années 1950.

¹⁶⁷³ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 16885, observations cliniques, années 1950.

¹⁶⁷⁴ Fabrice Virgili, « Virilités inquiètes, virilités violences », Jean-Jacques Courtine (dir.), *Histoire de la virilité* t. 3, *La virilité en crise ? Le XXe-XXIe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, p. 71-99.

¹⁶⁷⁵ John H. Gagnon, *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, op. cit.

¹⁶⁷⁶ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 15538, curriculum vitae du patient, années 1950.

¹⁶⁷⁷ Au sujet des échanges économico-sexuels, consulter notamment les travaux de Paola Tabet, *La grande arnaque*, Paris, L'Harmattan, 2004.

et que j'aurai mené mon ménage à la place que ce soient ma femme rien de ceci ne serait arrivé »¹⁶⁷⁸. Similairement, un menuisier interné pour attentats à la pudeur des enfants attribue son « exascerbation sexuelle »¹⁶⁷⁹ à la monotonie conjugale et la frigidité de son épouse :

« Pourquoi fallut-il que tout cela se cristallise en la forme la plus monstrueuse. A bien réfléchir dans mon ménage il a y eut qu'un manque de savoir à rompre la monotonie quotidienne. Moi, fatigué le soir pour sortir, et créer un divertissement au travail ménager de mon épouse et Elle ne pouvant concilier son travail avec un arrêt quand l'envie m'en prenait. Vivant continuellement à contre sens, sans arriver à en prendre conscience nous-même qu'un ennemi s'était glissé entre-nous, la routine. Souffrant de l'éternel quotidien ménager, une sourde envie d'extravagance, s'exprimant par explosion périodique tel un achat inconsidéré d'une blouse ou d'un bijou sans préavis et auquel naturellement, encaissant amèrement. Cela amenait sujet à scène et de là à continuelles révoltes et contre-révoltes à la moindre occasion incidentes. De mon côté me sentant en continuelle opposition sans en comprendre l'origine, je m'enfermais dans un isolement amer et malheureux. Tout le passé, incompris malheureux, et solitaire, éclatait dans mon conscient, pour en arriver par se traduire dans mon libido à des extravagances sexuelles monstrueuse.

Je crois que ma femme l'a ressentie aussi, sans en vouloir le reconnaître franchement avec elle-même. Toujours (par son éducation) en perpétuel lutte entre sa raison et ses passions, l'était soit ; pudeur ou dégoût ; soit passion, violence et volupté. Puis l'extrême comme un remord dévorant. Balancé entre ces deux extrêmes, exprimé par des caresses où des rebuffades amoureuse ou agressive comme la soupape d'un compresseur nous détruisions nos nerfs par ces continuelles « troubles pulsatoires ». [...] Jusqu'au moment où ma femme tombait malade et moi me laissait à commettre mes « erreurs » »¹⁶⁸⁰

Énoncés dans l'objectif de se disculper, ces discours révèlent néanmoins de plus larges transformations autour des rôles de genre et des sexualités au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. L'émergence de normes sexuelles autour du « flirt » est concomitant d'une érotisation des rapports sexuels dans les couples mariés¹⁶⁸¹. Participant à une redéfinition des normes sexuelles masculines, l'importance désormais accordée au plaisir féminin et à l'entente conjugale intègre les registres avec lesquels ces hommes font sens de leurs actes. L'analyse des scripts sexuels met en évidence la manière dont patients et médecins font sens des corps et des sexualités masculines.

Bien que très différents par le public concerné, par les pratiques et les rapports de pouvoir qui s'y établissent, les dossiers de Georges Bourguignon et ceux des asiles genevois et vaudois présentent aussi des similarités. À partir de deux perspectives différentes, ils permettent

¹⁶⁷⁸ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 15538, curriculum vitae du patient, années 1950.

¹⁶⁷⁹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 16173, lettre du patient, années 1950.

¹⁶⁸⁰ *Ibid.*

¹⁶⁸¹ Anne-Claire Rebreyend, *Intimités amoureuses, France 1920-1975, op. cit.*

d'interroger la manière dont les sexualités masculines sont appréhendées dans les pratiques cliniques. Les dossiers montrent que la sexualité masculine demeure étroitement associée à la vitalité, aux capacités intellectuelles mais aussi à la capacité d'engendrer (comme le montrent les confusions entre stérilisation et castration). Le recours à la castration, aux thérapies hormonales et au dosage urinaire des 17-CS révèle d'autre part la prégnance des compréhensions hormonales des sexualités jusqu'aux années 1950 et ce malgré le fait que ces méthodes diagnostiques et thérapeutiques soient souvent jugées insatisfaisantes. L'analyse de ces dossiers montre que les pratiques médicales reposent sur des techniques chargées de révéler la « vérité sexuelle » des sujets, que cela passe par la chronaxie vestibulaire, l'interrogatoire clinique, l'analyse de coupes microscopiques des testicules ou encore le dosage urinaire des 17-CS. Pour faire sens, ces techniques s'appuient également sur des scripts sexuels qui distinguent le « normal » du « pathologique » et « matérialisent » le désir sexuel en le rendant objectivable, mesurable¹⁶⁸². Les dossiers révèlent ainsi la progressive transformation des normes sexuelles et de genre au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. L'érotisation du couple marié s'accompagne d'un intérêt médical renouvelé pour la « qualité » des rapports sexuels qui fait de la « frigidity » des femmes l'une des causes principales des difficultés sexuelles masculines. De fait, l'analyse des dossiers de patients montre l'importance de mettre en relation ce qui relève de pratiques médicales localement situées avec des normes sociales plus larges autour du genre et des masculinités. Elle invite également à considérer la manière dont les rapports de masculinités entre médecins et patients façonnent leur prise en charge et la production de connaissances autour de la santé sexuelle et reproductive masculine.

¹⁶⁸² Tom Waidzun et Steven Epstein, « “For men arousal is orientation”: Bodily truthing, technosexual scripts, and the materialization of sexualities through the phallometric test », *op. cit.*

Chapitre 2. Les masculinités dans les interactions médicales

1. La relation médecin-patient : des rapports entre hommes

1.1. Retrouver les traces des masculinités dans la clinique

Lorsqu'il s'exprime devant l'Académie des sciences de Rouen en 1926, le docteur André Cauchois présente les différentes causes de la baisse de la natalité dans la région par des facteurs usuels : mortalité infantile, avortement, « maternité différée » et maladies vénériennes. Il ajoute néanmoins « qu'il peut s'agir aussi bien de stérilité masculine, plus fréquente, en notre région du moins, que ne le disent les livres de médecine, écrits, cela se voit, par des hommes »¹⁶⁸³. La remarque piquante fait de la question du genre (à la fois des patients et de leurs médecins) un aspect décisif de la production de connaissances sur la stérilité masculine. La masculinité des médecins et de leurs patients n'a pourtant étrangement fait l'objet que de peu d'attention de la part de l'historiographie¹⁶⁸⁴ alors même que les relations entre hommes sont au cœur du processus de production des masculinités¹⁶⁸⁵.

Comme le souligne Michael Roper, l'historiographie s'est souvent emparée de la masculinité du point de vue des normes et des codes idéologiques, politiques et sociaux plutôt que comme expérience subjective¹⁶⁸⁶. Ce faisant, ces travaux ont souvent réduit la subjectivité à la conséquence de discours idéologiques et politiques¹⁶⁸⁷. Plutôt que de s'intéresser aux modèles normatifs de masculinité, l'historien Ben Griffin invite à se saisir des opportunités, techniques et mécanismes historiques qui permettent à des acteurs de s'identifier à ces modèles¹⁶⁸⁸. Cette

¹⁶⁸³ André Cauchois, « La démographie de la Seine-Inférieure (séance publique du 25 juin 1926) », *Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen*, 1928, p. 172.

¹⁶⁸⁴ Voir notamment Camille Bajeux, « Managing masculinities. Doctors, men, and men's partners facing male infertility in France and French-speaking Switzerland (c. 1890–1970) », *op. cit.* Un article de Maria Björkman est également à paraître, « 'Educated, cultured men'. Features of urological masculinity », dans *Histoire, médecine et santé*. D'autres travaux se sont intéressés à l'histoire des masculinités médicales à propos des infirmiers: Catherine Burns, « "A man is a clumsy thing who does not know how to handle a sick person": aspects of the history of masculinity and race in the shaping of male nursing in South Africa, 1900-1950 », *Journal of Southern African Studies*, vol. 24, n° 4, 1998, p. 695-717.

¹⁶⁸⁵ Mélanie Gourarier, *Alpha Mâle. Séduire les femmes pour s'apprécier entre hommes*, Paris, Éditions du Seuil, 2017.

¹⁶⁸⁶ Michael Roper, « Slipping out of view: Subjectivity and emotion in gender history », *History Workshop Journal*, vol. 59, n° 1, 2005, p. 57-72.

¹⁶⁸⁷ *Ibid.*

¹⁶⁸⁸ Ben Griffin, « Hegemonic Masculinity as a Historical Problem », *Gender & history*, vol. 30, n° 2, 2018, p. 377-400.

approche permet de traiter la masculinité non pas seulement comme le résultat de représentations sociales mais comme un set de pratiques informées par les modèles disponibles aux hommes qui définissent et modulent leur performance de genre¹⁶⁸⁹. Ainsi, les hommes agissent en fonction des registres disponibles des « communautés de communication » où ils sont socialisés à la masculinité¹⁶⁹⁰. En ceci, c'est la réitération de performances de genre d'après des modèles narratifs qui rendent les individus socialement intelligibles aux yeux d'autrui¹⁶⁹¹. Cette approche permet de penser les performances de genre dans les récits des patients sur eux-mêmes comme soumises à la nécessité d'être intelligible aux soignant·es et médecins avec lesquels ils interagissent.

Si l'accueil de la parole du patient fait l'objet de considérations au début du siècle, le paternalisme médical continue de marquer les relations entre médecins et patients¹⁶⁹². Comme le souligne l'historienne Valérie Leclercq, il ne constitue pas « un fait isolé mais le fruit d'une société hautement hiérarchisée, marquée dans tous ses domaines par des dynamiques d'infantilisation des groupes sociaux « subordonnés » [...] pauvres, fidèles, épouses, domestiques, colonisés, etc »¹⁶⁹³. Pour les hommes qui recherchent des soins, l'asymétrie de pouvoir dont ils font l'expérience vis-à-vis de leur médecin s'articule à leur position au sein des rapports de domination : classe sociale, âge et race, parmi d'autres. À ce titre, l'énorme différence entre la clientèle privée du docteur Bourguignon et celle internée à l'Asile révèle bien la grande disparité des interactions médicales qui s'y jouent. Pour le médecin dont les revenus et la réputation dépendent de sa patientèle, le champ d'action est bien plus restreint et son autorité se révèle plus difficile à imposer que dans le cadre d'une pratique médicale publique¹⁶⁹⁴.

À l'intersection de ces rapports de domination, les interactions médicales (re)produisent également des hiérarchies entre masculinités. En effet, comme je l'ai indiqué plus tôt, l'exercice de la médecine demeure, presque tout au long du XX^{ème} siècle, principalement masculin à la

¹⁶⁸⁹ *Ibid.*

¹⁶⁹⁰ *Ibid.*

¹⁶⁹¹ Marie-Louise Holm, *Fleshing out the self. Reimagining intersexed and trans embodied lives through (auto)biographical accounts of the past*, Linköping, Linköping Studies in Arts and Science, 2017 ; Judith Butler, *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris, La Découverte, 2005.

¹⁶⁹² Élisabeth Belmas et Serenella Nonnis-Vigilante (dir.), *Les relations médecin-malade des temps modernes à l'époque contemporaine*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2013.

¹⁶⁹³ Valérie Leclercq, « Langue de bois et vérités divines: pratiques de l'information à l'ère du paternalisme médical, Bruxelles, 1870-1930 », *op. cit.*

¹⁶⁹⁴ *Ibid.*

fois en France et en Suisse romande¹⁶⁹⁵. De nombreux travaux historiques ont ainsi montré que l'ethos médical est lui-même construit d'après une culture, des idéaux, des normes et des codes associés à la masculinité¹⁶⁹⁶. Il est ainsi vraisemblable que la formation médicale – et d'autant plus lorsqu'il s'agit de certaines spécialités telles que l'urologie qui demeure encore aujourd'hui majoritairement masculine – soit un lieu d'apprentissage et de production d'une certaine masculinité. L'urologue Maurice Camey évoque ainsi l'atmosphère de la salle de garde dans les années 1940 :

« La salle à manger était en général décorée sur les murs avec pour thèmes les chansons de salle de garde, toujours truculentes, rabelaisiennes et centrées sur le sexe. [...] De temps en temps, on organisait « un tonus », c'est-à-dire une soirée avec un thème, un bon repas et un peu d'alcool. Des filles « pas farouches » étaient invitées et terminaient souvent la soirée un peu déshabillées. C'était une vieille coutume de se distraire en salle de garde »¹⁶⁹⁷

Si les bancs de la formation médicale et les salles de garde constituent sans nul doute un espace homosocial, le soin aux malades (notamment à l'hôpital), loin de se limiter à la seule interaction entre médecins et patients fait aussi intervenir d'autres acteur·ices, dont les proches et d'autres soignant·es, telles que les infirmier·es¹⁶⁹⁸. Chercher des traces des soignant·es non-médecins serait ainsi nécessaire pour les « faire parler » et mieux comprendre la façon dont les patients se confrontent aux systèmes de santé dans leur ensemble. Les autobiographies de certains praticiens, tels que l'urologue Roger Couvelaire, montrent ainsi le rôle joué par les familles et autres soignant·es dans la relation entretenue avec les patients¹⁶⁹⁹. Dans le cas d'un opéré du

¹⁶⁹⁵ Lucie Begert, Izal Demirbas et Aude Fauvel, « Terre promise ou terre interdite ? La Suisse : l'eldorado ambigu des premières femmes médecins, 1867-1939 », *op. cit.*; Geneviève Paicheler, « 2. Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? », dans Pierre Aïach *et al.* (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Presses de l'EHESP, 2001, pp. 179-196.

¹⁶⁹⁶ Erika Lorraine Milam et Robert A. Nye, « An introduction to scientific masculinities », *Osiris*, 30, 1, 2015, pp. 1-14 ; Charlotte Ann Chopin, « Embodying 'the new white race' : Colonial Doctors and Settler Society in Algeria, 1878-1911 », *Social History of Medicine*, vol. 29, n° 1, 2015, p. 1-20 ; Delia Elena Gavrus, *Men of Strong Opinions: Identity, Self-Representation, and the Performance of Neurosurgery, 1919-1950*, thèse de l'Université de Toronto, 2011 ; Jan Golinski, « The care of the self and the masculine birth of science », *History of Science*, vol. 40, n° 2, 2002, p. 125-145 ; Carol Dyhouse, « Women students and the London Medical Schools, 1914-39: The anatomy of a masculine culture », *Gender and History*, vol. 10, n°1, 1998, p. 110-132 ; Robert A Nye, « Medicine and Science as Masculine "Fields of Honor" », *Osiris*, vol. 12, 1997, p. 60-79. Voir également l'article à paraître de Víctor M. Núñez-García, Ainhoa Gilarranz et Darina Martykánová, « Lovers of the Humankind : physicians as men of honour in the context of neoimperial Spain (1820s-1890s) », dans *Histoire, médecine et santé*.

¹⁶⁹⁷ Maurice Camey, *Chirurgien de l'impossible, 54 ans à l'Association française d'urologie*, Paris, L'Harmattan, 2011, p. 35.

¹⁶⁹⁸ Sally Wilde, « The Elephants in the Doctor-Patient Relationship : Patients' Clinical Interactions and the Changing Surgical Landscape of the 1890s », *Health and History*, vol. 9, n°1, 2007, p. 2-27.

¹⁶⁹⁹ Roger Couvelaire, *Chirurgien contre le vent*, Paris, Pygmalion, 1979.

cancer de la prostate, il souligne que la négociation des traitements s'effectue tant avec le patient qu'avec ses proches avec qui l'urologue doit composer en cas de décès :

« Le désespoir d'un malade est un état émouvant pour le médecin qui le ressent. Qui ne le perçoit pas perd probablement l'une des dignités que confère l'exercice authentique du métier. [...] Une brillante carrière de juriste puis d'homme politique avait été fauchée depuis deux années par une maladie dont le traitement féminisant n'avait pas enrayé une implacable évolution. [...] quelle décision prendre ? Refuser ou faire sien l'état d'esprit de l'entourage qui ne cessait de répéter : « Nous connaissons la maladie et les périls d'une nouvelle opération, mais comment abandonner à la douleur et à l'angoisse un homme de cette qualité et de ce courage ? » [...] L'homme accepta le principe d'une mutilation terrible au prix de séquelles expliquées parce que naissait l'espoir d'une survie et d'une disparition des douleurs [...] Et puis la mort survint. Une délivrance pour l'opéré. Une raison immédiate pour l'entourage de nier le bien-fondé de la décision qu'il avait supplié de prendre et de critiquer toute chose [...] Les lettres n'eurent pour objet que de trouver la formule blessante »¹⁷⁰⁰

En même temps qu'il évoque la gestion des proches, cet extrait présente les représentations associées au « bon » médecin, c'est-à-dire celui capable d'empathie et de pitié. Destabilisant la notion souvent présentée dans la littérature que la masculinité hégémonique se définit par le rejet de l'émotivité et de l'affectif¹⁷⁰¹, il souligne au contraire une norme de masculinité médicale dominante qui se définit par la capacité à s'émouvoir et à connaître de l'empathie.

Comment analyser les interactions entre médecins et patients d'un point de vue des masculinités alors que le genre des praticiens est rarement mentionné ? L'effacement de la subjectivité du médecin dans les sources est *en soi* le produit de techniques de soi, qui, comme le soulignent les historien·nes Lorraine Daston et Peter Galison passent par diverses pratiques (tenue d'un journal de laboratoire, division artificielle de soi en expérimentateur actif et observateur passif) par lesquelles se réalise un « soi scientifique objectif »¹⁷⁰². Reprenant le travail de Donna Haraway, l'historienne Delphine Gardey souligne d'autre part que la « modestie au masculin »¹⁷⁰³ consacrée par « l'effacement de l'attache corporelle [...] produit et garantit la vérité du savoir »¹⁷⁰⁴. La fabrique des sources - publications médicales et dossiers de patients –

¹⁷⁰⁰ *Ibid*, p. 116 ; 119-120.

¹⁷⁰¹ Todd W. Reeser et Lucas Gottzén, « Masculinity and affect: new possibilities, new agendas », *Norma*, vol. 13, n° 3-4, 2018, p. 145-157.

¹⁷⁰² Lorraine Daston et Peter Galison, *Objectivité*, Les presses du réel, 2012.

¹⁷⁰³ Delphine Gardey, « Bruno Latour, guerre et paix: tours et détours féministes », dans Danielle Chabaud-Rychter, Virginie Descoutures, Anne-Marie Devreux et Eleni Varikas (dir.), *Sous les sciences sociales, le genre. Relectures critiques de Max Weber à Michel Foucault*, Paris, La Découverte, 2010, p. 212.

¹⁷⁰⁴ *Ibid*.

contribue ainsi à cet effacement du caractère incarné de ceux qui produisent les connaissances¹⁷⁰⁵.

Comment reconstruire les corps de ceux qui observent, touchent et mesurent, en opposition à ceux qui sont examinés et décrits ? La mention, par certains patients, du corps et de la masculinité des médecins peut ainsi être comprise comme trace de leur capacité d’agir, visant à déstabiliser un rapport de pouvoir qui les assigne à la passivité. Ainsi, un maçon menace le psychiatre de l’Asile de Bel-Air dans les années 1930 de cette terrible symétrie : « si le Dr Morel veut me couper les couilles, je lui couperai les siennes avec les dents »¹⁷⁰⁶. Rares néanmoins sont les cas où les corps des praticiens apparaissent si vivement dans les sources, tant les conséquences en sont lourdes, notamment dans le contexte asilaire : cette formule de vengeance participera à la décision de l’interner à vie.

Sous couvert de neutralité, la position située des médecins se lit néanmoins parfois dans les formulations employées pour rédiger les dossiers de patients ou les publications, leurs opinions fournissant des pistes d’analyses pour comprendre les rapports qu’ils entretiennent avec leurs patients¹⁷⁰⁷. Les diverses formes d’écriture - ponctuation, ratures, soulignage – en disent parfois plus long que les mots. Un point d’exclamation à propos d’un patient qui « [n]e savait pas qu’on pouvait se masturber tout seul ! »¹⁷⁰⁸ souligne ainsi l’incrédulité vis-à-vis de ce qui est attendu d’un jeune homme dans les années 1950. La note rayée d’un patient déclarant une « existence ~~de nomade~~ » et complétée par l’information que « sans avoir de femme régulièrement il a voyagé »¹⁷⁰⁹ révèle la volonté d’objectiver ses difficultés.

1.2. De la sympathie à la connivence : solidarités et ententes masculines

Les médecins qui écrivent à propos de leur patientèle privée utilisent parfois des qualificatifs positifs qui laissent entrevoir des formes de connivences masculines entretenues avec des hommes chez lesquels ils peuvent se reconnaître ou pour qui ils portent une certaine estime. Celles-ci se lisent particulièrement au sujet du double standard sexuel, où les performances sexuelles et conquêtes féminines sont parfois présentées sur un ton relevant de la vantardise ou

¹⁷⁰⁵ Christopher Lawrence et Steven Shapin (dir.), *Science Incarnate. Historical Embodiments of Natural Knowledge*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 1998.

¹⁷⁰⁶ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 110921 et 10987, lettre non signée à la direction de l’Asile de Cery, années 1930.

¹⁷⁰⁷ Guenter B. Risse et John Harley Warner, « Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history », *op. cit.*

¹⁷⁰⁸ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 18589, examen médical, années 1950.

¹⁷⁰⁹ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 4445, note du patient, années 1950.

de la confiance. Le docteur Maxime de Palmas évoque ainsi dans les années 1920 le cas d'un directeur de banque dont il qualifie le « passé génital »¹⁷¹⁰ comme étant « des plus brillants »¹⁷¹¹ et qui « [s]e vante d'avoir satisfait fréquemment plusieurs femmes le même jour. Convalescent d'une congestion hépatique, il est forcé un jour de satisfaire consécutivement deux amies. « Je ne pouvais leur refuser cela », nous disait-il »¹⁷¹². L'urologue Mariot-Max Palazzoli évoque quant à lui le cas d'un patient à la « constitution sexuelle exceptionnelle, il a pu renouveler ses rapports plusieurs fois, au point que sa puissance sexuelle devient légendaire dans le milieu où il évolue. (A la suite d'un pari il put un jour satisfaire six femmes différentes dans le même après-midi) »¹⁷¹³. Le psychiatre René Charpentier recommande, lui, « un ingénieur, charmant homme que son état a jusqu'ici empêché de rendre effectif un mariage »¹⁷¹⁴ dans une lettre adressée à Bourguignon.

Les exemples de patients héroïques que mobilisent l'urologue Roger Couvelaire dans son autobiographie font aussi référence à des valeurs viriles : des hommes qui refusent le mensonge et ne craignent pas la mort. C'est le cas d'un chirurgien atteint d'un cancer de la prostate :

« habitué aux décisions, le malade refusa que la vérité lui fût cachée. Il n'exigea d'ailleurs pas de la connaître à propos d'une mise en cause de la thérapeutique qui lui serait conseillée, mais à cause d'un souci concernant les délais de sa survie. Il expliqua seulement avec lucidité les raisons pour lesquelles cette vérité représentait la seule base sur laquelle il pût organiser l'avenir de sa femme et de ses jeunes enfants. Les arguments énoncés avec rigueur ne reposaient de toute évidence que sur la tendresse et le sens de la protection. [...] En lui, aucune peur de la mort, seulement la crainte en si peu de temps de ne pouvoir apporter à ceux qu'il aimait ce qu'un destin cruel ne lui permettrait peut être pas d'offrir. Aucune plainte, aucun désespoir, une analyse claire, froide, de la situation.

L'hormone ne suffisant plus à le soulager, il subit une rude épreuve opératoire et survécut deux années, travaillant sans relâche et supportant sans défaillance les douleurs de dissémination osseuse apparues quelques semaines avant sa fin. Il mourut épuisé, marmoréen, comme le sont les hommes féminisés par l'hormone »¹⁷¹⁵

Ces rapports de connivence ne s'établissent vraisemblablement qu'entre « pairs », entre hommes blancs qui disposent d'un capital économique et culturel proche¹⁷¹⁶. Le récit du succès masculin en matière de séduction et la capacité à entretenir des rapports hétérosexuels fréquents

¹⁷¹⁰ Maxime de Palmas, *L'impuissance génitale émotive*, op.cit., p. 21.

¹⁷¹¹ *Ibid.*

¹⁷¹² *Ibid.*

¹⁷¹³ Mariot-Max Palazzoli, *Les déficiences génitales chez l'homme*, op.cit., p. 166.

¹⁷¹⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 2492, lettre de Charpentier à Bourguignon, années 1930.

¹⁷¹⁵ Roger Couvelaire, *Chirurgien contre le vent*, Paris, Pygmalion, 1979, p. 102.

¹⁷¹⁶ C'est d'ailleurs particulièrement cas lorsque les patients sont aussi des confrères.

sont autant d'éléments permettant de « s'apprécier entre hommes »¹⁷¹⁷ et d'établir une « complicité hétéronormative »¹⁷¹⁸. Alors que la France est sous occupation nazie, des patients partagent avec le sexologue Georges Valensin leurs techniques de séduction:

« Selon bien des jeunes gens que je soignais c'était une période bénie pour les déflorations, pour peu qu'un mâle soit entreprenant et beau parleur. Un besoin de sortir de leur isolement sentimental et même humain rendait ces jeunes filles accessibles à la moindre proposition galante [...] En ce temps de pénurie, une jeune personne était rarement insensible à quelque cadeau utilitaire ou nourricier [...] Quelques mâles offraient leurs tickets de rationnement, et surtout le restaurant du marché noir, où se trouvait tout ce qui était rare au dehors : un repas fin et plantureux à cette occasion, arrosé de vins capiteux, était d'un effet inconcevable pour se concilier la flirteuse la plus rétive à couronner des désirs lancinants. [...] j'eus à soigner davantage que normalement des prostatites, des écoulements urétraux et même des irritations péniennes »¹⁷¹⁹

Il est probable que le récit de leurs patients ait confronté certains médecins à leur propre masculinité¹⁷²⁰. Derrière un rapport d'expertise soulignant l'« attitude provoquante »¹⁷²¹ d'une belle-fille victime d'agression sexuelle et la « tentation que peut subir chaque homme en état d'abstinence sexuelle »¹⁷²² se lit une forme de projection masculine. Chargé de réaliser une insémination artificielle avec le sperme d'un donneur au début des années 1960, le gynécologue Jean Cohen se rappelle être « [c]urieux de ce que devait éprouver le mari, l'homme handicapé qui s'efforçait d'avancer son siège roulant sans bousculer les meubles. Je trouvais que la situation devait ajouter à son malheur [...] J'avoue que je m'identifiais plus à lui qu'à elle »¹⁷²³.

La compassion cède parfois à un discours teinté d'admiration, qui révèle des formes d'envie. Ainsi, l'urologue Maurice Camey se rappelle la visite dans les années 1960 d'un « monsieur d'un certain âge, aux alentours de 65 ans, mais encore en très bonne forme et vêtu très élégamment »¹⁷²⁴ :

« Il me dit : « Docteur, je pense que vous pouvez me rendre le plus grand service que l'on n'ait jamais pu me rendre ma vie. »
Je pense, bien entendu, à un cancer de vessie [...] Je demande donc à ce patient quel était ce service et il me dit ceci, dont je n'ai pas changé un mot : « Voilà, je désire une femme,

¹⁷¹⁷ Mélanie Gourarier, *Alpha Mâle. Séduire les femmes pour s'apprécier entre hommes*, op. cit.

¹⁷¹⁸ Florian Vörös, « Partager l'intimité des publics : genre, sexualité et complicité hégémonique dans une enquête en réception », *Sciences de la société*, vol. 92, 2014, p. 200.

¹⁷¹⁹ Georges Valensin, *Je suis un avorteur*, op.cit., p. 32-33.

¹⁷²⁰ Lesley A. Hall, *Hidden Anxieties. Male Sexuality, 1900-1950*, op. cit. ; Raewyn W. Connell, *Masculinities*, op. cit.

¹⁷²¹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 15485, rapport d'expertise, années 1950.

¹⁷²² *Ibid.*

¹⁷²³ Jean Cohen, *Les mains de la vie. La conception et la naissance maîtrisées. Histoire d'une conquête*, Paris, Robert Laffont, 1981, p. 140.

¹⁷²⁴ Maurice Camey, *Chirurgien de l'impossible, 54 ans à l'Association française d'urologie*, op.cit., p. 63.

que je sais consentante et dont la possession serait la plus grande joie de ma vie, mais j'ai peur de ne pas pouvoir la posséder. » Je lui demande alors sur quels éléments il fondait ses craintes et quelle était son activité sexuelle habituelle et il me répond textuellement ceci : « J'ai une femme avec laquelle j'ai des rapports satisfaisants tous les jours, j'ai une maîtresse, avec laquelle je fais bien l'amour tous les jours, mais voilà, quand je me masturbe, ma verge n'est pas aussi rigide qu'autrefois. »

Pour être soufflé, j'étais soufflé, j'étais heureusement bien assis dans mon fauteuil. Je l'ai examiné, je l'ai rassuré, en lui conseillant d'éviter la masturbation car ce n'était pas une bonne épreuve et je lui ai donné quelque chose d'anodin (un peu de yohimbine je crois). Cependant, j'ai très fort pensé et je lui aurais certainement dit quelques années plus tard : « Monsieur, si vous le voulez bien, changeons de place et donnez-moi votre secret ! » »¹⁷²⁵

Symbole du double standard sexuel, la mention d'aventures extra-conjugales fait rarement l'objet de réprobation médicale. Bourguignon soigne ainsi de nombreux hommes, notamment d'âge moyen, qui s'inquiètent de n'avoir des rapports qu'avec leur femme et de ne pas en être capable avec leur maîtresse¹⁷²⁶. Le docteur Noël Lamare évoque quant à lui ces femmes qui, lassées de l'abstinence sexuelle, poussent leurs maris à consulter. Ces derniers « pris à part par le médecin, [...] avoue[nt] sans difficultés « qu'il[s] ne souffre[nt] nullement d'impuissance » avec un sourire entendu qui permet de se comprendre entre hommes »¹⁷²⁷.

Certains médecins décrivent des patients qui recherchent une reconnaissance masculine de leur puissance sexuelle et l'assentiment d'une personne en position d'autorité pour se livrer à des rapports extra-maritaux. Ainsi, le psychiatre Marcel Eck se remémore avec amusement le cas d'un patient traité pour impuissance sexuelle dans les années 1950 :

« J'eus la surprise assez récemment de revoir revenir ce garçon, heureux mari et heureux père. Il me remercia du résultat obtenu, mais il eut cette remarque savoureuse : « Vous m'avez guéri vis-à-vis de ma femme, mais êtes-vous sûr que je serais normal avec d'autres femmes ? Ne devrais-je pas, à titre d'information, m'assurer que ma guérison est totale en faisant quelques expériences extra conjugales ? » Je le déçus en lui répondant qu'une démarche de ce genre ne relevait pas d'une prescription médicale »¹⁷²⁸

La sympathie de certains des médecins qui publient sur l'impuissance s'observe également dans le traitement qu'ils proposent et dans leur absence de considération des violences sexuelles. Comme le remarque Leslie Margolin dans les écrits de Masters et Johnson, les femmes apparaissent comme toile de fond de la vie sexuelle des hommes, des prétextes de leur

¹⁷²⁵ *Ibid*, p. 63-64.

¹⁷²⁶ Camille Bajoux, « L'impuissance sexuelle au cabinet du Docteur Bourguignon (1924-1953) », *Histoire, médecine et santé*, n°16, 2021, p. 121-139.

¹⁷²⁷ Noël Lamare, *Connaissance sensuelle de l'homme*, Buchet/Chastel, 1960, p. 292.

¹⁷²⁸ Marcel Eck, « L'impuissance psychique », *op.cit.*, p. 37.

« réussite » ou de leur « échec »¹⁷²⁹. Palazzoli évoque ainsi le cas d'un patient, docteur en médecine dans une petite ville, qui n'est jamais parvenu à consommer le mariage après quatre ans de cohabitation :

« La nuit de noces est abordée par lui sans crainte, car, pendant la période des fiançailles, il a eu des manifestations puissantes de virilité qui l'ont même, à un certain moment, beaucoup gêné. Il découvre une femme pusillanime, réticente, présentant même un certain degré de vaginisme et frigide au surplus, tant et si bien qu'il échoue. Nouvelles tentatives infructueuses dès le lendemain et les jours suivants, sans résultat appréciable, d'autant que la résistance de la femme augmente au fur et à mesure que les tentatives se renouvellent. De guerre lasse, il espace les essais, d'autant que ses érections deviennent de moins en moins solides, pour aboutir enfin à une inappétence complète »¹⁷³⁰

Si l'épouse « ne lui reproche à aucun moment son insuffisance »¹⁷³¹, elle finit par demander le divorce pour non-consommation du mariage puis quitte le domicile conjugal pour retourner chez ses parents. Le patient consulte alors Palazzoli pour dépression, anxiété et agoraphobie. Le médecin l'enjoint alors à identifier l'origine de son désespoir :

« Je pense tout d'abord que la raison doit en être cherchée dans la destruction de son ménage. Il avoue cependant que, très rapidement, l'amour et la tendre affection qu'il avait ressenties au début de son mariage avaient disparu assez rapidement. Le départ de sa femme ne l'avait pas affecté outre mesure. Il insiste constamment sur le fait que son état présent est uniquement dû à la diminution de sa virilité. Poussant l'interrogatoire plus loin, la vraie raison de son anxiété devient manifeste. Sentiment d'infériorité, certainement, mais non vis-à-vis de ses partenaires éventuelles ou de lui-même. Etant médecin dans une petite ville où siège le Tribunal, c'est la perspective du procès pour non-consommation du mariage qui est la source du choc émotif. Il craint le ridicule d'un procès. La ville finirait par savoir la cause de son divorce, et c'est cela le vrai point de départ de son trouble nerveux et psychique. Cette raison, la vraie, il ne l'avait pas perçue, et ne songeait qu'à la cause directe, l'impuissance, qui finit par devenir le seul sujet de préoccupation »¹⁷³²

Palazzoli tente alors de le convaincre qu'il ne s'agit que d'une « pseudo-impuissance » avant de perdre sa trace. Il révèle l'avoir ensuite revu « depuis, actif, divorcé, mais non pour non-consommation du mariage, car, au cours d'un rendez-vous qu'il avait eu chez lui avec sa femme, il avait profité d'un évanouissement pour la violenter, preuve péremptoire d'un retour à une génitalité active »¹⁷³³. Le consentement ou les conditions de réalisation de l'acte sexuel

¹⁷²⁹ Leslie Margolin, *The Etherized Wife. Privilege and Power in Sex Therapy Discourse*, Oxford, Oxford University Press, 2021.

¹⁷³⁰ Mariot-Max Palazzoli, *Déficiences sexuelles masculines d'origine émotive*, Paris, Masson et Cie, 1946, p. 122.

¹⁷³¹ *Ibid.*

¹⁷³² *Ibid.*, p. 123.

¹⁷³³ *Ibid.*, p. 124.

important peu, tant que l'érection permettant la pénétration a lieu et permet le rétablissement de la confiance masculine.

Le sociologue Léo Thiers-Vidal souligne le rôle de la performance corporelle et sexuelle *sur* les femmes, sujets « non-pairs », dans la réalisation de la masculinité des garçons et jeunes hommes¹⁷³⁴. Il considère ainsi que « les craintes exprimées par ces garçons concernent logiquement leur capacité et effectivité à agir corporellement sur les non-pairs, ainsi que l'inscription corrélée dans le groupe social masculin en tant que pair »¹⁷³⁵. Ceci explique en partie que des hommes « impuissants » se décident à consulter, alors même qu'ils avouent ne pas souffrir de cette situation, à l'instar d'un typographe de 31 ans qui « resterait bien sans jamais accomplir l'acte sexuel, s'il ne pensait pas à chercher à sortir de cette frigidité qui lui paraît anormale »¹⁷³⁶. Pour certains, l'impuissance n'est pas en soi le problème mais est interprétée comme un signe de vieillissement précoce qui fait planer le spectre de la dévirilisation et de la dégénérescence. Un employé consulte ainsi Palazzoli car l'absence de désir et plaisir « le laissait indifférent, mais il craint maintenant les atteintes d'une sénilité précoce »¹⁷³⁷. Dans le journal qu'il écrit dans les années 1940, un jeune italien note également cette angoisse :

« Dès 25 ans, paraît-il, les facultés sexuelles amorcent un déclin, plus ou moins lent, selon les individus. Si cela est vrai, moi qui ai à peine passé la borne du quart de siècle, vais-je arriver au mariage, tant soit peu diminué quant à ce côté, à mes futures prestations maritales ? ou suis-je (ce qui est fort possible, vu ma situation actuelle) condamné au célibat, à mourir dans la peau d'un vieux garçon, à la fois endurci et ramolli, et de plus en plus impotent ? »¹⁷³⁸

La capacité à « posséder » une femme, à faire preuve de sa puissance sexuelle est ainsi constituée comme centrale dans le développement d'une masculinité où « la sexualité est une manière d'acquérir assurance et confiance en soi »¹⁷³⁹. Dans le journal qu'il rédige dans les années 1960 un jeune homme s'inquiète ainsi de son impuissance :

« le doute s'est depuis de nombreuses années lentement infiltré en moi et il est arrivé à son summum lorsque l'autre soir, dans le lit, ne bandant pas, je me suis cru impuissant pour toujours et que j'en ai pleuré. Ce soir, je dois en principe voir une fille et tenter ma chance.

¹⁷³⁴ Léo Thiers-Vidal, *De « L'Ennemi Principal » aux principaux ennemis. Position vécue, subjectivité et conscience masculines de domination*, Paris, L'Harmattan, 2010.

¹⁷³⁵ *Ibid.*, p. 194.

¹⁷³⁶ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3831, examen médical, années 1950.

¹⁷³⁷ Mariot-Max Palazzoli, *Déficiences sexuelles masculines d'origine émotive*, op.cit., p. 34.

¹⁷³⁸ APA, 106 (1), Sicca Venier, *Sans fard. Journal d'exil (1945-1949)*, page non indiquée.

¹⁷³⁹ Michel Bozon, « Sexualité et conjugalité », op. cit., p. 248.

Il faut mettre toutes les chances de son côté et ne pas être trop nerveux. [...] La fille, j'en ai rien à foutre mais me voilà handicapé »¹⁷⁴⁰

Il attribue son absence de vie sexuelle à une trop grande émotivité : « A cet âge où normalement, on devrait avoir de grandes possibilités, une émotivité excessive, un manque de naturel m'ont fait rater déjà (seulement !) trois occasions et ceci a ébranlé un peu ma confiance toute relative »¹⁷⁴¹.

Ainsi, la relation prend parfois la forme d'un rapport de confiance entre un homme plus âgé et expérimenté (le médecin) et un jeune patient, qu'il rassure sur sa masculinité. Aux jeunes hommes inquiets de leur performance sexuelle, la réponse se veut avant tout réconfortante. Bourguignon conseille par ailleurs à ses jeunes patients de ne « pas faire d'essais [...] avec une jeune femme qu'il a en vue pour un mariage ou des essais solitaires »¹⁷⁴² afin de ne pas s'inquiéter inutilement. Tout comme les britanniques étudiés par Hall, il est possible que de nombreux hommes impuissants aient tout d'abord recherché auprès des médecins un réconfort émotionnel et un traitement léger dans le but principal de recouvrer confiance en eux¹⁷⁴³. C'est en tout cas le cas d'un jeune homme qui écrit dans son journal dans les années 1970 :

« La « panne » avait duré assez longtemps pour m'inspirer quelque inquiétude, et bien que je fusse convaincu que tout, toujours, se passerait surtout dans la tête, et que la tendresse de Blanche ne tarderait pas à me dénouer l'aiguillette, je ne voulais rien négliger. Aussi avais-je vaguement conscience d'accomplir un acte symbolique en racontant ma petite histoire à cet homme grave et fatigué qui avait connu toutes mes petites fièvres. [...] il m'eut prescrit un stimulant [...] Son regard calme et détaché, empreint – était-ce une illusion? – d'une espèce de bonté, m'avait fait le plus grand bien, j'étais tout ragaillard »¹⁷⁴⁴

Dans la même démarche, un entrepreneur marseillais explique également avoir cherché conseil auprès de son frère médecin à la fin des années 1960 : « ça me gênait bien un peu, mais je lui en ai parlé parce qu'il est toubib. Il m'a rassuré, il m'a dit « Te fais pas de souci, lorsque tu n'auras plus d'ennuis, tu verras, ça reviendra ». Il a eu raison »¹⁷⁴⁵.

¹⁷⁴⁰ APA 3690.20, Yves Le Gall, *Mes vingt ans*, p. 42.

¹⁷⁴¹ *Ibid*, p. 43.

¹⁷⁴² AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3527, examen médical, années 1940.

¹⁷⁴³ Lesley A. Hall, *Hidden Anxieties. Male Sexuality, 1900-1950*, op. cit.

¹⁷⁴⁴ APA, 2676, Yves Jéhenné, *La corde de sol. Chronique d'une année 1971*, p. 204-205.

¹⁷⁴⁵ Roger Pol Droit et Antoine Gallien, *La réalité sexuelle. Enquête sur la misère sexuelle en France*, Paris, Éditions Robert Laffont, 1974, p. 92.

1.3. « Réparer » et protéger la masculinité des patients

Ce qui paraît comme des connivences est ainsi probablement aussi lié à des tactiques employées pour contrer la position de vulnérabilité dans laquelle se retrouvent les patients vis-à-vis d'autres hommes¹⁷⁴⁶. L'humour, mais aussi probablement les discours de vantardises sexuelles participent ainsi à rassurer et à protéger les émotions des patients dans un contexte où il leur est difficile de répondre aux normes corporelles de la masculinité hégémonique. Dans le contexte américain d'après-guerre, l'historienne Carolyn Herbst Lewis montre que, même si l'impuissance est considérée dans l'immense majorité des cas comme étant d'origine psychogène, certains médecins s'emploient malgré tout à rechercher une cause organique afin de laisser le temps au malade d'accepter le diagnostic d'une impuissance d'origine psychique¹⁷⁴⁷. De la même manière, le médecin français Georges Guillon explique en 1965 procéder à des dosages hormonaux pour rassurer ses patients impuissants sur leur constitution physique :

« Les seuls impuissants que j'aie rencontré avaient suivi un traitement endocrinien. Ils avaient consulté leur médecin traitant qui, réflexe automatique, avait dit « Testostérone dans les fesses ! » A partir de ce moment se crée chez le sujet l'impression qu'il est un impuissant « hormonal ». Je prends systématiquement le contre-pied en leur disant d'abord « Si votre traitement date seulement de trois semaines un mois, attendez un mois et vous ferez un dosage hormonal. » Je leur montre après et [...] je leur dis « vos 17 cétostéroïdes sont superbes »¹⁷⁴⁸

Diverses tactiques sont mises en place à la fois par les médecins, les patients et leurs partenaires pour « réparer » la menace que représente un diagnostic d'infertilité ou d'impuissance psychique pour la masculinité des patients¹⁷⁴⁹. Le psychiatre Marcel Eck souligne de la sorte ne jamais évoquer la possibilité que l'impuissance de ses patients puisse être d'origine psychogène :

« Je m'efforce au cours de cette première – et donc souvent dernière consultation – de ne soulever aucune question psychologique susceptible d'angoisser un patient trop porté à déjà s'inquiéter. [...] Tout au plus, - surtout avec les scientifiques qui sont influencés par la vertu du chiffre, - je fais faire un dosage hormonal dont la réponse très régulièrement

¹⁷⁴⁶ John Oliffe et Sally Thorne, « Men, Masculinities, and Prostate Cancer: Australian and Canadian Patient Perspectives of Communication With Male Physicians », *op. cit.*

¹⁷⁴⁷ Carolyn Herbst Lewis, *Prescription for Heterosexuality. Sexual Citizenship in the Cold War Era*, *op. cit.*

¹⁷⁴⁸ *La revue de médecine*, 1965, p. 634.

¹⁷⁴⁹ Camille Bajoux, « Managing masculinities », *op. cit.* ; Liberty Walther Barnes, *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine and Identity*, Philadelphie, Temple University Press, 2014 ; Charis Thompson, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge and London, MIT Press, 2005.

satisfaisante vient encore peser de toute sa rigueur dans le plateau de la psychothérapie roborative »¹⁷⁵⁰

L'attention portée au sentiment de virilité des patients indique que de nombreux médecins sont attentifs au contexte dans lequel ils échangent avec ces derniers. Ils pratiquent ainsi ce que les sociologues Strauss, Fagerhaugh, Suczek et Wiener désignent sous le terme d'« *awareness of context work* » c'est-à-dire un travail « au service de la protection et du maintien de l'identité du patient »¹⁷⁵¹. Ce « travail sentimental » implique notamment le fait de taire, de transmettre ou de transformer des informations médicales afin de préserver le patient¹⁷⁵². Le « protobiologiste » Maurice Raunet se rappelle ainsi des stratégies mises en œuvre pour « protéger » le patient de lui-même dans le cas d'un diagnostic grave, tel que la syphilis :

« A l'Institut Fournier¹⁷⁵³, le Professeur Gougerot nous a dit, au cours d'une conférence, qu'il ne fallait jamais annoncer la confirmation d'une syphilis à partir de 18 heures. Le malade est bouleversé et, l'angoisse de la nuit aidant, il peut lui arriver de se suicider. Si la triste nouvelle survient le matin, il a quelques heures pour réagir avant que la nuit ne vienne aggraver son anxiété »¹⁷⁵⁴

Dès la fin du siècle, les spécialistes de la reproduction soulignent aussi l'importance de ne pas révéler à un homme sa stérilité, afin de ménager son sentiment de virilité, son mariage, mais aussi de prévenir toute erreur professionnelle de diagnostic¹⁷⁵⁵. Le fait de ne pas divulguer une stérilité est recommandé par la littérature spécialisée jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale¹⁷⁵⁶. Dans son étude du fonctionnement d'une consultation de stérilité, le docteur André-Raymond Chauvin explique ainsi en 1946 :

« l'on ne doit jamais dire à un malade qu'il est totalement azoospermique, même si l'examen après centrifugation n'a montré aucun spermatozoïde. On lui dira simplement : « Cela ne va pas très bien, il y a peu de spermatozoïdes, ils sont peu mobiles, etc... ». Il importe, en effet, pour conserver l'harmonie du ménage, de ne pas détruire le prestige du mari »¹⁷⁵⁷

Ces pratiques de dissimulation se retrouvent également dans les dossiers de patients qui se font parfois soigner pendant plusieurs années sans avoir connaissance de leur incapacité à procréer.

¹⁷⁵⁰ Marcel Eck, « L'impuissance psychique », *op.cit.*, p. 28-29.

¹⁷⁵¹ Anselm Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek et Carolyn Wiener, « Sentimental work in the technologized hospital », *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n°3, 1982, p. 265, ma traduction.

¹⁷⁵² *Ibid.*

¹⁷⁵³ Il s'agit de la « Ligue nationale française contre le péril vénérien » fondée en 1923 par Alfred Fournier.

¹⁷⁵⁴ APA 1161-1, Maurice Raunet, *Souvenirs d'un protobiologiste*, octobre 1992, p. 18-19.

¹⁷⁵⁵ Camille Bajoux, « Managing masculinities. Doctors, men, and men's partners facing male infertility in France and French-speaking Switzerland (c. 1890–1970) », *op. cit.*

¹⁷⁵⁶ *Ibid.*

¹⁷⁵⁷ André-Raymond Chauvin, *Fonctionnement d'une consultation de stérilité*, thèse de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, 1946, p. 57.

C'est le cas d'un des patients de Bourguignon qui effectue un examen de sperme dans les années 1940 dont le résultat indique une « insuffisance de la spermatogénèse »¹⁷⁵⁸. La note signale la « [p]résence de quelques spermatozoïdes à mouvements très peu actifs conservés à l'étuve et sous lame lutée, [dont] les mouvements cessent au bout de 2 heures »¹⁷⁵⁹. Souffrant également de rapports « très rapides et suivis d'une énorme fatigue »¹⁷⁶⁰, il voit un psychanalyste qui lui conseille de consulter Laroche qui le renvoie à son tour vers Bourguignon pour examen de ses chronaxies vestibulaires. Or, après avoir commencé le traitement, Bourguignon apprend par un appel téléphonique à Laroche « que le laboratoire lui a envoyé une note rectificative, celle qui a été donnée au malade étant atténuée pour ne pas le frapper. En réalité, il y a azoospermie totale, ce qui explique l'échec du traitement »¹⁷⁶¹. Jusqu'en 1956, l'urologue suisse Richard Weyeneth estime ainsi qu'il « ne faut jamais dire à un homme qu'il est définitivement stérile, bien que nous sachions que le patient en question ne peut plus procréer. Il faut lui dire qu'il est pour le moment inapte à féconder »¹⁷⁶².

En même temps qu'ils procèdent à ménager les sentiments masculins, les spécialistes de la stérilité développent des tactiques pour assurer la bonne coopération de patients parfois rétifs à se laisser examiner. Celles-ci passent à la fois par la création d'un rapport entre hommes, excluant l'épouse et cherchant à aplanir les différences de pouvoir, comme l'explique l'urologue Henri Bayle dans les années 1950 :

« Divers types d'hommes peuvent se rencontrer. Les plus difficiles sont évidemment ceux qui redoutent qu'une conséquence fâcheuse résulte de leur infertilité (dislocation de leur ménage par exemple) [...] L'absolue assurance que toutes les confidences resteront dans le plus profond secret, et strictement entre le médecin et le malade rassure les anxieux et les encourage. La femme dans ces cas ne doit pas être mise au courant [...] L'assurance que des maladies, des opérations, des défauts physiques ne produisent pas à coup sûr une stérilité, donne une confiance et un espoir au malade.

Un petit exposé élémentaire sur l'admirable phénomène de la reproduction, les exemples des plantes, des animaux, peut intéresser et tout à coup passionner le malade le plus inquiet, le plus rétif, qui découvre alors dans le médecin non pas un juge mais un ami disposé à l'aider, à le conseiller, à le sortir d'un pas difficile ; et le malade opposé au début à l'examen du sperme demandera lui-même à regarder dans le microscope pour y vérifier ses spermatozoïdes.

¹⁷⁵⁸ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3330, examen médical, années 1940.

¹⁷⁵⁹ *Ibid.*

¹⁷⁶⁰ *Ibid.*

¹⁷⁶¹ *Ibid.*

¹⁷⁶² Richard Weyeneth, « Ethiopathogénie et diagnostic de la stérilité masculine », *Praxis. Revue Suisse de médecine*, n°2, 1956, p. 21.

Il découvrira un monde nouveau, n'est-ce pas une des plus grandes joies... et quelle fierté pour lui d'en être l'auteur ! »¹⁷⁶³

La création d'un rapport amical entre hommes s'accompagne ainsi de stratégies pour « réparer » le stigmate, telle que la proposition d'observer soi-même ses spermatozoïdes afin de mettre en scène le pouvoir (pro)créateur masculin tout en assurant un sentiment de fierté.

Dans son étude sur la psychanalyse américaine du milieu du XX^{ème} siècle, Leslie Margolin montre que la frigidité féminine est mobilisée par certains médecins pour dédouaner les hommes de leur défaillances sexuelles, telles que l'impuissance, l'éjaculation précoce ou l'incapacité à procurer du plaisir à leurs partenaires¹⁷⁶⁴. Le fait que les médecins introduisent dans leurs publications des commentaires sur l'apparence physique de la partenaire sexuelle souligne autant les jugements qu'ils formulent à l'égard d'autres hommes que des alliances masculines qui se forment parfois contre les femmes. Dans un ouvrage publié en 1954, le docteur Georges Torris s'étonne ainsi que l'un de ses patients parvienne à avoir des érections avec sa femme alors que celle-ci « n'est pourtant pas une partenaire idéale »¹⁷⁶⁵. Palazzoli évoque quant à lui le cas d'un ingénieur marié avec « une femme de 24 ans, fort jolie »¹⁷⁶⁶ qu'il qualifie plus tard de « très intelligente »¹⁷⁶⁷ tandis qu'une autre femme « laide, d'une maigreur squelettique »¹⁷⁶⁸ serait la cause de l'impuissance de son mari. Un homme déplorant que sa femme jouisse toujours avant la pénétration explique être allé consulter son médecin de famille dans les années 1960 qui lui a rétorqué « Mon pauvre, vous n'êtes pas le seul »¹⁷⁶⁹ avant de prescrire des cachets à sa femme. Il est d'ailleurs probable que la plupart des médecins ne recherchent que rarement la cause des problèmes sexuels du couple, comme en témoigne une femme dans une enquête sur la vie sexuelle des français·es :

« On ne savait pas que ça pouvait être moins rapide, on ne savait pas qu'il avait une éjaculation précoce. [...] Surtout que quand ça ne va pas, c'est jamais de la faute de l'homme. Alors Jacques a commencé à me dire que si je n'éprouvais pas de plaisir, c'était de ma faute et que j'étais certainement frigide. [...] [le médecin] m'a donné des comprimés [...] j'ai l'impression qu'il m'avait donné ces comprimés pour se débarrasser de moi. Et il a vu que j'étais jeune mariée. Il devait se dire que ça s'arrangerait. Il ne m'a même pas posé

¹⁷⁶³ Henri Bayle et Charles Gouygou, « Question mise à l'ordre du jour. La stérilité masculine », Association française d'urologie, *Quarante-septième congrès français d'urologie. Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, G. Doin & cie, 1953, p. 15-16.

¹⁷⁶⁴ Leslie Margolin, « Sexual frigidity: the social construction of masculine privilege and feminine pathology », *Journal of Gender Studies*, vol. 26, n° 5, 2017, pp. 583-594.

¹⁷⁶⁵ Georges Torris, *L'acte médical et le caractère du malade*, Paris, Presses universitaires de France, 1954, p. 100.

¹⁷⁶⁶ Mariot-Max Palazzoli, *Les déficiences génitales chez l'homme*, op.cit., p. 13.

¹⁷⁶⁷ Ibid.

¹⁷⁶⁸ Ibid, p. 144.

¹⁷⁶⁹ Marie-Véronique Gauthier, *Le Coeur et le corps - Du masculin dans les années soixante*, op. cit., p. 131.

de question. [...] Puisque le médecin m'avait donné des médicaments, c'était bien la preuve que ça venait de moi, que j'étais pas normale »¹⁷⁷⁰

La mention de la frigidité féminine souligne néanmoins une importante transformation dans la compréhension médicale des troubles sexuels. De conditions qui empêchent le coït reproducteur, les troubles sexuels masculins sont redéfinis dans le cadre de l'érotisation du mariage. Les hommes « précoces » ne sont plus seulement ceux qui éjaculent *ante portas*, c'est-à-dire avant l'intromission, mais également ceux qui sont « trop rapides » et qui partagent désormais la « responsabilité » de l'entente sexuelle avec leur femme¹⁷⁷¹. La médicalisation de l'« éjaculation précoce » rend possible la reconnaissance d'un droit des femmes au plaisir sexuel tout en maintenant la pénétration comme script sexuel dominant par lequel elles doivent désormais faire l'expérience de l'orgasme¹⁷⁷².

L'inquiétude de nombreux patients qui sollicitent un rendez-vous révèle la valorisation du plaisir féminin entamée depuis l'entre-deux-guerres¹⁷⁷³. Ainsi, un homme de 37 ans explique ainsi « qu'en raison de la lenteur des réactions de sa femme, il retardait depuis longtemps l'éjaculation volontairement »¹⁷⁷⁴. C'est à la perspective d'un mariage et par souci de leur future femme que plusieurs jeunes hommes prennent d'ailleurs contact avec Bourguignon, à l'instar d'un dessinateur industriel de 31 ans qui « trouve que l'érection est un peu molle et [...] en tire une crainte d'être incapable d'accomplir l'acte [...] est obsédé par la crainte de cette déficience. Il doit se marier au mois d'août [...] et la peur de décevoir sa conjointe l'obsède »¹⁷⁷⁵.

La crainte de décevoir une partenaire est parfois plus importante que l'inconvénient ressenti par le patient lui-même. C'est le cas d'un homme de 44 ans qui « se tourmente exclusivement maintenant de son état sexuel, parce que cela étonne sa femme »¹⁷⁷⁶. Dans le courrier adressé à Ménie Grégoire dans les années 1960, un ouvrier belge de vingt ans s'inquiète également de son éjaculation précoce : « Je lâche tout trop vite [...] Rien que de rentrer, je sens déjà que ça

¹⁷⁷⁰ Roger Pol Droit et Antoine Gallien, *La réalité sexuelle. Enquête sur la misère sexuelle en France*, Paris, Éditions Robert Laffont, 1974, p. 266.

¹⁷⁷¹ André Béjin, « L'éjaculation prématurée selon les médecins et les sexologues français de 1830 à 1960 », *Sexologies*, vol. 16, n° 3, 2007, p. 195-202.

¹⁷⁷² Katarzyna Grunt-Mejer, « The history of the medicalisation of rapid ejaculation—A reflection of the rising importance of female pleasure in a phallogocentric world », *Psychology and Sexuality*, vol. 00, n° 00, 2021, p. 1-18.

¹⁷⁷³ Anne Carol, « La virilité face à la médecine », *op. cit.* ; Anne-Claire Rebreyend, *Intimités amoureuses, France 1920-1975*, *op. cit.* ; Caroline Rusterholz, « “You Can't Dismiss that as Being Less Happy, You See it is Different”. Sexual Counselling in 1950s England », *Twentieth Century British History*, vol. 30, n° 3, 2019, p. 375-398 ; Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, *op. cit.*

¹⁷⁷⁴ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3165, examen médical, années 1940.

¹⁷⁷⁵ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3571, examen médical, années 1940.

¹⁷⁷⁶ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3416, examen médical, années 1940.

va très vite, ça ne dure même pas deux minutes et je ne sais pas me retenir »¹⁷⁷⁷. Il craint ainsi de décevoir sa partenaire : « une femme voudrait au moins que ça dure plusieurs minutes, même une demi-heure »¹⁷⁷⁸. Le désir des femmes elles-mêmes (du moins quand elles sont mariées) est d'ailleurs plus en plus audible et dicible dans les interactions cliniques, notamment lorsqu'elles s'adressent au médecin. L'urologue Maurice Camey évoque ainsi le cas d'un patient, opéré à la fin des années 1950 d'une hypertrophie de la prostate : « son épouse me demanda, comme je l'ai souvent entendu, si cette intervention risquait de diminuer les fonctions sexuelles de son mari, dont elle semblait tout à fait satisfaite. Je l'ai, bien sûr, rassurée en la prévenant néanmoins de la disparition probable de l'éjaculation »¹⁷⁷⁹.

La norme du plaisir partagé et de l'orgasme mutuel du couple marié qui se consolide dans la seconde moitié du XXème siècle se traduit par un renouvellement de la masculinité hégémonique, requalifiée autour de la capacité des hommes à « faire jouir » leur partenaire¹⁷⁸⁰. En ce sens, certains médecins, à l'instar de Palazzoli, n'hésitent pas à conseiller à leurs patients à avoir recours à des aventures extra-conjugales afin de se rassurer sur leurs aptitudes sexuelles, notamment celle à procurer du plaisir. Dans son ouvrage publié en 1951, il présente le cas d'une femme mariée qui le consulte pour remédier à l'impuissance de son mari qui ne parvient pas à la satisfaire sexuellement :

« J'ai naturellement demandé à voir le mari, qui me raconta que jusqu'à son mariage, il avait toujours eu des rapports normaux. Il avait toujours, jusqu'alors, pu procurer à ses partenaires les satisfactions nécessaires. Depuis son mariage, malgré tous ses efforts, jamais il n'y était parvenu. Les rapports devaient toujours être prolongés et toujours il éjaculait avant terme. [...]

Ayant recommandé au patient d'avoir un rapport extra-conjugal, il revint après quelques jours rayonnant. Le rapport extra-conjugal avait été parfait pour sa partenaire, et il s'était rendu compte qu'après 15 minutes sa femme n'avait pu être satisfaite. Non seulement il était normal, mais je dirais presque plus que normal. Sa femme seule souffrait d'un orgasme retardé. Ce qui fut d'ailleurs fort difficile de lui faire comprendre »¹⁷⁸¹

Le déplacement de la responsabilité de l'homme vers la femme et le caractère invasif des traitements suggérés aux femmes plutôt qu'à leurs compagnons lorsque le couple rencontre des

¹⁷⁷⁷ Marie-Véronique Gauthier, *Le Coeur et le corps - Du masculin dans les années soixante*, op. cit., p. 131.

¹⁷⁷⁸ *Ibid.*

¹⁷⁷⁹ Maurice Camey, *Chirurgien de l'impossible, 54 ans à l'Association française d'urologie*, op.cit., p. 63.

¹⁷⁸⁰ Caroline Rusterholz, *Women's medicine. Sex, family planning and British female doctors in transnational perspective, 1920-70*, Manchester, Manchester University Press, 2020 ; Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit. ; Anne-Claire Rebreyend, *Intimités amoureuses, France 1920-1975*, op. cit.

¹⁷⁸¹ Mariot-Max Palazzoli, *Les déficiences génitales chez l'homme*, op.cit., p. 40.

difficultés sexuelles souligne également, sinon des alliances masculines directes, du moins une inclinaison androcentrique systémique. Ainsi, dans le cas d'un ingénieur de 25 ans, c'est tout d'abord sur sa femme que se sont portés les traitements :

« il n'a pas pu avoir de rapports avec sa femme pour une double raison : sa femme a fait du vaginisme et lui-même, quoiqu'en érection, n'éprouvait aucun désir ni aucune sensation.

Il a consulté un chirurgien qui a trouvé chez sa femme un hymen fibreux avec un vagin étroit. Il a donc ouvert l'hymen chirurgicalement et on fait maintenant de la dilatation du vagin sous anesthésie »¹⁷⁸²

Similairement, un dossier d'un meunier interné à l'Asile de Bel-Air montre que, marié dans les années 1950, il « était impuissant au moment de passer à l'acte »¹⁷⁸³ et ne parvint donc pas à consommer l'union. C'est pourtant son épouse qui « a subi une intervention [...] d'ouverture de l'hymen sans que les rapports soient améliorés »¹⁷⁸⁴ et qui est qualifiée de « nerveuse »¹⁷⁸⁵ tandis que lui « n'est pas allé voir le médecin »¹⁷⁸⁶. Chargées dans leur chair de faciliter la performance sexuelle masculine, les interventions invasives sur les corps des femmes révèlent le caractère disciplinaire des thérapies sexuelles ainsi que la centralité d'un « droit au plaisir » masculin¹⁷⁸⁷.

2. Des relations masculines comme rapports de pouvoir

2.1. Des patients récalcitrants ? Discours et pratiques autour des résistances masculines

Il importe cependant de nuancer ces formes de connivence. L'historienne Lesley A. Hall souligne ainsi que les hommes médecins et leurs patients ne forment pas nécessairement des alliances ou sympathies sur la base d'une masculinité commune¹⁷⁸⁸. Dans le courrier adressé à Marie Stopes en Grande-Bretagne qu'elle analyse, les hommes qui font part de leur réticence à consulter pour des problèmes sexuels appartiennent autant aux classes les plus aisées qu'aux plus modestes¹⁷⁸⁹. Ces réticences s'expliquent également par le désintérêt des médecins auquel se confrontent certains hommes qui se plaignent de troubles sexuels¹⁷⁹⁰. À en croire les

¹⁷⁸² AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3552, examen médical, années 1940.

¹⁷⁸³ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 23375, observations cliniques, années 1960.

¹⁷⁸⁴ *Ibid.*

¹⁷⁸⁵ *Ibid.*

¹⁷⁸⁶ *Ibid.*

¹⁷⁸⁷ Leslie Margolin, *The Etherized Wife. Privilege and Power in Sex Therapy Discourse*, op. cit.

¹⁷⁸⁸ Lesley A. Hall, *Hidden Anxieties. Male Sexuality, 1900-1950*, op. cit.

¹⁷⁸⁹ *Ibid.*

¹⁷⁹⁰ *Ibid.*

médecins Henri Bricaire et Jacqueline Dreyfus-Moreau, l'impuissant est considéré jusque dans les années 1960 comme « un mauvais malade dont on ne peut attendre aucune satisfaction sinon celle d'être débarrassé de lui »¹⁷⁹¹. Dans le courrier adressé à la chroniqueuse Ménie Grégoire, l'historienne Marie-Véronique Gauthier note aussi qu'un grand nombre d'hommes inquiets de ne pas procurer de plaisir à leur partenaire continuent à chercher plus volontiers de l'aide dans des livres de conseils sexuels qu'auprès de médecins qui n'apportent que peu de solutions à leurs problèmes¹⁷⁹². L'un d'eux déplore ainsi s'être entretenu avec un médecin qui s'est contenté de « sourire » à ses questions « comme d'habitude »¹⁷⁹³. Un jeune homme impuissant écrit quant à lui dans les années 1960 : « J'irai voir un médecin bien que je n'espère rien de lui »¹⁷⁹⁴.

Les relations que les médecins entretiennent avec leurs patients répètent d'autres formes de violence, selon l'âge, la classe sociale, ou la race. La race joue sans nul doute une place centrale dans la manière dont se déroulent les interactions des médecins avec leurs patients tant en métropole qu'en contexte colonial¹⁷⁹⁵. Je dispose de peu de sources néanmoins me permettant d'analyser son imbrication. Si une attention doit être portée à la recherche de sources, il est aussi possible que leur existence même soit limitée par le fait que, comme le souligne l'historienne Claire Fredj, la médecine européenne qui s'exerce dans les sociétés coloniales « laisse peu de place au « colloque singulier » entre le médecin et son patient »¹⁷⁹⁶. L'histoire de la médicalisation en contexte colonial s'est ainsi principalement intéressée à l'éclatement de l'offre médicale entre médecines « traditionnelles » et occidentales et au refus de certaines pratiques et soins européens¹⁷⁹⁷.

En Algérie coloniale, où les Maternités et consultations gynécologiques profitent principalement aux femmes européennes¹⁷⁹⁸, la consultation de stérilité d'Alger, gérée par le

¹⁷⁹¹ Henri Bricaire et Jacqueline Dreyfus-Moreau, *Les impuissances sexuelles et leur traitement*, Paris, Éditions médicales Flammarion, 1964, p. 6.

¹⁷⁹² Marie-Véronique Gauthier, *Le Coeur et le corps - Du masculin dans les années soixante*, op. cit.

¹⁷⁹³ *Ibid.*, p. 129.

¹⁷⁹⁴ APA 3690.20, Yves Le Gall, *Mes vingt ans*, p. 45-46.

¹⁷⁹⁵ Voir notamment l'ouvrage collectif dirigé par Francesca Arena et Sébastien Farré (dir.), *Santé, genre et sexualité. Les masculinités au regard du (post)-colonial*, op. cit.

¹⁷⁹⁶ Claire Fredj, « Retrouver le patient colonisé. Les soins aux “indigènes” dans l'Algérie coloniale (fin XIXe siècle-années 1930) », *Histoire, médecine et santé*, n° 7, 2015, p. 39.

¹⁷⁹⁷ Laurence Monnais-Rousselot, *Médecine et colonisation*, op.cit. ; Sokhieng Au, *Mixed Medicines. Health and Culture in French Colonial Cambodia*, op.cit..

¹⁷⁹⁸ Claire Fredj, « Encadrer la naissance dans l'Algérie coloniale. Personnels de santé et assistance à la mère et à l'enfant “indigène” (XIXe-début du XXe siècle) », *Annales de démographie historique*, vol. 122, 2011/2, p. 169-203.

professeur d'obstétrique Amédée Laffont, aurait pourtant rencontré un certain succès auprès des hommes colonisés. Le docteur Marchand se félicite ainsi en 1937 :

« Le miracle est encore plus grand d'avoir pu y conduire les hommes pour examen de leur sperme comme a su le faire le Professeur Laffont à la Maternité d'Alger. On ne les y verrait pas sans doute si le musulman n'aimait tant les enfants, s'il n'était pas décidé à faire n'importe quoi dans certains cas pour en avoir. Transmettre une maladie il n'y croit guère et n'y croira pas avant une ou deux générations encore; avoir des enfants est pour lui la chose la plus magnifique (et la plus utile qui soit) »¹⁷⁹⁹

Ce discours contraste d'autant plus qu'à la même période en métropole la réticence des hommes à se laisser examiner commence à faire l'objet de désapprobation médicale. Comme dans d'autres contextes occidentaux, il est de plus en plus admis d'étudier systématiquement le facteur masculin dans les cas de stérilité à partir des années 1930¹⁸⁰⁰. Le docteur André-Raymond Chauvin souligne ainsi à propos de la consultation de stérilité de l'École de puériculture que « [l]a règle fondamentale, adoptée dès l'ouverture de la Consultation, est que les *deux* conjoints doivent être examinés »¹⁸⁰¹. Or, si le docteur Louis Devraigne, médecin chef de la consultation de stérilité à Lariboisière estime que les « tous les maris [...] se prêtent très volontiers aux examens nécessaires »¹⁸⁰², la plupart des spécialistes de la stérilité déplorent plutôt leur réticence à se laisser examiner. Quelques années plus tôt, le docteur Bouchacourt, assistant de Devraigne avait d'ailleurs présenté une opinion tout à fait différente à la presse :

« Très souvent, le mari refuse d'accompagner sa femme. Il se croit outragé dans sa vanité masculine. « - Des enfants ? proclame-t-il en haussant les épaules. Si vous saviez tous ceux que j'ai eus avant mon mariage ! » Et il décline toute responsabilité »¹⁸⁰³.

Les résistances masculines posent d'autant plus problème que, comme le montre l'historienne Lesley A. Hall, la figure du « bon » patient est construite à partir de traits traditionnellement associés à la féminité, telle que la compliance aux exigences des traitements et recherches médicales¹⁸⁰⁴. Dans le cadre de la médecine de la stérilité, il est vraisemblable que certains médecins aient par conséquent préféré s'entretenir avec les épouses plutôt qu'avec leur mari

¹⁷⁹⁹ Docteur H. Marchand, « La prostitution indigène à Alger », *L'Algérie médicale*, n°119, 1937, p. 113.

¹⁸⁰⁰ Margaret Marsh et Wonda Ronner, *The Empty Cradle: Infertility in America from Colonial Times to the Present*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1996.

¹⁸⁰¹ André-Raymond Chauvin, *Fonctionnement d'une consultation de stérilité*, op.cit., p. 23.

¹⁸⁰² Louis Devraigne, « Consultations contre la stérilité conjugale », Ministère de la santé publique et de l'éducation physique, *Rapports et vœux du Conseil supérieur de la natalité*, 4, 1935, p. 16.

¹⁸⁰³ Paul Allard, « Une visite à la « consultation de stérilité » », *L'Ere nouvelle*, 18 octobre 1930, p. 1-2.

¹⁸⁰⁴ Lesley A. Hall, *Hidden Anxieties. Male Sexuality, 1900-1950*, op. cit.

afin de faciliter la prise en charge. Ainsi, dans la thèse qu'il consacre à la fécondation artificielle à la Faculté de médecine d'Alger, le docteur Jules Lévi-Valensin explique en 1939 :

« il serait difficile d'attaquer le problème marital de front, étant donné l'orgueil masculin [...] si l'on mettait le mari en éveil, celui-ci pourrait influencer sa femme et la déterminer à abandonner visites et épreuves nécessaires à débrouiller son cas de stérilité.

Aussi, quand les circonstances le permettent, nous jugeons adroit et de bonne politique d'obtenir des informations sur le mari sans déranger celui-ci »¹⁸⁰⁵

D'autres craignent que l'examen systématique des hommes ne mette à mal la relation qu'ils entretiennent avec leurs patientes, à l'instar du gynécologue André Chalier qui explique en 1935 :

« A mon avis, *l'examen préalable du mari ne doit pas être systématique*. En donnant ce conseil – que d'aucuns trouveront peut-être entaché d'androphilie – ce n'est pas que cet examen m'apparaisse comme une manœuvre comminatoire, susceptible de blesser l'amour-propre masculin, mais plutôt une mesure capable de détourner de nos soins beaucoup de femmes stériles, impuissantes à nous amener leur époux, et que nous pouvons souvent guérir sans lui [...] n'oublions pas que beaucoup de femmes stériles nous consultent à l'insu de leur mari, ce qui ne nous donne pas le droit de leur refuser nos soins pour cela »¹⁸⁰⁶

Afin de convaincre les malades de se plier à l'examen de sperme, certains médecins insistent sur la facilité de celui-ci, en appellent à la fierté masculine et mobilisent l'idée d'une responsabilité vis-à-vis de leur épouse. Nombreux sont ceux qui rappellent que la stérilité est tout à fait détachée de la puissance sexuelle, comme le fait le docteur Pierre Mabilie, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris écrit en 1931 dans le magazine féminin *Maman* :

« Ne confondez pas stérilité et impuissance. Tout est normal chez l'homme, sauf que les spermatozoïdes sont absents, ou rares et peu vigoureux. En gynécologie, nous ne voyons que trop rarement les maris ; les femmes viennent seules, souvent en cachette, nous confier leurs peines. Dans ces questions, qu'il s'agisse de stérilité ou d'infections durables, rebelles des organes génitaux, l'examen du mari est indispensable. Sur le couple, le traitement est plus rationnel, plus complet. [...] Pas de traitement de stérilité sans l'examen du partenaire. Il faut commencer par cette épreuve préliminaire. D'ailleurs, que l'époux se rassure (les

¹⁸⁰⁵ Jules Lévi-Valensin, *De la fécondation artificielle*, thèse de la Faculté de médecine de l'Université d'Alger, 1939, p. 52.

¹⁸⁰⁶ André Chalier, « Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, vol. 5, 1936, p. 389-390.

hommes sont tellement moins courageux que leurs femmes !), l'examen est simple rapide.
Une larme sous microscope »¹⁸⁰⁷

En représentant le refus de se plier à des examens et traitements comme un signe de lâcheté et de faiblesse, ces discours associent les hommes qui s'en rendent coupables à des traits traditionnellement associés à la féminité. La mention de l'irresponsabilité masculine illustre ainsi les transformations constantes des normes de la masculinité hégémonique, qui, sans remettre en question la domination masculine, en redéfinissent les modalités. Comme je l'ai évoqué plus tôt, elle s'articule dans l'entre-deux-guerres à la valorisation de la figure du « père de famille » opposée à celle du célibataire égoïste¹⁸⁰⁸.

Si certains patients sont rappelés à l'ordre, c'est donc aussi qu'ils outrepassent des devoirs et responsabilités associées à leur rôle social. Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, ce discours de responsabilisation s'adresse principalement aux vénériens qui refusent de se soigner et qui sont accusés de mettre en danger, en même temps que leur épouse et leurs enfants, la société toute entière¹⁸⁰⁹. Ces discours en disent autant sur l'inconséquence perçue des malades que sur le sentiment d'impuissance de médecins qui ne disposent d'aucun recours pour contraindre un patient à se faire soigner¹⁸¹⁰. Le fait de rappeler à l'ordre les « mauvais » malades participe aussi d'une volonté de redéfinir les comportements acceptables et tolérables. Ainsi, le sexologue vaudois Jules Bonjour explique en 1930 avoir convaincu un patient impuissant de ne pas renoncer au traitement :

« le malade est venu m'annoncer qu'il renonçait à continuer le traitement. Ce conflit est naturel et démontre le lien intime, inconnu du sujet, qui le retient encore dans les jupes de sa mère. J'ai répondu au malade qu'il commettait une lâcheté vis-à-vis de lui-même et de sa femme et je l'empêcherai de l'accomplir : il faut forcer ! »¹⁸¹¹

Il est probable que ces invectives soient parfois vécues par les patients comme une violence et une remise en cause de leur masculinité. Dans une lettre adressée à la gynécologue Hélène Michel-Wolfromm, le psychiatre et psychanalyste René-Raphaël Held explique quelques décennies plus tard :

« Je me suis entretenu en fin de séance avec le mari : je lui ai dit carrément qu'il n'était pas du tout simple psychologiquement parlant, qu'il s'était caché la vérité toute sa vie, que

¹⁸⁰⁷ AN 197601723/27, Dossier « Eugénique et stérilité », Docteur Pierre Mabilie, « La stérilité, ses causes et leurs traitements », *Maman*, 10 juillet 1931.

¹⁸⁰⁸ Voir le chapitre 3 de la première partie.

¹⁸⁰⁹ Jill Harsin, « Syphilis, Wives, and Physicians : Medical Ethics and the Family in Late Nineteenth- Century France », *French Historical Studies*, vol. 16, n° 1, 1989, p. 72-95.

¹⁸¹⁰ Claude Quétel, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, op. cit.

¹⁸¹¹ Jules Bonjour, « Considérations sur les troubles sexuels », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1930, p. 431.

l'équilibre de son mariage était en jeu, et que s'il continuait, sa femme allait « tout foutre en l'air » sous peu. Il a rougi comme un coq et, lorsque je lui ai dit : « vous avez des perturbations psycho-affectives et psycho-sexuelles très importantes », il m'a demandé avec une agressivité d'ailleurs extrêmement feutrée : « et alors ? ». J'ai répondu : « il faut modifier votre façon de faire l'amour, d'abord mécaniquement parlant ». Je ne lui ai pas donné de rendez-vous, lui disant « téléphonez-moi si vous avez envie de me revoir ». »¹⁸¹²

Le pouvoir à la disposition des médecins est pourtant lui-même situé et dépendant du contexte : s'il est important sur des hommes dont la position subalterne est assurée par le dispositif institutionnel, il est limité vis-à-vis d'hommes fortunés qui sont en mesure de choisir et de trouver un praticien qui leur convienne. Dans son autobiographie, l'urologue Roger Couvelaire se rappelle de la démonstration de pouvoir d'un malade de la prostate, rapatrié du Kenya pour être opéré à Paris dans les années 1960 :

« le poids de pierres précieuses (son propre poids) régulièrement offertes par ses fidèles lui permettait toute sorte de fantaisies. Il décida de déjeuner d'un perdreau au chou. Le titulaire d'une chaire de clinique médicale qui surveillait le régime s'insurgea aussitôt : « Impossible, Monseigneur, cet animal contient trop de déchets azotés et l'urée du sang s'élèvera à nouveau ». Le malade, d'une voix douce, réclama avec insistance tant d'explications sur l'apport uréique chez le perdreau que le Maître, à court d'argument, ne trouva plus que celui-ci : « Cet oiseau vole vite et son exercice musculaire intensif l'imprègne de substances nocives pour vous.

- Bien, fut-il répondu, je déjeunerai donc d'un très jeune perdreau qui n'a pas encore volé. On le trouvera pour moi. »

De fait, on lui affirma l'avoir trouvé et il le mangea. Puis se tournant vers moi, spectateur médusé de cet assaut victorieux, il me donna toujours avec le même humour, la leçon d'humilité que voici : « Savez-vous pour quelles raisons vous fûtes choisi de préférence à d'autres pour être mon opérateur ? » »¹⁸¹³

Il est significatif en ce sens que les hommes éduqués qui prétendent détenir des connaissances ou des explications quant à la cause de leur mal soient parfois mal perçus et qualifiés de « nerveux » ou d'« hypochondriaque ». C'est ainsi que Palazzoli désigne ceux qui cherchent à s'analyser :

« D'autres [...] apporteront au médecin un document, une auto-observation, ce qu'ils appellent volontiers une auto-analyse, consignait avec les détails les plus oiseux mais avec une certaine satisfaction les faits et gestes de leur enfance [...] Ils parlent de refoulement, de complexes, dans un fatras d'explications d'où l'on ne peut tirer qu'une conclusion : ce sont des anxieux, des névrosés hypochondriaques »¹⁸¹⁴

¹⁸¹² *La revue de médecine*, 1965, p. 621.

¹⁸¹³ Roger Couvelaire, *Chirurgien contre le vent*, op.cit., p. 100.

¹⁸¹⁴ Mariot-Max Palazzoli, *Les déficiences génitales chez l'homme*, op.cit., p. 49.

L'appropriation du vocabulaire médical – et plus particulièrement de la psychanalyse – fait ainsi l'objet d'une certaine méfiance de la part des médecins. Couvelaire déplore ainsi que « [l]a méfiance, qui pourtant devrait servir de bouclier aux humbles, n'habite qu'exceptionnellement leur esprit. On dirait qu'en alerte pour mieux défendre leur personne, les puissants sachant qu'ils le sont, cherchent à s'entourer d'une enceinte édifiée grâce à une mosaïque de soupçons et de barrages »¹⁸¹⁵.

2.2. Résistances et tactiques de pouvoir des hommes internés

Devant l'asymétrie de pouvoir de l'interaction médicale, les hommes adoptent vraisemblablement des tactiques¹⁸¹⁶ pour obtenir ce qu'ils recherchent. Celles-ci sont particulièrement visibles dans le dispositif disciplinaire de l'Asile où ils développent des discours cherchant à contester leur étiquetage de « déviant » ou « dangereux ». En effet, les contraintes de l'internement font qu'ils « cherchent davantage à collaborer et à aménager leur peine qu'à la contrer en défendant leur point de vue »¹⁸¹⁷.

Le cas des émotions attendues des internés à Bel-Air est à ce titre un exemple frappant de l'imbrication des émotions dans la production et reproduction des rapports de pouvoir. Il est non seulement attendu des patients qu'ils se plient aux questions et examens médicaux mais aussi qu'ils fassent preuve de remords et expriment une volonté de se soigner. La qualification de la déviance sociale que constituent les « perversions sexuelles » en tant que maladies exonère certes les patients de leur responsabilité pénale mais elle s'accompagne aussi de « devoirs » attribués au malade, parmi lesquels se trouve celui de rechercher une prise en charge thérapeutique¹⁸¹⁸. Nombreux sont les rapports d'expertise qui remettent en question la bonne foi du patient s'il n'a pas recherché de traitement, à l'instar d'un homme interné pour exhibitionnisme dans les années 1930 :

« Ce n'est qu'après la cessation de cet état, par l'émission de sperme, qu'il a des remords ou des regrets des actes qu'il a pu commettre pendant cette période de malaise. Il se rend alors compte qu'il faudrait chercher à les prévenir, et prétend chercher à lutter pour cela.

¹⁸¹⁵ Roger Couvelaire, *Chirurgien contre le vent*, op.cit., p. 108.

¹⁸¹⁶ Suivant l'usage de Anne-Françoise Praz, Lorraine Odier, Thomas Huonker *et al.*, je reprends la distinction que Michel de Certeau établit entre tactique et stratégie : là où l'agir stratégique cherche à accomplir un but indépendant des circonstances, la tactique s'inscrit dans le lieu et l'espace de l'action et dépend des circonstances. Voir notamment Anne-Françoise Praz, Lorraine Odier, Thomas Huonker, Laura Schneider et Marco Nardone, « ... Je vous fais une lettre ». Retrouver dans les archives la parole et le vœu des personnes internées, op. cit.

¹⁸¹⁷ *Ibid.*, p. 15.

¹⁸¹⁸ Talcott Parsons, *The Social System*, New York, Free Press, 1951.

Mais on ne peut cependant s'empêcher de constater que [le patient] n'a rien fait de sérieux dans ce domaine, qu'il n'a notamment pas cherché à être suivi par un médecin »¹⁸¹⁹

Certains mettent en avant leur sentiment de honte et la crainte de ne pas être compris par un autre homme pour expliquer le fait qu'ils n'aient pas cherché à se faire soigner, à l'instar d'un homme de 48 ans interné pour exhibitionnisme dans les années 1920 :

« Monsieur le Docteur, que s'il vous semble que je cherche à enjoliver, que ce que je dis correspond exactement à la vérité, comme je veux faire une Confession véritable de mes fautes. Je les ai assez sérieusement regrettées, et j'ai imploré le ciel tant et tant de fois de me venir en aide ; retenu d'autre part par une fausse honte de me confier à un Médecin ; également par une peur irraisonnée de me voir perdre ma situation et aussi de m'adresser à un Médecin incapable de comprendre mon état d'âme. Etat d'âme hélas extrêmement compliqué, difficile à expliquer et à comprendre pour tous ceux qui n'éprouvent pas sentiments similaires et qui sont assez heureux d'être bien équilibrés sous tous les rapports »¹⁸²⁰

Le registre de la confession, de l'aveu, du pardon divin fait ici appel aux sentiments (religieux) du médecin. Similairement, le vocabulaire psychanalytique et sa diffusion en-dehors des sphères académiques permet aux patients qui possèdent un capital culturel et une certaine connaissance médicale de mobiliser un langage expert pour faire valoir leur volonté d'être « guéri ». C'est le cas d'un étudiant qui, interné pour des rapports homosexuels dans les années 1940, décrit ses tentatives de guérison :

« j'entrevois la guérison maintenant et non plus uniquement une possibilité. Quelques uns de mes rêves montrent une tendance positive, sur le plan sexuel. Jusqu'à désirer le contact buccal des organes féminins. Le « moi » est encore faible, mais il lutte. Dire qu'il fut un temps où, même dans le domaine conscient, je n'admettais sans dégoût que le baiser sur la joue. A présent, une image féminine à mon goût peut, avec l'aide de l'imagination, provoquer chez moi une assez forte excitation. Une fois jusqu'à l'érection. Il est bien entendu que sans la surveillance des médecins et du Conseil de surveillance, je ne m'en sortirai pas »¹⁸²¹

Ce registre soulève néanmoins de la méfiance de la part du psychiatre chargé de l'expertise, qui note :

« Il raconte d'ailleurs tous les faits avec une certaine complaisance, insistant sur les moindres détails, soulignant la moindre nuance de ses sentiments. En outre, il les interprète constamment selon la terminologie et la doctrine psychanalytique. Depuis qu'il subit la

¹⁸¹⁹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 10901, rapport d'expertise, années 1930.

¹⁸²⁰ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 6319, lettre du patient, années 1920.

¹⁸²¹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 13215, lettre du patient à un docteur ami, années 1940.

psychanalyse, son activité sexuelle ne suscite plus de remords en lui. Il fait que ce sont des « pulsions » irrésistibles ; il s’y abandonne, semble-t-il avec plus de facilité »¹⁸²²

Certains patients qui risquent la castration ou l’internement à vie cherchent ainsi à montrer activement leur volonté d’être traités et leur implication dans leur processus thérapeutique, comme c’est le cas d’un menuisier interné pour attentats à la pudeur de nombreux enfants dans les années 1950 :

« Même après la « solution radicale » [la castration] souscrite n’y aurait-il pas un traitement à faire du côté thyroïde ? Il m’a semblé vous entendre énumérer : hyperthyroïde gauche ? Je ne connais pas le problème, mais il me semble avoir une relation avec le comportement sexuel et intelligence ?

Du point de vue général dans mon comportement n’y aurait-il pas moyen de stabiliser mon comportement par un traitement iodé ? Je ne me rends pas compte des possibilités en votre possessions, mais j’aimerais tant repartir du bon pied et ne pas avoir constamment cette lutte, bien et mal constamment sujet de soucis dans les responsabilités de mon foyer ! »¹⁸²³

La plupart des patients de l’Asile tentent ainsi de coopérer et de faire valoir leur « normalité » dans l’espoir de sortir. S’inspirant de Saba Mahmood, le sociologue Vulca Fidolini montre la capacité d’agir de jeunes célibataires descendants d’immigrés marocains non pas à travers la résistance et la subversion des normes imposées mais plutôt par leur acceptation et leur « habitation »¹⁸²⁴. Le concept lui permet de penser la construction de la masculinité à partir de l’« habitation » de l’hétéronormativité, c’est-à-dire des formes de capacité d’agir « qui s’expriment dans la reproduction des normes de genre dominantes »¹⁸²⁵. L’usage que Fidolini fait de la théorie de Mahmood permet de penser le fait que des masculinités subordonnées peuvent être complices du maintien de l’hégémonie existante.

Cette capacité d’agir et ces stratégies d’« habitation » des normes sont d’autant plus utilisées dans le contexte disciplinaire de l’Asile qu’il en dépend pour les hommes internés de leur droit à sortir et qu’ils occupent une position subalterne assurée par les institutions pénales et asilaires¹⁸²⁶. Ainsi, les pratiques des patients sont orientées par le public (ici, les médecins) auxquels ils s’adressent, puisque leur masculinité doit être reconnue par d’autres pour

¹⁸²² AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 13215, rapport d’expertise, années 1940.

¹⁸²³ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 16173, lettre du patient, années 1950.

¹⁸²⁴ Vulca Fidolini, « Habiter l’ordre hétéronormatif et la masculinité par le mariage », *Genre, sexualité et société*, n° 17, 2017 ; Saba Mahmood, *Politique de la piété. Le féminisme à l’épreuve du renouveau islamique*, Paris, La Découverte, 2009.

¹⁸²⁵ Vulca Fidolini, « Habiter l’ordre hétéronormatif et la masculinité par le mariage », *op. cit.*, p. 8.

¹⁸²⁶ Anne-Françoise Praz, Lorraine Odier, Thomas Huonker, Laura Schneider et Marco Nardone, « ... Je vous fais une lettre ». *Retrouver dans les archives la parole et le vœu des personnes internées*, *op. cit.*

déterminer leur position sociale au sein des hiérarchies de masculinités¹⁸²⁷. Ce faisant, les tactiques discursives employées par les hommes révèlent en filigrane les normes qu'ils estiment hégémoniques et qu'ils pensent mobiliser à leur avantage. Dans l'entre-deux-guerres, ils cherchent avant tout à se présenter comme bons travailleurs, appréciés par leur hiérarchie, bons citoyens et maris respectueux. C'est ainsi que se représente un mécanicien interné pour exhibitionnisme dans les années 1930 :

« jusqu'à cette date de mon arrestation j'ai toujours bien travaillé et mes patrons sont contents de moi. J'ai fait mon service militaire dans les bataillons Genevois sans aucune plainte. [...] J'ai été un bon mari et poli envers ma femme aussi j'espère d'être guéri le plus vite possible et de pouvoir reprendre mon travail et de me refaire une nouvelle vie »¹⁸²⁸

Il présente la castration comme une solution souhaitable à ses problèmes, qui « le débarrassera de ses « mauvaises idées » »¹⁸²⁹. Similairement, un peintre en bâtiment étranger interné dans les années 1930 pour exhibitionnisme exprime « la plus vive intention de travailler et de gagner sa vie de sa façon et de lui-même. L'éventualité d'une sexualité réduite à zéro ne lui fait rien, dit-il »¹⁸³⁰. Similairement à ce que montrent les travaux des historiens Eivind Myhre et Øyvind Thomassen en Norvège, la castration est utilisée pour construire une masculinité « acceptable » qui s'exprime par la mobilisation d'un vocabulaire faisant référence à la responsabilité envers sa famille mais aussi la société¹⁸³¹. Demander la castration permet ainsi de justifier une sortie de l'Asile, comme l'explique un interné, ancien de la Légion étrangère, à l'Asile de Cery au président du Service de santé vaudois dans les années 1930 :

« Monsieur le Docteur Boven privat docent, auquel je m'étais adressé pour me soigner m'a fait tenir une déclaration comme quoi, l'enlèvement des testicules était la seule opération qui répondrait immédiatement, les testicules enlevés le désir ne se produit plus et finit les exhibitions. Je suis tout à fait d'accord à subir l'opération voulant mettre fin à cette maladie cause de bien des souffrances morales pour ma famille et pour moi, mais je demande au Conseil d'État de m'accorder confiance et qu'il veuille bien ordonner ma libération immédiate après l'opération sans avoir besoin de revenir à l'Asile de Cery. [...] je n'ai aucune chose à me reprocher et si je n'avais pas été atteint de cette maladie mon casier judiciaire serait vierge. D'autre part j'ai travaillé toujours et me suis toujours très bien conduit, les rapports de police lus au Tribunal me donne comme bon travailleur, poli et

¹⁸²⁷ Ben Griffin, « Hegemonic Masculinity as a Historical Problem », *op. cit.*

¹⁸²⁸ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 11268, curriculum vitae du patient, années 1930.

¹⁸²⁹ *Ibid*, rapport d'expertise, années 1930.

¹⁸³⁰ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 10444, rapport d'expertise, années 1930.

¹⁸³¹ Eivind Myhre et Øyvind Thomassen, « The Construction of an Accepted Masculinity: Castration in High Security Psychiatric Institutions in Norway 1923-1945 », *op. cit.*

honnête et que les seuls griefs contre moi sont mes rechutes. [...] Dieu ne veut pas la mort du pécheur mais sa conversion »¹⁸³²

La présentation d'une masculinité « acceptable » est ainsi définie par le fait d'avoir un emploi, d'être jugé bon travailleur et de ne pas être une charge pour la société et pour ses proches. Il semblerait que certains demandent ainsi à se faire opérer, comme c'est le cas d'un comptable interne pour homosexualité à Bel-Air dans les années 1940 :

« [le patient] a l'impression très nette que seule une castration peut l'empêcher de récidiver. Son expérience lui a prouvé en effet que des mesures de répression pénale ou des tentatives de « rééducation » sont inopérantes dans un cas comme le sien. Quand il m'en a parlé pour la première fois, il ignorait d'ailleurs la nature exacte de l'opération. Sur sa demande, je l'ai renseigné en détail sur ce point. Il persiste à demander à la subir, à titre curatif et aussi pour éviter le risque d'avoir une descendance tarée »¹⁸³³

Une fois opéré, il explique se sentir « beaucoup plus nettement délivré que je n'osais l'espérer dans mes meilleurs moments, j'ai retrouvé [...] ma faculté de lire et même de dévorer et aussi de travailler avec esprit de suite »¹⁸³⁴. La volonté de ne pas être une charge pour la société est également un élément central de ces discours qui répondent à la fois à la crainte de la pauvreté qui les attend au sortir de l'Asile ainsi qu'à une identité forgée autour de la profession et du travail. C'est ainsi qu'un apprenti maçon réclame le droit de sortir de l'Asile de Bel-Air dans les années 1930 :

« Je vous avais pourtant bien fait savoir que ma libération pour le mois de Janvier serait pour moi l'occasion de me refaire une vie nouvelle pour la bonne raison que je pouvais me refaire une vie parmi les hommes or je constate que vous persévérez de ce fait vous brisez mon existence, car sortir d'ici dans un nombre x mois seulement c'est me réduire au chômage et m'enlever toute possibilité de trouver du travail. [...] De ce fait je serai obligé de me porter à la charge de l'assistance ce qui ne sera pas uniquement de ma faute. J'ai demandé à plusieurs reprises à parler à Mr le Directeur, ce qui m'a été refusé, au surplus, j'ai demandé à travailler dehors, ce qui m'a été également refusé. Pour ma part, j'ai fait tout ce qui était en mon pouvoir, vous de votre côté, je vous prie de venir à mon aide, au lieu de me pousser au désespoir, de faciliter ma régénération par un travail qualifié me permettant de vivre sans être à la charge de personne »¹⁸³⁵

La figure du père, principalement caractérisée par sa capacité à subvenir financièrement aux besoins de sa famille, est également mobilisée pour attester de la volonté de s'améliorer et de sortir. Ainsi, le maçon qui avait menacé le docteur Morel demande grâce en mettant en avant

¹⁸³² ACV, K VIII f342, lettre de l'interné, années 1930.

¹⁸³³ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 12187, rapport d'expertise, années 1940.

¹⁸³⁴ *Ibid.*

¹⁸³⁵ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 10901, lettre du patient au Conseil de surveillance psychiatrique, années 1930.

ses responsabilités familiales : « un peu de pitié pour un homme père donnez lui un peu de travail et cela ira tout seul et je suis certain que vous serez très content de moi comme tous mes patrons et voisins ont toujours été comtants »¹⁸³⁶.

Le mariage, l'hétérosexualité et la famille sont en effet présentés comme des formes de « normalisation » des parcours psychiatriques¹⁸³⁷. Le désir de fonder un foyer apparaît ainsi comme une ressource pour certains patients pour rendre intelligible et légitime leur refus de la castration. Ainsi, un apprenti maçon interné pour exhibitionnisme dans les années 1930 explique ne pas vouloir se soumettre à l'opération car il « [espère] et désire[r] pouvoir une fois se marier et fonder une famille »¹⁸³⁸. À propos d'un journaliste homosexuel interné dans les années 1950, le rapport d'expertise note ainsi qu'il parle « parfois de « foyer », de « mariage », mais surtout comme argument contre la castration »¹⁸³⁹.

Le désir de fonder famille ne saurait néanmoins être uniquement renvoyé à une tactique rhétorique. Le courrier envoyé à Ménie Grégoire dans les années 1960 révèle les souffrances d'hommes anonymes qui cherchent à « guérir » de leur homosexualité, demandent conseil pour trouver un traitement efficace et témoignent de leur désir de faire famille¹⁸⁴⁰. C'est aussi justement pour pouvoir épouser la personne qu'ils désirent que certains hommes acceptent la stérilisation. En effet, le Code civil suisse de 1907 prévoit que les personnes incapables de discernement ne peuvent contracter mariage, de même que celles atteintes de maladies mentales, et ce même si elles sont capables de discernement¹⁸⁴¹. Un homme stérilisé sous le coup de la loi vaudoise de 1928 explique ainsi dans les années 1940 :

« j'estime que vu que je suis opéré de la Stérilisation j'ai le droit de vous demander l'autorisation de me marier avec Madame [...] je sais qu'avec elle je saurai heureux et vous n'aurez plus de plainte vu que je suis capable de gagner ma vie sans être à la charge de l'Etat et de ma commune surtout en ce moment où les travaux de la terre manque de bras [...] car si j'ai accepter l'opération c'est dans l'espèce de pouvoir être au plus tôt avec ma future femme qui se réjouit que je soit chez elle pour lui mettre le jardin en ordre »¹⁸⁴²

Dès les années 1950-1960, les discours reposent moins sur la volonté de travailler et davantage sur l'attention portée à l'épouse et aux enfants. Comme le souligne l'historienne Caroline

¹⁸³⁶ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 110921 et 10987, lettre du patient au directeur de l'Asile, années 1930.

¹⁸³⁷ Eivind Myhre et Øyvind Thomassen, « The Construction of an Accepted Masculinity: Castration in High Security Psychiatric Institutions in Norway 1923-1945 », *op. cit.*

¹⁸³⁸ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 10901, rapport d'expertise, années 1930.

¹⁸³⁹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 14771, observations cliniques, années 1950.

¹⁸⁴⁰ Marie-Véronique Gauthier, *Le Coeur et le corps - Du masculin dans les années soixante*, *op. cit.*

¹⁸⁴¹ Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, *op. cit.*

¹⁸⁴² ACV KVIII f345, lettre de l'homme au président du Service de santé, années 1940.

Rusterholz, l'idéal de paternité durant cette période est celui de l'homme marié, qui subvient non seulement financièrement aux besoins de sa famille mais qui investit aussi de plus en plus de temps au soin des enfants et au partage des tâches domestiques¹⁸⁴³. Il arrive ainsi que les proches participent occasionnellement à présenter les internés comme de bons pères de famille, aimés de leurs enfants. Interrogée au sujet de son mari interné pour homosexualité et pédophilie dans les années 1950, une femme parle d'un « papa modèle »¹⁸⁴⁴ qui s'occupe beaucoup de ses enfants et qui « [l]'a beaucoup respectée »¹⁸⁴⁵. Similairement, une femme, dont le mari est interné pour homosexualité, remercie le directeur de l'Asile de l'avoir autorisé à sortir dans les années 1960 :

« Toute la famille a tenu à être présente lors de son arrivée au foyer, pour lui témoigner et l'entourer de toute l'affection, qu'aucun des enfants n'ont jamais cessé de manifester à l'égard de leur papa.

Aussi, Monsieur le Docteur, je tiens à vous remercier bien sincèrement du préavis favorable que vous avez donné au Conseil, pour l'obtention de cette autorisation, qui a ravi toute la famille, et chacun des enfants [...] tiennent à vous exprimer toute leur reconnaissance »¹⁸⁴⁶

En intercédant au nom de leurs partenaires, les femmes qui témoignent auprès de la structure psychiatrique participent ainsi à la « fabrique » du genre et des masculinités. À l'Asile, où l'assignation à une masculinité « déviante » signifie une privation de liberté, les tactiques employées par les hommes et leurs proches répondent à des enjeux de normalisation qui passent par la réappropriation de codes dominants de masculinités. La médicalisation de l'intime et des sexualités masculines passe ainsi par une large variation de rapports entre hommes médecins et patients allant des connivences aux rapports plus évidents de domination. Mais elle pose aussi la question de la gestion du toucher, des corps et de la pudeur.

3. La gestion de l'intime dans les interactions médicales

3.1. De la gêne à l'homoérotisme : gérer le tabou sexuel

Dans un livre qu'il publie en 1962, le docteur Noël Lamare, auteur de livres de vulgarisation sur les sexualités féminines et masculines, explique préférer les hommes aux femmes en tant que patient·es. Les hommes, « loin de posséder la science du mensonge, le savoir-mentir de la

¹⁸⁴³ Caroline Rusterholz, « Fathers in 1960s Switzerland : A Silent Revolution ? », *Gender & History*, vol. 27, n° 3, 2015, p. 828-843.

¹⁸⁴⁴ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 16836, observations cliniques, années 1950.

¹⁸⁴⁵ *Ibid.*

¹⁸⁴⁶ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 19720-20709, lettre de l'épouse à Sylvain Mutrux, années 1960.

femme, savoir-mentir auquel s'ajoute une propension naturelle à la mythomanie »¹⁸⁴⁷ seraient en effet plus fiables, plus faciles à gérer :

« il [l'homme] lui est moins pénible qu'à la femme d'exposer à un tiers, lui-même du sexe masculin, ses déboires intimes. [...] Enfin, l'homme impuissant qui est résolu à recouvrer son prestige, ce prestige viril dont le défaut lui est plus insupportable que la frigidité ne l'est à la femme, acceptera – même s'il doit mettre un certain temps à vaincre des réticences au demeurant compréhensibles – de se « dénuder » totalement afin d'apporter au sexologue un concours aussi utile que possible »¹⁸⁴⁸

En définissant les hommes comme des patients plus « simples » à gérer, il établit ainsi une mesure du travail sentimental nécessaire pour « faire parler » les patient·es. Le fait de « se dénuder » implique tant la mise à disposition de son corps (nu) que celle d'informations jugées intimes et délicates. En ceci, le discours de Lamare répond à une tendance historique : la gestion de la pudeur en contexte médial a longtemps été décrite comme une caractéristique féminine¹⁸⁴⁹. L'historien Jean-Claude Bologne oppose d'ailleurs une pudeur masculine « sentimentale » à une pudeur féminine corporelle¹⁸⁵⁰. Je rejoins ici l'historienne Nahema Hanafi lorsqu'elle questionne la part que tient « dans cette représentation d'une pudeur genrée, la prééminence des soignants masculins dans l'offre médicale »¹⁸⁵¹. Hanafi s'interroge ainsi si la « surreprésentation de la pudeur des femmes ne répond-elle pas [...] à l'exercice masculin des professions de santé ? »¹⁸⁵².

En l'absence de discours à la fois médical et historique sur la pudeur masculine, cette partie porte sur les pratiques et stratégies des soignant·es pour gérer la sexualité de leurs patients dans les interactions médicales. En effet, s'ils ne parlent pas de pudeur, les médecins (eux-mêmes des hommes) adoptent des tactiques pour assurer la coopération des patients et gérer l'intime au sein des interactions médicales. La gêne des hommes à évoquer ce qui touche à la sexualité se lit parfois dans les traces écrites qu'ils ont laissées ou au contraire dans leurs silences. Nombreux sont les patients de Bourguignon qui utilisent des euphémismes pour évoquer leur impuissance sexuelle : un jeune fabricant de chaussures parle de « [s]a maladie »¹⁸⁵³ pour évoquer son impuissance. Il s'inquiète qu'il « ne sait pas comment faire *cela* »¹⁸⁵⁴. Dans les

¹⁸⁴⁷ Noël Lamare, *Connaissance sensuelle de l'homme*, op.cit., p. 68.

¹⁸⁴⁸ *Ibid.*

¹⁸⁴⁹ Nahema Hanafi, « Pudeurs des souffrants et pudeurs médicales », *Histoire, médecine et santé*, n°1, 2012, p. 9-18.

¹⁸⁵⁰ Jean-Claude Bologne, *Histoire de la pudeur*, Paris, Hachette littératures, 1997.

¹⁸⁵¹ Nahema Hanafi, « Pudeurs des souffrants et pudeurs médicales », op. cit., p. 15.

¹⁸⁵² *Ibid.*

¹⁸⁵³ AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3606, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

¹⁸⁵⁴ *Ibid*, examen médical, années 1940.

notes qu'il amène à la consultation, un patient ancien déporté n'ose pas écrire certains mots et se censure lorsqu'il parle de « s...m » (sperme) et de « ma....on » (masturbation). Il est probable que nombre de médecins emploient eux-mêmes des euphémismes pour évoquer des termes liés à la sexualité, comme le fait le docteur Montmollin qui demande à la mère d'un patient dans les années 1930 si celui-ci faisait de « vilaines manières »¹⁸⁵⁵.

La gêne des hommes à évoquer des questions intimes est d'ailleurs souvent décrite dans les publications sur l'impuissance. Palazzoli évoque le cas d'un professeur de lettres « sinon intimidé, du moins troublé de la conversation qu'il va avoir, des révélations qu'il se sent obligé de faire »¹⁸⁵⁶. Il décrit un autre de ses patients qui :

« baissant les yeux, il s'assied sur le bord de sa chaise, hésitant à parler, et lorsqu'il le fait il précipite ses mots comme s'il avait la crainte de ne pouvoir exprimer complètement toute sa pensée. Il reste un moment silencieux, puis me dit sur un ton solennel : je suis venu à vous pour me confesser »¹⁸⁵⁷

Le tabou sexuel est aussi géré par l'adoption d'un vocabulaire adapté, éloigné du langage de l'érotisme et du registre familial. Il s'agit pour les professionnels tant d'assurer leur respectabilité professionnelle que d'éviter tout malaise lors de la consultation¹⁸⁵⁸. Les hommes qui dérogent à cette règle tacite font l'objet de réprobation et sont soupçonnés de vouloir introduire un caractère sexuel à l'interaction, à l'instar d'un interné pourtant « parfaitement docile et lucide »¹⁸⁵⁹ dont le dossier note qu'il est « vulgaire dans ses propos [...] raconte son aventure sexuelle crument. Sans gene. « on s'est sucé la queue » »¹⁸⁶⁰. Dans les années 1960, Henri Bricaire et Jacqueline Dreyfus-Moreau évoquent également le cas d'un homme « impuissant » qui :

« va consulter en série des médecins, des femmes de préférence [...] [et qui] nous expose dans les termes les plus crus et d'un air de délectation, l'état de ses organes génitaux, leurs sécrétions, leurs réactions devant une prostituée, ou quand il s'introduit un doigt dans l'anus. Il nous propose de nous montrer son sexe, et est déçu que nous n'en voyions pas la nécessité [...] La consultation constitue par elle-même un acte érotique dont le médecin est, à son insu, le partenaire »¹⁸⁶¹

¹⁸⁵⁵ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 11219, lettre de Montmollin à la mère du patient, années 1930.

¹⁸⁵⁶ Palazzoli Mariot-Max, *Déficiences sexuelles masculines d'origine émotive*, op.cit., p. 64.

¹⁸⁵⁷ *Ibid.*, p. 68.

¹⁸⁵⁸ Solène Gouilhers montre comment les sages-femmes gèrent le tabou de la sexualité en salle d'accouchement pour maintenir le caractère professionnel de la scène. Voir Solène Gouilhers, *Gouverner par le risque : une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande*, thèse de l'Université de Genève, 2017.

¹⁸⁵⁹ AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 7480, observations cliniques, années 1920.

¹⁸⁶⁰ *Ibid.*

¹⁸⁶¹ Henri Bricaire et Jacqueline Dreyfus-Moreau, *Les impuissances sexuelles et leur traitement*, op.cit., p. 124.

Si la gêne des hommes à évoquer leurs difficultés sexuelles est souvent mentionnée dans la littérature médicale, rares sont les sources qui permettent de comprendre comment se déroulent et sont perçus les examens médicaux ou les opérations qui touchent aux organes génito-urinaires. Ce silence participe d'ailleurs probablement de celui qui entoure les actes et/ou les violences sexuelles qui peuvent se dérouler lors de la consultation. C'est seulement parce qu'il est lui-même interné à l'Asile de Bel-Air et interrogé au sujet de ses premières expériences sexuelles qu'un régleur genevois explique avoir été envoyé, alors qu'il était adolescent dans les années 1930, chez le médecin de famille « pour que celui-ci voie s'il était bien formé »¹⁸⁶². Il explique alors que « [l]e praticien, après l'avoir examiné, l'a masturbé. [le patient] y est retourné trois fois, et des faits semblables se sont reproduits »¹⁸⁶³.

L'attention portée à la parole ou à la divulgation d'informations jugées délicates contraste d'autre part fortement avec celle portée au corps. Cela ne signifie pas pour autant que les examens corporels ne font pas l'objet de honte, comme le souligne le docteur Pagès dans les pages de la revue *La culture physique* en 1932 : « le simple examen des organes génitaux, pourtant le plus important de tous, paraît honteux, et il l'a toujours paru »¹⁸⁶⁴. Dans son étude sur l'infertilité masculine, la sociologue Liberty Walter Barnes montre que la gestion du bien-être du patient est également une gestion de la sexualité masculine. L'examen des testicules, consistant à évaluer la taille et à palper le scrotum, est réputé désagréable pour les hommes qui viennent consulter pour infertilité et fait l'objet de diverses tactiques employées pour assurer le confort du patient¹⁸⁶⁵. L'interaction médicale constitue en effet l'un des rares espaces où le fait de toucher les parties génitales d'un autre homme (présumé hétérosexuel) est socialement acceptable¹⁸⁶⁶. Barnes montre ainsi que les médecins adoptent diverses tactiques pour contourner tout soupçon homoérotique lors de l'examen des organes génitaux, notamment des testicules, tels que l'évitement du regard ou l'adoption de gestes rapides, efficaces¹⁸⁶⁷.

Il est probable que ces pratiques médicales diffèrent entre praticiens et spécialités. Des travaux contemporains soulignent par exemple que l'attention portée à la pudeur dans le cadre de l'examen vaginal ne se retrouve pas dans les examens génitaux masculins, plutôt caractérisés

¹⁸⁶² AEG, Asile de Bel-Air, dossier no. 19720-20709, rapport d'expertise de Sylvain Mutrux, années 1960.

¹⁸⁶³ *Ibid.*

¹⁸⁶⁴ Docteur C. Pagès, « Virilité et vitalité », *La culture physique*, novembre 1932, vol. 511, p. 335.

¹⁸⁶⁵ Liberty Walther Barnes, *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine and Identity*, op. cit.

¹⁸⁶⁶ *Ibid.*

¹⁸⁶⁷ *Ibid.*

par une subjectivité « désaffectée » des urologues¹⁸⁶⁸. Or, ces différences s'inscrivent également dans une histoire matérielle : l'examen de la prostate requiert de la part de l'urologue, de mouvoir son corps de manière à sentir la glande tandis la chaise gynécologique est conçue en premier lieu pour permettre le confort du gynécologue¹⁸⁶⁹. Les chercheuses Jenny Gleisner et Ericka Johnson soulignent ainsi que « le monde matériel de la gynécologie crée et présente une position vulnérable pour le corps féminin, là où le monde matériel de l'urologie permet l'examen d'un corps masculin protégé et respecté »¹⁸⁷⁰. Si l'adoption de certaines positions est discutée dans la littérature urologique que j'étudie, c'est tout d'abord au nom de l'évitement de la douleur des patients, plutôt que de leur confort, qu'elle est justifiée. Le docteur André recommande par exemple en 1923 de pratiquer les massages de la prostate en décubitus dorsal (étendu sur le dos, sur le plan horizontal) plutôt qu'en position gèneu-pectorale (les fesses relevées et le haut du corps à plat) ou debout devant une table pour limiter les douleurs des malades¹⁸⁷¹. Rares sont les publications qui conseillent au praticien des comportements spécifiques ou qui évoquent la question de la pudeur ou de la gêne lors de ces procédures, ce qui porte à croire que l'appréciation est laissée libre aux pratiques individuelles. Il est possible que, tout comme dans le contexte américain étudié par l'historien Angus McLaren, des urologues expriment leur malaise face à certains patients perçus comme recherchant avec trop d'intérêt des massages prostatiques¹⁸⁷². La crainte de l'homoérotisme et du plaisir de celui qui examine comme de celui qui est examiné se retrouve dans les écrits du docteur Georges Valensin qui explique en 1964 :

« Certains praticiens ont le toucher rectal facile, d'autres doivent vaincre leur gêne : un sentiment d'apostolat ne peut effacer un autre de retenue. Si leur client manifeste par trop de complaisance ou d'exaltation, il est recommandé de l'adresser à un confrère pour détourner ses sentiments encombrants. Pour des prospecteurs de l'inconscient, la réserve du médecin serait un moyen de défense contre la tentation homosexuelle »¹⁸⁷³

À l'hôpital, où le toucher rectal est appris aux étudiant·es en médecine, les gestes sont effectués dans un contexte où l'organisation matérielle et géographique permet d'en maîtriser le caractère potentiellement sexuel. La régulation des corps permet ainsi que les praticiens puissent voir les

¹⁸⁶⁸ Jenny Gleisner et Ericka Johnson, « Caring for affective subjects produced in intimate healthcare examinations », *Health*, vol. 0, 2021, p. 1-20 ; Jenny Gleisner et Karin Siwe, « Differences in teaching female and male intimate examinations: A qualitative study », *Medical Education*, vol. 54, n° 4, 2020, p. 348-355.

¹⁸⁶⁹ Jenny Gleisner et Ericka Johnson, « Caring for affective subjects produced in intimate healthcare examinations », *op. cit.*

¹⁸⁷⁰ *Ibid.*, p. 13.

¹⁸⁷¹ Docteur André, « Exploration de la prostate », A. Pousson & E. Desnos (dir.), *Encyclopédie française d'urologie t.6 Maladies de la prostate. Les grands syndromes urinaires*, Paris, Octave Doin, 1923, p. 4-5.

¹⁸⁷² Angus McLaren, *Impotence. A Cultural History*, *op. cit.*

¹⁸⁷³ Georges Valensin, *La prostate. Grandeurs et servitudes*, Hollande, la Jeune Parque, 1964, p. 68-69.

corps nus et accéder au sexe des hommes, en l'observant et le touchant, sans pour autant que ces actes ne soient interprétés de manière sexuelle¹⁸⁷⁴. La journaliste Muriel Reed qui suit le quotidien d'étudiant·es en médecine à la fin des années 1950, rapporte une scène d'apprentissage du toucher rectal dans un service d'urologie parisien :

« [le Patron] s'immobilisa devant le lit d'un homme âgé. [...] De l'observation il ressortait, [...] que le malade venait d'entrer et perdait du sang noirâtre depuis deux jours. [...]

- Attendez, attendez, dit le Patron. Nous allons laisser un des stagiaires essayer un toucher... Voyons... [...] Vous, dit-il en fin à Thierry. Prenez un doigtier et dites-moi ce que vous trouvez. Mettez vos poings sous vos fesses, monsieur, s'il vous plaît, dit-il au malade.

Le malade, qui semblait plongé dans une demi-torpeur, ne réagit pas. L'air appliqué et intimidé, Thierry commença prudemment son premier toucher rectal.

- Qu'est-ce que vous sentez ? dit le Patron.
- Euh... répondit seulement le pauvre Thierry. Et il devint écarlate. Je pense qu'il ne sentait rien du tout et n'osait pas farfouiller. [...]
- Je sens, euh, une tumescence bizarre, avec un creux au milieu, dit-il enfin.

Le Patron leva les yeux au ciel.

- Une tumescence bizarre avec un creux ! Mais, mon pauvre vieux, ça doit être tout simplement la prostate de monsieur ! Allons, laissez-moi voir.

Thierry retira précipitamment son doigt et arracha son doigtier maculé de sang noir. L'examen du malade terminé, le Patron partit à grands pas vers la salle d'opérations. Dans le couloir, les stagiaires s'esclaffaient.

- Ah ! mon pauvre vieux, disaient-ils à Thierry, la technique du doigt au c...., on peut dire que tu ne l'as pas encore !
- Je voudrais vous y voir, répondit-il. Je n'osais pas lui faire trop de chatouilles à ce type et je ne sentais rien...
- Tu es bête, lui dit un stagiaire avec envie. Le Patron t'avait choisi exprès un type dans les pommes, qui ne s'apercevait de rien... A ta place, j'aurais agité mes pognes »¹⁸⁷⁵

Il est significatif que le terme de « chatouiller » soit ici utilisé, alors qu'il est employé comme un euphémisme pour les attouchements sexuels à la même période¹⁸⁷⁶. La gêne à « farfouiller »

¹⁸⁷⁴ Solène Gouilhers, *Gouverner par le risque : une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande*, op. cit.

¹⁸⁷⁵ Muriel Reed, *Muriel chez...*, Paris, Julliard, 1960, p. 145-146.

¹⁸⁷⁶ C'est du moins l'euphémisme employé dans plusieurs dossiers d'hommes internés à Bel-Air, pour évoquer la masturbation ou les attouchements. Voir notamment AEG, Asile de Bel-Air, dossiers no. 11217 et 16173.

est pourtant compensée par le contexte dans lequel le toucher est effectué : à l'hôpital, sur un homme visiblement incapable d'en saisir la nature. Ainsi, les corps choisis et rendus « disponibles » pour l'apprentissage de gestes jugés potentiellement humiliants pour le patient et gênants pour l'étudiant sont ainsi vraisemblablement ceux d'hommes dont l'âge ou les capacités physiques/cognitives les assignent à une position subalterne.

L'organisation de certains services hospitaliers assure d'ailleurs une ségrégation entre les sexes qui participe à dissimuler les difficultés sexuelles et reproductives masculines auprès des regards féminins. Une étudiante en médecine arrivée à la clinique de dermatologie de Genève en 1952 évoque ainsi qu'à la polyclinique « [a]ucune femme médecin n'avait le droit d'entrer dans une salle d'examen occupée par un homme. Donc il était difficile, pour une femme, de connaître les affections cutanées spécifiquement masculines »¹⁸⁷⁷.

3.2. La transformation du sperme en objet médical

Le cas de l'examen du sperme fournit un exemple intéressant pour analyser les pratiques et stratégies employées pour transformer un fluide hautement associé à la sexualité en objet médical. Rendu possible à la fin du XIX^{ème} siècle dans le cadre d'une médecine scientifique où les méthodes de laboratoires sont de plus en plus répandues dans la clinique, l'analyse microscopique du sperme dépend de la disponibilité de l'équipement nécessaire et des compétences acquises par une jeune génération de médecins au cours de leurs études¹⁸⁷⁸.

Dès l'entre-deux-guerres, le dispositif est étendu aux consultations gratuites pour la stérilité involontaire qui se déploient dans les territoires français. Il répond également à un intérêt croissant de la littérature internationale pour la recherche et la classification du sperme¹⁸⁷⁹. Dès 1926, une biologie systématique du sperme est décrite par les gynécologues new-yorkais Gerald Moench et Helen Holt, qui montrent l'existence de près de 50 différentes cellules du sperme et encouragent la recherche à s'intéresser aux relations entre la morphologie, les variations biologiques et les cellules épithéliales du sperme¹⁸⁸⁰. Un spermogramme plus efficace est introduit en 1929 avec les travaux des chercheurs américains Macomber et Sanders, et en 1942,

¹⁸⁷⁷ Paul Laugier, Nicole Hunziker et Monika Harms, « La clinique de dermatologie de Genève », Edgar Frenk (Hrsg.), *Dermatologie et vénéréologie en Suisse. Un aperçu historique*, Neuchâtel, Alphil, 2004, p. 29.

¹⁸⁷⁸ Christina Benninghaus, « Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870-1900 », *Gender & history*, vol. 24, n° 3, 2012, p. 647-676.

¹⁸⁷⁹ Antje Kampf, « Tales of healthy men: Male reproductive bodies in biomedicine from "Lebensborn" to sperm banks », *op. cit.*

¹⁸⁸⁰ *Ibid.*

la première monographie étendue du sperme est publiée par le médecin suisse Charles Joël¹⁸⁸¹. Ces recherches soulignent l'importance, non plus uniquement de constater la présence ou l'absence des spermatozoïdes, mais aussi de les catégoriser. Joël établit ainsi 14 différentes formes de spermatozoïdes, allant de la normospermie (sperme jugé normal) à l'azoospermie (ne présentant pas de spermatozoïdes dans l'éjaculat)¹⁸⁸². Ainsi, la mesure de la santé reproductive masculine se concentre de plus en plus sur la mesure de la « performance éjaculatoire »¹⁸⁸³ : le volume des spermatozoïdes, leur concentration et nombre, leur vitesse et mobilité, leur forme et leur taille deviennent des critères standards à partir desquels est mesurée la santé masculine¹⁸⁸⁴. En présentant la stérilité masculine comme une condition médicale se limitant à l'examen de sperme, le problème reproductif est placé en-dehors du contrôle, de la responsabilité et presque du corps de l'homme, ne reflétant plus un problème lié à la sexualité ou la masculinité des patients¹⁸⁸⁵.

Sous le microscope, le sperme se transforme ainsi d'un fluide corporel porteur de multiples significations sociales à un objet scientifique. La transformation du sperme en objet médical et scientifique est assurée par l'intermédiaire du microscope qui définit dans sa configuration une « certaine partition du monde physique et social »¹⁸⁸⁶ et devient le médiateur de la relation entretenue avec le « réel »¹⁸⁸⁷. Le recours au microscope transforme ainsi l'implication masculine dans la reproduction. Là où le constat des caractères sexuels secondaires (pilosité, musculature, timbre de la voix, tailles des organes génitaux) et de la capacité à avoir des relations sexuelles aboutissant par une éjaculation dans le vagin garantissaient la capacité physiologique à devenir père, le recours au microscope déplace le regard sur le spermatozoïde, qui devient l'agent par excellence de la contribution masculine dans la procréation humaine. Le dispositif de l'examen du sperme modifie également la considération du liquide séminal en tant que matériel de recherche : celui-ci devient un objet manipulable, aspiré par les seringues, transporté dans des récipients en verres, déposé sur des lames de microscopes avant de faire

¹⁸⁸¹ *Ibid.* Je reviendrai sur cette histoire dans la prochaine partie.

¹⁸⁸² *Ibid.*

¹⁸⁸³ De nombreux travaux de critique féministe des sciences et des techniques montrent précisément que la participation masculine à la reproduction est souvent limitée à la contribution du sperme, même lorsque l'infertilité est identifiée comme étant de cause masculine. À ce sujet, consulter notamment Charis Thompson, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, *op. cit.* ; Ilana Löwy, « Assistance médicale à la procréation (AMP) et traitement de la stérilité masculine en France », *Sciences Sociales et Sante*, vol. 18, n° 4, 2000, p. 73-102.

¹⁸⁸⁴ Cynthia R. Daniels, *Exposing Men. The Science and Politics of Male Reproduction*, *op. cit.*

¹⁸⁸⁵ Ann V. Bell, « 'I don't consider a cup performance; I consider it a test': masculinity and the medicalisation of infertility », *Sociology of Health and Illness*, vol. 38, n° 5, 2016, p. 706-720.

¹⁸⁸⁶ Madeleine Akrich, « Comment décrire les objets techniques ? », *Techniques & Culture*, vol. 9, 1987, p. 49.

¹⁸⁸⁷ Madeleine Akrich, « Comment décrire les objets techniques ? », *op. cit.*

l'objet d'une observation experte¹⁸⁸⁸. L'évincement de l'homme qui le produit est tel que, certains médecins recommandent même parfois à leurs patientes de faire examiner le sperme à l'insu de leur mari¹⁸⁸⁹.

Dès les années 1930, l'attention se porte néanmoins également sur les conditions de récolte du sperme. Dans un article publié dans la *Revue médicale française* en 1932, les docteur·es Jean Seguy et Jeanne Vimeux déplorent ainsi que la plupart des gynécologues « se contentent d'un examen trop superficiel [...] il leur suffit d'apprendre que le sperme en question contient des spermatozoïdes vivants »¹⁸⁹⁰. Il et elle mettent en avant la nécessité de récolter le sperme par la masturbation, ou moins idéalement dans un préservatif au cours des rapports, plutôt que de le récolter dans le milieu vaginal, qui « altère » les spermatozoïdes. Il et elle soulignent également que le sperme lui-même nécessite un travail de préparation car il est « trop épais pour être porté immédiatement sous le microscope »¹⁸⁹¹. Il convient tout d'abord de laisser « la boîte à l'étuve à 37 degrés pendant cinq à dix minutes pour homogénéiser et fluidifier le mélange [...] Quand le sperme est devenu fluide et homogène, on examine au microscope une goutte »¹⁸⁹².

Ces pratiques de transformation, tout comme celles de quantification et de classification, font partie de ce que le sociologue Sebastian Mohr décrit comme des méthodes d'« endiguement » du caractère sexuel du sperme afin de le transformer en un objet scientifique et d'assurer la respectabilité professionnelle de ceux et celles qui l'étudient¹⁸⁹³. Ces pratiques s'accompagnent d'autre part de significations sur le pouvoir procréatif masculin. Ainsi, d'après l'historienne Naomi Pfeffer, la description de la spermatogénèse selon une métaphore industrielle explique en partie le succès du spermogramme comme mesure du pouvoir procréatif masculin¹⁸⁹⁴. Les conseils pour améliorer la « production » de spermatozoïdes, tels que l'abstinence sexuelle avant les examens de sperme, permettent en même temps d'accommoder d'anciennes représentations du sperme comme nécessaire à la santé et à la vigueur masculines¹⁸⁹⁵.

¹⁸⁸⁸ Christina Benninghaus, « Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870-1900 », *op. cit.*

¹⁸⁸⁹ Camille Bajoux, « Managing masculinities. Doctors, men, and men's partners facing male infertility in France and French-speaking Switzerland (c. 1890–1970) », *op. cit.*

¹⁸⁹⁰ Jean Seguy et Jeanne Vimeux, « Comment pratiquer l'examen de sperme dans les cas de cas de stérilité », *Revue médicale française*, vol. 12, 1932, p. 683.

¹⁸⁹¹ *Ibid.*

¹⁸⁹² *Ibid.*

¹⁸⁹³ Sebastian Mohr, « Containing Sperm—Managing Legitimacy: Lust, Disgust, and Hybridity at Danish Sperm Banks », *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 45, n° 3, 2016, p. 319-342.

¹⁸⁹⁴ Naomi Pfeffer, *The Stork and the Syringe. A Political History of Reproductive Medicine*, *op. cit.*

¹⁸⁹⁵ *Ibid.*

Or, il est probable que l'emploi de termes techniques neutres contraste avec l'expérience vécue des patients. Alain Giami souligne ainsi « les abîmes qui séparent la construction symbolique traditionnelle du sperme, la construction du recueil du sperme dans l'univers médico-scientifique [...] et l'expérience [...] décrite et vécue par les usagers »¹⁸⁹⁶. Il faut dire que l'association entre puissance sexuelle, vitalité physique et qualité du sperme est toujours culturellement disponible et présente, en témoignent les appels des spécialistes de la reproduction à ce que les hommes en connaissent la distinction¹⁸⁹⁷. Un patient confie à son psychanalyste à la fin des années 1920 : « J'ai toujours considéré mon sperme comme quelque chose de précieux et j'ai souvent été triste d'en perdre dans un autre but que celui de la procréation. Quand j'avais des pollutions, je me disais : il ne me restera rien pour plus tard »¹⁸⁹⁸. Un autre évoque en 1933 le cas d'un patient qui « après la masturbation, recueillait son sperme dans une cuiller à bouche, en évaluait le volume et prenait immédiatement la même quantité d'huile de foie de morue pour récupérer ses humeurs et sa force perdues »¹⁸⁹⁹. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, c'est en mobilisant un registre du génie relevant du sexuel et du sperme qu'un exilé italien parle de ses difficultés :

« Comme je voudrais me trouver dans cet état d'âme exalté, passionné et passionnel, dont avait besoin G. D'Annunzio pour écrire. Il s'y mettait assez facilement et s'y maintenant à loisir. [...] Une femme a dit de cet homme [...] : « Ce pauvre Gabriel, si plein de génie et de spermatozoïdes ». Du génie, il en avait [...] Mais c'est surtout de sperme séminal et d'orgasme sensuel qu'il surabondait, même si parfois on flairait dans ses exploits d'érotomane quelque chose de forcé, une sorte de chiqué, une pose qu'il se donnait. [...] Moi, actuellement, pauvre de moi ! je suis vidé de spermatozoïdes ; mes couilles sont aussi plates que mon portefeuille : quelle navrance ! [...] Je n'ai que vingt six berges et déjà cruellement vide de sperme »¹⁹⁰⁰

Les hommes parlent de la qualité de leur sperme dans un langage différent de celui du médecin et du laboratoire. Si le discours médical et la technique microscopique recentrent le pouvoir fécondateur sur les spermatozoïdes, les hommes établissent sur la base de leurs propres expériences une réalité différente de la qualité du sperme, où interviennent plutôt des considérations sur sa texture, sa quantité ou la rapidité de l'éjaculation. Ainsi, au début des années 1950, un homme de 23 ans « désire se soumettre avant son mariage à un examen

¹⁸⁹⁶ Alain Giami, « Le « glauque » ou la production de sperme infertile », *Ethnologie française*, vol. 41, 2011/1, p. 42.

¹⁸⁹⁷ Camille Bajeux, « Managing masculinities. Doctors, men, and men's partners facing male infertility in France and French-speaking Switzerland (c. 1890–1970) », *op. cit.*

¹⁸⁹⁸ R. de Saussure, « Fragments d'analyse d'un pervers sexuel », *Revue française de psychanalyse*, vol. 4, 1929, p. 672.

¹⁸⁹⁹ Charles Odier, « La théorie de Freud et son évolution. Aperçu général et Considérations Méthodologiques », *Revue française de psychanalyse*, vol. 1, 1933, p. 40.

¹⁹⁰⁰ APA 106 (1), Sicca Venier, *Sans fard. Journal d'exil (1945-1949)*, *op.cit.*, p. 15-16.

urologique, car il a remarqué depuis longtemps que lors de l'éjaculation, le sperme était parfois liquide et de faible quantité »¹⁹⁰¹. Similairement, c'est parce qu'il a « a commencé à avoir des éjaculations rapides, puis [...] s'est aperçu qu'il n'émettait presque plus de sperme »¹⁹⁰² que se décide à consulter un entrepreneur de 36 ans dans les années 1940.

Le sperme est donc investi de différentes significations, notamment d'ordre sexuel, qui peuvent déstabiliser le dispositif médical au laboratoire¹⁹⁰³. La moralité de la masturbation est certes fréquemment discutée dans la littérature médicale, notamment d'un point de vue de la considération de l'Église catholique à ce sujet, mais les conditions mêmes de récolte du sperme (les questions du désir et du plaisir notamment) ne sont jamais évoquées. Si jusqu'alors, le liquide séminal était recueilli à domicile (par masturbation ou rapport sexuel), certaines consultations de stérilité introduisent un nouveau système de récolte du fluide séminal. Le docteur André-Raymond Chauvin décrit la procédure qui est mise en place dans les années 1940 à l'École de puériculture :

« le sperme est recueilli par masturbation. Dès son arrivée, ou après l'interrogatoire, lors de la première visite, on remet au consultant une boîte de Petri et on le conduit à une petite pièce isoloir. Après obtention du sperme, il remet la boîte à une infirmière qui note sur le couvercle le nom du consultant et l'heure d'émission ; puis la porte au médecin. Plus rarement, le sperme est obtenu par coït interrompu. Dans ce cas, la femme apporte le flacon dans l'heure qui suit le rapport »¹⁹⁰⁴

Au-delà des raisons de pudeur, l'absence de mention des conditions de masturbation inscrit dans le dispositif médical la croyance que les hommes savent et peuvent se masturber dans n'importe quelle situation, qu'ils ont une capacité « mécanique » à avoir une érection, à obtenir le liquide demandé et à le récolter dans le récipient¹⁹⁰⁵. D'après les sources que j'ai pu consulter, il n'est pourtant pas rare que les hommes ne parviennent pas à « produire » les échantillons demandés¹⁹⁰⁶.

La transformation du sperme en objet scientifique, éloigné des corps masculins, rend aussi possible pour les femmes médecins de s'atteler à son analyse sans enfreindre les normes de

¹⁹⁰¹ Farid Aalam, *Les malformations congénitales au niveau des voies spermatiques et leur importance dans la stérilité masculine*, thèse de la Faculté de médecine de l'Université de Genève, 1953, p. 5-6.

¹⁹⁰² AM, Fonds Bourguignon, dossier no. 3627, examen médical, années 1940.

¹⁹⁰³ Sebastian Mohr, « Sperm », *Lambda nordica*, vol. 25, n° 1, 2020, p. 155-159 ; Sebastian Mohr, « Containing Sperm—Managing Legitimacy: Lust, Disgust, and Hybridity at Danish Sperm Banks », *op. cit.*

¹⁹⁰⁴ André-Raymond Chauvin, *Fonctionnement d'une consultation de stérilité*, *op.cit.*, p. 51.

¹⁹⁰⁵ Liberty Walther Barnes, *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine and Identity*, *op. cit.*

¹⁹⁰⁶ Plusieurs cas de ce type sont mentionnés dans les dossiers de patients issus du Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires ouvert dans les années 1960 à Genève. Ces sources font l'objet d'une analyse approfondie dans la quatrième partie de cette thèse.

pudeur. Alors qu'elles ne constituent qu'un effectif minoritaire des cohortes de médecine à ce moment¹⁹⁰⁷, plusieurs femmes rédigent des thèses de médecine sur l'analyse du sperme au sortir de la Seconde Guerre mondiale. C'est le cas d'Yvette Bergerot-Blondel, devenue plus tard membre du bureau de l'association *Maternité heureuse*¹⁹⁰⁸, qui rédige une thèse en 1946 portant sur la valeur diagnostique des examens de sperme à partir de l'examen « systématique et détaillé »¹⁹⁰⁹ du liquide séminal de 150 sujets dont les femmes sont prises en charge à la consultation de la Maternité de Port-Royal. Trois années plus tard, Odette Morin réalise quant à elle une thèse de médecine sur les liens entre pouvoir fécondant du sperme et sa richesse en sucres, à partir du « matériel humain »¹⁹¹⁰ mis à sa disposition à la consultation de stérilité de l'École de Puériculture. La présence des femmes derrière le microscope est révélatrice de l'essor de la figure de la « laborantine » dont les qualités « naturellement féminines » telles que la minutie et la précision accompagnent l'invisibilité de leurs pratiques. Des années plus tard, alors qu'elle travaille dans l'un des premiers Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain, la biologiste Françoise Czyglik évoque ainsi : « je travaillais derrière le microscope, je ne consultais pas : à l'époque il était inconcevable qu'une femme reçoive un homme venant pour un spermogramme... »¹⁹¹¹. La féminisation du travail de laboratoire et de l'examen du sperme montre ainsi les règles tacites par lesquelles peuvent être étudiés les corps et les maladies masculines ayant trait à la sexualité ou à la reproduction au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Elle montre aussi l'importance de la technoscientification des pratiques médicales dans l'appréhension des difficultés reproductives masculines.

De la protection à la complaisance, de la violence à la gêne, les rapports entre médecins et patients sont à l'intersection de différents rapports de pouvoir déterminés par l'âge, la classe, la race ou encore le motif et les modalités de consultation. Ce chapitre a mis en évidence l'importance de considérer la manière dont des hommes soignent d'autres hommes pour comprendre l'influence des rapports de masculinités sur la description, la détection et la production de connaissances sur la santé sexuelle et reproductive masculine. Les hommes qui

¹⁹⁰⁷ En 1950, les femmes ne représentent que 16% des étudiantes en médecine en France. Frédérique Liotard-Schneider, *Les experts de l'intime et les femmes, médecins et démographes en France de 1945 à 1975*, thèse de l'Université Paris Ouest-Nanterre La Défense, 2010, p. 78.

¹⁹⁰⁸ J'évoquerai, dans la quatrième partie, plus en détail le parcours des médecins impliqués dans la médecine de la stérilité qui s'impliquent également dans la lutte pour la légalisation de la contraception en France.

¹⁹⁰⁹ Yvette Bergerot-Blondel, *Valeur diagnostique des examens de sperme dans les stérilités conjugales*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1946, p. 1.

¹⁹¹⁰ Odette Morin, *Contribution à l'étude chimique du sperme au cours de la stérilité*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1949, p. 2.

¹⁹¹¹ Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, Paris, Editions Matériologiques, 2016, p. 71.

occupent des positions subalternes dans la hiérarchie des masculinités font ainsi l'objet d'une plus grande médicalisation dans l'objectif de les « normaliser » d'après des critères de masculinité définis autour de l'indépendance financière, du travail et de la respectabilité sociale. À l'inverse, les liens de sympathie, de connivence et de solidarités qui lient certains médecins et leurs patients participent à l'invisibilisation des difficultés sexuelles ou reproductives masculines, que cela se passe par la délégation de traitements invasifs sur les corps des femmes ou par la dissimulation de résultats d'examens jugés menaçants pour l'identité masculine. Ce chapitre montre donc que les entreprises de médicalisation des corps masculins passent par une redéfinition des normes de masculinité, comme en témoignent les tactiques employées pour assurer la coopération des hommes des couples infertiles, ou par une dissociation de l'objet étudié (par exemple, le sperme) des corps masculins.

Conclusion

En l'absence de spécialité dédiée à la santé masculine, la prise en charge des hommes traités pour des troubles sexuels varie selon les espaces, les spécialités et les praticiens. Dans cette partie, je me suis intéressée à deux cas en particulier : la prise en charge de l'impuissance sexuelle dans le cabinet du neurophysiologiste Georges Bourguignon et celle des sexualités considérées comme « déviantes » dans les cantons de Genève et de Vaud. L'analyse des dossiers de Bourguignon fournit des informations précieuses sur les formes de prise en charge de l'impuissance sexuelle en France de l'entre-deux-guerres aux années 1950. Ils permettent notamment de nuancer les travaux historiques qui considèrent que l'impuissance sexuelle est principalement requalifiée au lendemain de la Grande Guerre comme étant d'origine psychogène.

S'ils ne permettent pas de généraliser à d'autres contextes médicaux, les dossiers de patients fournissent des informations utiles pour interroger l'histoire de la santé masculine à l'aune des pratiques cliniques. Les dossiers mettent aussi en évidence les écarts entre les savoirs publiés dans les ouvrages et revues spécialisées et les pratiques effectives. En effet, si la plupart des auteurs concède l'inefficacité des traitements hormonaux pour soigner l'impuissance, ceux-ci demeurent cependant fréquemment employés durant cette période. L'accès à ces dossiers permet aussi de mettre en lumière l'existence de pratiques dédiées à la santé masculine qui n'ont autrement pas laissé de traces. Tout comme au cabinet de Bourguignon, la plupart des cas d'impuissance ont vraisemblablement été pris en charge à la demande des patients au cabinet de médecins généralistes ou de spécialistes sans pour autant faire l'objet de publications médicales.

Les dossiers d'hommes internés pour délits et crimes sexuels dans les cantons de Genève et Vaud témoignent d'un autre aspect de la prise en charge médicale des sexualités masculines à la même période. Contrairement aux patients de Bourguignon, les hommes qui sont internés ne le sont pas par choix et proviennent le plus souvent des classes sociales les plus défavorisées. La mise en regard de ces espaces est intéressante car elle souligne les divergences qui existent selon les contextes et spécialités quant à l'origine du désir sexuel : là où la castration (chirurgicale ou hormonale) est présentée comme efficace car elle limite la production hormonale, les traitements à base de testostérone sont au contraire jugés inefficaces pour soigner l'impuissance sexuelle.

L'attention portée aux pratiques cliniques permet d'interroger l'histoire de la santé masculine « par le bas ». En se concentrant sur les sexualités masculines, les dossiers de patients de la clinique de Bourguignon et de Genève et Vaud permettent non seulement d'interroger les transformations techniques et savantes mais aussi celle des normes autour des sexualités masculines au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. La compréhension médicale des « troubles de la sexualité » n'est possible qu'en référence à des scripts établis, qui deviennent intelligibles par les techniques (la chronaxie vestibulaire et les examens hormonaux, notamment) et qui permettent de décréter la maladie et d'établir un traitement. Ainsi, les pratiques d'identification du désir sexuel « anormal » témoignent aussi des transformations plus larges qui touchent la compréhension médicale des corps masculins. Aux côtés d'examens organicistes qui participent à réduire les « paramètres de la maladie aux niveaux dits fondamentaux : ceux de la cellule, des molécules et des macromolécules »¹⁹¹² se développe ainsi un registre de compréhension psychanalytique qui définissent les troubles liés à la sexualité comme des troubles de la virilité. Ce faisant, l'analyse de ces dossiers donne aussi à voir des transformations plus larges de la médecine, marquées à la fois par l'émergence de la biomédecine d'après-guerre et par l'essor de la psychanalyse dans la compréhension médicale de la sexualité. Ces deux tendances établissent ainsi les bases de la sexologie et des sciences de la reproduction qui se développent dans le paysage médical français et romand au lendemain de la Seconde Guerre mondiale.

Interroger les pratiques « par le bas » implique également de considérer le rôle des interactions et des rapports de domination dans la production de connaissances. En ce sens, l'attention portée aux masculinités permet de rappeler que la production de discours, de connaissances et des formes de spécialisation sont produites à partir de positions situées. Avec certains hommes qui disposent d'un capital culturel et économique conséquent s'établissent des formes de connivences et de solidarités masculines. Celles-ci sont notamment visibles autour du double standard sexuel, où la mention de conquêtes féminines est le sujet de vantardise, d'envie ou de respect. Le cabinet médical est aussi un lieu où s'évaluent les hommes entre eux et où la dimension hétéronormative de la performance sexuelle est centrale. En même temps, les médecins emploient aussi des stratégies pour contrer la position de vulnérabilité de leurs patients. Ayant pour objectif de rassurer les patients et de ménager leurs sentiments, le « travail émotionnel » effectué par certains médecins participe en même temps à invisibiliser les

¹⁹¹² Jean-Paul Gaudillière, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, Paris, La Découverte, 2002, p. 13.

défaillances masculines, que cela se passe par la délégation de traitements invasifs sur les corps des femmes ou par la dissimulation de résultats d'examens jugés menaçants pour l'identité masculine.

Les rencontres entre médecins et patients ne sont d'ailleurs pas toujours marquées par des formes de solidarités mais aussi par des rapports de pouvoir entre masculinités. De ce fait, les formes de médicalisation de la santé masculine passent autant par la reconfiguration des rapports de pouvoir que par celle des normes de la masculinité hégémonique. D'autres recherches seraient nécessaires pour enrichir ces conclusions et mettre en évidence le caractère intersectionnel des rapports entre hommes – notamment en termes de race. Il importe néanmoins d'étudier la production de connaissance et la professionnalisation par le biais des pratiques quotidiennes : ainsi, le sentiment de gêne et la crainte de l'homoérotisme participent à la manière dont sont envisagés et construits les corps masculins par la médecine. Comme l'exemple du sperme le montre, ce n'est qu'en neutralisant les significations sexuelles qui y sont associées que le liquide devient un objet légitime d'analyse scientifique. C'est d'ailleurs par le biais de ces mécanismes de légitimation que se consolide la médecine de la reproduction au lendemain de la Seconde Guerre mondiale – et avec elle, une nouvelle discipline : l'andrologie.

Partie IV.

Des médecines « du couple » à celles du masculin pendant les Trente Glorieuses

Introduction

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, les pays européens connaissent une période de forte croissance économique caractérisée par l'augmentation du niveau de vie et de la production industrielle. Ces décennies qualifiées a posteriori de « Trente Glorieuses » coïncident aussi avec le développement et l'institutionnalisation des sciences de la reproduction. Espace de rencontre de différents « mondes sociaux », la reproduction fait l'objet de conflits et d'alliances entre gynécologues, biologistes, endocrinologues, agronomes, ainsi que des groupes féministes, politiques, des organisations philanthropiques et eugénistes. Ces rapprochements singuliers permettent le transfert de la médecine de la reproduction du domaine de l'illégitimité à son institutionnalisation en discipline scientifique dans un contexte scientifique de plus en plus globalisé¹⁹¹³. L'historienne Adele E. Clarke analyse ces transformations comme le signe d'une « disciplinarisation » de la reproduction qui passe par l'apparition de nouvelles disciplines consacrées à la procréation mais aussi par l'établissement de nouvelles formes de contrôle sur la vie elle-même, notamment sur la conception ou la fertilité¹⁹¹⁴.

En France, les travaux qui se sont intéressés à l'émergence de la médecine reproductive se surtout penchés sur le développement et la mise sur le marché de méthodes médicales de contraception (telles que la pilule contraceptive et le stérilet) dès les années 1960¹⁹¹⁵. Les recherches menées par Alexandra Roux et Aurore Koechlin ont ainsi récemment mis en évidence le rôle de la contraception médicale dans le développement de la gynécologie et dans son identification en tant que spécialité « alliée des femmes »¹⁹¹⁶. Ce renouvellement de l'historiographie fournit des outils précieux pour comprendre le phénomène – bien connu – de la féminisation de l'offre contraceptive et médicale au lendemain de la Seconde Guerre mondiale¹⁹¹⁷. En se concentrant sur l'introduction des pratiques médicales de contraception, ces

¹⁹¹³ Adele E. Clarke, *Disciplining Reproduction. Modernity, American Life Sciences, and « the Problems of Sex »*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press, 1998.

¹⁹¹⁴ *Ibid.*

¹⁹¹⁵ Voir notamment Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, op. cit. ; Alexandra Roux, « Par amour des femmes » ? La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale, op. cit. ; Cécile Thomé, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)*, op. cit. ; Cécile Ventola, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, op. cit. ;

¹⁹¹⁶ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, op. cit. ; Alexandra Roux, « Par amour des femmes » ? La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale, op. cit.

¹⁹¹⁷ De nombreux travaux, notamment anglo-saxons, se sont intéressés au développement des méthodes contraceptives et à leur focalisation sur le corps des femmes, voir notamment Nelly Oudshoorn, *The Male Pill: A*

recherches ont peu thématisé un autre aspect, pourtant important, des sciences de la reproduction : l'histoire de la prise en charge de la stérilité conjugale. Si les travaux de l'historien Fabrice Cahen fournissent à cet égard quelques informations précieuses pour le cas de la France¹⁹¹⁸, l'histoire de la médecine de la stérilité demeure encore à ce jour inexplorée en Suisse romande, où les recherches se sont principalement penchées sur l'histoire des pratiques contraceptives et sur celle de la sexologie¹⁹¹⁹. Or, c'est précisément autour de la stérilité masculine que se constituent les premiers réseaux, rencontres et organisations professionnelles d'andrologie à partir des années 1960¹⁹²⁰.

En partant de ce constat, cette partie explore l'émergence et le développement de la médecine de la reproduction – en particulier de la médecine de la stérilité – en France et en Suisse romande au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Dans un domaine principalement dominé par la gynécologie, elle cherche à interroger la place occupée par la stérilité masculine dans la médecine de la reproduction : qui l'étudie et s'en revendique ? Quels sont les enjeux politiques, moraux, médicaux, et de genre que soulèvent la diffusion de nouvelles techniques reproductives, allant de la contraception à l'insémination artificielle ? Mais aussi comment les couples, les médecins et les hommes négocient-ils la place dédiée à ces derniers dans les consultations et les pratiques de régulation de leur fertilité ?

En croisant travaux historiques et sources originales (archives rurales, administratives et archives de presse notamment), cette partie montre comment ces transformations s'accompagnent de reconfigurations de la place des hommes dans la médecine de la reproduction durant les Trente Glorieuses. Pour s'approcher au plus près des pratiques, je m'appuie notamment sur des dossiers de patient·es d'un Centre d'étude de la stérilité fondé à

Biography of a Technology in the Making, op. cit. ; Lara V. Marks, *Sexual chemistry. A history of the contraceptive pill*, New Haven and London, Yale University Press, 2001.

¹⁹¹⁸ Fabrice Cahen, « Obstacles to the establishment of a policy to combat infertility in France, c. 1920-1950 », op. cit. ; Fabrice Cahen, « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », op. cit. ; Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, op. cit.

¹⁹¹⁹ Sur l'histoire de la sexologie, voir notamment Cynthia Kraus, Véronique Mottier et Vincent Barras, « La sexologie américaine made in Switzerland: naissance d'une clinique des troubles sexuels (Lausanne, 1950-1980) », dans Hélène Martin et Marta Roca Escoda (dir.), *Sexuer le corps. Huit études sur des pratiques médicales d'hier et d'aujourd'hui*, Lausanne, Éditions HETSL, 2019, p. 69-81 ; Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit. ; Sylvie Burgnard, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, thèse de l'Université de Genève, 2012. Au sujet des pratiques contraceptives, consulter Caroline Rusterholz et Anne-Françoise Praz, « Une transition au féminin ? Modèles de parentalité et fécondité en Suisse (1955-1970) », *Genre, sexualité et société*, n° 16, 2016, p. 0-19 ; Anne-Françoise Praz, « Religion, masculinity and fertility decline », op. cit. ; Caroline Rusterholz, « Deux enfants, c'est déjà pas mal ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, op. cit.

¹⁹²⁰ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

Genève dans les années 1960¹⁹²¹ ainsi que des témoignages de couples, de médecins et de militant·es publiés dans des autobiographies ou recueillis dans le cadre d'enquête d'histoire orale¹⁹²².

Le premier chapitre se concentre sur le développement des connaissances autour de la stérilité en France et en Suisse romande. En s'intéressant à la circulation des personnes et des connaissances entre les États-Unis, la France et la Suisse, il montre comment la stérilité masculine est partiellement redéfinie comme relevant de la juridiction urologique. D'un problème concernant les femmes, la stérilité est d'autre part de plus en plus envisagée comme une condition qui affecte le couple et dont les deux partenaires doivent faire l'objet d'attention médicale. Pourtant, la médicalisation de la stérilité masculine ne s'accompagne pas du déploiement d'une offre similaire à celle de la gynécologie. Loin des pratiques des urologues, le traitement de la stérilité masculine se développe surtout par le biais de l'insémination artificielle. Tout d'abord restreinte au contexte de la médecine vétérinaire puis importée dans la clinique, la pratique soulève des enjeux sociaux, politiques et de genre lorsqu'elle implique le don du sperme. Bien que rendant visible la contribution masculine à la procréation, elle participe à faire de la stérilité masculine une condition devant être traitée sur le corps des femmes.

Le second chapitre revient sur l'offre médicale en matière de gestion de la fécondité. En s'appuyant sur la littérature historique existante, il montre l'impact de nouvelles méthodes médicales de contrôle des naissances sur les pratiques contraceptives des couples et sur l'offre de soins. Il cherche ainsi à interroger la « relation privilégiée » qui unit alors les femmes et leurs médecins (notamment gynécologues) au regard de l'absence d'un équivalent masculin. En même temps que la contraception est présentée par les médecins du planning familial comme un outil d'émancipation de la sexualité, elle devient aussi un instrument de responsabilisation des femmes de l'harmonie sexuelle et conjugale des couples. En réinterrogeant la notion de travail, cette partie cherche ainsi à montrer comment les médecins et les couples négocient et imaginent la place des hommes dans des espaces médicaux tout d'abord pensés pour des femmes.

¹⁹²¹ Brièvement mentionné dans sa thèse par Taline Garibian, l'histoire de ce Centre n'a pas encore été explorée.

¹⁹²² C'est le cas notamment des entretiens effectués par Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland avec des anciens collaborateur·ices des Centres d'études et de conservation du sperme, publiés sous la forme d'un ouvrage Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, op. cit.

Dans la suite de cette réflexion, un épilogue porte sur la constitution de réseaux d'andrologues au tournant des années 1970 en Allemagne, Espagne et en Europe du Nord. Principalement organisés autour de l'étude du sperme et ayant pour objectif de développer des connaissances sur la stérilité masculine, ces réseaux se constituent par le biais de voyages et de rencontres entre pays auxquels participent quelques acteurs français et suisses. Cette démarche demeure néanmoins isolée tant dans le champ médical que dans l'espace du social, où la configuration de transformation des rapports sociaux de genre n'implique pas de noyau dur d'hommes militants qui s'organisent pour appeler à la constitution d'une andrologie. Il ouvre ainsi de nouvelles pistes de recherche pour comprendre les enjeux autour du déploiement de nouvelles sciences andrologiques à compter de la seconde moitié des années 1970.

Chapitre 1. Des médecines de la stérilité masculine

1. La « disciplinarisation » de la reproduction

1.1. La redéfinition de la stérilité masculine comme une juridiction urologique

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la diffusion mondiale de nouvelles techniques médicales (notamment les vaccins et les antibiotiques) contribue à diminuer drastiquement la mortalité infantile, provoquant la crainte d'une transition démographique démesurée¹⁹²³. Dans un contexte de guerre froide et de décolonisation, la fécondité élevée des pays dits du « Tiers-monde » est présentée, par les organisations internationales et les démographes occidentaux comme une menace pour la paix et le développement économique des Nations¹⁹²⁴. C'est dans l'objectif de contrer cette « bombe démographique » que sont fondées deux organisations internationales ayant pour objectif de limiter les naissances : le *Population Council*, financé par la fondation Rockefeller, et l'*International Planned Parenthood Federation* (IPPF). La création de programmes de planification familiale dans les pays dits « en développement » est possible grâce au soutien, bien qu'ambivalent, d'organisations internationales, telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) nouvellement créée en 1948. Ainsi, comme le souligne l'historienne Sylvie Chaperon, les « pays protestants industrialisés y sont favorables, ainsi que les jeunes nations dont le développement est fortement compromis par une croissance démographique accélérée, mais les pays catholiques restent fermes dans leur refus »¹⁹²⁵.

Le contexte d'inquiétude populationniste entre les années 1940 et 1965 participe à donner aux sciences de la reproduction et aux recherches visant à contrôler la procréation humaine une légitimité sociale, politique et scientifique renouvelée¹⁹²⁶. Au lendemain de la guerre, la médecine de la stérilité ne représente pourtant toujours qu'un secteur marginal de la scène médicale française et suisse¹⁹²⁷. Créée en 1941 par le chirurgien, biologiste et eugéniste Alexis

¹⁹²³ Matthew Connelly, *Fatal Misconception. The Struggle to Control World Population*, Cambridge and London, The Belknap Press of Harvard University Press, 2008 ; Ilana Löwy, « Defusing the population bomb in the 1950s: Foam tablets in India », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 43, n° 3, 2012, p. 583-593.

¹⁹²⁴ Matthew Connelly, *Fatal Misconception. The Struggle to Control World Population*, op. cit. ; Ilana Löwy, « Defusing the population bomb in the 1950s: Foam tablets in India », op. cit. ; Adele E. Clarke, *Disciplining Reproduction. Modernity, American Life Sciences, and « the Problems of Sex »*, op. cit.

¹⁹²⁵ Sylvie Chaperon, *Les années Beauvoir (1945-1970)*, Fayard, 2000, p. 122.

¹⁹²⁶ Adele E. Clarke, *Disciplining Reproduction. Modernity, American Life Sciences, and « the Problems of Sex »*, op. cit.

¹⁹²⁷ Fabrice Cahen, « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », op. cit.

Carrel, la Fondation française pour l'étude des problèmes humains participe à financer les recherches sur le sujet¹⁹²⁸. L'institution promeut le développement de consultations ainsi que la mise en place d'un enseignement universitaire spécialisé en réunissant plusieurs médecins parisiens, dont les gynécologues Maurice Lacomme à l'École de puériculture, Jacques Varangot à l'Hôpital Port-Royal, Raoul Palmer à l'Hôpital Broca ainsi que Louis Portes à la clinique Baudelocque. Défenseur du contrôle des naissances et engagé dans la résistance, le docteur Jean Dalsace ne fait pas partie des personnalités mandatées¹⁹²⁹. En-dehors de ces quelques personnalités, la stérilité demeure marquée du sceau de la fatalité, tant chez les couples que pour les médecins, comme l'évoque le gynécologue et spécialiste de la stérilité Jean Cohen :

« Il y a eu aussi, en moi, un sentiment de révolte contre le conservatisme général des accoucheurs des années cinquante qui, comme leurs aînés et avec moins d'excuses considéraient que la nature [...] faisait bien les choses et qu'elle devait être très peu contrariée. Si les couples étaient stériles – si les femmes donc étaient stériles - c'était sûrement parce que quelque part [...] elles avaient dérangé un processus naturel »¹⁹³⁰.

Les recherches en matière de stérilité, notamment masculine, sont principalement menées à l'étranger. Dans la thèse de médecine qu'elle consacre en 1946 à l'examen de sperme, la doctoresse Yvette Bergerot-Blondel souligne ainsi le contraste « entre la discrétion de ces recherches [françaises] et l'abondance et le sérieux des travaux étrangers contemporains, surtout américains et aussi allemands »¹⁹³¹. En Allemagne en effet, les efforts entrepris pour « viriliser » les corps ainsi que les stérilisations et les expérimentations médicales pratiquées par le régime nazi ont contribué à (re)définir le corps masculin comme objet de connaissances¹⁹³². En accord avec la politique raciale du régime, la recherche sur la stérilité masculine et les propriétés du sperme s'intensifie dans les années 1940 afin de permettre aux hommes considérés comme « héréditairement sains » de procréer¹⁹³³.

¹⁹²⁸ *Ibid.*

¹⁹²⁹ *Ibid.*

¹⁹³⁰ Jean Cohen, *Les mains de la vie. La conception et la naissance maîtrisées. Histoire d'une conquête*, op. cit., p. 125.

¹⁹³¹ Yvette Bergerot-Blondel, *Valeur diagnostique des examens de sperme dans les stérilités conjugales*, thèse de médecine sous la présidence du Prof. Portes, Faculté de médecine de Paris, 1946, p. 1-2.

¹⁹³² Florence Vienne, « Der Mann als medizinisches Wissensobjekt: Ein blinder Fleck in der Wissenschaftsgeschichte », *NTM, International Journal of History & Ethics of Natural Sciences, Technology and Medicine*, vol. 14, n° 4, 2006, p. 222-230 ; Jean-Paul Gaudillière, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », op. cit.

¹⁹³³ Hans-Georg Hofer, « Der Frauenarzt und die Sterilität des Mannes: Über das Verhältnis von Gynäkologie und Andrologie in den 1950er Jahren », dans Christoph Anthuber, Matthias W. Beckmann, Johannes Dietl, Fritz Dross et Frobenius Wolfgang (dir.), *Herausforderungen. 100 Jahre Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, Stuttgart, Thieme, 2012, p. 186-196.

Ce développement de la scène médicale allemande explique d'ailleurs peut-être les contrastes professionnels qui divisent la Suisse de manière linguistique. L'étude de la stérilité masculine se développe principalement en Suisse alémanique, notamment à Bâle sous l'influence du docteur Charles Joël. Polonais d'origine, Joël étudie dans un lycée de langue allemande puis se forme à Prague, Munich, Paris et Bâle, avant d'aller à Jérusalem où il obtient, comme beaucoup de juifs européens qui fuient les persécutions religieuses, la nationalité palestinienne¹⁹³⁴. Il entre à l'Université de Bâle en 1938, où il travaille dans le service de gynécologie, en clinique et en recherche¹⁹³⁵. Soulignant l'importance de la prise en charge de la stérilité « en matière de politique démographique »¹⁹³⁶, il met en place une consultation de stérilité masculine au sein du service de gynécologie puis participe à monter un centre d'étude de la stérilité. En 1942, il publie l'un des premiers travaux de classification de la morphologie du sperme *Studien am menschlichen Sperma* [Études sur le sperme humain] dans lequel il plaide pour la création d'une spécialité consacrée à la stérilité masculine sans rencontrer de grand écho dans un contexte préoccupé par la guerre¹⁹³⁷. Les documents rassemblés au sein de son dossier personnel, conservé aux Archives du canton de Bâle-Stadt, révèlent qu'il ne dispose pas du droit de résidence et qu'il rencontre de grandes difficultés pour rester en Suisse. À compter de 1946, il demande le droit d'obtenir l'habilitation qui lui permettrait d'obtenir un poste stable et déplore l'antisémitisme dont il s'estime victime :

« Après plusieurs années de lutte, j'ai réussi à faire comprendre aux autorités compétentes la nécessité d'une telle organisation [un centre de stérilité], et j'espère que nous pourrions bientôt mettre en place un tel institut - mais je ne peux pas me consacrer pleinement à cette tâche en étant toujours marqué de la « tâche jaune » de l'étranger »¹⁹³⁸

Ses demandes étant déboutées par la police des étrangers, il repart cependant au lendemain de la guerre pour s'installer à Jérusalem où il poursuit l'essentiel de sa carrière¹⁹³⁹.

En France, la médecine de la reproduction est principalement influencée par les travaux américains, à un moment où les États-Unis (et dans une moindre mesure la Grande-Bretagne)

¹⁹³⁴ Archives du canton de Bâle-Stadt, UNI-REG 5d 2-1 (1) 155 Joël, Charles A, dossier personnel.

¹⁹³⁵ *Ibid.*

¹⁹³⁶ *Ibid.*, rapport du chef du département de l'Instruction publique [Erziehungsdepartements], 29 juin 1946. Il souligne ainsi : « j'ai pu montrer que l'infertilité revêt en Suisse la plus grande importance en matière de politique démographique. Alors que les États-Unis comptent 10 % de mariages stériles, j'en ai trouvé 25 % dans le canton de Bâle-Ville, c'est-à-dire qu'un mariage sur quatre, qu'il soit voulu ou non, reste stérile à Bâle. Genève a le même pourcentage, généralement 20-25% pour la population urbaine et 18-23% pour la population rurale ».

¹⁹³⁷ Hans-Georg Hofer, « Der Frauenarzt und die Sterilität des Mannes: Über das Verhältnis von Gynäkologie und Andrologie in den 1950er Jahren », *op. cit.*

¹⁹³⁸ Archives du canton de Bâle-Stadt, UNI-REG 5d 2-1 (1) 155 Joël, Charles A, dossier personnel, rapport du chef du département de l'Instruction publique [Erziehungsdepartements], 29 juin 1946, p. 2, ma traduction.

¹⁹³⁹ *Ibid.*

occupent une place pionnière dans la recherche sur la sexualité et la reproduction tant par « leur antériorité dans le domaine du contrôle des naissances, mais aussi des financements qu'ils offrent à la recherche et aux organisations transnationales »¹⁹⁴⁰. Comme le souligne Jean-Paul Gaudillière, « les chercheurs français « découvrent » alors l'Amérique non seulement parce que l'occupation les a coupés pendant quatre ans des réalités « anglo-saxonnes », mais aussi parce que la « frontière scientifique » n'est, pour nombre d'entre eux, plus en Europe mais à Boston ou Los Angeles »¹⁹⁴¹. La Libération marque ainsi l'essor de réseaux de recherche franco-américains et une multiplication de voyages outre-Atlantique¹⁹⁴².

En matière de sciences reproductives, les travaux anglo-saxons sont étroitement liés au mouvement pour le planning familial. Il s'agit là d'une stratégie pour asseoir la légitimité de la médecine reproductive et du contrôle des naissances en particulier. Ainsi, dès la fin des années 1930, les eugénistes britanniques, inquiets que le déclin des naissances ne soit un obstacle au développement du *birth control* forment une alliance avec les mouvements féministes pour inclure l'infertilité dans les services du planning familial¹⁹⁴³. C'est également grâce au financement de la militante et fondatrice de l'*American Birth Control League* Margaret Sanger qu'est ouverte une clinique dédiée à la stérilité masculine à l'Hôpital de New-York en 1938 sous le contrôle de l'urologue Robert Sherman Hotchkiss¹⁹⁴⁴. Hotchkiss participe à faire de la stérilité masculine une juridiction de l'urologie tout en collaborant avec d'autres spécialistes, comme le physiologiste John MacLeod, spécialiste du métabolisme du sperme¹⁹⁴⁵. Disposant d'un équipement moderne de laboratoire, ils travaillent ensemble à la recherche de traitements hormonaux, avec le soutien d'entreprises pharmaceutiques dont Roche-Organon Incorporation et les Laboratoires Schering¹⁹⁴⁶.

Aux États-Unis, les recherches sur la stérilité masculine s'intensifient d'autant plus au sortir de la Seconde Guerre mondiale que l'exposition aux radiations et aux produits chimiques des

¹⁹⁴⁰ Bibia Pavard, « Du Birth Control au Planning familial (1955-1960) : un transfert militant », *Histoire@Politique*, vol. 18, n°3, 2012, p. 162.

¹⁹⁴¹ Jean-Paul Gaudillière, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, op. cit., p. 8.

¹⁹⁴² Jean-Paul Gaudillière, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, op. cit.

¹⁹⁴³ Laura Beers, « Both Feminist and Practical Politics: The Incorporation of Infertility Treatment into Family Planning in Britain, 1930s–1950s », *Journal of British Studies*, vol. 60, n° 3, 2021, p. 563-584.

¹⁹⁴⁴ Richard D. Amelar, « Hotchkiss and MacLeod: An Historical Perspective », *Journal of Andrology*, vol. 27, n°4, 2006, p. 494-501.

¹⁹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁹⁴⁶ Robert Sherman Hotchkiss, *Fertility in Men. A Clinical Study of the Causes, Diagnosis, and Treatment of Impaired Fertility in Men*, Lippincott Company, 1944, p. ix.

soldats de retour au pays font craindre une incidence sur leur capacité à devenir pères¹⁹⁴⁷. De nouveaux espoirs thérapeutiques se dessinent. D'une part, les thérapies à base de testostérone rencontrent un succès considérable dans les années 1950 pour traiter les cas de production insuffisante de spermatozoïdes (oligospermie)¹⁹⁴⁸. La méthode s'appuie sur la prémisse que la suppression de la spermatogénèse induite par la testostérone aurait pour effet de maintenir les glandes endocrines au repos et de provoquer un effet de « rebond » qui améliorerait la production de spermatozoïdes¹⁹⁴⁹. En plus de la thérapie hormonale, l'amélioration du traitement chirurgical des varicocèles ainsi que le développement de l'insémination artificielle permettent d'améliorer les chances de fécondation pour les hommes dont le sperme contient peu de spermatozoïdes¹⁹⁵⁰.

Les travaux américains constituent une ressource de légitimation pour les médecins et spécialistes français et romands, en particulier pour des urologues jusqu'alors peu intéressés par la reproduction humaine. Tout comme dans le cas de la sexologie lausannoise étudié par Cynthia Kraus, Véronique Mottier et Vincent Barras, l'intérêt des urologues pour la stérilité masculine s'appuie sur un « américanisme stratégique » devant être « activement construit par un travail d'intéressement, de conviction et de légitimation à des fins stratégiques et non seulement programmatiques »¹⁹⁵¹. L'introduction de la stérilité masculine dans la juridiction des urologues est aussi révélateur d'enjeux institutionnels et professionnels. En France, l'urologue Henri Bayle est l'un des premiers à définir la stérilité masculine comme relevant de la juridiction urologique. Élève du professeur Maurice Chevassu, il est encouragé par ce dernier à se pencher sur le traitement chirurgical de la stérilité masculine dès les années 1930 suivant le modèle de travaux américains¹⁹⁵². Bayle s'intéresse en particulier à une cause fréquente de stérilité : l'oblitération (généralement causée par une inflammation vénérienne) bilatérale de la queue des épидидymes, de petits organes accolés au testicules qui permettent le transport et la maturation des spermatozoïdes. Devenu chef de la clinique urologique de l'Hôpital Cochin en 1938, il met au point une technique chirurgicale ayant pour but de rétablir la perméabilité de

¹⁹⁴⁷ Margaret Marsh et Wanda Ronner, *The Empty Cradle. Infertility in America from Colonial Times to the Present*, Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press, 1996.

¹⁹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁹⁵¹ Cynthia Kraus, Véronique Mottier et Vincent Barras, « Kinsey, Masters & Johnson, et Kaplan en Suisse : naissance d'une clinique des troubles sexuels (Lausanne, 1950-1980) », *Histoire, médecine et santé*, n°12, 2017, p. 101.

¹⁹⁵² AN, 19760173/27, Dossier « Eugénique et stérilité », *Le Concours médical*, vol. 41, 1938, p. 2546.

voies spermatiques et de permettre le passage des spermatozoïdes bloqués¹⁹⁵³. L'opération consiste à rattacher le canal déférent à l'épididyme afin de permettre la bonne circulation des spermatozoïdes. La technique est délicate : Chevassu parle d'« un véritable travail de bijouterie »¹⁹⁵⁴. Mobilisant un registre biopolitique, Chevassu et Bayle présentent leurs travaux devant l'Académie nationale de médecine en 1944. En montrant l'importante prévalence de la stérilité masculine, ils soulignent la nécessité politique et démographique d'en rechercher les causes :

« Au moment où les fils de France continuent de mourir pour achever de terrasser l'ennemi qui nous a fait tant souffrir, il est plus indiqué que jamais d'étudier tout ce qui peut favoriser le relèvement de notre race.

Dans la lutte contre la stérilité des ménages français, on s'est attaché, jusqu'à présent, beaucoup plus à traiter la stérilité féminine que la stérilité masculine. Or, les statistiques s'accordent à reconnaître qu'un tiers des ménages stériles l'est par la faute du mari »¹⁹⁵⁵

Si l'opération ne permet pas toujours le retour des spermatozoïdes, elle offre néanmoins une première forme de traitement à l'azoospermie. Chevassu souligne ainsi que « même si ce résultat ne devait être obtenu qu'une fois sur deux en moyenne, l'opération complètement anodine [...] mérite de prendre place dans le domaine de la chirurgie française, qui n'y a jusqu'à présent pas attaché l'importance qu'elle mérite »¹⁹⁵⁶.

De juin à décembre 1945, Bayle part aux États-Unis sur mission du Ministère de la Santé publique pour s'informer sur les traitements de la stérilité masculine qui y sont étudiés¹⁹⁵⁷. Il obtient la même année un prix de l'Académie de médecine pour son mémoire sur la « stérilité masculine et son traitement »¹⁹⁵⁸. Ce voyage outre-Atlantique n'a laissé que peu de traces qui permettraient de saisir les détails, tant du point de vue de la destination que des compétences qu'il y acquiert. Il n'en reste pas moins qu'il rapporte vraisemblablement des pratiques jusqu'alors méconnues du système médical français.

¹⁹⁵³ L'acte chirurgical consiste à rattacher le canal déférent à l'épididyme afin de permettre la bonne circulation des spermatozoïdes. Maurice Chevassu et Henri Bayle, « Le traitement chirurgical de la stérilité masculine, due à l'oblitération blennorragique de la queue de l'épididyme, par l'anastomose latérale du canal déférent à la tête épидидymaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 19 décembre 1944, p. 708.

¹⁹⁵⁴ *Ibid*, p. 712.

¹⁹⁵⁵ *Ibid*, p. 707.

¹⁹⁵⁶ *Ibid*, p. 712.

¹⁹⁵⁷ Henri Bayle, *Titres et travaux*.

¹⁹⁵⁸ Henri Bayle, *La stérilité masculine et son traitement*, Mémoires récompensés par le prix « Le Piez » de l'Académie de médecine, 1945, non-inventorié, Bibliothèque de l'Académie nationale de médecine.

C'est aux États-Unis qu'il découvre notamment l'usage diagnostique de la biopsie testiculaire¹⁹⁵⁹. Peu invasive, la méthode consiste à prélever des échantillons de tissus testiculaires et permet, employée en combinaison avec l'examen de sperme, d'identifier de potentielles lésions des cellules impliquées dans la spermatogénèse¹⁹⁶⁰. Peu de temps après son retour, Bayle suggère d'introduire la pratique à la Maternité de Port-Royal où il est chargé des cas de stérilité masculine dans le service de gynécologie du professeur Louis Portes. La pratique est visiblement méconnue, comme le révèle un rapport à l'attention de l'Inspecteur général :

« La recherche de la stérilité masculine est inséparable de celle relative à la stérilité féminine. De légères interventions ou recherches, telles que biopsies testiculaires et ponctions entraînent une courte hospitalisation des sujets examinés. Les recherches de ce genre pratiquées couramment aux U.S.A. où M. le Dr. BAYLE chargé de mission du Ministère vient de se documenter, ne sont pas encore connues en France »¹⁹⁶¹

En 1947, Portes demande l'autorisation à l'Administration générale de l'Assistance publique d'hospitaliser « pour une période fort brève d'ailleurs, quelques hommes »¹⁹⁶² ayant subi une biopsie ou ponction testiculaire dans le but de déceler une stérilité. Il demande la mise à disposition d'une chambre séparée pour ces derniers dans son service de gynécologie. La demande suscite des réticences au sein de l'Administration, formulées en termes de surcharge des locaux de la Maternité mais qui semblent surtout découler des « difficultés qui peuvent résulter de la présence d'éléments masculins dans un service de femmes »¹⁹⁶³. L'inspecteur adjoint note ainsi :

« Si en effet il est donné suite à cette demande, c'est une chambre à 3 lits qui sera réservée pour cette fin. Elle se trouve au carrefour des couloirs d'accès : aux salles d'hospitalisation de Femmes, aux consultations, à la salle d'intervention, aux chambres d'infirmerie réservées aux élèves sages-femmes. Les locaux sanitaires (W.C.) seront communs [...] A ceci, le corps médical répondra que le Pavillon Chaussier est réservé à la gynécologie, qu'en clinique la séparation des sexes n'est pas aussi intangible qu'à l'Assistance publique et cela sans inconvénient »¹⁹⁶⁴

Il suggère ainsi de « tenter cette expérience à titre provisoire (six mois par ex.) et en limitant le nombre de lits à 3 »¹⁹⁶⁵. Malgré le préavis favorable au nom de « l'intérêt des examens dont il

¹⁹⁵⁹ Richard D. Amelar, « Hotchkiss and MacLeod: An Historical Perspective », *op. cit.*

¹⁹⁶⁰ Bernard Kiffer, *Contribution à l'étude du diagnostic de la stérilité masculine*, *op.cit.*

¹⁹⁶¹ AAPHP, 9L72, Services hospitaliers, Service du docteur Louis Portes, Maternité Port Royal, Traitement de la stérilité masculine, rapport au Directeur Général, 9 avril 1947.

¹⁹⁶² AAPHP, 9L72, Services hospitaliers, Service du Docteur Louis Portes Maternité Port-Royal, Traitement de la stérilité masculine, lettre du professeur Louis Portes, 13 mars 1947.

¹⁹⁶³ *Ibid*, lettre de l'Inspecteur-Adjoint de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 26 mars 1947.

¹⁹⁶⁴ *Ibid.*

¹⁹⁶⁵ *Ibid.*

s'agit »¹⁹⁶⁶ du sous-directeur chargé des Hôpitaux et des hospices, le directeur général rejette la demande au principe que « les hôpitaux [...] sont très chargés et ne suffisent qu'avec difficulté aux besoins des malades de Paris et du Département de la Seine »¹⁹⁶⁷. Une seconde lettre révèle pourtant que c'est surtout la question de la pudeur qui pose problème :

« Vous m'avez transmis une lettre de Mr le Dr Portes, attendant à obtenir l'hospitalisation dans le service Chaussier de la Maternité de Port Royal, de quelques hommes, pour de courts séjours en vue d'examens sur la stérilité conjugale.

En raison de la disposition des locaux il ne m'a pas été permis de retenir la suggestion du Pr Portes. En effet la salle qui aurait pu être affectée à cette fin se trouve au carrefour des couloirs d'accès aux salles d'hospitalisation des femmes, aux consultations, à la salle d'intervention aux chambres d'infirmières réservée aux sages femmes. Les locaux sanitaires W.C. eussent été communs.

Dans ces conditions il me semble impossible d'autoriser l'hospitalisation de malades de sexe masculin »¹⁹⁶⁸

Ainsi à la Maternité de Port-Royal, l'inclusion des hommes dans la médecine de la stérilité se heurte à une volonté de l'administration de conserver le caractère exclusivement féminin des services de gynécologie afin de protéger la pudeur des patientes mais aussi des soignantes (notamment les élèves sages-femmes). Or, si la demande est effectuée au sein du service de gynécologie c'est parce que Louis Portes estime que « les services d'urologie ne semblent pas pour l'instant qualifiés pour pratiquer ces examens »¹⁹⁶⁹.

Rares en effet sont les urologues qui, comme Bayle, s'intéressent et publient sur la stérilité masculine. La question est mise à l'ordre du jour du Congrès annuel de l'Association française d'urologie (AFU) pour la première fois en 1953 avec la présentation d'un rapport rédigé par Bayle en collaboration avec l'histologiste Charles Gouygou. Le rapport, qui présente l'état des connaissances sur la stérilité masculine, souligne également le désintérêt de la plupart des urologues pour la question : « Nous n'avons trouvé que très peu de communications d'autres auteurs sur la stérilité masculine dans le bulletin de notre Association. D'autre part, six collègues seulement ayant répondu à notre lettre questionnaire envoyée à tous les membres, nous pensons que cette carence prouve la nouveauté de la question pour les urologistes »¹⁹⁷⁰. À

¹⁹⁶⁶ *Ibid*, lettre du sous-Directeur chargé des Hôpitaux et des hospices au Directeur Général, 9 avril 1947.

¹⁹⁶⁷ *Ibid*, lettre du Directeur Général de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, non datée.

¹⁹⁶⁸ *Ibid*, lettre du Directeur Général à la Directrice du groupe hospitalier Maternité-Cochin, le 22 mai 1947.

¹⁹⁶⁹ *Ibid*, rapport au Directeur Général, 9 avril 1947.

¹⁹⁷⁰ Henri Bayle et Charles Gouygou, « Question mise à l'ordre du jour. La stérilité masculine », Association française d'urologie, *Quarante-septième congrès français d'urologie. Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, G. Doin, 1953, p. 2.

l'absence d'intérêt porté par les urologues s'ajoutent les difficultés à obtenir des financements des pouvoirs publics pour étudier la stérilité conjugale. Ainsi, comme le souligne l'historien Fabrice Cahen, « le « bricolage » est souvent de rigueur, tant sur le plan technique que dans la définition des règles de conduite »¹⁹⁷¹. Quelques années plus tard, Bayle confie d'ailleurs avoir travaillé avec Gouygou dans « la même indigence matérielle [...] on ne pouvait trouver de plus petite équipe »¹⁹⁷².

La mise à l'agenda de la stérilité masculine témoigne cependant de volontés de transformer la spécialité de l'intérieur. Président du Congrès de l'AFU en 1953, René Auvigne dresse le portrait critique d'une urologie qu'il décrit comme figée et enfermée dans son héritage chirurgical :

« Le pendule de l'urologie oscille toujours entre son désir et sa crainte. Désir de rester une spécialité, crainte de se forger ainsi des chaînes. [...] l'urologue est encore le prisonnier d'un passé qui consacrait la royauté des explorations instrumentales. Elles jalonnent la route de nos conquêtes. Pourtant celui qui, systématiquement, les utilise au point de devenir leur esclave, risque d'oublier un peu trop le malade avec ses craintes, sa douleur et ses souvenirs [...] faisons de ce Congrès autre chose que le salon des amours-propres qui s'y comparent, efforçons-nous de tracer la charte de nos connaissances [...] de faire suivre ce livre de nos certitudes, du cahier, plus humble, de nos ignorances »¹⁹⁷³

L'effet demeure néanmoins modeste. Les discussions qui suivent la présentation du rapport révèlent certaines réticences vis-à-vis d'une condition qui n'offre que peu d'opportunités de traitement chirurgical et dont le diagnostic est implicitement associé à la sexualité. Pour plusieurs urologues qui s'expriment, au même titre que certains gynécologues, le recours à la masturbation pour obtenir des échantillons de sperme pose problème vis-à-vis de la morale catholique. Ainsi, le professeur Louis Michon, chef du service d'urologie à Necker fait part de sa réticence :

« Le recueil du sperme a toujours été pour nous une pierre d'achoppement, et ceci parce que nous avons toujours tenu à respecter certains impératifs religieux catégoriques. Nous n'avons pas voulu faire recourir nos patients à la masturbation, acte interdit par l'Église parce que « inhumain » »¹⁹⁷⁴

¹⁹⁷¹ Fabrice Cahen, « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », *op. cit.*, p. 220.

¹⁹⁷² Association française d'urologie, *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, G. Doin, 1958, p. lv.

¹⁹⁷³ Association française d'urologie, *Quarante-septième congrès d'urologie. Procès-verbaux, mémoires et discussions*, *op.cit.*, p. xlv-xlvi.

¹⁹⁷⁴ *Ibid*, p. 437.

Si l'urologue belge Georges Van Keebergen estime que « les urologues auront un rôle à jouer, tant curatif que préventif, surtout dans les infections des voies génitales masculines »¹⁹⁷⁵, la plupart des urologues qui réagissent au rapport présentent leurs résultats opératoires sur des cas qu'ils ont déjà l'habitude de prendre en charge, tels que les varicocèles ou encore les orchites. Ainsi, les urologues qui interviennent sur la stérilité masculine l'appréhendent le plus souvent comme l'une des conséquences d'affections génito-urinaires plutôt que comme une maladie en soi, dont ils seraient chargés du diagnostic¹⁹⁷⁶.

1.2. La constitution du « couple » comme unité biologique

Le rapport de Bayle et Gouygou amorce pourtant une redéfinition de la stérilité masculine comme une juridiction urologique établie en parallèle de la gynécologie. Plutôt que d'examiner l'homme ou la femme séparément, les deux auteurs soulignent la nécessité d'étudier les « unions stériles ». Dans un jeu d'équivalence, ils définissent les anomalies de la fonction reproductive masculine (production de spermatozoïdes normaux, passage des spermatozoïdes dans le tractus génital mâle, ensemence du col de l'utérus) comme relevant de la compétence de l'urologue, là où les troubles de la fonction féminine (sécrétions cervicales et endo-cervicales normales, anatomie du tractus génital, production des ovocytes) relèvent de la juridiction des gynécologues¹⁹⁷⁷. L'initiative n'est pas tout à fait nouvelle : en 1932 déjà, Jean Dalsace soulignait qu'il « serait désirable qu'une collaboration plus intime puisse s'exercer entre les gynécologues et les urologistes, à l'exemple des cliniques pour stérilité, comme il en existe en Amérique »¹⁹⁷⁸.

Mais c'est surtout au tournant des années 1950 que se répand l'idée d'examiner de manière systématique le facteur masculin dans les cas de stérilité conjugale et qu'elle fait désormais consensus parmi les médecins¹⁹⁷⁹. En 1951, le gynécologue allemand Harald Siebke¹⁹⁸⁰, alors directeur de l'Hôpital universitaire pour femmes de Bonn, publie à ce sujet un article qui fait

¹⁹⁷⁵ *Ibid*, p. 430.

¹⁹⁷⁶ *Ibid*, p. 438.

¹⁹⁷⁷ Henri Bayle et Charles Gouygou, « La stérilité masculine, Rapport pour l'AFU », dans Association française d'urologie, *Quarante-septième congrès d'urologie. Procès-verbaux, mémoires et discussions, op.cit.*, p. 13.

¹⁹⁷⁸ Jean Dalsace, « La fécondité masculine (Note sur 66 examens de sperme) », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, vol. 27, 1932, p.167.

¹⁹⁷⁹ Margaret Marsh et Wanda Ronner, *The Empty Cradle. Infertility in America from Colonial Times to the Present, op. cit.*

¹⁹⁸⁰ Sous le régime nazi, Siebke a procédé à des stérilisations forcées à l'Hôpital universitaire pour femmes de Bonn. Consulter à ce sujet Ralf Forsbach, „Euthanasie" und Zwangssterilisierungen im Rheinland (1933–1945), *Epochen & Themen*, Portal Rheinische Geschichte [En ligne]. Disponible : <http://www.rheinische-geschichte.lvr.de/Epochen-und-Themen/Themen/euthanasie%22-und-zwangssterilisierungen-im-rheinland-1933%E2%80%931945/DE-2086/lido/57d1351705eaa2.40921674>

date dans le prestigieux journal de gynécologie *Zentralblatt für Gynäkologie* [Journal central de gynécologie]. Déplorant la tendance à se focaliser uniquement sur les causes féminines de stérilité, Siebke appelle à inclure davantage les hommes dans le traitement de la stérilité. Pour ce faire, il propose d'impliquer aux côtés du gynécologue un « andrologue » ou « médecin pour hommes » [*Männerarzt*], en équivalence du « médecin pour femmes » [*Frauenarzt*]¹⁹⁸¹. Le terme est envisagé comme un « jeu de mots » formulé en parallèle de celui de « gynécologie » afin d'encourager la prise en charge de la stérilité masculine¹⁹⁸². Si l'appel rencontre un certain écho, c'est aussi que les premières utilisations du terme d'« andrologie » sont méconnues : Siebke est alors considéré comme l'inventeur du terme, redéfini autour de la stérilité masculine¹⁹⁸³. Le gynécologue allemand occupe une position influente dans le monde gynécologique d'après-guerre, à un moment où l'altération des capacités procréatives masculines – à la suite des blessures de guerre mais aussi des stérilisations forcées – est un problème très discuté dans la société ouest-allemande¹⁹⁸⁴.

Le terme est en tout cas repris par quelques spécialistes français¹⁹⁸⁵. Dans sa préface à la troisième édition du livre de Mariot-Max Palazzoli *Les déficiences génitales chez l'homme*, parue en 1951, l'urologue Bernard Fey décrit l'andrologie comme un sous-champ de l'urologie qu'il compare à la gynécologie :

« Il y a 30 ans, la Gynécologie consistait, pour les médecins, à traiter des métrites, et pour les chirurgiens, à opérer des fibromes et des salpingites. Aujourd'hui, un gynécologue doit toujours être clinicien et opérateur, mais il a dû devenir physiologiste, biologiste et endocrinologue. Avec quelque retard, l'Andrologie subit aujourd'hui la même évolution. Réduite, il y a vingt ans, aux lésions testiculaires classiques, elle n'était qu'un petit compartiment de l'Urologie ; sa complexité physiologique et endocrinienne apparaît dès maintenant au moins égale à celle de la gynécologie, et le problème de la stérilité qui lui fut longtemps réservé, est devenu un sujet d'études passionnant pour l'andrologue. Il ne se réduit plus aux obstructions post-gonococciques des épидидymes et du déférent, mais tient compte des facteurs anatomiques et endocriniens de la spermatogénèse, du nombre, de la qualité, de l'évolution de la maturation du spermatozoïde, de son comportement en présence des sécrétions prostatiques, urétrales et vaginales. Mais de tous les problèmes que pose l'Andrologie, le plus important est probablement celui de l'impuissance, des troubles sexuels et de leurs conséquences individuelles, conjugales et sociales. Jadis,

¹⁹⁸¹ Torsten Wöllmann, « Andrologie und Macht: Die medizinische Neuerfindung des Männerkörpers », *op. cit.* ; Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, *op. cit.*

¹⁹⁸² Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, *op. cit.*

¹⁹⁸³ Voir Rune Eliasson, « Opening remarks », *International Journal of Andrology Supplementum* 1, 1978, p. 7 et Carl Schirren, « Andrology Origin and Development of a Special Discipline in Medicine Reflection and View in the Future », *Andrologia*, vol. 17, n°2, 1985, p. 117-125.

¹⁹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁹⁸⁵ Tout comme dans la première moitié du XX^{ème} siècle, je n'ai pas trouvé de traces du terme dans les publications suisses romandes.

l'Urologue estimait avoir fait de son mieux quand, ayant recherché les séquelles d'une urétrite postérieure, ou les stigmates d'une hypothétique syphilis, il avait conseillé la strychnine. Si l'impuissant ne guérissait pas, l'Urologue, loin de le retenir, l'adressait au psychiatre qui se retranchait derrière d'hypothétiques lésions urinaires »¹⁹⁸⁶

En présentant l'andrologie comme une science de la santé masculine au sens large, comprenant autant les déséquilibres endocriniens que les troubles sexuels, cette définition transpose la binarité de genre dans l'ordre professionnel de la médecine en faisant du sexe un marqueur prépondérant pour la compréhension des maladies¹⁹⁸⁷. Pourtant, cette définition « large » ne s'impose pas. Le terme d' « andrologie » est principalement employé en référence à la stérilité masculine pour souligner l'importance d'étudier et de mieux prendre en charge les hommes. C'est en ce sens que Bayle souligne dans son rapport de 1953 la nécessité d'une discussion « entre le gynécologue et l'andrologue »¹⁹⁸⁸ dont il remercie le gynécologue Raoul Palmer d'avoir été le « trait d'union »¹⁹⁸⁹. Dans un discours d'introduction du Congrès de l'AFU en 1958, il s'inclut dans ce « nous andrologues »¹⁹⁹⁰ et présente l'étude de « la Fécondité encore peu défrichée chez l'homme »¹⁹⁹¹ comme le « vaste terrain de l'andrologie »¹⁹⁹².

Le terme, s'il demeure très peu employé, désigne néanmoins l'émergence d'une offre de soin naissante : c'est ainsi que l'emploie Bernard Fey pour désigner la consultation de stérilité masculine qu'il dispense à l'Hôpital Cochin¹⁹⁹³. Au début des années 1950, la médecine de la stérilité se déploie, bien qu'inégalement sur le territoire français¹⁹⁹⁴. La plupart des centres spécialisés sont situés à Paris, et parmi ceux-ci, seule une minorité dispose de consultations hebdomadaires dédiées aux hommes stériles. En plus de Cochin où exerce Bernard Fey, c'est le cas du service de gynécologie du professeur Funck-Bretano à l'Hôpital Broca et du service de l'urologue Pierre Albouker à l'Hôpital Saint-Louis¹⁹⁹⁵. Leur activité demeure néanmoins

¹⁹⁸⁶ Bernard Fey, « Préface », Mariot-Max Palazzoli, *Les déficiences génitales chez l'homme*, Masson, Paris, 1951, p.1-2.

¹⁹⁸⁷ Torsten Wöllmann, « Zur Medikalisierung von Männlichkeiten Das Beispiel Andrologie », *op. cit.*

¹⁹⁸⁸ Association française d'urologie, *Quarante-septième congrès d'urologie. Procès-verbaux, mémoires et discussions*, *op.cit.*, p. 462.

¹⁹⁸⁹ *Ibid.*

¹⁹⁹⁰ Association française d'urologie, *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, G. Doin, 1958, p. xlv.

¹⁹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹⁹² *Ibid.*

¹⁹⁹³ *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris*, Imprimerie municipale, 9 avril 1957, p. 736.

¹⁹⁹⁴ Fabrice Cahen, « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », *op. cit.*

¹⁹⁹⁵ *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris*, Imprimerie municipale, 9 avril 1957, p. 736 et 739.

marginale et l'offre de soin restreinte, notamment en comparaison des consultations à l'attention des femmes¹⁹⁹⁶.

Des médecins chargés de la consultation de stérilité masculine à Lariboisière soulignent ainsi que les hommes « victimes probablement de leurs occupations, sont plus difficiles à suivre, d'autant plus que, *bien souvent, ils viennent à nous un peu à contre cœur*, obligés par leur partenaire et, somme toute, assez souvent, un peu « vexés » par leur insuffisance »¹⁹⁹⁷. Le plus souvent, ils sont adressés « par la Consultation des femmes, soit parce que l'examen de sa partenaire s'avère négatif, soit parce que avant de procéder chez elle à certaines explorations, il est logique de s'assurer auparavant de la validité fécondante de son mari »¹⁹⁹⁸. Ils et elle en concluent ainsi qu'il demeure « exceptionnel [...] qu'un homme s'enquière spontanément de son pouvoir fécondant »¹⁹⁹⁹. Il arrive pourtant, comme le soulignent Bayle et Gouygou, que certains hommes se décident à consulter seuls, et ce pour différentes raisons : à l'approche d'un mariage pour s'assurer de leur fertilité, face à la crainte de l'impact d'une maladie ou d'un accident, ou encore de leur profession sur leur fertilité mais aussi parfois car ils doutent de leur paternité ou souhaitent donner leur sperme pour une insémination artificielle²⁰⁰⁰. D'autre part, les deux auteurs affirment que « l'éducation du public est de plus en plus développée, principalement sur ces sujets, les difficultés pour l'examen du mari vont certainement en diminuant et nombre de couples sont très compréhensifs »²⁰⁰¹, ce qu'ils attribuent notamment au fait qu'« une grande partie de la diplomatie a été employée avant nous par le gynécologue qui a examiné la femme en premier et qui a convaincu le couple de faire examiner le mari ; ce qui simplifie souvent notre rôle »²⁰⁰².

Il faut en effet souligner le rôle des échanges entre spécialistes dans le travail d'intéressement des urologues pour la stérilité masculine. C'est ainsi « [s]ollicité de différents côtés, surtout de la part de nos collègues gynécologues »²⁰⁰³ que l'urologue suisse Richard Weyeneth commence à publier sur la stérilité masculine au tournant des années 1950²⁰⁰⁴. Originaire de Soleure,

¹⁹⁹⁶ À l'Hôpital Broca par exemple, la consultation de stérilité masculine est ouverte une fois par semaine contre tous les jours en ce qui concerne la stérilité féminine, *Ibid.*

¹⁹⁹⁷ J.-E. Marcel, M. Bagros et Mme Despax, « Nos impressions sur la stérilité masculine », *Gynécologie pratique : revue internationale de gynécologie*, vol. 7, n°6, 1956, p. 349.

¹⁹⁹⁸ *Ibid.*

¹⁹⁹⁹ *Ibid.*

²⁰⁰⁰ Henri Bayle et Charles Gouygou, « La stérilité masculine, Rapport pour l'AFU », *op.cit.*, p. 16.

²⁰⁰¹ *Ibid.*, p. 16.

²⁰⁰² *Ibid.*

²⁰⁰³ Richard Weyeneth, « Traitement de la stérilité masculine », *Médecine et Hygiène*, vol. 376, 1956, p. 189.

²⁰⁰⁴ Marcel Naville et Roger Mayer, *Histoire de la Société médicale de Genève (1823-1993)*, Genève, Imprimerie des arts et métiers, 1994, p. 51.

Weyeneth étudie à Genève et Zurich avant de se spécialiser en urologie au *St Hedwigskrankenhaus* de Berlin. De retour à Genève, il devient privat-docent puis chef du service d'urologie en 1956²⁰⁰⁵. Considérant que près de 25% des cas de stérilité peuvent être attribués à une cause masculine, il appelle à considérer le couple stérile comme « unité biologique »²⁰⁰⁶ dont les causes de la stérilité ne peuvent être étudiées que par la « collaboration étroite entre l'urologue et le gynécologue »²⁰⁰⁷. Travaillant régulièrement avec le gynécologue et spécialiste de la stérilité Hubert de Watteville, il souligne l'émergence d'un « nouveau domaine » pour l'urologue dont la tâche revient à « juger le degré de fertilité de l'homme et surtout d'examiner les organes annexes de l'appareil de reproduction »²⁰⁰⁸.

Les praticiens qui s'intéressent à la stérilité masculine évoluent cependant en marge de leur spécialité. En-dehors de quelques personnalités, la stérilité masculine n'apparaît qu'exceptionnellement dans les publications des urologues, par exemple dans le *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*. En faisant de l'interdisciplinarité une nécessité, le domaine de la reproduction humaine établit aussi un contraste avec une génération de médecins pour qui l'excellence professionnelle rime souvent avec l'hyperspécialisation et où penser « le patient dans sa globalité pouvait rappeler les lubies d'une certaine médecine « holiste » d'avant-guerre »²⁰⁰⁹. Les espoirs apportés par les traitements hormonaux se révèlent d'ailleurs plutôt décevants et la stérilité masculine difficile à traiter, ce qui apporte un prestige limité aux carrières individuelles, en particulier au sein d'une spécialité urologique marquée par une approche techniciste et hiérarchisée. C'est ainsi que Richard Weyeneth décrit la stérilité masculine comme un problème « extrêmement complexe, ingrat, plein d'énigmes, souvent décevant non seulement pour le patient, mais aussi pour le médecin »²⁰¹⁰.

²⁰⁰⁵ Marcel Naville et Roger Mayer, *Histoire de la Société médicale de Genève (1823-1993)*, op. cit.

²⁰⁰⁶ Richard Weyeneth, « Diagnostic de la stérilité masculine », *Praxis. Schweizerische Rundschau der Medizin*, vol. 39, n°19, 1950, p. 397.

²⁰⁰⁷ *Ibid.*

²⁰⁰⁸ Richard Weyeneth, « Etiopathogénie et diagnostic de la stérilité masculine », *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin – Revue suisse de médecine*, vol. 2, 1956, p. 21.

²⁰⁰⁹ Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, op. cit., p. 15.

²⁰¹⁰ Richard Weyeneth, « Traitement de la stérilité masculine », op.cit., p. 189.

2. Le développement de l'insémination artificielle

2.1. L'insémination artificielle en contexte agronome

Une méthode de traitement connaît pourtant une impulsion considérable durant les Trente Glorieuses : l'insémination artificielle. Développée pour répondre aux besoins des sciences agricoles puis importée dans la clinique, la pratique fait l'objet de controverses médicales, politiques et morales dans lesquelles la question du genre occupe une dimension centrale. Je propose ici de revenir sur l'histoire de l'insémination artificielle en France et en Suisse romande pour comprendre les freins au développement d'une science centrée sur l'étude du sperme.

Les fermes agricoles occupent une place centrale dans les innovations techniques autour de la reproduction au XX^{ème} siècle²⁰¹¹. Le contrôle humain de la reproduction n'est qu'un aspect de la recherche générale d'une « bio-productivité » qui assimile la gestion de la reproduction humaine et animale avec l'élevage industriel²⁰¹². Au lendemain de la guerre, la rationalisation et le contrôle de la production alimentaire sont présentés comme des composantes centrales du progrès social et de la croissance économique²⁰¹³. La multiplication de sociétés d'études en France, en Grande-Bretagne et aux États-Unis révèle un intérêt croissant pour la physiologie de la reproduction et le contrôle du vivant²⁰¹⁴. Parmi les nouvelles pratiques agronomes se trouve l'insémination artificielle qui consiste à introduire du sperme dans l'utérus sans qu'il n'y ait de rapport sexuel. La pratique permet de diminuer les coûts liés à la reproduction du bétail en utilisant l'éjaculat d'un seul mâle pour féconder plusieurs femelles. Les rencontres internationales qui se multiplient dans l'objectif de standardiser les protocoles agronomes aboutissent au premier Congrès international sur la fécondation artificielle organisé à Milan en 1948 où est adoptée officiellement la terminologie *insémination artificielle*²⁰¹⁵.

Redécouverte à la fin du conflit, la pratique est rapidement adoptée par les éleveurs français dont le cheptel avait été disséminé pendant la guerre, si bien que le journal régional la *Gazette*

²⁰¹¹ Sarah Wilmot, « Between the farm and the clinic: agriculture and reproductive technology in the twentieth century », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 38, n° 2, 2007, p. 303-315 ; Adele E. Clarke, *Disciplining Reproduction. Modernity, American Life Sciences, and « the Problems of Sex »*, *op. cit.*

²⁰¹² Sarah Wilmot, « Between the farm and the clinic: agriculture and reproductive technology in the twentieth century », *op. cit.*

²⁰¹³ Jean Paul Gaudillière, « The farm and the clinic: an inquiry into the making of our biotechnological modernity », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 38, n° 2, 2007, p. 521-529.

²⁰¹⁴ Emmanuel Betta, *L'autre genèse. Histoire de la fécondation artificielle*, Paris, Hermann Éditeurs, 2017.

²⁰¹⁵ *Ibid.*

provençale la décrit en 1949 comme étant désormais ancrée « dans les mœurs rurales »²⁰¹⁶. En France, la notion d'un contrôle national génétique du bétail national va de pair avec l'organisation professionnelle des métiers agricoles²⁰¹⁷. La loi du 15 mai 1946 garantit le contrôle de l'État sur la pratique : il délivre l'autorisation nécessaire à l'ouverture d'un centre d'insémination artificielle et assure le contrôle vétérinaire, hygiénique et zootechnique des animaux²⁰¹⁸. L'intérêt économique que représente une meilleure compréhension de la reproduction animale permet aussi de débloquer des financements publics. En 1950, l'Institut national de la recherche agronomique (INRA) instaure un centre de recherches zootechniques à Jouy-en-Josas dans les Yvelines à la tête duquel est nommé un biologiste, Charles Thibault. La biologie de la reproduction y occupe une place importante, comme le souligne alors Thibault : « On sortait de la guerre et la recherche pouvait aider à produire davantage de lait, de viande et de laine [...] Il fallait accroître la fertilité et les performances, notamment en enseignant et en développant l'insémination artificielle »²⁰¹⁹.

Afin de permettre le développement des recherches vétérinaires, l'INRA ouvre un second Centre de recherches consacré à la production animale à Nouzilly, à proximité de Tours, en 1962. L'orientation des recherches du Centre aboutit sur la création de quatre laboratoires, dont deux portent sur les questions de la physiologie et la pathologie de la reproduction²⁰²⁰. La station de physiologie de la reproduction, confiée à l'ingénieur agronome Robert Ortavant est ouverte dans le but de répondre à des besoins de production spécifiques : il s'agit d'augmenter la production de viande bovine, déficitaire au sein du marché commun, sans pour autant accroître la production laitière dont l'écoulement des excédents coûte cher à la Communauté économique européenne²⁰²¹.

La recherche menée à Nouzilly, comme ailleurs, se heurte néanmoins au peu de connaissances disponibles en ce qui concerne la physiologie de la reproduction, principalement en matière de reproduction masculine, comme le souligne Thibault dans un entretien d'histoire orale :

²⁰¹⁶ A.P.P. et Yvon Carelli, « Ce n'est qu'en 1952 qu'on pourra savoir si l'Insémination Artificielle est une méthode d'avenir ou un engouement passager », *La Gazette provençale*, 5 novembre 1949, p. 2.

²⁰¹⁷ Bertrand Vissac, *Les vaches de la République*, Paris, INRA Éditions, 2002 cité par Jean-Paul Gaudillière, « The farm and the clinic: an inquiry into the making of our biotechnological modernity », *op. cit.*

²⁰¹⁸ A.P.P. et Yvon Carelli, « Ce n'est qu'en 1952 qu'on pourra savoir si l'Insémination Artificielle est une méthode d'avenir ou un engouement passager », *op.cit.*

²⁰¹⁹ Archorales-INRA, Cassette DAT n°87, entretien avec Charles Thibault, Jouy-en-Josas, le 11 avril 1996, p. 49.

²⁰²⁰ Archives départementales d'Indre-et-Loire, 1799W5, Rapport « Centre de recherches vétérinaires et zootechniques de Tours – Orfrasière », octobre 1969.

²⁰²¹ Archives départementales d'Inde-et-Loire, 1799W5, Institut national de la recherche agronomique, Centre de recherches vétérinaires et zootechniques de Tours-Orfrasière, octobre 1969, p. 13.

« Le spermatozoïde mammifère est produit dans les testicules, au cours d'une période très longue qui varie, selon les espèces, entre 40 et 70 jours. Le passage de l'épididyme et le canal déférent peut durer un jour ou deux, dans le cas de l'homme ou de la souris, 14 ou 18 jours, chez le taureau ou le bélier. Que se passe-t-il durant ces périodes ? En quoi consiste la maturation des spermatozoïdes ? Quelle est la fréquence des collectes que l'on peut opérer pour que le sperme reste fécond ? Les centres d'insémination artificielle butaient sur le manque de connaissances qu'ils avaient pour répondre à ces questions. [...] Nous avons donc monté des recherches pour analyser de plus près la spermatogenèse, mettant en œuvre les techniques cytologiques et physiologiques (l'action des hormones) dont on pouvait disposer à l'époque »²⁰²²

De 1955 à 1960, Ortavant démarre une étude du cycle de formation de spermatozoïdes (spermatogénétique) chez le bélier afin de pouvoir estimer le temps nécessaire au renouvellement du pouvoir fécondateur du sperme²⁰²³. Le moutonnier Claude Cornu, qui travaille également sur le projet, se rappelle :

« Les connaissances en ce domaine restaient vagues et incomplètes. Le but était de connaître les différents mécanismes des divisions spermatogoniales qui aboutissent à la production des spermatozoïdes [...] La chose n'était pas facile car, dans la pratique, il faut en moyenne un bélier pour féconder 50 brebis pendant une période de lutte qui dure 6 semaines. C'est dire si la marchandise était rare et parfois hétérogène ! Pourtant, il me fallait trouver plus de 60 béliers chaque année ! Heureusement qu'à cette époque, nous n'étions guère exigeants sur l'origine des animaux. Il suffisait [...] qu'ils aient des organes génitaux exempts de toute anomalie »²⁰²⁴

Les recherches vétérinaires autour de l'insémination artificielle jouent un rôle important dans le développement de connaissances sur les capacités procréatives chez l'être humain. Ces transferts depuis les fermes jusqu'à la clinique sont facilités par l'institutionnalisation de la biologie de la reproduction qui permet l'émergence de carrières « hybrides » et la mise en place de « projets-frontières » rassemblant des spécialistes de divers milieux²⁰²⁵. Ces derniers se rencontrent lors de congrès, à l'instar de ceux de la Société nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité. Fondée en 1954 à l'initiative de Jean Dalsace, Paul Funck-Brentano et Raoul Palmer en réponse aux efforts jugés insuffisants des pouvoirs publics et à la réticence des centres hospitaliers puis hospitalo-universitaires d'étudier la stérilité, la Société bénéficie rapidement d'un rayonnement international²⁰²⁶. Elle a pour objectif de rassembler à la fois les

²⁰²² Archorales-INRA, Cassettes DAT n°87, entretien avec Charles Thibault, Jouy-en-Josas, le 11 avril 1996, p. 53.

²⁰²³ Archorales-INRA, Cassettes DAT n°70, entretien avec Claude Cornu, Monnaie, le 4 février 1996, p. 34.

²⁰²⁴ *Ibid.*

²⁰²⁵ Jean-Paul Gaudillière, « The farm and the clinic: an inquiry into the making of our biotechnological modernity », *op. cit.*

²⁰²⁶ Fabrice Cahen, « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », *op. cit.* ; John Clarke, « The history of three scientific societies: the Society for the Study of Fertility (now the Society for Reproduction and Fertility) (Britain), the Société Française pour l'Étude de la Fertilité, and the Society

spécialistes de la stérilité chez l'être humain et des spécialistes de la fécondité animale, comprenant donc à la fois des gynécologues, obstétriciens, vétérinaires et biologistes²⁰²⁷.

Comme le souligne Jean-Paul Gaudillière, ces rencontres sont facilitées par la requalification des problèmes pratiques des médecins vétérinaires, biologistes et spécialistes de la stérilité humaine en problèmes « fondamentaux » qui touchent autant à la recherche clinique que celle en agronomie²⁰²⁸. C'est le cas par exemple lors du colloque de 1957 qui réunit physiologistes, médecins, et biologistes français, américains, néerlandais et belges autour du thème de « la fonction endocrine du testicule ». Thibault se rappelle ainsi que « [l]es relations que notre groupe de physiologie de la reproduction a instaurées avec les gynécologues et les andrologues ont été continues et très fécondes »²⁰²⁹.

Le groupe de recherche de Jouy-en-Josas noue également des liens avec l'unité de physiologie et de biochimie reproductive de l'Université de Cambridge. Depuis la fin de la guerre, le groupe de Cambridge, tout d'abord dirigé par le physiologiste John Hammond puis par le biochimiste Thaddeus Mann, bénéficie d'une indépendance institutionnelle et de financements conséquents²⁰³⁰. À la demande du *British Agricultural Research Council*, Mann étudie la biochimie du sperme dans l'objectif d'améliorer l'insémination artificielle²⁰³¹. Les groupes français et britanniques se rencontrent deux fois par année, ce qui est facilité par le fait que Thaddeus Mann parle français²⁰³².

En Suisse, les pratiques anglo-saxonnes en matière d'insémination artificielle rencontrent au contraire de plus grande résistances²⁰³³. Plusieurs articles parus dans la presse insistent sur le fait que l'introduction de la pratique se heurte à une structuration différente de l'élevage :

for the Study of Reproduction (USA) », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 38, n° 2, 2007, p. 340-357.

²⁰²⁷ John Clarke, « The history of three scientific societies: the Society for the Study of Fertility (now the Society for Reproduction and Fertility) (Britain), the Société Française pour l'Étude de la Fertilité, and the Society for the Study of Reproduction (USA) », *op. cit.*

²⁰²⁸ Jean-Paul Gaudillière, « The farm and the clinic: an inquiry into the making of our biotechnological modernity », *op. cit.*

²⁰²⁹ Archorales-INRA, Casette DAT n°87, entretien avec Charles Thibault, Jouy-en-Josas, le 11 avril 1996, p. 61.

²⁰³⁰ Sarah Wilmot, « From “public service” to artificial insemination: animal breeding science and reproductive research in early twentieth-century Britain », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 38, 2, 2007, pp. 411-441.

²⁰³¹ W. S. Ostrowski, « Thaddeus Mann. Life and Work », *Andrologia*, 22, S1, 1990, pp. 3-9.

²⁰³² Archives départementales d'Indre-et-Loire, 1799W8, INRA, *Hommage à Charles THIBAUT. Souvenirs*, 2004, p. 17, ma traduction.

²⁰³³ M. Gueissaz, « Les véritables raisons qui empêchent actuellement l'introduction en Suisse de l'insémination artificielle », *L'Impartial*, 15 décembre 1953, p. 6 ; R. Cormbinboeuf, « L'insémination artificielle et son application en Suisse », *Les intérêts du Jura : bulletin de l'Association pour la défense des intérêts du Jura*, 20, 1949, p. 33.

distances relativement courtes entre les fermes, proximité génétique entre les vaches, mais surtout dépendance économique d'une partie de la population alpestre envers la vente de taureaux reproducteurs²⁰³⁴. Un arrêté fédéral édicté en 1944 interdit d'ailleurs l'insémination artificielle sur le territoire suisse, en-dehors de cas exceptionnels de maladie du bétail. Des collectifs d'éleveurs, notamment suisses allemands, soulignent néanmoins l'intérêt économique de la pratique et poussent à la création de centres d'insémination artificielle contrôlés²⁰³⁵. C'est par exemple le cas du vétérinaire Berchther Ineichen qui découvre l'insémination artificielle lors d'un séjour en Yougoslavie en 1945 puis lors d'un séjour à Cambridge en 1947 où il se forme auprès de John Hammond²⁰³⁶. À son retour en Suisse, il profite d'une épidémie à la ferme de son père pour obtenir l'autorisation du Bureau fédéral vétérinaire de pratiquer l'insémination artificielle²⁰³⁷. C'est ainsi par le biais de la clause d'exception de maladie que s'ouvre le premier centre suisse d'insémination à Elgg, dans le canton de Zurich en 1947. Il sera suivi par un centre ouvert à Brugg, en Argovie, deux ans plus tard²⁰³⁸. Il faut néanmoins attendre l'ordonnance fédérale de 1958 concernant l'élevage du bétail bovin et du menu bétail pour que la pratique se répande sous la pression des vétérinaires agronomes²⁰³⁹. Deux ans plus tard, la Fédération suisse pour l'insémination artificielle est créée et se voit confier une concession l'autorisant à procéder à l'insémination artificielle sur tout le territoire de la Confédération pour une durée de vingt ans²⁰⁴⁰.

2.2. Des fermes à la clinique : débats et pratiques de l'insémination artificielle

Si elle est dans un premier temps développée pour répondre à des préoccupations en agronomie, l'insémination artificielle est aussi employée pour résoudre les stérilités masculines dont les causes sont « mécaniques » (impuissance sexuelle ou variation anatomique empêchant la pénétration) ou liées à une insuffisance des spermatozoïdes (notamment lorsque les spermatozoïdes sont peu mobiles). Le transfert de la pratique des fermes à la clinique suscite d'importants débats théologiques, médicaux et politiques qui se cristallisent autour de la question de l'insémination artificielle pratiquée avec le sperme de donneur (IAD).

²⁰³⁴ *Ibid.*

²⁰³⁵ *Ibid.*

²⁰³⁶ Ineichen, Berchther (1917-2002) - DB1732, Portail des Archives de l'histoire rurale [En ligne] Disponible : [https://www.histoiredururale.ch/pers/personnes/Ineichen,_Berchther_\(1917_2002\)_DB1732.html](https://www.histoiredururale.ch/pers/personnes/Ineichen,_Berchther_(1917_2002)_DB1732.html)

²⁰³⁷ *Ibid.*

²⁰³⁸ G. Bd, « L'insémination artificielle », *L'Express*, 26 avril 1966, p. 10.

²⁰³⁹ *Ibid.*

²⁰⁴⁰ *Ibid.*

Pour comprendre la nature des enjeux posés par l'insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD) en France et en Suisse, il faut tout d'abord revenir sur la façon dont la pratique émerge dans le débat public en Grande-Bretagne au lendemain de la Seconde Guerre mondiale²⁰⁴¹. La question entre tout d'abord par le biais de la sphère politique. Afin de répondre à la crainte de graves pénuries alimentaires, une loi visant à instaurer une politique nationale d'insémination artificielle du bétail est présentée à la Chambre des Lords en 1943²⁰⁴². Comme le montre l'historienne Hayley Hope Andrew, le débat se déplace rapidement de l'insémination chez l'animal à sa potentielle application pour les couples stériles, certains membres exprimant la crainte qu'une loi ne permette à l'IAD d'être davantage employée chez l'être humain²⁰⁴³. Jusqu'à la fin du conflit cependant, le débat sur l'insémination artificielle reste dans une certaine mesure limité à la communauté médicale. Comme le montre Andrew, « certains [médecins] voient dans cette procédure un moyen de rendre heureux un mariage sans enfant et de soutenir la croissance démographique, tandis que d'autres y voient une force destructrice qui accélérerait l'effondrement du mariage en tant qu'institution »²⁰⁴⁴.

La question réapparaît quelques années après la fin du conflit. Devant le désintérêt du gouvernement de lancer une enquête sur le sujet, l'archevêque de la ville de Canterbury nomme une commission chargée d'enquêter sur l'IAD. Celle-ci, composée de théologiens, de médecins, de juristes et d'organisations sociales, a pour objectif de considérer les implications théologiques, morales, sociales, psychologiques et légales liées à l'IAD²⁰⁴⁵. Le rapport, publié en 1948, présente l'insémination artificielle comme une « violation du mariage » et recommande l'adoption d'une législation faisant de l'insémination avec donneur un délit pénal²⁰⁴⁶. Quelques mois plus tard, c'est une affaire juridique qui pose de nouveau la question du statut du mariage et de la filiation dans les cas de recours à l'insémination artificielle. À la fin de l'année 1948, Mme « L » obtient l'annulation de son mariage au nom de la non-consommation du mariage, due à l'impuissance sexuelle de son mari. En même temps qu'elle confirme le divorce, la décision rend illégitime son fils de deux mois, conçu par insémination artificielle avec le sperme de son mari²⁰⁴⁷. En mars 1949, la Chambre des Lords s'empare de

²⁰⁴¹ Naomi Pfeffer, *The Stork and the Syringe. A Political History of Reproductive Medicine*, op. cit. ; Hayley Hope Andrew, *The Reluctant Stork: Science, Fertility, and the Family in Britain, 1943-1960*, York University, 2016.

²⁰⁴² Hayley Hope Andrew, *The Reluctant Stork: Science, Fertility, and the Family in Britain, 1943-1960*, op. cit.

²⁰⁴³ *Ibid.*

²⁰⁴⁴ *Ibid.*, p. 168-169, ma traduction.

²⁰⁴⁵ Hayley Hope Andrew, *The Reluctant Stork: Science, Fertility, and the Family in Britain, 1943-1960*, op. cit.

²⁰⁴⁶ *Ibid.*

²⁰⁴⁷ *Ibid.*

cette question et organise un débat au sujet du statut des enfants nés par insémination artificielle dans les cas de nullité du mariage²⁰⁴⁸.

En France comme en Suisse, l'affaire « L » est commentée dans les journaux et dans la presse médicale²⁰⁴⁹. En mai 1949, l'Académie des Sciences morales et politiques prend officiellement position contre l'insémination artificielle dès lors qu'elle implique un don de sperme²⁰⁵⁰. Mais le débat britannique trouve aussi des échos dans la scène politique française. En mai 1949, le sénateur de la Seine Jacques Debû-Bridel, élu du Rassemblement du peuple français (RPF), interpelle ainsi le Ministre de la Santé au sujet du « grand débat [qui] eut lieu le 16 mars 1949 à la Chambre des Lords sur l' « insémination artificielle »²⁰⁵¹. Il questionne notamment :

« 1°) comment ce problème se présente en France et s'il [le Ministre] a envisagé les répercussions morales, juridiques et philosophiques qu'il pose, 2°) si cette question a déjà donné lieu à des échanges de vue entre les services de la Santé Publique et ceux de la Chancellerie, car elle est de celles qui, comme le démontre le débat de la Chambre des Lords, méritent actuellement un examen approfondi »²⁰⁵²

À la question écrite posée par le sénateur, le Ministre répond que la pratique est peu présente en France et ce notamment car « la majorité du Corps Médical Français fortement soucieuse des répercussions morales, juridiques et philosophiques [...] s'est montrée très réticente à l'égard de cette méthode »²⁰⁵³. Il souligne néanmoins que « les Services du Ministère [...] suivent avec beaucoup d'attention les discussions d'ordre moral, juridique et philosophique qui ont lieu sur ce problème délicat, en France et à l'étranger »²⁰⁵⁴.

Une note de synthèse adressée au Ministre sur le sujet résume cette position. Elle souligne que la pratique « bien que peu répandue en France tend cependant à s'organiser. Elle semble plus courante en Grande-Bretagne et aux États-Unis »²⁰⁵⁵. Aux États-Unis en effet, l'insémination artificielle avec don de sperme (IAD) est proposée dès le lendemain de la guerre aux couples dont l'homme a été blessé au combat dans le cadre d'une politique plus large de protection du

²⁰⁴⁸ *Ibid.*

²⁰⁴⁹ AN, 19760173/27 Dossier « Insémination artificielle », « Les problèmes de la conception », *Médecine & Hygiène*, vol.1, n°10, 1949 ; J. Mennessier, « Les bizarreries de la loi anglaise », *Journal de Genève*, 21 mai 1949, p. 1 ; « L'archevêque de Canterbury contre les « bébés d'éprouvette » », *Paris-press, L'Intransigeant*, 18 mars 1949, p. 3.

²⁰⁵⁰ Emmanuel Betta, *L'autre genèse. Histoire de la fécondation artificielle*, op. cit.

²⁰⁵¹ AN, 19760173/27 Dossier « Insémination artificielle », question écrite n°22 posée le 17 mai 1949, p. 1

²⁰⁵² *Ibid.*

²⁰⁵³ *Ibid.*

²⁰⁵⁴ *Ibid.*

²⁰⁵⁵ AN, 19760173/27 Dossier « Insémination artificielle », note à l'attention du Directeur général, 24 juin 1949, p. 1.

mariage et de réhabilitation des anciens combattants²⁰⁵⁶. La médiatisation de ces pratiques américaines et britanniques soulève d'ailleurs des inquiétudes car le procédé « retient l'attention du public, tant par sa nouveauté que par certaines expériences sensationnelles réalisés par les Américains, tel le transport par avion aux U.S.A. de semence de combattants du Pacifique en vue de féconder leurs épouses »²⁰⁵⁷.

Réalisée avec le sperme du mari ou de celui d'un donneur, l'insémination est légale en France, mais elle pose néanmoins plusieurs questions juridiques, allant de la caractérisation de l'adultère, du viol (dans le cas d'une insémination avec donneur pratiquée sans le consentement de la femme) et de la reconnaissance de paternité²⁰⁵⁸. Elle soulève aussi des craintes de dissolution du mariage hétérosexuel comme base de la famille ainsi que d'un contrôle total des femmes sur la procréation en-dehors de l'institution hétérosexuelle :

« Il arrive aussi [...] que des jeunes filles, malgré leur vif désir d'avoir des enfants, hésitent à contracter mariage, parce qu'un excès de pudeur ou une éducation trop fermée les portent à considérer avec une certaine frayeur l'idée de rapports sexuels avec leur mari, la généralisation de l'insémination artificielle ne les inciterait-elle pas à recourir à ce nouveau procédé qui, en leur permettant d'assouvir leur instinct maternel les éloignerait définitivement du mariage ?

On ne peut songer sans de graves appréhensions à ces procédés contraires aux lois de la nature qui dissocient l'amour de l'homme et l'amour de l'enfant, le second ne devant être pour la femme que la suite logique et le dépassement du premier »²⁰⁵⁹

Si la note souligne que dans les couples mariés, la naissance d'un enfant par donneur est « accueillie par les deux époux comme une véritable bénédiction »²⁰⁶⁰, elle met en avant le risque de consanguinité ainsi que celui d'eugénisme : « dès lors, c'est toute la notion de famille, traditionnellement fondée sur le sang qui se trouve menacée »²⁰⁶¹. L'association de l'insémination artificielle avec l'eugénisme est renforcée par le fait que la presse fait mention, depuis la fin du conflit, d'expériences médicales commises par les Nazis pour contrôler la procréation²⁰⁶².

²⁰⁵⁶ Bridget E. Gurtler, *Synthetic conception: Artificial insemination and the transformation of reproduction and family in nineteenth and twentieth century America*, thèse de The State University of New Jersey, 2013.

²⁰⁵⁷ AN, 19760173/27 Dossier « Insémination artificielle », note à l'attention du Directeur général, 24 juin 1949, p. 1.

²⁰⁵⁸ *Ibid.*

²⁰⁵⁹ *Ibid.*, p. 5.

²⁰⁶⁰ *Ibid.*, p. 6.

²⁰⁶¹ *Ibid.*

²⁰⁶² Hayley Hope Andrew, *The Reluctant Stork: Science, Fertility, and the Family in Britain, 1943-1960*, op. cit.

La note de synthèse gouvernementale recommande la constitution d'une commission composée de médecins, d'associations familiales et de représentants du gouvernement afin d'étudier les différents aspects de la question. La proposition ne fait néanmoins pas l'unanimité, comme le suggère une note manuscrite non signée : « je me demande si le phénomène présente en France une ampleur qui justifie l'institution d'une Commission interministérielle... Nous avons à faire tant de choses plus utiles »²⁰⁶³. Laissée à l'appréciation des médecins, la question de la légitimité de l'IAD fait pourtant l'objet de débats au sein de la profession médicale. Certains spécialistes de la stérilité, à l'instar de Raoul Palmer, y sont favorables avec quelques précautions : en plus du secret vis-à-vis de son identité, le donneur se doit d'être « en bonne santé et indemne de toute maladie transmissible, vénérienne ou non [...], étudié au point de vue de son hérédité (malformation, psychoses chez les ascendants et les collatéraux) »²⁰⁶⁴ mais devrait également aussi « ressemble[r] autant que possible au mari par les qualités physiques et raciales [...] et si possible de qualité intellectuelle et morale égale ou supérieure »²⁰⁶⁵. D'autres spécialistes de la stérilité s'y opposent au nom de l'harmonie du couple et du bien-être du mari, comme c'est le cas du docteur Georges Guillon, secrétaire de la Société nationale pour l'étude de la fertilité, qui considère que :

« L'homme sera dévalorisé sur le plan génital parce que, même s'il est puissant, il n'a pas pu « faire d'enfant ». Cette dévalorisation peut se répercuter sur le plan social et aboutir à des échecs professionnels : il se sentira châtré et ne produira plus. Au foyer, la femme deviendra encore plus castratrice, quand se refusant à son mari elle ne manifestera qu'un désir : retrouver par tous les moyens l'homme dont elle avait porté l'enfant [...] L'homme doit rester à sa place dans notre civilisation, l'initiative génitale lui a toujours appartenu il doit la conserver »²⁰⁶⁶

Malgré ce que l'obstétricien Robert Merger décrit comme des « prises de position absolument inconciliables »²⁰⁶⁷, un certain consensus est adopté au sein de la communauté médicale lors du 17^{ème} Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de la Fédération des Sociétés de Langue française qui a lieu à Marseille en septembre 1957. Si la question du don de sperme divise toujours, l'insémination artificielle pratiquée avec le sperme du mari est ainsi acceptée : l'Église

²⁰⁶³ AN, 19760173/27 Dossier « Insémination artificielle », note de E.R. non datée.

²⁰⁶⁴ Raoul Palmer, « L'insémination artificielle. Aspects médicaux de la question », *Cahiers Laënnec*, vol. 2, 1946, p. 10.

²⁰⁶⁵ *Ibid.*

²⁰⁶⁶ Georges Guillon, « Problèmes posés par l'insémination hétérologue », *Gynécologie pratique. Revue internationale de gynécologie*, 1956, p. 254.

²⁰⁶⁷ AN 19760179/27 Dossier « Insémination artificielle », rapport de Robert Merger, janvier 1959, p. 1.

catholique concédant par ailleurs qu'elle puisse être pratiquée au sein du couple pour « faciliter l'acte naturel »²⁰⁶⁸.

Du point de vue politique, la question apparaît de nouveau dans les archives du Ministère de la Santé alors qu'éclate une nouvelle affaire en Grande-Bretagne : en 1958, Ronald MacLennan demande le divorce de son épouse Margaret, qu'il accuse d'adultère car elle aurait eu recours à une IAD sans son consentement²⁰⁶⁹. L'affaire pose une nouvelle question : l'IAD peut-elle être considérée juridiquement comme un adultère ? Alors que l'administration britannique se saisit une nouvelle fois de la question, elle se renseigne auprès des ambassades pour connaître les solutions choisies dans d'autres pays. Interrogé à ce sujet, le directeur de cabinet du Ministre de la Santé publique et de la Population répond qu'en France « le recours à ce procédé est tenu secret et c'est ce qui explique le très petit nombre de litiges dont le droit privé a eu à connaître en ce domaine »²⁰⁷⁰. Il ajoute néanmoins que « quelque discrète que puisse être l'intervention du donneur dans une famille légitime, il est indéniable que le procédé de l'insémination artificielle sape les bases du mariage »²⁰⁷¹.

La proposition de réglementer l'usage de l'insémination artificielle est alors discutée depuis quelques temps mais n'est finalement pas retenue. Chargée d'établir des recommandations à ce sujet, la Commission de la Maternité du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale, composée de gynécologues-obstétriciens considère en effet qu'il « est sage de ne pas intervenir dans sa réglementation. Il faut laisser aux individus leur responsabilité : aux époux selon leurs convictions ; aux médecins selon leur conscience ; aux magistrats, et, en l'absence de loi, à la jurisprudence, selon les circonstances particulières. Les réglementations et les lois risquent d'être prématurées »²⁰⁷².

Le secret régit alors le recours à la pratique. Les couples qui souhaitent obtenir un don de sperme peuvent se tourner vers certains services hospitaliers où exercent des gynécologues-obstétriciens de renom, tels que Raoul Palmer à l'Hôpital Broca²⁰⁷³. Étant donné que les donneurs, recrutés par relations ou petites annonces, sont rémunérés, il est vraisemblable que

²⁰⁶⁸ Cité dans Emmanuel Betta, *L'autre genèse. Histoire de la fécondation artificielle*, op. cit., p. 190.

²⁰⁶⁹ Hayley Hope Andrew, *The Reluctant Stork: Science, Fertility, and the Family in Britain, 1943-1960*, op. cit.

²⁰⁷⁰ AN 19760179/27 Dossier « Insémination artificielle », lettre de Max Querrien, le 7 septembre 1959.

²⁰⁷¹ *Ibid.*

²⁰⁷² AN 19760179/27 Dossier « Insémination artificielle », rapport de Robert Merger, janvier 1959, p. 1.

²⁰⁷³ Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, op. cit.

seuls les couples relativement aisés aient accès à l'IAD²⁰⁷⁴. Selon la marge de manœuvre dont ils et elles disposent, certains médecins la pratiquent en toute discrétion dans les différentes consultations de stérilité qui existent sur le territoire français²⁰⁷⁵. Mais c'est surtout dans les cabinets privés de médecins que se pratique l'IAD en toute confidentialité²⁰⁷⁶. À la demande d'un confrère devant s'absenter de manière inattendue, le gynécologue Jean Cohen se rappelle ainsi avoir procédé à sa première insémination artificielle avec sperme de donneur dans son cabinet au début des années 1960. L'association de l'acte avec la sexualité illicite se mêle avec la crainte d'une brèche de l'anonymat :

« Il n'y avait qu'une seule porte palière à l'entrée du cabinet. Je l'avais noté tout de suite et cette disposition me préoccupait.

- Ne craignez rien. Ils ne se rencontreront pas. Elle sera là bien avant l'heure, croyez-en mon expérience, me tranquillisa-t-il.

[...] Mon confrère avait vu juste : ils furent là plus de trente minutes avant le moment fixé. [...] J'étais à la fois inquiet et curieux. Inquiet que le donneur puisse rencontrer l'homme ou la femme, que le geste technique que je réaliserais butte sur quelque difficulté. [...] Le donneur fut ponctuel. Tout se passa selon les dispositions prévues : le sperme fut recueilli dans la salle d'examen. Quelques minutes plus tard, j'en inséminai la jeune femme. Lorsque le couple fut parti, je conservai comme une impression de malaise, presque un sentiment de culpabilité. [...] A cette époque, les couples sans enfant s'adressaient surtout à l'adoption et l'insémination était vraiment l'exception. Pour beaucoup, elle constituait une trahison : pour l'époux, de son capital génétique, pour l'épouse, une trahison de son mari »²⁰⁷⁷

En Suisse, les débats autour de l'insémination artificielle et de l'IAD soulèvent des craintes similaires, bien que le sujet soit moins couramment évoqué dans la presse. L'hebdomadaire neuchâtelois *Curieux* y consacre une enquête en 1951 révélant la crainte d'un contrôle humain sur la vie : « Alerte à l'insémination artificielle : la science a-t-elle le droit de créer des enfants sans amour ? »²⁰⁷⁸. Tout comme en Angleterre et aux États-Unis, l'image des « tube babies » fait planer la crainte d'une dissolution de l'institution du mariage, mais aussi des angoisses raciales qui révèlent tant la crainte du métissage que celle de la révélation de la défaillance

²⁰⁷⁴ Fabrice Cahen, « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », *op. cit.*

²⁰⁷⁵ C'est le cas par exemple du service de stérilité de Bordeaux géré par la doctoresse Irène Bernard et le docteur Georges Jeanneney depuis 1941 au sein du service d'Hormonologie gynécologique. Cf. Georges Janneney et Irène Bernard, « Organisation et fonctionnement d'un service de stérilité (1941-1942) », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, vol. 1, 1943, p. 144-148.

²⁰⁷⁶ Fabrice Cahen, « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », *op. cit.*

²⁰⁷⁷ Jean Cohen, *Les mains de la vie. La conception et la naissance maîtrisées. Histoire d'une conquête*, *op. cit.*, p. 140-141.

²⁰⁷⁸ « La science a-t-elle le droit de créer des enfants sans amour ? », *Curieux*, n° 46, 14 novembre 1951, p. 10.

masculine²⁰⁷⁹. Accompagnant l'article, quelques vers formulent sous forme de plaisanterie ces inquiétudes viriles et raciales :

« Je vois, réunis, Monsieur et Madame,
Ravis comme anxieux
À cet instant mystérieux
Où la vie se proclame
Oui, je vois Monsieur
Des larmes dans les yeux,
Regrettant, certes, les anciens usages
(Mais n'approfondissons pas
Les motifs de son embarras),
Je vois, Monsieur, attendant le message
Que lui apportera le sourire naissant,
Je vois Madame se réjouissant,
[...]
Et, tout à coup stupeur !...
Colère du mari intègre !...
Crise de Madame en pleurs !...
Le bébé est un nègre »²⁰⁸⁰

Tout comme en France, l'insémination artificielle est légale en Suisse où elle ne fait l'objet d'aucune réglementation. L'enquête de *Curieux* la présente cependant comme une pratique étrangère, américaine, britannique, mais aussi de plus en plus française, à laquelle est opposée la « sagesse suisse »²⁰⁸¹ :

« En Suisse, comme à l'étranger, il n'existe point de lois interdisant ni réglementant cette procréation scientifique. Le médecin, lié par le secret professionnel, est seul juge dans le silence de son cabinet de travail. Eh bien ! il apparaît des divers renseignements que nous avons obtenus que l'« I.A. » est pour ainsi dire inexistante dans notre pays. Les cliniques et les hôpitaux, se refusant absolument à travailler avec des « donneurs », ne consentent – et assez rarement encore – à intervenir qu'avec la seule participation du mari. Peut-être est-ce là la véritable attitude à adopter »²⁰⁸²

Le fait que le sujet apparaisse peu dans la presse s'explique peut-être par le fait qu'il est considéré comme suffisamment graveleux pour faire l'objet de censure. Saisi au sujet de la une de l'hebdomadaire, le Département de justice et police du canton de Vaud est chargé de déclarer si celle-ci contrevient aux réglementations concernant la « littérature immorale ». L'article en

²⁰⁷⁹ Hayley Hope Andrew, *The Reluctant Stork: Science, Fertility, and the Family in Britain, 1943-1960*, op. cit.

²⁰⁸⁰ Ruy Blag, « Plutôt contre... », *Curieux*, n° 46, 14 novembre 1951, p. 10.

²⁰⁸¹ « La science a-t-elle le droit de créer des enfants sans amour ? », *Curieux*, 46, 14 novembre 1951, p. 10.

²⁰⁸² *Ibid.*

lui-même n'est pas jugé « contraire aux bonnes mœurs »²⁰⁸³ et ce notamment en raison du fait qu'il « met du reste le lecteur en garde contre les conséquences de l'insémination artificielle »²⁰⁸⁴. La une du journal, qui reprend l'interrogation « La science a-t-elle le droit de créer des bébés sans amour ? », fait néanmoins l'objet d'une lettre adressée au rédacteur en chef de la revue pour l'inviter à « faire preuve d'un peu plus de discrétion à l'avenir »²⁰⁸⁵ :

« Sans prendre position sur le sujet traité, ces personnes [qui se sont plaint] ont manifesté leur étonnement de voir un périodique, considéré jusqu'ici par elles comme sérieux, se laisser aller à une publicité qui leur paraît pour le moins déplaisante et équivoque. [...] vu les devoirs qui lui incombent en sa qualité d'autorité chargée de protéger l'ordre public et les bonnes mœurs, le Département de justice et de police vous saurait gré de bien vouloir, à l'avenir, vous abstenir d'user de procédés publicitaires contraires au bon goût et à la décence, surtout lorsqu'il s'agit de questions susceptibles d'offenser ou de choquer certains milieux »²⁰⁸⁶

Le sujet semble en tout cas suffisamment tabou pour que même des spécialistes de la stérilité masculine, à l'instar de Richard Weyeneth, ne l'évoquent quasiment pas dans leurs publications. Le gynécologue genevois et spécialiste de la stérilité Hubert de Watteville considère quant à lui que ses « résultats sont le plus souvent décevants quand il s'agit d'un sperme pathologique et seuls les cas rares où la stérilité est due à une « impotentia coeundi » [impuissance sexuelle] avec sperme normal, la méthode peut rendre de réels services »²⁰⁸⁷. Quant à l'IAD, il convient que « cette méthode n'est pas approuvée par la majorité des gynécologues européens et ce procédé est lourd de conséquences psychologiques et légales, et ne devrait être utilisé de nos jours qu'avec la plus grande réserve »²⁰⁸⁸.

Tout comme en France, il est probable néanmoins que certains médecins aient pratiqué en toute discrétion des inséminations artificielles à la demande des couples stériles. Une lettre retrouvée aux archives des Hôpitaux universitaires de Genève montre que certains couples avaient connaissance du procédé et ont interpellé leur médecin en ce sens. Ne parvenant plus à tomber enceinte après une fausse couche, une femme demande cette faveur au docteur René Koenig, alors directeur de la Maternité au lendemain de la Seconde Guerre mondiale :

²⁰⁸³ ACV S 128/167 Censure cinématographique et littérature immorale (1910-1959), « Publicité du journal « Curieux » », 16 novembre 1951.

²⁰⁸⁴ *Ibid.*

²⁰⁸⁵ *Ibid.*

²⁰⁸⁶ *Ibid.*, lettre du chef de Département au rédacteur en chef du journal « Curieux », 16 novembre 1951.

²⁰⁸⁷ Hubert de Watteville, « Le problème de l'insémination artificielle », *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin – Revue suisse de médecine*, vol. 48, 1958, p. 1154.

²⁰⁸⁸ *Ibid.*

« Il y a deux ans aujourd'hui que j'ai été opéré par vous (Césarienne) et j'ai laissé à l'opération mes deux premiers et beaux Bébés. Vous m'avez soignée avec beaucoup de sollicitude et vous m'avez témoignée une bonté presque paternelle. J'ai pensé à vous avec une grande reconnaissance. Et je me suis cramponnée au futur Bébé que vous me promettiez tous les jours. Eh bien ce beau Bébé n'est jamais venu. Et je souffre tous les jours davantage de la perte de mes enfants et de la déception de ne point porter en moi une autre petite vie.

Le Dr [...] vers lequel vous m'avez envoyée m'a bien remis en état. Il dit que tout est en ordre. Une analyse du sperme de mon mari a donné un mauvais résultat. Son sperme vit à peine 20 minutes. On lui a fait ce printemps une série de piqûres, mais il n'a pas eu de suite.

Vous qui avez tant lutté pour me laisser ma vie, pourriez vous de fois m'aider. J'ai tant de peine à aimer cette vie et peur de perdre un jour le courage de remplir mes devoirs vis-à-vis de mon mari et de mes enfants adoptifs. Veuillez pardonner Monsieur le professeur à une âme qui dans sa grande peine cherche une consolation auprès de vous. N'y-a-t-il pas une conception par voix artificielle ? »²⁰⁸⁹

Si la réponse n'a pas été conservée, la lettre révèle le rôle de « gardien » des médecins dans l'accès à la technique mais aussi la capacité d'agir des couples, et plus particulièrement des femmes. En mettant en avant ses devoirs de mère et d'épouse, et donc sa respectabilité, l'autrice de cette lettre présente l'insémination artificielle comme une solution de dernier recours, rendue acceptable par l'inefficacité des autres méthodes jusqu'ici essayées. La relation particulière qui lie la patiente au gynécologue « paternel » établit aussi une forme de proximité et de responsabilité morale de répondre à sa souffrance²⁰⁹⁰.

Tout comme en Grande-Bretagne à la même période, il est vraisemblable que l'insémination artificielle ait principalement été pratiquée à la demande de couples plutôt que par recommandation médicale, à un moment où de nombreux médecins ignorent le procédé ou le jugent immoral²⁰⁹¹. Les journaux qui évoquent le sujet se montrent prudents, comme le fait le journal valaisan *Le nouvelliste* dans la section *Pour vous Mesdames* en juin 1953: « Nous avons voulu donner à nos lectrices un reflet d'un problème qui a déjà été soulevé dans ce journal il y un certain temps. Cela ne signifie nullement que nous y soyons favorables »²⁰⁹². Les médecins sont en quelque sorte poussés à se saisir de la question à cause de l'émergence de l'IAD dans la sphère publique et de la demande qui en découle. Ainsi, le professeur de médecine légale de l'Université de Lausanne Marc-Henri Thélin souligne que « le public en parle et en reparle à

²⁰⁸⁹ Archives des HUG, Classeur non inventorié, « Correspondance. Lettres reçues janvier 1941 », Lettre au docteur Koenig.

²⁰⁹⁰ Je reviendrai plus en détail sur la relation entre les gynécologues et leurs patientes dans le prochain chapitre.

²⁰⁹¹ Hayley Hope Andrew, *The Reluctant Stork: Science, Fertility, and the Family in Britain, 1943-1960*, op. cit.

²⁰⁹² Mick, « Le problème de l'insémination artificielle », *Le Nouvelliste valaisan*, 6 et 7 juin 1953, p. 6.

telle enseigne que le corps médical se doit, à son tour, d'en examiner tout d'abord la légitimité de principe, puis les indications »²⁰⁹³. Là où l'insémination artificielle était jusqu'alors pratiquée au cabinet médical, « sévèrement protégé[e] par le secret médical le plus hermétique »²⁰⁹⁴, il regrette qu'elle soit désormais débattue « d'une manière quasi publique, sur le forum, en cherchant à recueillir les opinions d'à peu près tout le monde »²⁰⁹⁵.

Au même moment où éclate l'affaire *MacLennon vs. MacLennon* en Grande-Bretagne, les médecins suisses cherchent à rétablir la juridiction médicale autour du problème et à discuter de la légitimité et des indications de cette pratique. En 1958, la revue médicale *Praxis* dédie un numéro spécial à la question et rassemble les positions de psychiatres, théologiens, médecins-légistes et autres spécialistes. Similairement au contexte français, la majorité des médecins et théologiens romands, s'ils concèdent parfois l'utilité de l'insémination artificielle, s'oppose au don de sperme. Le professeur de théologie de l'Université de Genève Franz Jehan Leenhardt considère quant à lui que l'IAD risque de provoquer des difficultés psychologiques pour l'homme « relégué au rôle de figurant »²⁰⁹⁶ : « Impossible que ses sentiments vis-à-vis de l'enfant, dont en fait un autre est le père, soit de même qualité que les sentiments de sa mère véritable [...] on imagine aisément ce qui va se passer dans le conscient et l'inconscient de cet homme »²⁰⁹⁷. En même temps qu'ils s'inquiètent des conséquences psychologiques pour l'enfant à naître, de nombreux médecins craignent la difficulté, pour le père, de former un lien paternel avec un enfant qui n'est pas le sien et lui rappelle constamment son « échec » procréatif²⁰⁹⁸. Comme le souligne Emmanuel Betta, l'insémination artificielle soulève la crainte de « faire exploser l'ordre et l'équilibre de la famille, à partir de la démolition du rôle masculin de « breadwinner » et d'une identité déjà ternie par la révélation de la stérilité masculine »²⁰⁹⁹.

La crainte tient aussi à ce que la pratique ne soit pas aux seules mains des médecins mais soit laissée à l'appréciation de l'État. S'il souligne l'absence de caractérisation du viol et de l'adultère du point de vue juridique, Marc-Henri Thélin met ainsi en garde sur la posture de l'État qui « peut avoir un intérêt si direct au maintien ou à l'augmentation de sa population,

²⁰⁹³ Marc-Henri Thélin, « L'insémination artificielle », *Praxis. Revue suisse de médecine*, vol. 48, 1958, p. 1162.

²⁰⁹⁴ Marc-Henri Thélin, « L'insémination artificielle », *Médecine et Hygiène*, vol. 123, 1948, p. 167.

²⁰⁹⁵ *Ibid.*

²⁰⁹⁶ Franz Jehan Leenhardt, « Réflexions sur l'insémination artificielle », *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin – Revue suisse de médecine*, vol. 48, 1958, p. 1172.

²⁰⁹⁷ *Ibid.*

²⁰⁹⁸ Tinne Claes, « Obedient Men and Obsessive Women: Donor Insemination, Gender and Psychology in Belgium », *Gender and History*, vol. 0, n° 0, 2021, p. 1-20.

²⁰⁹⁹ Emmanuel Betta, *L'autre genèse. Histoire de la fécondation artificielle*, op. cit., p. 205.

qu'il *peut être tenté de favoriser d'une manière excessive l'I.A.* »²¹⁰⁰. Tout comme en France, l'insémination artificielle fait l'objet de l'établissement de frontières entre des pratiques américaines jugées dangereuses et celles, plus démocratiques, de l'Europe occidentale :

« Lorsque les U.S.A. firent parvenir aux épouses légitimes le sperme conjugal prélevé sur le front du Pacifique, y avait-il excès ? Je pense que pour nous, Européens occidentaux, l'excès est manifeste ; nous avons de la peine à admettre, si commode que cela puisse être, cette façon de perpétuer une famille. En effet, pour nous la perpétuation de la race est si intimement liée à la notion de vie de famille que cette méthode d'outre-Atlantique nous choque. L'Etat qui en est réduit à ces moyens de lutte contre une pauc natalité inquiétante est bien près de s'engager sur des voies dangereuses : en effet, pourquoi ne pas profiter des circonstances pour améliorer la race en substituant plus ou moins discrètement, ou officiellement, au sperme conjugal, celui d'un étalon de belle venue ? »²¹⁰¹

Ainsi, comme le souligne l'historien Emmanuel Betta, les débats autour de l'insémination artificielle se construisent en réaction au « mythe d'une science [...] capable de maîtriser la génération artificielle d'un être humain, en décidant et en organisant ses caractères physiques et psychologiques »²¹⁰². La crainte d'un contrôle par l'État de la population se pose d'autant plus que sont « découverts » les effets du glycérol, qui permettent une congélation « lente » des spermatozoïdes²¹⁰³. Aux États-Unis, la cryoconservation de sperme humain aboutit sur l'ouverture de banques commerciales de sperme dès le milieu des années 1960²¹⁰⁴. Il faudra néanmoins attendre le tournant des années 1970 pour voir émerger les premières banques de sperme en France et en Suisse et plus tardivement encore pour que soient passées les premières réglementations encadrant les techniques de procréation médicalement assistée.

Tout en permettant l'inclusion des hommes dans la médecine de la stérilité, le développement des sciences de la reproduction au lendemain de la Seconde Guerre mondiale ne marque donc pas de réelle médicalisation des capacités reproductives des hommes. La « réinvention » du terme « andrologie » témoigne néanmoins des prémisses d'une spécialisation autour de la stérilité masculine en miroir de la gynécologie. Malgré l'intérêt de certains urologues sur la question, l'urologie ne se transforme pas en « science de la masculinité » concernée par l'infertilité masculine, notamment en raison de l'absence de traitement efficace qui ferait

²¹⁰⁰ Marc-Henri Thélin, « L'insémination artificielle », *op.cit.*, p. 169.

²¹⁰¹ *Ibid.*

²¹⁰² Emmanuel Betta, « Entre doutes, fascination et anxiété: insémination artificielle avant Huxley », dans Doris Bonnet, Fabrice Cahen et Virginie Rozée (dir.), *Procréation et imaginaires collectifs. Fictions, mythes et représentations de la PMA*, Paris, Ined éditions, 2021, p. 79.

²¹⁰³ Cynthia R. Daniels et Janet Golden, « Procreative Compounds : Popular Eugenics , Artificial Insemination and the Rise of the American Sperm Banking Industry », *Journal of Social History*, vol. 38, n° 1, 2004, p. 5-27.

²¹⁰⁴ Cynthia R. Daniels, *Exposing Men. The Science and Politics of Male Reproduction*, *op. cit.*

intervenir des techniques chirurgicales. Puisque les thérapies hormonales s'avèrent relativement décevantes, l'insémination artificielle devient l'une des principales méthodes de traitement de la stérilité masculine. Or, la pratique est controversée, notamment lorsqu'elle implique le don du sperme d'une personne tierce. D'autre part, si l'insémination artificielle implique une forme de médicalisation des hommes par le biais de la récolte du sperme, elle participe également à redéfinir le corps des femmes comme le lieu d'intervention médicale. La contribution des hommes étant limitée à la production de liquide séminal (qu'il s'agisse de donneurs relégués au secret ou de l'époux), le traitement repose donc surtout sur la manipulation des corps féminins. Cette focalisation sur le corps des femmes est d'autant plus facilitée par le fait que c'est principalement autour de leurs capacités procréatives que se développent les sciences de la reproduction, notamment avec la mise au point puis circulation de nouvelles méthodes médicales de contraception dans les années 1960²¹⁰⁵.

²¹⁰⁵ Adele E. Clarke, *Disciplining Reproduction. Modernity, American Life Sciences, and « the Problems of Sex »*, *op. cit.*

Chapitre 2. « Tout pour la femme, y compris l'homme » : Le couple devant la médecine

1. Une offre médicale orientée vers les femmes

1.1. De l'action militante à l'expertise médicale : le déploiement du planning familial

Le déploiement des sciences de la reproduction humaine et plus particulièrement la médicalisation de la contraception révèle un processus d'intervention sur les corps féminins à la rencontre de plusieurs « mondes sociaux » : mouvements pour le contrôle des naissances, revendications féministes, réseaux de gynécologues, chercheurs et biochimistes intéressés par le fonctionnement hormonal de la procréation humaine²¹⁰⁶. Mise sur le marché américain en 1957, la première pilule contraceptive *Enovid*, développée par le biologiste Gregory Pincus, est tout d'abord autorisée pour le traitement des « troubles gynécologiques » avant d'être diffusée comme une méthode de contraception à l'attention des femmes²¹⁰⁷. Le médicament incarne le caractère ambivalent des méthodes de contrôle des naissances à cette période : érigée comme symbole d'émancipation féminine, la pilule est aussi l'instrument du contrôle de la fécondité jugée « démesurée » des femmes noires américaines et de celles du « Tiers-monde »²¹⁰⁸.

En France, où la loi du 31 juillet 1920 interdit toujours la diffusion d'information au sujet des méthodes contraceptives, le mouvement pour la régulation des naissances est marqué par la création de l'association *Maternité heureuse* en mars 1956, devenue le *Mouvement français pour le planning familial* (MFPF) à partir de 1961²¹⁰⁹. Après une visite à la clinique de planning familial fondée par Margaret Sanger à New York en 1947, la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé dépose avec la sociologue Évelyne Sullerot les statuts de l'association avec pour objectif de ramener en France l'expérience des mouvements anglo-saxons. Le MFPF dispose néanmoins, comme le souligne Cécile Ventola, d'une « marge de manœuvre argumentaire et pratique plus limitée que celle de leurs homologues britanniques »²¹¹⁰. En mettant initialement l'accent sur la maternité choisie, l'association se défend de toute forme de

²¹⁰⁶ Nelly Oudshoorn, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, op. cit. ; Nelly Oudshoorn, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, op. cit. ; Adele E. Clarke, *Disciplining Reproduction. Modernity, American Life Sciences, and « the Problems of Sex »*, op. cit.

²¹⁰⁷ Lara V. Marks, *Sexual chemistry. A history of the contraceptive pill*, op. cit.

²¹⁰⁸ *Ibid.*

²¹⁰⁹ Sylvie Chaperon, *Les années Beauvoir (1945-1970)*, op. cit.

²¹¹⁰ Cécile Ventola, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, op. cit., p. 161.

malthusianisme dans un contexte politique français traditionnellement nataliste et marqué par la forte opposition des mouvements catholiques tout au long des années 1950²¹¹¹.

Les considérations raciales et eugénistes ne sont pourtant pas absentes des politiques publiques de contrôle de la population française. En effet, si les mouvements féministes luttent en métropole contre les politiques natalistes qui interdisent l'avortement et la contraception, des politiques d'encouragement du contrôle des naissances et de l'avortement sont mises en place dans les départements d'Outre-mer, tels que la Réunion ou les Antilles²¹¹². Comme le souligne Myriam Paris dans le cas de la Réunion, « [d]ès le début des années 1960, les préservatifs sont en vente libre et de nombreux médecins délivrent des progestatifs à usage contraceptif – pilules – à leurs patientes avec l'aval des autorités, bien que la contraception ne soit pas légalement autorisée »²¹¹³. Dans un souci de réaffirmation des rôles de genre, la promotion du contrôle des naissances s'adresse en priorité aux femmes décrites comme victimes de conjoints considérés comme violents par nature et pour qui la contraception est présentée comme un outil d'émancipation²¹¹⁴.

En métropole, la promotion de la contraception est une démarche militante. En 1961, le docteur Henri Fabre ouvre avec la branche grenobloise du MFPP une clinique de planification familiale qui a pour objectif d'informer les couples et de distribuer des dispositifs contraceptifs. Pour contourner les contraintes légales, seules les membres du MFPP peuvent profiter de conseils en matière de contraception puis obtenir des contraceptifs importés d'Angleterre par le biais de l'IPPF. La loi interdit certes la promotion de la contraception mais laisse le droit aux praticiens de délivrer des informations à leurs patient·es dans la confidentialité de leur cabinet²¹¹⁵. Devant l'absence de poursuites, ces initiatives se développent sur le reste du territoire. En s'orientant vers la distribution de contraceptifs, l'association prend un tournant médical : de nombreux médecins entrent dans l'association et dans les instances dirigeantes qui deviennent de plus en

²¹¹¹ Bibia Pavard, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012.

²¹¹² Michelle Zancarini-Fournel, « Contraception et avortement dans les Antilles françaises (Guadeloupe et Martinique, 1964-1975) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol. 50, n° 2, 2020, p. 87-108 ; Myriam Paris, « La racialisation d'une politique publique: le contrôle de la natalité à la Réunion (années 1960-1970) », *Politix*, vol. 131, n° 3, 2020, p. 29-52 ; François Vergès, *Le ventre des femmes. Capitalisme, racialisation, féminisme*, Paris, Albin Michel, 2017.

²¹¹³ Myriam Paris, *Nous qui versons la vie goutte à goutte. Féminismes, économie reproductive et pouvoir colonial à la Réunion*, Paris, Éditions Dalloz, 2020, p. 314.

²¹¹⁴ *Ibid.*, p. 320. Paris montre qu'en même temps que la promotion des méthodes de contraception, l'Association réunionnaise d'éducation populaire cherche à enseigner aux femmes réunionnaises « leur » rôle au foyer.

²¹¹⁵ Sophie Chauveau, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, n° 18, 2003, p. 223-239.

plus paritaires²¹¹⁶. La stratégie médiatique du MFPP se transforme aussi pour donner une plus grande place à l'expertise médicale. En janvier 1962 un « Collège médical pour l'étude du contrôle de la fertilité et la lutte contre l'avortement » est créé pour constituer un fonds de connaissances sur la contraception et faire promotion de la cause au sein de la profession médicale²¹¹⁷. Il a pour objectif d'assurer la respectabilité sociale de la contraception en réaction aux menaces de sanction proférées par le Conseil de l'Ordre des médecins²¹¹⁸.

Pour les médecins de MFPP, la contraception est une solution au problème de santé publique que constituent alors les milliers d'avortements clandestins qui mettent en danger la vie des femmes qui y ont recours. C'est d'ailleurs dans l'objectif de prévenir les stérilités causées par les avortements clandestins que Raoul Palmer et Jean Dalsace s'engagent au MFPP²¹¹⁹. Les médecins qui défendent la contraception médicale revendiquent aussi l'exercice d'une médecine « humaniste » qui se déploie autour de trois « volets d'un même tryptique »²¹²⁰ sur les corps des femmes : maîtrise de la fécondité, méthode de l'accouchement sans douleur et traitement hormonal de la stérilité « involontaire »²¹²¹.

Un développement similaire peut être constaté en Suisse romande, bien que l'histoire des centres de planning familial révèle des logiques professionnelles quelque peu différentes. L'ouverture de centres de consultation s'inscrit dans une volonté de gestion sanitaire de la procréation qui accompagne une nouvelle norme : celle du « couple sain, hétérosexuel et épanoui sexuellement, [qui] maîtrise sa fécondité et procrée lorsque les conditions sociales ou économiques lui semblent favorables »²¹²². Fondées pour répondre aux inquiétudes au sujet du nombre de divorces, les consultations médico-sociale de mariage qui s'établissent en Suisse romande sont, au début des années 1960, rattachées à des Églises²¹²³. La mobilisation en faveur de la contraception diffère néanmoins selon les cantons : les régions majoritairement catholiques (tels que les cantons de Fribourg, du Valais ou du Jura) relaient ainsi plus aisément

²¹¹⁶ Bibia Pavard, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, op. cit.

²¹¹⁷ Frédérique Liotard-Schneider, *Les experts de l'intime et les femmes, médecins et démographes en France de 1945 à 1975*, thèse de l'Université Paris Ouest-Nanterre La Défense, 2010.

²¹¹⁸ Bibia Pavard, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, op. cit. ; Sandrine Garcia, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011.

²¹¹⁹ Sandrine Garcia, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, op. cit.

²¹²⁰ *Ibid.*, p. 62.

²¹²¹ Sandrine Garcia, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, op. cit.

²¹²² Taline Garibian, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, op. cit., p. 383.

²¹²³ *Ibid.*

la condamnation de l'Église en matière de contrôle de naissances sans nécessairement avoir de réel impact sur les pratiques contraceptives des couples²¹²⁴.

Si la vente et la promotion de la contraception est interdite en France (et ce jusqu'à la loi Neuwirth de 1967), la pilule anticonceptionnelle est disponible sur l'ensemble du marché suisse dès 1961, bien que l'article 211 du Code pénal de 1942 prévoit l'interdiction de sa promotion²¹²⁵. La contraception médicale est prescrite par des médecins à leur cabinet privé ou au sein de structures nouvellement créées à cet effet. À Genève, une consultation de planning familial existe depuis 1956 à la polyclinique de gynécologie de l'Hôpital cantonal où elle est tenue par le professeur de gynécologie William Geisendorf. Tout comme ses confrères français, Geisendorf est un fervent adepte de l'accouchement sans douleur²¹²⁶ et considère que la contraception est la solution au problème des avortements clandestins²¹²⁷. Plus tard, il participe à la création d'un Centre d'information familiale et de régulation des naissances (CIFERN) à Genève, d'abord imaginé comme un instrument permettant de soutenir l'union familiale et de renforcer l'harmonie conjugale²¹²⁸. Conçu comme un espace d'information à destination des couples, le CIFERN ne remplace pas la consultation de planning familial puisqu'il ne dispose pas de personnel médical susceptible de prescrire une contraception²¹²⁹. Les couples intéressés par les méthodes proposées au CIFERN doivent se rendre au nouvellement créé Centre de planning familial pour obtenir une prescription médicale²¹³⁰.

Le cas du Centre genevois de planning familial illustre bien les transformations professionnelles qui s'opèrent autour de la gynécologie dans la seconde moitié des années 1960. Fondé en 1966 grâce à un financement de la Fondation Ford²¹³¹, il a également pour objectif, au-delà de son

²¹²⁴ Caroline Rusterholz, « Reproductive behavior and contraceptive practices in comparative perspective, Switzerland (1955-1970) », *The History of the Family*, vol. 20, n°1, 2015, p. 41-68.

²¹²⁵ *Ibid.* Il faut souligner néanmoins que la pilule *Enovid* est également disponible sur le territoire français dès 1961 mais son indication est limitée au traitement de la stérilité, ce qui n'empêche pas des usages contraceptifs, cf. Anne-Claire Rebreyend, Vincent Porhel, et Julien Hage. « Objets », dans Philippe Artières (éd.), 68. *Une histoire collective (1962-1981)*, La Découverte, 2018, p. 455-465.

²¹²⁶ Marilène Vuille, « L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980 », *Travail, genre et sociétés*, vol. 34, n° 2, 2015, p. 39-56.

²¹²⁷ Sylvie Burgnard, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, op. cit.

²¹²⁸ Sylvie Burgnard, « The family planning service and the pill in Geneva (1965–1980): a step towards women's emancipation? », *History of the Family*, vol. 20, n°, 2015, p. 24-40.

²¹²⁹ *Ibid.*

²¹³⁰ Caroline Rusterholz, « Reproductive behavior and contraceptive practices in comparative perspective, Switzerland (1955-1970) », op. cit.

²¹³¹ La Fondation Ford occupe une place centrale dans le développement des sciences de la reproduction, en finançant considérablement la recherche entre 1959 et 1983. Pour plus d'informations à ce sujet, consulter Roy Hertz, « A Quest for Better Contraception: The Ford Foundation's Contribution to Reproductive Science and Contraceptive Development (1959-1983) », *Contraception*, vol. 29, n°2, 1984, p. 107-142.

activité en matière de contraception, d'accueillir les couples stériles. Le directeur du centre, le gynécologue Jacques Meylan, est d'ailleurs spécialiste de la stérilité qu'il a étudié à Paris auprès de Palmer et à New-York au *Margaret Sanger Research Bureau*²¹³².

L'une des seules structures à offrir un traitement spécialisé en matière de stérilité en Suisse, le Centre connaît un certain succès et reçoit près de 500 couples lors de ses deux premières années d'existence²¹³³. La plupart des couples stériles consultent sur le conseil de leur gynécologue après l'échec d'une première série de traitements. Sans surprise, il s'agit en majorité de couples relativement aisés (dont les hommes sont ingénieurs, journalistes, professeurs...), même si certains couples d'extraction plus modeste (maçons, mécaniciens, chauffeur-livreur...) consultent également²¹³⁴. En Suisse, certains traitements contre la stérilité sont remboursés par les caisses-maladies, même si ce n'est pas le cas de l'insémination artificielle²¹³⁵. Certains couples viennent d'ailleurs d'autres cantons ou de pays frontaliers (France et Italie) pour chercher des soins spécialisés. Le nombre de couples italiens s'explique vraisemblablement par le difficile accès des couples à la médecine de la reproduction et à l'insémination artificielle, comme en témoigne par exemple la lettre d'une femme adressée à Jacques Meylan :

« Le Consulat général suisse [d'une ville d'Italie du Nord] m'a signalé que chez Votre Clinique on pratique des examens de la couple et des cures contre la stérilité conjugale. Je suis épousée dès quatre années et je n'ai pas des fils. Je suis âgée de 35 ans et mon mari de 40 ans.
Alors, suivant même le conseil de notre médecin de famille, je désire venir chez Vous avec mon mari.
Afin de programmer notre visite, je desirais connaître : - s'il est nécessaire une inscription faite d'avance ; - combien de jours – à peu près – sont nécessaires pour les examens.
Je vous remercie de Votre réponse et Vous salue »²¹³⁶

À la fois rattaché à la Clinique universitaire de gynécologie et obstétrique et à la Policlinique universitaire de gynécologie, le Centre demeure ancré dans les pratiques des gynécologues : il fournit d'ailleurs la moitié des consultations de la policlinique²¹³⁷. Lieu d'accueil des couples,

²¹³² Archives des HUG, classeur non inventorié Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires (1966-1971), lettre de recommandation de Sobrero, directeur du Margaret Sanger Research Bureau, 19 juin 1964.

²¹³³ Archives des HUG, classeur non inventorié Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires (1966-1971), Rapport sur la création d'un Centre de traitement de la stérilité, 25 juin 1968, p. 2.

²¹³⁴ AEG, ME 12, Dossiers de patient·es du Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires.

²¹³⁵ Il faut attendre 1992 pour que le Tribunal fédéral des assurances oblige les caisses-maladies à prendre en charge les inséminations artificielles. Cf. « L'insémination artificielle sera dorénavant à la charge des caisses-maladies », *Journal de Genève et Gazette de Lausanne*, 6-7 janvier 1996, p. 7.

²¹³⁶ AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1974 n°1, 3^{ème} dossier, lettre de la patiente à Meylan.

²¹³⁷ Archives des HUG, classeur non inventorié Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires (1966-1971), Rapport sur la création d'un Centre d'étude de la stérilité daté du 25 juin 1968, p. 4

il fonctionne en collaboration avec les autres services de l'hôpital, tels que la clinique médicale où sont renvoyées les patientes présentant des affections endocriniennes et le service d'urologie où sont adressés « les maris des couples stériles, soit pour une biopsie testiculaire, soit pour une cure opératoire de varicocèle »²¹³⁸. Lorsque le financement arrive à échéance en 1968, Meylan demande sa pérennisation auprès de l'administration de l'Hôpital cantonal. Il décrit les activités du Centre comme relevant des « quatre domaines de la gynécologie : la stérilité involontaire (qu'elle soit masculine ou féminine), les avortements spontanés, les troubles du cycle menstruel et la planification familiale »²¹³⁹. Le soutien d'institutions publiques et non gouvernementales, telles que la Fondation Ford et l'OMS, offre une certaine légitimité à ces travaux : il s'agit ainsi de faire de Genève un centre de formation de référence à l'international et dans le pays, dépassant notamment la concurrente Bâle²¹⁴⁰. Si le financement du Centre est maintenu, il s'oriente dès 1969 exclusivement sur l'étude de la stérilité et des avortements involontaires : à la demande de Geisendorf, la consultation de contraception demeure une prérogative de la policlinique de gynécologie²¹⁴¹.

1.2. Les femmes et leur médecin : un rapport privilégié ?

En France comme en Suisse, le déploiement de services de planning familial et leur imbrication avec l'étude de la stérilité participe donc à redéfinir la gynécologie comme une spécialité portant sur la fécondité et la gestion de la fertilité. Avec la mise sur le marché de la pilule anticonceptionnelle et du stérilet, la gestion de la contraception se féminise²¹⁴². Avec des divergences régionales et de religion, les méthodes dites « médicales » remplacent graduellement le coït interrompu (appelé plus communément le « retrait ») ou les méthodes qui reposent sur la surveillance des cycles menstruels et de l'abstinence (méthode Ogino, méthode des températures)²¹⁴³. Régulièrement mentionné dans la presse comme une méthode masculine,

²¹³⁸ *Ibid*, p. 7.

²¹³⁹ Archives des HUG, classeur non inventorié Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires (1966-1971), Premier rapport concernant l'activité et la situation du Centre de traitement de la stérilité, 13 mars 1970, p. 1.

²¹⁴⁰ *Ibid*, p. 3.

²¹⁴¹ *Ibid*.

²¹⁴² Sylvie Burgnard, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, op. cit. ; Cécile Thomé, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)*, op. cit.

²¹⁴³ Cécile Thomé et Mylène Rouzaud-Cornabas, « Comment ne pas faire d'enfants? : La contraception, un travail féminin invisibilisé », *Recherches Sociologiques et Anthropologiques*, vol. 48, n°2, 2017, p. 117-137. De nombreux couples catholiques continuent à avoir recours aux méthodes dites « naturelles » (retrait ou abstinence périodique) afin de suivre la doctrine de l'Église. Pour plus d'information à ce sujet consulter Caroline Rusterholz, « Deux enfants, c'est déjà pas mal ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, op. cit. ; Cécile Thomé, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)*, op. cit.

le préservatif, traditionnellement associé aux rapports illicites, est rendu obsolète par le succès de la pilule notamment chez les couples moins jeunes pour qui le risque de transmission des maladies vénériennes est jugé limité²¹⁴⁴. Quant à la recherche en matière de contraception hormonale masculine, elle est quasiment inexistante jusqu'à la fin des années 1960²¹⁴⁵.

La mise sur le marché de méthodes médicales de contraception transforme la nature même du « travail contraceptif »²¹⁴⁶. D'après la militante du MFPP Catherine Valabrègue, certains hommes se montrent d'ailleurs réticents à l'idée de perdre le contrôle sur la procréation : « l'homme accepte difficilement que sa femme utilise un moyen de protection. Aussitôt surgit l'image d'une forme de passivité, opposée à sa conception de la virilité »²¹⁴⁷. Jusqu'alors, le fait de se retirer avant l'éjaculation est considéré comme une compétence et une responsabilité masculine envers sa partenaire²¹⁴⁸. Un homme interrogé par Valabrègue explique ainsi : « ma femme use d'un contraceptif, on va dire que je ne sais pas me débrouiller »²¹⁴⁹. Or, comme le soulignent Cécile Thomé et Mylène Rouzaud-Cornabas, si le retrait implique une forme de travail sur le désir et/ou sur le plaisir sexuel il ne relève néanmoins pas de la sphère médicale et reste principalement cantonné à l'acte sexuel²¹⁵⁰. Parmi les différentes méthodes de contraception dites « masculines » (préservatif, retrait, vasectomie) qui existent jusqu'à aujourd'hui, seule la vasectomie implique un suivi médical.

Le recours à la vasectomie diffère grandement d'un contexte à l'autre. En France, la stérilisation (notamment masculine) est considérée par le Conseil de l'Ordre des médecins comme une mutilation et met en cause la responsabilité des chirurgiens qui acceptent d'opérer : la vasectomie n'est donc pratiquée qu'exceptionnellement²¹⁵¹. En Suisse romande, la prévalence de la vasectomie témoigne au contraire d'une certaine ouverture des médecins et gynécologues²¹⁵². Guère pratiquée dans les cantons catholiques, elle l'est davantage dans les régions protestantes à l'instar du canton de Vaud où l'usage eugénique fait que les médecins et

²¹⁴⁴ Cécile Thomé, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)*, op. cit.

²¹⁴⁵ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, op. cit.

²¹⁴⁶ Cécile Thomé et Mylène Rouzaud-Cornabas, « Comment ne pas faire d'enfants?: La contraception, un travail féminin invisibilisé », op. cit.

²¹⁴⁷ Catherine Valabrègue, *La condition masculine*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1968, p. 54.

²¹⁴⁸ Cécile Thomé, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)*, op. cit.

²¹⁴⁹ Catherine Valabrègue, *La condition masculine*, op. cit., p. 56.

²¹⁵⁰ Cécile Thomé et Mylène Rouzaud-Cornabas, « Comment ne pas faire d'enfants?: La contraception, un travail féminin invisibilisé », op. cit.

²¹⁵¹ Cécile Ventola, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, op. cit.

²¹⁵² Caroline Rusterholz, « Deux enfants, c'est déjà pas mal ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, op. cit.

les hôpitaux sont vraisemblablement plus habitués à pratiquer l'opération²¹⁵³. Pour certains couples, la stérilisation masculine est une manière de partager équitablement la responsabilité de la contraception, comme l'explique une femme interrogée par Caroline Rusterholz : « Bon, mon mari était d'accord de se faire stériliser. Et pis, c'est aussi une question de partage. Moi, j'ai pris quelques années la pilule, et pis après c'était lui qui s'est fait opérer, c'est normal »²¹⁵⁴. L'opération est le plus souvent suggérée par des gynécologues ou des médecins de famille, comme l'expliquent deux femmes interrogées par Rusterholz :

« Il [le gynécologue] m'a dit « Écoutez, à partir de 34-35 ans, les grossesses, ça peut être un peu plus dangereux, vous pouvez avoir des enfants pas tout à fait normaux, alors moi, je vous conseille d'arrêter, que votre mari se fasse stériliser, il n'y aura aucun problème » »²¹⁵⁵

« On en avait discuté entre les deux [le couple], parce que moi j'en voulais pas un quatrième [d'enfant], comme on avait le même médecin de famille, j'en avais discuté au docteur et j'ai dit au docteur : « Vous dites à mon mari qu'il fasse ça, c'est bien. » »²¹⁵⁶

La prévalence de la vasectomie dans certains cantons ne constitue pourtant pas une réelle alternative aux méthodes féminines de contraception. C'est généralement parce que leurs partenaires tolèrent mal la pilule que la plupart des hommes décident de se faire opérer²¹⁵⁷. Les femmes demeurent, quant à elles, les principales interlocutrices des médecins et gynécologues en matière de contraception²¹⁵⁸.

Sans réel équivalent masculin, l'avènement de la contraception médicale marque donc le déplacement d'une gynécologie concernée par le traitement des pathologies à celle d'une spécialité désormais centrée sur la prévention et le suivi. En France, ces transformations s'illustrent par l'apparition de la « gynécologie médicale » dont un premier service spécialisé est ouvert à l'Hôpital Necker en 1961 par le gynécologue Albert Netter²¹⁵⁹. Pour la chercheuse Aurore Koechlin, la qualification de la contraception comme une prérogative médicale établit une nouvelle « norme gynécologique » qui enjoint désormais les femmes à consulter

²¹⁵³ Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle*, op. cit. ; Caroline Rusterholz, « Deux enfants, c'est déjà pas mal ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, op. cit.

²¹⁵⁴ Caroline Rusterholz, « Deux enfants, c'est déjà pas mal ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, op. cit., p. 392.

²¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 409.

²¹⁵⁶ *Ibid.*, p. 211.

²¹⁵⁷ Caroline Rusterholz, « Deux enfants, c'est déjà pas mal ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, op. cit.

²¹⁵⁸ *Ibid.*

²¹⁵⁹ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, op. cit.

régulièrement pour le suivi gynécologique, la contraception et le dépistage²¹⁶⁰. Pour la première fois, des femmes en bonne santé sont contraintes de se rendre chez le médecin pour obtenir une ordonnance leur permettant d'avoir accès à la pilule contraceptive ou au stérilet²¹⁶¹. Comme le souligne Alexandra Roux, en France en particulier, « la gynécologie médicale [...] renferme cette ambivalence entre défense de la « cause des femmes » et solidarité envers les mouvements féministes d'une part, et risque d'enfermement dans une vision essentialisée qui assigne les femmes à la sphère reproductive d'autre part »²¹⁶².

La mainmise des médecins sur les méthodes médicales de contraception fait qu'en France comme en Suisse, les gynécologues deviennent des acteurs essentiels dans la diffusion d'information au sujet de la sexualité et de la reproduction. L'historienne Caroline Rusterholz montre dans le contexte helvétique que les médecins défendent le monopole de l'information contraceptive, qu'ils et elles estiment devoir être délivrée uniquement dans le cadre du cabinet médical lors d'un face à face avec la patiente²¹⁶³. Il s'agit d'une part, de protéger la décence publique mais aussi et surtout d'étendre leur juridiction :

« Non seulement le médecin devient incontournable pour l'accès à ce contraceptif [la pilule], mais les médecins eux-mêmes souhaitent faire valoir leur compétence dans d'autres méthodes, car ils peuvent ainsi s'assurer un nouveau champ de compétence et d'extension de leur clientèle »²¹⁶⁴

En contrôlant l'accès à la contraception médicale, les médecins deviennent aussi des interlocuteur·ices de référence pour les femmes qui se questionnent vis-à-vis de leur vie sexuelle ou reproductive. Ainsi, Caroline Rusterholz et Anne-Françoise Praz soulignent que si les hommes ont généralement acquis de meilleures connaissances que leurs partenaires au sujet de la sexualité de par leur éducation, cette situation s'inverse désormais au moment du mariage²¹⁶⁵. Ce sont à présent les femmes qui recherchent et se procurent des informations sur la contraception, généralement par le biais des questions qu'elles posent à leur médecin ou à leur gynécologue²¹⁶⁶.

²¹⁶⁰ *Ibid.*

²¹⁶¹ Lara V. Marks, *Sexual chemistry. A history of the contraceptive pill*, *op. cit.*

²¹⁶² Alexandra Roux, « Par amour des femmes »? *La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale*, *op. cit.*, p. 213-214.

²¹⁶³ Caroline Rusterholz, « Deux enfants, c'est déjà pas mal ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, *op. cit.*

²¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 277.

²¹⁶⁵ Caroline Rusterholz et Anne-Françoise Praz, « Une transition au féminin ? Modèles de parentalité et fécondité en Suisse (1955-1970) », *op. cit.*

²¹⁶⁶ *Ibid.*

Puisque les femmes qui consultent sont le plus souvent en bonne santé, le moment de la consultation est l'occasion d'aborder d'autres problématiques, notamment psychologiques ou relationnelles²¹⁶⁷. En France comme en Suisse, les médecins engagé·es pour le planning familial se distinguent par la place accordée à la psychologie et notamment aux aspects « psychosomatiques » de leur pratique²¹⁶⁸. Pour Koechlin, le développement de la « gynécologie psychosomatique » est d'ailleurs « une réponse à la transformation de la relation médecin/patient·e induite par la contraception »²¹⁶⁹. Il s'agit notamment, pour les femmes nouvellement entrées dans la profession gynécologique de valoriser leurs propres compétences et d'affirmer une connivence féminine avec leurs patientes :

« la gynécologie psychosomatique valorise les compétences par ailleurs genrées d'écoute, placées tout en bas de la hiérarchie hospitalière. Elle fonde par là une nouvelle identité professionnelle. [...] il s'agit de mettre en avant la connivence de genre, comme favorisant la parole des patientes. C'est une façon de revaloriser symboliquement les gynécologues médicales par rapport aux autres professions, davantage reconnues dans la hiérarchie médicale, mais masculines et peu fondées sur les capacités d'écoute, comme l'obstétrique ou la chirurgie gynécologique »²¹⁷⁰

En se concentrant sur la parole et le ressenti des patientes, les spécialistes qui s'intéressent à la gynécologie psychosomatique définissent aussi la sexualité comme un terrain d'intervention thérapeutique. Bien que provenant d'un milieu bourgeois peu disposé à mettre en cause l'institution du mariage et de la famille, les médecins du planning familial présentent néanmoins une perspective subversive dans le milieu médical en prônant l'épanouissement sexuel féminin²¹⁷¹. La défense de la contraception est aussi l'occasion d'une alliance entre des gynécologues soucieux de la santé de leurs patientes et des psychanalystes qui insistent sur les conséquences néfastes des couples mal assortis²¹⁷². Entretenant des liens étroits avec la psychanalyse, des médecins engagés pour la cause contraceptive tels que Jean Dalsace, Hélène Michel-Wolff et Suzanne Képès se définissent d'ailleurs d'abord comme sexologues²¹⁷³.

À Genève, les liens étroits entre sexologie et gynécologie sont établis dès l'ouverture en 1966 d'une unité de gynécologie psychosomatique au sein de la polyclinique de gynécologie, qui se

²¹⁶⁷ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, op. cit.

²¹⁶⁸ Sandrine Garcia, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, op. cit.

²¹⁶⁹ Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, op. cit., p. 164.

²¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 165.

²¹⁷¹ Sandrine Garcia, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, op. cit.

²¹⁷² *Ibid.*

²¹⁷³ *Ibid.*

double dès 1970 d'une dimension sexologique avec l'engagement du psychiatre Willy Pasini comme chargé de recherche²¹⁷⁴. Forte de la légitimité conférée par l'entrée de la sexualité dans l'agenda de l'OMS, la Faculté de médecine intègre progressivement des notions de sexologie dans le cursus de médecine²¹⁷⁵.

Comme le souligne l'historienne Delphine Gardey, la sexologie « se déploie comme science de la conjugalité [...] qui contribue autant à produire l'hétérosexualité comme sexualité normale qu'à indiquer ce qui doit être rejeté dans l'ordre de la pathologie ou de la déviance »²¹⁷⁶. La nouvelle branche, revendiquée pour son interdisciplinarité, redéfinit également les difficultés masculines comme des problèmes de couple. Renouvelant l'approche psychanalytique, elle s'oppose à une tradition urologique caractérisée par une pratique « chirurgicale, faiblement féminisée, où la dimension d'écoute du patient occupe une place moindre par rapport à l'accomplissement d'actes techniques valorisés en termes d'efficacité »²¹⁷⁷. Ainsi, le professeur à la Faculté de médecine de Genève et endocrinologue Marcel Jenny souligne en 1974 son intérêt pour mieux prendre en charge les hommes qui ne savent pas vers quel spécialiste se tourner :

« La femme qui éprouve des difficultés dans ses rapports sexuels s'adresse d'abord à son gynécologue ; l'homme placé devant le même problème se trouve plus embarrassé, il consultera généralement un urologue ou un endocrinologue, rarement un interniste ou un psychiatre. Or, de tels états sont fréquents. Il est donc utile que le médecin, omnipraticien ou interniste, s'y intéresse »²¹⁷⁸

Pour autant, le déploiement de la sexologie comme science de la conjugalité n'implique pas une médicalisation de la sexualité masculine similaire à celle opérée avec la médicalisation de la contraception. La mise sur le marché de la pilule témoigne ainsi d'une « extension du champ du médical qui est à la fois appropriable et non appropriable, source d'autonomie et source de nouvelles contraintes »²¹⁷⁹.

²¹⁷⁴ Philippe Rieder (éd.), *À l'orée de la vie : cent ans de gynécologie et d'obstétrique à la Maternité de Genève*, Genève, Médecine et Hygiène, HUG, 2007 ; Sylvie Burgnard, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, op. cit.

²¹⁷⁵ Ibid. Au sujet de l'histoire de la notion de « santé sexuelle » en Suisse, voir le travail de Marlyse Debergh, *La santé sexuelle à l'épreuve du local : une ethnographie féministe en Suisse romande*, thèse de l'Université de Genève, 2022.

²¹⁷⁶ Delphine Gardey, « Genre, corps et biomédecine », op. cit., p. 369-370.

²¹⁷⁷ Cécile Ventola, *Où est mon andrologue ? Le tabou masculin en santé sexuelle et reproductive*, op. cit., p. 57.

²¹⁷⁸ Marcel Jenny, « Le médecin face à l'insuffisance sexuelle », William Geisendorg et Willy Pasini, *Sexologie 1970-1973*, Genève, Médecine & Hygiène, 1974, p. 111.

²¹⁷⁹ Delphine Gardey, « Genre, corps et biomédecine », op. cit., p. 372.

1.3. Revendiquer le droit au plaisir

Si l'offre contraceptive est principalement adressée aux femmes, il ne fait pas de doute que de nombreux couples discutent et négocient ensemble des décisions à prendre. Des hommes s'investissent d'ailleurs aux côtés de leurs partenaires : certains écrivent aux centres de planning familial, prennent rendez-vous, se renseignent et viennent aux consultations avec leurs conjointes. Interrogée à ce sujet en 1968, la documentaliste du Centre vaudois de planning familial se réjouit du fait que les deux tiers des consultant·es viennent en couple : « c'est la chose la plus intéressante et la plus satisfaisante »²¹⁸⁰. Pourtant, si le planning familial renvoie un idéal de communication égalitaire entre les partenaires, la plupart de ses membres déplorent en même temps le désinvestissement des hommes vis-à-vis du travail contraceptif²¹⁸¹.

Les lettres envoyées au planning familial révèlent d'ailleurs les différences d'aspirations entre les hommes et les femmes qui écrivent. Là où les femmes évoquent leur peur de tomber enceinte, les hommes parlent plutôt de leur frustration sexuelle²¹⁸². L'historienne Caroline More montre ainsi que « les femmes veulent souvent régler ce problème, non pour elles-mêmes, mais pour leur couple. Elles souhaitent l'épanouissement sexuel de leur conjoint pour éviter les problèmes conjugaux, les tensions, voire l'adultère »²¹⁸³. Les témoignages révèlent ainsi une inquiétude féminine pour l'harmonie conjugale et le plaisir masculin, telle cette femme catholique qui écrit : « nos rapports sont un enfer, notre amour s'émousse »²¹⁸⁴ ou une autre qui déplore : « La privation complète a amené un tel déséquilibre chez mon mari qu'il faut sérieusement inventer quelque chose »²¹⁸⁵.

Les médecins qui défendent la contraception médicale mettent en évidence les conséquences de la crainte des grossesses sur la vie sexuelle des couples, allant de la frigidité chez la femme

²¹⁸⁰ Archives de la RTS, « La contraception et la sexualité : Enquête au centre vaudois du planning familial » [En ligne] Disponible : <https://www.rts.ch/archives/radio/societe/realites/12090414-la-contraception-et-la-sexualite-enquete-au-centre-vaudois-du-planning-familial-24-01-1968.html>

²¹⁸¹ Sylvie Burgnard, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, op. cit. ; Caroline More, « Sexualité et contraception vues à travers l'action du Mouvement français pour le Planning familial de 1961 à 1967 », *Le Mouvement Social*, vol. 207, n°2, 2004, p. 75-95.

²¹⁸² Caroline More, « Sexualité et contraception vues à travers l'action du Mouvement français pour le Planning familial de 1961 à 1967 », op. cit.

²¹⁸³ *Ibid.*, p. 87.

²¹⁸⁴ Rendu Charles et Madame Rendu, *L'Église nous a-t-elle trompés ? Témoignages de foyers sur la régulation des naissances*, Lyon, X. Mappus, 1967 cité dans Frédérique Liotard-Schneider, *Les experts de l'intime et les femmes, médecins et démographes en France de 1945 à 1975*, thèse de l'Université Paris Ouest-Nanterre La Défense, 2010, p. 426.

²¹⁸⁵ *Ibid.*

à la frustration sexuelle et l'impuissance chez l'homme²¹⁸⁶. Dans son livre *La grand'peur d'aimer* publié en 1961, la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé publie le témoignage d'une femme venue pour obtenir une contraception qui finit par évoquer l'impuissance de son mari :

- « - Est-ce qu'on le soigne, votre mari ?
- Depuis deux ans, il fait de la psychanalyse, Docteur, mais sans résultat. D'ailleurs, moi, je sais bien pourquoi il est comme ça. Il a toujours eu peur que je sois enceinte et il se retirait. Mais il avait tellement peur d'être imprudent que ça le paralysait complètement et il est arrivé à être tout à fait impuissant. Il est si nerveux, Docteur, et il ne veut surtout pas d'un troisième enfant »²¹⁸⁷

Dans un souci de promouvoir la respectabilité de la contraception, Cécile Thomé montre que ses promoteurs et promotrices redéfinissent la sexualité dans une « orientation nécessairement conjugale, seule apte à lui apporter une légitimité »²¹⁸⁸. Ainsi, désir et plaisir sexuels ne sont évoqués que « par et dans le couple, et lorsque les relations sexuelles sont évoquées, ce n'est jamais le désir de l'individu qui est mentionné mais bien toujours l'harmonie du couple »²¹⁸⁹. Alors que l'offre en matière de contraception médicale est essentiellement adressée aux femmes, le travail nécessaire pour maintenir et assurer l'harmonie sexuelle et conjugale est aussi redéfini comme une prérogative féminine. De fait, l'acquisition de connaissances sur la sexualité et la contraception par les femmes n'implique pas nécessairement une remise en question des rôles et des normes genrées, mais plutôt leur redéfinition. En Suisse, Rusterholz et Praz montrent qu'il s'agit désormais, pour les femmes, de répondre aux normes de « bonne » maternité, incarnées par la figure de la mère au foyer qui contrôle sa fécondité afin de pouvoir être présente à la maison et de bien s'occuper de ses enfants²¹⁹⁰. En France également, les médecins et journalistes favorables à la libéralisation de la contraception la décrivent comme une solution permettant d'assurer le bien-être de l'enfant à naître et la paix des ménages, cantonnant ainsi les femmes à l'espace familial²¹⁹¹. Ainsi, comme le soulignent Nathalie Bajos et Michelle Ferrand la contraception médicale « ne remet pas en cause, mais conforte la

²¹⁸⁶ Frédérique Liotard-Schneider, *Les experts de l'intime et les femmes, médecins et démographes en France de 1945 à 1975*, thèse de l'Université Paris Ouest-Nanterre La Défense, 2010.

²¹⁸⁷ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *La grand'peur d'aimer. Journal d'une femme médecin*, Paris, Éditions Gonthier, 1961, p. 91.

²¹⁸⁸ Cécile Thomé, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)*, op. cit., p. 158.

²¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 159.

²¹⁹⁰ Caroline Rusterholz et Anne-Françoise Praz, « Une transition au féminin ? Modèles de parentalité et fécondité en Suisse (1955-1970) », op. cit.

²¹⁹¹ Sandrine Garcia, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, op. cit. ; Bibia Pavard, « Contraception et avortement dans Marie-Claire (1955-1975): De la méthode des températures à la méthode Karman », *Temps des Medias*, vol. 12, n° 1, 2009, p. 100-113.

construction d'une identité féminine toujours fondée sur la maternité (entendue ici comme procréation et prise en charge de l'élevage des enfants) »²¹⁹².

La période du « baby-boom » qui marque une nette reprise du taux de fécondité des pays européens est aussi celle d'une large adhésion aux valeurs traditionnelles du mariage et de la famille nucléaire²¹⁹³. Alors que le bonheur conjugal est érigé en valeur cardinale durant les décennies 1950 et 1960, l'achoppement de cet idéal à la réalité de la vie partagée provoque une certaine désillusion chez un nombre de femmes, qu'elles travaillent de manière rémunérée ou au foyer²¹⁹⁴. Ce « malaise conjugal », que la féministe américaine Betty Friedan décrit en 1963 dans son essai *The Feminine Mystique*, trouve un certain écho dans la « presse féminine » qui connaît un essor important dans la seconde moitié des années 1960²¹⁹⁵. Mais pour les femmes qui entretiennent une relation de confiance avec leur médecin, il s'exprime aussi au cabinet médical. Présentant un cours de « psychopathie sexuelle » dispensé à Broca en 1965, la doctoresse Hélène Michel-Wolfromm souligne ainsi l'importance de former les « jeunes gynécologues [qui] ne savent quoi dire aux femmes qui s'entendent mal avec leur mari »²¹⁹⁶. Elle souligne qu'il n'est alors pas rare que les gynécologues soient confrontés à « un problème de sexologie masculine »²¹⁹⁷. Et ceci particulièrement car le recours à la contraception médicale rend désormais visible des défaillances sexuelles jusqu'alors passées inaperçues, comme le souligne la militante du MFPP Catherine Valabrègue :

« Tel homme qui camouflait son impuissance ou la faiblesse de ses désirs sexuels, derrière la crainte de rendre sa femme enceinte, est « démasqué » le jour où sa femme a recours à la contraception. Tel autre dont l'appétit sexuel est modéré, ne peut plus invoquer la peur de rendre sa femme enceinte et se sent tenu à des « performances » qui l'épuisent »²¹⁹⁸

La gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé évoque ainsi le cas d'une patiente de trente-deux ans qui, après avoir commencé à prendre la pilule, retourne la voir pour se plaindre de l'absence de désir de son mari :

²¹⁹² Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, vol. 22, n°3, 2004, p. 119.

²¹⁹³ Sylvie Burgnard, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, op. cit.

²¹⁹⁴ Anne-Claire Rebreyend, *Intimités amoureuses, France 1920-1975*, op. cit.

²¹⁹⁵ Anne-Claire Rebreyend, « May 68 and the Changes in Private Life: A 'Sexual Liberation'? », dans Julian Jackson, Anna-Louise Milne et James S. Williams (dir.), *May 68. Rethinking France's Last Revolution*, New York, Palgrave Macmillan, 2011, p. 148-160 ; Sylvie Burgnard, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, op. cit.

²¹⁹⁶ Hélène Michel-Wolfromm, « Introduction », *La revue de médecine*, 1965, p. 587.

²¹⁹⁷ *La revue de médecine*, 1965, p. 621.

²¹⁹⁸ Catherine Valabrègue, *La condition masculine*, op.cit., p. 58.

« Maintenant, Docteur, nous sommes sûrs de ne pas avoir d'enfants si je prends régulièrement mes pilules et je vous prie de croire que j'ai garde d'oublier, mais avec mon mari, je suis déçue, ce n'est pas mieux. Un rapport par mois, deux au maximum, sans aucune préparation de sa part, ce qui fait que je n'ai même pas de plaisir tant c'est brutal. C'est comme si mon mari n'avait plus du tout envie de moi. Après avoir été si amoureux, Docteur, est-ce possible de changer à ce point-là ? [...]

Le Docteur : Votre mari viendrait-il me voir ?

Mme X. : Oh, Docteur, ce que je vous demande est secret. Vis-à-vis de lui, jamais je ne voudrais avoir l'air de « m'accrocher ». Je voudrais quelques conseils pour rattraper la situation, mais très discrètement pour que cela ait des chances de réussir »²¹⁹⁹

Il n'est pas rare en effet que des femmes demandent conseil ou consultent à l'insu de leur mari dans l'espoir de trouver une solution sans avoir à le confronter et à affronter une potentielle dispute. Similairement, Lagroua Weill-Hallé rapporte des échanges avec une autre patiente :

« *Mme A.* : Il me dit que je ne suis pas normale, Docteur, et que je suis frigide. Alors moi, ça me décourage. Y-a-t-il quelque chose à faire ?

Le docteur : Est-ce que je ne pourrais pas voir votre mari ?

Mme A. : Docteur, c'est inutile de le lui demander, cela ferait une dispute de plus.

Le docteur : Vous vous disputez ?

Mme A. : Bien sûr. Quand je me suis mariée, je m'attendais à avoir beaucoup de plaisir dans les bras de mon mari. Et puis, pas du tout, à peine commencé, c'est fini. Lui, il est content, il n'en demande pas plus. Alors moi, je suis nerveuse après les rapports, quelquefois je pleure. Lui, se fâche... et voilà »²²⁰⁰

Comme le souligne l'historienne Anne-Claire Rebreyend, le désintérêt de certains hommes à procurer du plaisir à leur partenaire est de plus en plus vécu comme une rupture du langage amoureux²²⁰¹. C'est ainsi qu'une femme interrogée dans une grande enquête sur la sexualité des français-es évoque le mariage qu'elle contracte dans les années 1960 :

« Il restait des six mois, six mois pleins, sans me toucher. Alors j'ai fini par me décider à aller voir un docteur. J'ai dit « Voilà docteur, je me suis mariée depuis plus d'un an, presque deux et j'ai un mari qui n'en est pas un ». Alors il m'a demandé quel âge j'avais. Je lui ai dit que j'avais vingt-huit ans comme mon mari. Alors il m'a dit « Vous êtes jeunes, vous êtes nouveaux mariés, c'est pas normal, envoyez-moi votre mari ». Je suis rentrée à la maison et j'ai dit à mon mari que je voudrais bien qu'il aille voir le docteur. Il m'a dit qu'il ne voulait pas y aller et que tout ça, ça venait de moi. Je me suis un peu fâchée. Je lui ai dit « Moi quand je me suis mariée, je connaissais pas la vie, tu le savais ça ». J'estime que

²¹⁹⁹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *La contraception au service de l'amour*, Paris, Éditions Guy de Monceau, 1966, p. 163.

²²⁰⁰ *Ibid.*, p. 68.

²²⁰¹ Anne-Claire Rebreyend, *Intimités amoureuses, France 1920-1975, op. cit.*

quand une fille sait rien, c'est à son mari de lui apprendre et de la faire femme. Elle peut pas se faire femme toute seule. C'est au mari de lui expliquer. Et je lui ai dit « Mon docteur voudrait te voir ». Il m'a répondu « Je suis normal, moi ». Moi je voyais bien qu'il était pas normal »²²⁰²

L'expression de cette frustration révèle la rupture du contrat tacite qui attribue alors à l'homme le devoir d'initier sexuellement sa femme et de lui faire découvrir le plaisir. Là où l'entente sexuelle constituait déjà dès l'entre-deux-guerres, un terrain de l'aspiration des femmes au bonheur conjugal, elle s'articule dès les années 1960 à un vocabulaire sexologique qui fait des comportements sexuels « un espace autonome de l'échange conjugal, susceptible de faire l'objet de revendications précises et circonscrites »²²⁰³. La décennie marque une accélération des transformations sociales et politiques, parmi lesquelles la disparition progressive du modèle de la mère au foyer, rendu possible par l'investissement des femmes dans le salariat ainsi que par le développement des outils électroménagers qui permettent de réduire le travail domestique²²⁰⁴. D'autre part, les mouvements anticolonialistes ainsi que les mobilisations pacifistes en réaction à la guerre du Vietnam façonnent le climat politique et culturel dans lequel se développe les réflexions de la Nouvelle Gauche²²⁰⁵. À cela s'ajoute la revendication d'une subjectivité féminine, qui, comme le souligne l'historienne Sylvie Chaperon, « s'épanouit dans les espaces féminins [...] [et] suppose une lente déculpabilisation, un dépassement de l'auto-dévalorisation, profondément enraciné chez les femmes de cette époque »²²⁰⁶.

Au sein du couple, la revendication d'une plus grande affection et l'attention à la réciprocité des plaisirs témoignent d'une redéfinition de la relation conjugale et des rapports de pouvoir²²⁰⁷. En plus du travail domestique « gratuit » s'exprime la frustration de l'inégale charge de « faire » l'intimité émotionnelle afin de maintenir le sentiment amoureux²²⁰⁸. Plutôt que de sauver leur ménage à tout prix, certaines refusent désormais de rester en couple avec un partenaire inattentif

²²⁰² Citée dans Roger-Pol Droit et Antoine Gallien, *La réalité sexuelle. Enquête sur la misère sexuelle en France*, Editions Robert Laffont, Paris, 1971, p. 222-223.

²²⁰³ Dominique Cardon, « Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Menie Grégoire », *Temps des Medias*, vol. 1, n° 1, 2003, p. 86.

²²⁰⁴ Sylvie Chaperon, « La radicalisation des mouvements féminins Français de 1960 à 1970 », *Vingtième Siècle, revue d'histoire*, vol. 48, n° 1, 1995, p. 61-74.

²²⁰⁵ Geneviève Dreyfus-Armand, Robert Frank, Marie-Françoise Lévy et Michelle Zancarini-Fournel (dir.), *Les Années 68: Le temps de la contestation*, Paris, Éditions Complexe, 2000.

²²⁰⁶ Sylvie Chaperon, « La radicalisation des mouvements féminins Français de 1960 à 1970 », *op. cit.*, p. 66.

²²⁰⁷ Dominique Cardon, « Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Menie Grégoire », *op. cit.*

²²⁰⁸ Jean Duncombe et Dennis Marsden, « Love and Intimacy: the Gender Division of Emotion and 'Emotion Work': A Neglected Aspect of Sociological Discussion of Heterosexual Relationships », *Sociology*, vol. 27, n° 2, 1993, p. 221-241.

qui refuse de prendre sa propre santé en main, à l'instar d'une patiente dont Lagroua Weill-Hallé rapporte le témoignage :

« Je l'ai quitté parce qu'il était impuissant et il ne voulait même pas se faire soigner. Non, cela le vexait. Ça se soigne pourtant ça, n'est-ce pas Docteur ? Eh bien ! quand je le suppliais d'aller voir un médecin, il m'envoyait promener et me traitait de folle. Total, c'est lui qui est fou »²²⁰⁹

Le phénomène de « psychologisation » qui se répand dans les sociétés occidentales à la fin des années 1960 offre aussi un nouveau vocabulaire pour formuler les difficultés masculines d'après la doctrine psychanalytique²²¹⁰. Robert Castel et Jean-François Le Cerf définissent cette « culture psychologique de masse » comme étant dominée par une grille individualiste d'interprétation de la réalité qui réduit les problèmes relationnels et sociaux à des déséquilibres psychiques²²¹¹. Les émissions radio de la journaliste Ménie Grégoire sur RTL sont à ce sujet révélatrices de la constitution d'un nouveau type de discours public sur la sexualité entre la fin des années 1960 et le début des années 1970²²¹². La question du droit au plaisir y est fréquemment évoquée dès les débuts de l'émission *Allô Ménie* où des auditrices font de la mésentente sexuelle une explication de la détérioration de leurs relations conjugales²²¹³. C'est le cas d'une auditrice dont Ménie Grégoire lit la lettre à l'antenne en 1970 et qui explique ses problèmes conjugaux par l'enfance difficile de son mari et son absence de figure maternelle :

« Mon mari a perdu sa mère à 14 ans, ce qui l'a marqué. Mon beau-père s'est remarié sans le préparer et l'a beaucoup abandonné à lui-même. A 18 ans, il est parti dans la Marine, depuis, il cherche un amour maternel, il a besoin qu'on s'occupe de lui comme beaucoup d'hommes et ne pense pas à faire la réciproque [...] Je crois que tout ça je l'accepterais, si je savais que j'étais la femme de mon mari, pas son copain, son refuge, son port d'attache et le lit pour dormir. Hélas, je suis une mère mais plus une femme, notre entente physique n'est même pas parfaite. Il dit « tu ne penses qu'à ça, moi ça me fatigue ». Et c'est vrai, je l'aime de corps et de cœur, lui ne me désire pas. Il faut que je sois forte pour deux mais comment ? »²²¹⁴

L'épanouissement sexuel n'est ici pas revendiqué pour elle-même mais fait partie d'un travail de gestion de la relation conjugale²²¹⁵. Le témoignage soulève aussi la question de l'abnégation et de la souffrance féminine, aussi identifiée par l'historienne Anne-Marie Sohn chez les

²²⁰⁹ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, *La grand'peur d'aimer. Journal d'une femme médecin*, op. cit., p. 104.

²²¹⁰ Robert Castel et Jean-François Le Cerf, « Le phénomène "psy" et la société française », *Le Débat*, vol. 1, n° 1, 1980, p. 32.

²²¹¹ *Ibid.*

²²¹² Dominique Cardon, « Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Menie Grégoire », *Temps des Médias*, vol. 1, n° 1, 2003, p. 77-94.

²²¹³ *Ibid.*

²²¹⁴ Archives départementales de l'Indre-et-Loire, 66J563 « Impuissance ».

²²¹⁵ Dominique Cardon, « Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Menie Grégoire », op. cit.

auditrices de Ménie Grégoire pour lesquelles « la patience se conjugue avec les notions de sacrifice et de devoir »²²¹⁶. La réponse de Ménie Grégoire tranche d'ailleurs vivement. En définissant l'absence du désir de son mari comme une « impuissance » dont il porte seul la responsabilité, elle invite l'auditrice à se détacher émotionnellement :

« Vous continuez de me dire « ça ne va pas, c'est peut-être de ma faute, je ne sais pas ce qu'il y a, je ne suis peut-être pas assez bien, assez belle, c'est peut-être moi qui ne sais pas y faire » et en même temps vous me décrivez un homme noué, tourmenté, bloqué qui ne contrôle pas ses réactions, qui ne contrôle pas son corps, qui ne s'occupe que de lui et pas du tout de vous et qui n'aime même pas l'amour. Alors je vous le dis clairement : un homme impuissant ce n'est pas seulement un homme qui ne peut pas faire d'enfants, ça arrive mais c'est très rare, un homme impuissant, c'est un homme qui n'aime pas l'amour, qui ne sait pas le faire [...] Il y a une seule chose à faire, pas deux : il faudrait qu'il se fasse soigner sur le plan psychologique, s'il l'accepte, et s'il en comprend la nécessité. S'il ne veut pas, il ne changera pas, il n'ira voir aucun médecin et aucun psychologue et il continuera à vous demander malgré lui jusqu'au bout d'être la mère qu'il a perdu et vous en souffrirez »²²¹⁷

Tout en ayant pour fonction ici de déculpabiliser l'auditrice, l'injonction au soin révèle aussi la place nouvelle qu'occupe le discours sexologique dans la société des années 1970 et du lien qu'il entretient avec les valeurs d'émancipation et d'épanouissement²²¹⁸. En même temps, les lettres envoyées à Ménie Grégoire illustrent l'émergence d'une vision « démocratique » de l'amour basée sur la transparence, l'affection et la communication, comme c'est le cas d'une auditrice qui écrit en 1968 :

« Chère Madame,

Comme beaucoup, j'ai un problème. Le voici : nous sommes mariés depuis cinq ans. J'ai 28 ans, lui 29. Je ne voulais absolument pas d'enfants avant 3 ans non par égoïsme mais pour l'avoir en connaissance de cause. J'ai pris la pilule. En 1966, nous avons laissé faire la nature : rien. Au bout de six mois, je suis allée voir un gynécologue, je n'étais pas inquiète mais je voulais savoir. Moi je peux en avoir. Donc il a fallu que mon mari se fasse examiner, cette analyse l'a traumatisée. Elle est moralement très éprouvante. Ce n'est pas un cas de stérilité complète mais les spermatozoïdes sont peu vivaces. [...] Ce n'est pas grave s'il se fait soigner.

Mais depuis un an et demi, cela le mine, le tараude. Lorsque nous parlons enfants, il dit « oui j'aimerais, mais je ne peux pas t'en faire » et c'est tout. Vous comprenez, Madame, nous sommes toujours dans la civilisation de l'homme fort et il se sent gêné, diminué même.

²²¹⁶ Anne-Marie Sohn, « Les individus-femmes entre négation du moi et narcissisme. Les auditrices de Ménie Grégoire (1967-1968) », *op. cit.*, p. 181.

²²¹⁷ Archives départementales de l'Indre-et-Loire, 66J563 « Impuissance ».

²²¹⁸ Dominique Cardon, « Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Ménie Grégoire », *op. cit.*

Mais ne pourriez-vous pas dire que cela existe et qu'il y a autant d'hommes stériles que de femmes et que cela se soigne ? C'est pour lui, car vous comprenez, je ne suis pas l'une de ces folles pour qui la vie sans enfants n'a pas de sens. Nous nous aimons. Nous nous entendons parfaitement, nous sommes très équilibrés. Je travaille mais j'aimerais voir d'autres êtres derrière moi. Vous toucheriez ainsi un problème qui existe et vous en rassureriez peut-être quelques-uns. Un homme, c'est très secret. Moi, je ne sais plus par quel côté aborder ce problème, et pourtant, nous parlons à cœur ouvert. »²²¹⁹

En présentant le désir d'enfant comme le projet légitime d'un couple « équilibré », elle mobilise la figure repoussoir d'une « folie maternelle » qui consisterait à désirer des enfants à tout prix. En même temps, elle déplore la difficulté à communiquer avec son mari. L'idée que l'oppression patriarcale, et que les normes de genre qui les accompagnent, serait aussi aliénante pour les hommes se répand ainsi dans les contextes militants de la fin des années 1960, notamment dans certains groupes féministes qui ont fait le choix de la mixité²²²⁰. La critique des normes masculines qui interdisent la vulnérabilité révèle de manière sous-jacente ce qui est perçu comme une incompatibilité entre les résistances masculines à exprimer leurs émotions et une vision de l'amour romantique portée par un idéal d'égalité et de transparence. C'est d'ailleurs en appelant les hommes à assumer et exprimer leur vulnérabilité que Ménie Grégoire répond :

« Ce qui m'a frappé dans cet énorme courrier que vous m'avez envoyé chers auditeurs et que j'ai lu attentivement, ce qui m'a frappé c'est que les hommes écrivent exactement dix fois moins que les femmes : j'ai une lettre d'homme pour neuf lettres de femmes. Pourquoi ? Est-ce que c'est parce que les hommes ont moins de problèmes que les femmes ? Sûrement pas, d'abord, ils ont des problèmes en commun, ensuite comme vous le voyez dans la lettre de cette dame, qui est-ce qui a le problème ? Ils ont des problèmes en commun, ensuite comme vous le voyez dans la lettre de cette dame, qui est-ce qui a le problème ? C'est lui, mais qui est-ce qui écrit ? C'est elle. Ils ont autant de difficultés que les femmes avec la vie, seulement ils sont seuls, ils croient qu'un homme n'avoue jamais, qu'il doit porter son mal tout seul et qu'il doit faire face en silence. On lui a appris ça. On peut dire que les hommes ont plus de pudeur, c'est vrai, on peut dire ça. Mais qu'est-ce qu'une pudeur qui empêche un homme de faire face à son problème et de le résoudre ? Je ne suis pas sûre que ce soit une pudeur bien positive, que ce soit un bien, je crois même que ce ne soit un mal pour tout le monde. [...] Alors cet homme, au lieu de s'avouer la vérité, ment et dit qu'il ne peut pas avoir d'enfants alors qu'il sait qu'il pourrait en avoir s'il se faisait soigner, mais parce qu'il est un homme français en 1968, il n'accepte pas de se soigner, il a honte. [...] C'est en parlant qu'on se libère et c'est en acceptant de regarder la vérité en face qu'on peut avancer »²²²¹

²²¹⁹ Archives départementales de l'Indre et Loire, 66J528 « stérilité masculine ».

²²²⁰ Alban Jacquemart, *Les hommes dans les mouvements féministes français (1870-2010) Sociologie d'un engagement improbable*, thèse de l'EHESS, 2011.

²²²¹ Archives départementales de l'Indre et Loire, 66J528 « stérilité masculine ».

Cette dénonciation du tabou de la vulnérabilité masculine accompagne aussi la reconfiguration des rapports sociaux de genre dans les années 1968. Ainsi, comme le souligne l'historienne Michelle Zancarini-Fournel, « une nouvelle configuration politique, due aux mouvements féministe et homosexuel, fait spectaculairement entrer le problème des identités de genre dans le débat public. La question du masculin et du féminin contribue à forger une conscience de genre »²²²².

2. Des hommes dans des espaces féminins

2.1. Les médecins dans l'intimité des couples

Pour les médecins à qui se confient des femmes se pose la question de la prise en charge de ces patients « indirects » que sont les hommes. La psychanalyste Jacqueline Dreyfus-Moreau, par ailleurs autrice d'un ouvrage sur l'impuissance sexuelle, évoque ainsi en 1965 les difficultés à intervenir sur des maris qui ne se considèrent pas comme malades et refusent souvent de se plier à un traitement :

« Une femme se plaint de rapports rares ou inexistants, d'érections médiocres ou incomplètes, d'éjaculations précipitées. Sur la foi d'une telle description, le gynécologue fait un diagnostic d'impuissance. Mais, si en même temps qu'existent ces perturbations objectives, ne se trouve pas chez le mari la conviction intime d'être insuffisant, ce diagnostic restera sans effet pratique. Tout au plus, pour faire preuve de bonne volonté, ira-t-il consulter le médecin recommandé ; s'il ne souffre pas personnellement de sa sexualité dans son bien-être physique ou dans son amour-propre, il n'apportera aucune coopération profonde et cette consultation restera sans lendemain »²²²³

La gynécologue Hélène Michel-Wolfromm déconseille quant à elle aux gynécologues de chercher à rencontrer les maris au risque de mettre à mal la relation de confiance déjà établie avec la femme et de se retrouver prise au piège entre les deux partenaires :

« Nous nous privons volontairement de renseignements précieux, mais nous évitons les interférences contraires. Autrefois, dévorée de curiosité, je me réservais souvent un « a parte » avec les hommes. [...] j'y ai renoncé. Un malaise, une jalousie réciproque compliquaient mes relations avec la femme. Prise comme une boule de billard entre les deux partenaires, je n'exerçais d'action ni sur l'un ni sur l'autre. L'atmosphère devenait celle d'une conspiration et non le climat de confiance d'une psychothérapie de soutien »²²²⁴

²²²² Michelle Zancarini-Fournel, « Genre et politique: Les années 1968 », *Vingtième Siècle: Revue d'Histoire*, vol. 75, n°3, 2002, p. 139.

²²²³ Jacqueline Dreyfus-Moreau, « Les troubles de la puissance sexuelle chez l'homme », *La revue de médecine*, 1965, p. 622.

²²²⁴ *Ibid.*

Il est pourtant de plus en plus fréquent pour les médecins d'avoir affaire au couple plutôt qu'à la femme ou à l'homme isolément, notamment lorsqu'il s'agit de sexualité ou de procréation. Les médecins qui adoptent et défendent la méthode de l'accouchement sans douleur encouragent ainsi les maris à assister aux accouchements et à s'impliquer. Comme le souligne Marilène Vuille, les hommes « rappellent les techniques corporelles à leur épouse, pratiquent la respiration avec elle, relaient les ordres des professionnels, surtout lorsqu'ils ont suivi la préparation à l'accouchement et qu'ils sont par conséquent eux aussi socialisés aux pratiques médicales »²²²⁵. La demande émane d'ailleurs parfois des hommes eux-mêmes comme réponse à un sentiment de perte de contrôle ou d'exclusion, dont témoigne la militante Catherine Valabrègue : « Pour échapper au sentiment d'être « exclu », certains hommes demandent au médecin du Planning Familial à être présents lorsqu'il montre à leur femme comment mettre un diaphragme, ou même souhaitent le poser eux-mêmes, le soir, à leur partenaire »²²²⁶.

Pourtant, la présence des deux partenaires n'est pas sans susciter un certain malaise chez les spécialistes. Chargé d'évaluer les causes de stérilité des couples, le gynécologue Jean Cohen évoque ainsi sa gêne à entrer dans l'intimité des couples :

« J'ai mis plusieurs années à le comprendre, puis à l'admettre. [...] je voulais qu'ils [le couple] me considèrent comme un simple technicien au service de leur problème : de la mécanique de leur problème, et non pas comme un acteur de leur drame. J'ignorais que la stérilité met en cause un monde, suscite un monde d'angoisses, de croyances, de relations fantasmatiques où le médecin est assimilé au père, à la mère et emporté dans une tempête affective »²²²⁷

Ceci est d'autant plus vrai que le traitement implique nécessairement une incursion dans la sexualité des couples : « il faut bien programmer les rapports sexuels [...] conseiller une certaine fréquence de relations... [...] les aveux et les souvenirs affluent ; passé un certain seuil, les femmes, mais les hommes aussi, parlent volontiers de leur sexualité. Comment le rôle que je joue ne deviendrait-il pas ambigu ? »²²²⁸.

Dans une certaine mesure, la présence des hommes est aussi parfois vécue comme une forme de contrôle de la pratique médicale qui déstabilise le « colloque singulier » entre le médecin et sa patiente. La militante féministe Catherine Valabrègue souligne que certains accoucheurs résistent à la présence des maris lors de l'accouchement : « certains ne l'avouent pas, mais ils

²²²⁵ Marilène Vuille, « L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980 », *op. cit.*, p. 52.

²²²⁶ Catherine Valabrègue, *La condition masculine*, *op. cit.*, p. 55.

²²²⁷ Jean Cohen, *Les mains de la vie. La conception et la naissance maîtrisées. Histoire d'une conquête*, *op. cit.*, p. 129.

²²²⁸ *Ibid.*, p. 130.

n'aiment pas avoir de témoins au moment de l'accouchement. Effectivement, le père n'accepterait pas que le médecin tarde à venir lorsque la dilatation est commencée ou utilise le forceps lorsque ce n'est pas indispensable »²²²⁹. Alors qu'il évoque ses tentatives pour avoir un enfant avec sa femme au début des années 1970, le radiologue Jean-François Moreau évoque ainsi le fait que « [p]our nombre de gynéco-obstétriciens, l'homme est un épiphénomène, plutôt gênant qu'utile »²²³⁰. Ainsi, pour le gynécologue Jean Cohen, le rôle ambivalent de l'homme, entre absence et contrôle, est aussi une source d'inconfort :

« s'il est « responsable » de la stérilité, il se sent coupable et il n'en a pas l'habitude ; s'il accompagne sa femme stérile, il se sent diminué et même exclu. [...] le malaise du mari est constant, ne se dissipe presque jamais. Ou bien il se fait tout petit, absent, aussi neutre que possible ; ou bien il prend tout à sa charge, parle à la place de sa femme. Il y a l'ingénieur qui sait tout et le curieux qui veut tout comprendre ; il y a celui qui donne des leçons à sa femme devant le médecin et me transforme en juge ; il y a celui qui surveille mon examen comme s'il craignait que je ne viole sa partenaire ; il y a celui qu'on voudrait bien rencontrer mais qu'on ne voit jamais »²²³¹

L'attitude attendue de l'homme n'est pourtant pas sans ambivalences et révèle l'existence d'un continuum entre un comportement jugé trop présent et au contraire une implication considérée comme trop faible. Ainsi, les dossiers de patient·es du Centre genevois de stérilité comprennent une section invitant le médecin en charge de l'examen à renseigner « quelle est l'attitude du mari vis-à-vis de la stérilité du couple (selon la femme) ? » et à choisir, d'après les dires de cette dernière, si elle est « prépondérante », « coopérative », « indifférente » ou « oppositionnelle ». Le qualificatif « prépondérant » laisse entrevoir une connotation négative, à partir de laquelle un surinvestissement masculin est analysé comme une forme de contrôle. Si les documents ont généralement laissé peu de traces des violences qui peuvent se produire en marge des consultations, il arrive parfois que la décision de consulter soit motivée par de sérieuses menaces, à l'instar d'une patiente qui explique vouloir des enfants car « autrement son mari l'abandonne »²²³². Ce dernier n'est cependant pas réfractaire aux soins : il se plie à trois spermogrammes qui seront utilisés pour procéder à une insémination artificielle²²³³. La crainte d'un conflit conjugal est en tout cas l'une des raisons pour lesquelles certaines patientes se décident à abandonner un traitement, à l'instar de l'une d'elle qui explique suspendre les

²²²⁹ Catherine Valabrègue, *La condition masculine*, op. cit., p. 138.

²²³⁰ Jean-François Moreau, *Mémoire linéaire d'un médecin radiologue français universaliste, vol.2, Ecce homo vir*, Librinova, 2020, p. 52.

²²³¹ Jean Cohen, *Les mains de la vie. La conception et la naissance maîtrisées. Histoire d'une conquête*, op. cit., p. 129.

²²³² AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1971, 5^{ème} dossier.

²²³³ AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1971, 5^e dossier.

investigations pour « sauvegarder son ménage » à la suite de troubles conjugaux survenus à la suite d'un examen de sperme « médiocre » et des tentatives d'insémination artificielle qui ont suivi²²³⁴. Certains spécialistes préfèrent d'ailleurs maintenir le doute sur la personne responsable de la stérilité afin de préserver l'harmonie conjugale, comme l'évoque une femme : « Les gynécologues n'aiment pas, je crois, culpabiliser l'un des conjoints, aussi nous font-ils partager la responsabilité : « J'ai trouvé chez chacun de vous... mais, chez vous, cher monsieur... irrémédiable » »²²³⁵.

Similairement au contexte britannique, les hommes qui se décident à consulter le font car ils savent déjà être la « cause » de l'infertilité et ressentent une responsabilité personnelle à trouver une solution²²³⁶. C'est par exemple le cas d'un médecin italien qui écrit à Meylan dans les années 1970 : « Ma femme et moi nous sommes mariés depuis six ans et la cause de la stérilité probablement c'est à moi »²²³⁷. Il demande un rendez-vous pour faire des examens plus approfondis : « On m'a dit que les examens faits dans mon pays sont trop simples pour avoir un diagnostic précis et c'est pour ça que j'aimerais pouvoir vous consulter »²²³⁸.

À l'inverse, le qualificatif « oppositionnel » fait quant à lui plutôt référence aux hommes réfractaires aux soins, comme c'est le cas d'un homme ne parvenant pas à maintenir son érection et qui se décide à consulter avec son épouse « pas tellement pour le problème sexuel, mais parce qu'ils voudraient un enfant »²²³⁹. Le sexologue qui les reçoit souligne qu'il « n'a jamais été soigné pour les nerfs ; refuse les médicaments qu'il assimile à des drogues. Fait du sport pour se détendre, mais ça ne lui suffit pas »²²⁴⁰. Après plusieurs séances de suivi où il reçoit des conseils « techniques » de la part du sexologue, son épouse tombe finalement enceinte. D'autres refusent néanmoins plus ouvertement le suivi médical, ce qui semble susciter une certaine irritation des médecins dont témoigne les annotations : « Le mari de la patiente refuse de subir un examen de sperme, malgré les explications ré-itérées !! Selon le couple, il s'intéresse peu de savoir si sa femme est stérile ou non »²²⁴¹. Les médecins déplorent ainsi le désinvestissement d'hommes qui se dérobent aux consultations, à l'instar d'un homme qui ne parvient pas à « produire » un échantillon de sperme. Le gynécologue qui adresse le couple au

²²³⁴ AEG, ME12 Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1971, 7^{ème} dossier.

²²³⁵ Jacqueline Adler (dir.), *L'adoption vécue*, Paris, Seuil, 1977, p. 57.

²²³⁶ Hayley Hope Andrew, *The Reluctant Stork: Science, Fertility, and the Family in Britain, 1943-1960*, op. cit.

²²³⁷ AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1975 no. 2, premier dossier, lettre du patient.

²²³⁸ *Ibid.*

²²³⁹ AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1971, 2^{ème} dossier.

²²⁴⁰ *Ibid.*

²²⁴¹ AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1972, 10^{ème} dossier.

Centre prévient que « l'examen du sperme s'est toujours avéré impossible étant donné que Monsieur [...] est dans l'incapacité d'obtenir une éjaculation dans ce but-là. Le Docteur [...] a parlé d'une pseudo-impuissance, a conseillé de voir un psychologue »²²⁴². L'entretien prévu avec un sexologue à cet effet ne se déroule pourtant qu'avec la femme, « le mari ayant à la dernière minute refusé de venir »²²⁴³. Après plusieurs tentatives de rendez-vous manquées, c'est donc sur son seul témoignage qu'est construit le profil médical du patient, caractérisé par « de gros complexes d'infériorité vis-à-vis de sa femme, ne se considère pas comme un homme « normal » »²²⁴⁴ et une personnalité « phobique, avec des attitudes à éviter tous conflits »²²⁴⁵. Le cas n'aboutit sur aucun traitement « ni chez l'un ni chez l'autre des conjoints, étant donné que les investigations n'ont pas été terminées, vu le manque de coopération du mari »²²⁴⁶.

L'absence totale est par ailleurs régulièrement déplorée, tant dans les publications spécialisées que dans les dossiers de patient·es. Il est fréquent que les hommes diffèrent à plusieurs reprises des rendez-vous ou contactent le Centre pour abandonner les investigations ou le traitement. Le soupçon d'abandon est d'ailleurs parfois formulé par les médecins eux-mêmes, comme l'indique un gynécologue français au sujet d'un patient qu'il envoie au Centre : « assez bon pronostic, à condition qu'il veuille bien se soumettre à des examens répétés et suivre le traitement qui lui sera indiqué »²²⁴⁷. Ces craintes se voient confirmées puisque la femme se présente seule à la consultation. Meylan écrit en retour : « Je n'ai pu jusqu'à présent (ou du moins Mme [patiente] n'a pas réussi à convaincre son mari) examiner Mr [patient], ni non plus examiner son sperme »²²⁴⁸.

Le déplacement de la responsabilité du médecin (« je n'ai pu ») à celle de la patiente (« ou du moins Mme [patiente] n'a pas réussi... ») révèle non seulement le rôle joué par les femmes dans la prise en charge des soins de leurs époux mais aussi les attentes des équipes médicales à leur encontre. À travers la figure du couple, ce sont principalement les femmes qui sont considérées comme les premières interlocutrices des médecins. Cette responsabilité est produite par la structure même des dossiers médicaux. Les dossiers étant standardisés, ils comprennent des questions et sections spécifiques devant être remplies lors de l'entretien médical : ils ne sont

²²⁴² AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1967 n°1, 9^{ème} dossier.

²²⁴³ *Ibid.*

²²⁴⁴ *Ibid.*

²²⁴⁵ *Ibid.*

²²⁴⁶ *Ibid.*

²²⁴⁷ AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1965-1966, 6^{ème} dossier, lettre du gynécologue à Meylan.

²²⁴⁸ *Ibid.*, lettre de Meylan au gynécologue.

de fait pas seulement des « copies » des interactions mais structurent au contraire la pratique médicale en incitant à poser certaines questions, à ordonnancer les informations et à les traduire en des catégories préexistantes²²⁴⁹. Là où les questions adressées aux hommes portent uniquement sur leurs antécédents médicaux, personnels et leurs performances sexuelles, les femmes sont aussi interrogées au sujet de leur propre bien-être et de celui de leur couple. Sans équivalent dans les dossiers masculins, les questions portent notamment sur la satisfaction sexuelle : « la patiente est-elle satisfaite de sa vie sexuelle actuellement ? ». Dans une échelle de valorisation du plaisir sexuel, la quantité d'orgasmes fait office de réponses : « orgasme fréquent ; satisfaction sans orgasme ; frigidity primaire ; orgasme rare ; orgasme par masturbation ; frigidity secondaire ».

L'intérêt porté au plaisir est révélateur des nouvelles approches des thérapies sexologiques qu'André Béjin décrit sous le terme d'« orgasmologie »²²⁵⁰. Il s'agit de saisir la « qualité » des rapports sexuels, car, comme l'évoque la doctoresse Jeanine Henry-Suchet « si frigidity n'est pas stérilité, une dysharmonie peut amener un couple à raréfier les rapports »²²⁵¹. Au-delà de ce qu'elle montre de l'harmonie conjugale, la question du plaisir révèle aussi un intérêt pour les conséquences émotionnelles de la stérilité²²⁵². L'impact de la stérilité sur le bien-être du couple se retrouve d'ailleurs dans d'autres questions posées aux femmes : « d'après la patiente, la stérilité joue-t-elle un actuellement un rôle dans la fréquence et la qualité des rapports ? » ou encore « qui dans le couple est considéré comme responsable de la stérilité ? ». Comme le souligne l'historienne Tinne Claes dans le cas de la Belgique, il n'est pas tout à fait clair si ces renseignements participent à la recherche de la cause de la stérilité conjugale ou s'ils contribuent à guider le traitement, parfois refusé aux couples qui ne remplissent pas des conditions psychologiques idéales²²⁵³.

À Genève comme en Belgique, une première étape de l'entretien médical consiste à informer les couples de leurs options en matière d'adoption afin d'évaluer dans quelle mesure les

²²⁴⁹ Marc Berg, « Practices of reading and writing: The constitutive role of the patient record in medical work », *Sociology of Health and Illness*, vol. 18, n° 4, 1996, p. 499-524.

²²⁵⁰ André Béjin, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *op. cit.*

²²⁵¹ BIU Santé, Fonds Dalsace-Vellay, Dalsace 4.6. Jeanine Henry-Suchet, « Comment organiser le bilan d'une stérilité », *La Femme et l'enfant*, vol. 6, n° 3, décembre 1969, p. 8.

²²⁵² Sofia Gameiro et Jacky Boivin, « The Psychology of Infertility in Reproductive Medicine and Healthcare, c. 1940s-2000s » dans Gayle Davis et Tracey Loughran, *The Palgrave Handbook of Infertility in History*, Londres, Palgrave Macmillan, p. 393-414.

²²⁵³ Tinne Claes, « Obedient Men and Obsessive Women: Donor Insemination, Gender and Psychology in Belgium », *op. cit.*

partenaires se sont résolu à leur stérilité²²⁵⁴. L'insémination artificielle est en effet vraisemblablement refusée aux couples chez lesquels sont soupçonnées des tensions. Les médecins occupent d'autre part une position de pouvoir importante en délivrant des certificats de stérilité permettant aux couples d'avoir accès à l'adoption, comme en témoigne la lettre d'un patient à Meylan :

« Cher Monsieur,

En même temps que votre ordonnance pour le dernier traitement à envisager, je vous serais obligé de m'adresser un certificat de stérilité pour les démarches à entreprendre en vue d'une éventuelle adoption. Après mûres réflexions, ma femme et moi, sans exclure totalement l'idée d'une adoption, désirons très vivement que soit tentée une insémination artificielle par l'entremise d'un tiers, malgré les difficultés pratiques dont nous avons parlé. Nous vous serions donc très reconnaissants si vous pouviez envisager de procéder à cet essai, dès que possible après mon dernier traitement, dont nous savons qu'il a peu de chances de succès »²²⁵⁵

Il justifie leur choix d'avoir recours à l'IAD face à une position visiblement réticente de Meylan : « Nous sommes prêts à assumer les difficultés psychologiques qui pourraient en résulter. Quant aux difficultés juridiques, elles sont purement théoriques : je rappelle que le père ne peut désavouer son enfant que dans les trois mois dès la naissance »²²⁵⁶. Signe de son accord, Meylan note d'ailleurs à son sujet que le patient est « parfaitement résigné et équilibré »²²⁵⁷.

2.2. Renseigner, informer, ménager : interroger la notion de « travail »

Afin de comprendre la place dédiée aux hommes dans les institutions médicales dédiées à la stérilité, je propose de l'interroger au prisme de la répartition genrée du travail. Les chercheur·ses Kenton T. Unruh et Wanda Pratt définissent le « travail invisible des patient·es » comme les activités effectuées par ces dernier·es pendant et en marge des consultations²²⁵⁸. Dans une perspective féministe, cet élargissement de la notion de « travail » permet de conceptualiser les activités non rémunérées qui ne sont pas considérées comme relevant de compétences particulières mais qui sont nécessaires au bon déroulement des interactions

²²⁵⁴ *Ibid.* ; Hayley Hope Andrew, *The Reluctant Stork: Science, Fertility, and the Family in Britain, 1943-1960*, *op. cit.*

²²⁵⁵ AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1967 no.2, lettre du patient à Meylan.

²²⁵⁶ *Ibid.*

²²⁵⁷ AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1967 no. 2, 4^e dossier, feuille de suivi du patient.

²²⁵⁸ Kenton T. Unruh et Wanda Pratt, « The Invisible Work of Being a Patient and Implications for Health Care: "[the doctor is] my business partner in the most important business in my life, staying alive" », *Conf Proc Ethnogr Prax Ind Conf*, vol. 23, n° 1, 2008, p. 40-50.

médicales²²⁵⁹. Ce travail comprend notamment le fait de devoir prendre rendez-vous, de rechercher des informations, de mettre en mots les symptômes et la maladie, de transmettre des informations ou encore de mettre son corps « à disposition » pour l'examen²²⁶⁰.

Dans son travail sur l'infertilité masculine aux États-Unis, la sociologue Liberty Walther Barnes parle quant à elle de « travail maternel » pour désigner le fait, pour les femmes, de conserver les informations médicales de leur famille (partenaire, enfants, grands-parents), qu'il s'agisse de se remémorer, de conserver les dossiers et ou de prendre les rendez-vous²²⁶¹. Ce travail ne laisse pas toujours de traces écrites ; c'est pourquoi les sources audiovisuelles permettent parfois mieux de saisir les dynamiques de prise de parole. Aux Archives départementales d'Indre-et-Loire, j'ai trouvé un enregistrement qui me paraît révélateur des dynamiques à l'œuvre lorsque les couples consultent pour des difficultés sexuelles ou reproductives. Ce jour-ci, Ménie Grégoire est accompagnée d'un médecin qui dispense des conseils à l'antenne. L'auditeur qui appelle souhaite évoquer des difficultés sexuelles mais rencontre visiblement des difficultés à les formuler à voix haute. Alors que sa femme suit l'échange à l'écouteur, il débute par le contexte d'apparition de ces difficultés :

« Auditeur (A) : On s'est connus, il y a en 67, hein ? [*s'adresse à sa femme*] c'est ça. [...] ma femme était en divorce, nous avons eu des relations sexuelles qui marchaient pour le mieux. Elle avait une fille, elle l'a toujours d'ailleurs, qui était gardée par la grand-mère. On y allait de temps en temps, même toutes les semaines pour voir cette fille et puis on a eu beaucoup d'accrochages avec ma belle-mère ou ma future belle-mère si vous préférez, pour les histoires de divorce [...] il y a beaucoup de choses

Ménie Grégoire (M.G) : elle montait la petite contre vous ?

A. : Exactement.

M.G. : C'est banal, ça. Enfin c'est très désagréable »²²⁶²

Toujours sans parler du motif de son appel, il continue à évoquer des difficultés familiales, que le médecin de l'antenne finit par interrompre pour demander : « Et donc quelle a été la conséquence de tout ça ? » :

« A. : La conséquence c'est que.. j'en sais rien, moi... ça s'est coupé au fur et à mesure. Je n'ai plus eu de désir sexuel...

Docteur : Ah oui, vous avez cessé d'avoir du désir sexuel pour votre femme.

A. : Bah oui, mais il y a eu quelques choses qui se sont passées. J'avais mal dans le dos dans les années passées quand je suis rentré d'Algérie, et j'avais été soigné pour de

²²⁵⁹ Joris Thievenaz, « L'analyse des activités du patient: une occasion de réinterroger la notion de travail », *Éducation et socialisation*, vol. 44, 2017.

²²⁶⁰ *Ibid.*

²²⁶¹ Liberty Walther Barnes, *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine and Identity*, op. cit.

²²⁶² Archives départementales de l'Indre et Loire, 66J2526 « Une impuissance secondaire ».

L'arthrose, j'avais été en cure et tout le bazar et ça s'était bien passé. Et subitement, ça m'a repris.

Docteur : La douleur dans le dos ?

A. : Oui.

Docteur : À quelle hauteur ? Dans la région lombaire, la région dorsale ?

A. : Juste en bas de la colonne vertébrale.

Docteur : Mais voyons, vous ne pouvez pas préciser davantage ? »

L'agacement exprimé par le médecin révèle le décalage entre les informations attendues pour établir un diagnostic et celles, jugées imprécises, choisies par l'auditeur. Le temps que ce dernier passe à évoquer ses difficultés familiales ainsi que ses douleurs témoigne pourtant du caractère relationnel qu'il attribue à son impuissance. Il affirme un peu plus tard que l'absence de désir est apparue après la visite d'un médecin pour soigner ses douleurs de dos :

« M.G. : Et les relations sexuelles étaient terminées entre vous ?

Docteur : Très espacées ?

A. : De ce jour-là, si vous voulez [...] il m'a fait une piqûre. Ma femme était là ce jour-là, il m'a fait extrêmement mal.

Docteur : Il vous a fait une intra-rachidienne, il vous a injecté un produit...

A. : Un produit, mais on ne sait pas quoi

Docteur : Mais à l'intérieur de la colonne vertébrale ?

M.G. : Ça doit faire mal oui.

A. : De ce jour-là ça a été vraiment en catastrophe et depuis ce temps-là, c'est fini

Docteur : Depuis ce jour-là, la sexualité a complètement capoté ?

A. : Ah oui !

M.G. : Vous vous êtes mariés quand même ?

A. : Oui, oui. On lui a fait la réflexion quand même, **enfin c'est ma femme qui lui a dit.**

M.G. : **Elle pourrait venir nous dire ce qu'elle a dit ?** Ce qu'elle pense ? Et puis on vous reprendra après.

L'épouse : Oui, alors quand j'ai revu le médecin avec mon mari, je lui ai dit « écoutez docteur, il y a quelque chose qui est bizarre quand même, nous n'avons presque plus de rapports sexuels, ça s'éteint de plus en plus. » Alors il a eu un air un peu étonné et il a dit à mon mari : « écoutez Monsieur, vous n'avez quand même plus 20 ans ! »

M.G. : Oh ! *[indignée]* Quel âge a-t-il ?

L'épouse : A cette époque, il avait 29 ans. Alors, si vous voulez, j'étais quand même...

[...] alors je n'ai plus rien dit. C'est peut-être normal, je ne sais pas.

M.G. : Non ce n'est pas normal.

Docteur : Ce n'est pas sérieux. Vous avez des hommes de 70 ans qui ont encore une activité sexuelle très très importante. Par conséquent un homme de 29 ans n'a pas du tout à se considérer comme fini, voyons c'est enfantin !

M.G. : Au contraire, il a un peu acquis de la maîtrise. Votre mari l'a cru ? Que c'était une question d'âge ? *[La femme tente de répondre]* Repassez-le nous parce que c'est énorme. Comment vous avez réagi à cette réflexion qui me paraît à moi stupide ?

Docteur : Inattendue.

A. : Moi j'étais pas heureux parce que dans le fond...

M.G. : Vous l'avez cru ou pas ?

A. : Ah non du tout !

M.G. : Bon.

A. : Je me suis dit, moi, convaincu, **on en parle souvent avec mon épouse**, ça fait bientôt six ans qu'on est mariés, je lui dis « y'a rien à faire, il a dû faire quelque chose là-dedans, me toucher quelque chose, c'est pas possible », pour que je n'ai plus jamais aucun désir sexuel »

L'absence de désirs est ainsi cadrée comme un problème concernant le couple : « nous n'avons presque plus de rapports sexuels », laissant presque de côté la part masculine « ça s'éteint de plus en plus » tandis que la femme prend un rôle d'interlocutrice des médecins au nom du couple. Barnes souligne dans son étude sur l'infertilité masculine que les femmes qui accompagnent leurs maris dans des cliniques médicales, assistent aux rendez-vous et répondent aux questions peuvent paraître maternelles, comme si elles accompagnaient un enfant chez le médecin²²⁶³. Ce rôle est ici renforcé par l'attitude du médecin qui accompagne Ménie Grégoire et qui infantilise à son tour le mari dont il juge l'attitude inappropriée : « un homme de 29 ans n'a pas du tout à se considérer comme fini, voyons c'est enfantin ! ».

La suite de l'échange porte sur la recherche d'une cause à cette baisse du désir sexuel. L'hypothèse d'un lien entre la piquûre et l'impuissance étant écartée, Ménie Grégoire demande quand cette baisse du désir a commencé et avec quels événements elle a coïncidé :

« A. : Si vous voulez, il y a eu un tas d'évènements. Il y a eu la remise sur les bras de ma femme, en juillet 1969, de la fille, hein, et en novembre 1969, j'avais un frère [*se racle la gorge, visiblement ému*], que j'ai perdu dans un accident de voiture. [...] Il y avait un problème, c'est que moi ma femme, étant donné qu'elle était divorcée, en instance de divorce en tout cas, avec une fille sur les bras, j'avais des problèmes [...] avec ma mère.

M.G. : Vous aviez des problèmes de tous côtés, avec les beaux-parents, les parents, la perte du frère...

A. : Ah oui. Ma mère avait des conceptions religieuses et ne considérait pas normal, si vous voulez, que je me marie avec une divorcée et d'autant plus avec une enfant à charge.

M.G. : La diminution du désir n'a pas coïncidé avec votre mariage, ça s'est produit avant ?

A. : Oui, avant.

Docteur : Moi, je crois, voyez-vous, que votre mariage n'est pas dans la course, que ce que vous nous racontez au sujet de ce traumatisme affectif au sujet de votre... frère, est important, mais qu'il y a autre chose. Je ressens en profondeur qu'il y a tout un malaise autour de cela. Est-ce que vous avez des rêves sexuels ? Est-ce que vous avez gardé du désir ?

A. : Oh, maintenant c'est terminé mais ça m'est arrivé avant.

Docteur : Avez-vous vu un autre médecin pour faire d'autres recherches ?

A. : Oui, un médecin m'a fait une thermographie.

Docteur : voilà, c'est ça, très bien.

M.G. : Eh bien, ça veut dire quoi docteur ?

²²⁶³ Liberty Walther Barnes, *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine and Identity*, op. cit.

Docteur : Eh bien une thermographie c'est un examen qui permet de savoir si l'organe, si le sexe, a une intégrité sur le plan de sa vascularisation.

M.G. : Alors ce Monsieur a un organe intact.

Docteur : Ce Monsieur a un organe intact, alors, par conséquent, ça écarte définitivement l'histoire de la piqûre lésant la colonne vertébrale et les commandes vasculaires à ce niveau-là. Vous êtes par conséquent tranquille de ce côté-là, vous n'avez rien. Il faut au contraire revoir le problème sur un plan psychologique, sur un plan affectif, alors je pense qu'avec ce médecin, vous avez dû continuer sur le plan psychologique »

Sur ce, l'auditeur explique être retourné chez le remplaçant de son médecin qui lui a prescrit des médicaments pour soigner l'hypertension. À la question de savoir s'il est hypertendu, il répond :

« A. : La dernière fois que j'ai vu le médecin, il en revenait pas, j'avais 16.10.

Docteur : Mais cher monsieur, c'est une tension qui n'est pas bonne, mais qui n'est pas tragique, il y a des gens qui vivent à 24.

MG : Mais oui.

Docteur : Mais quand vous dites « il n'en revenait pas » laissez-moi m'étonner qu'il n'en revenait pas car c'est relativement banal des gens qui vivent à 16.10, ça veut dire que ça soit bien.

M.G. : Docteur, j'aimerais bien qu'on aide ce monsieur et cette dame, puisqu'apparemment cette dame est malheureuse. C'est un problème qui vous semble psychologique, c'est un problème d'angoisse chez ce monsieur...

Docteur : Oui, absolument !

M.G. : Et peut-être d'angoisse qui se porte sur un élément de votre vie, je ne sais pas bien lequel, **mais si vous nous passiez votre femme, elle sait peut-être des choses sur vous que vous ne savez pas, hein ? Madame, qu'est-ce qui peut tourmenter votre mari à votre avis, vous qui vivez avec lui ?**

L'épouse : Ouh, il est angoissé par beaucoup de choses ! Une toute petite chose qui lui arrive, il va s'en faire une montagne.

Docteur : Voilà ! Bah je crois que vous êtes au cœur du problème, Madame. Nous sommes devant un problème psychologique. Le problème sexuel est là-dedans mineur et il faut que votre mari envisage très simplement de faire une psychanalyse ou une psychothérapie en profondeur, ça c'est très important et à ce moment-là il y a 9 chances sur 10 pour que le problème sexuel s'arrange en même temps que le reste.

M.G. : En même temps que l'angoisse.

Docteur : Car c'est un grand anxieux et c'est un homme qui maximise ses problèmes.

[...]

L'épouse : Il y a une chose qui m'inquiète quand même, il me dit que maintenant, enfin depuis un bon moment, il ne fait plus jamais de rêves, parce que moi quand je me réveille, je lui raconte mes rêves...

M.G. : Mais Madame vous savez bien depuis le temps que je vous le dis qu'on rêve mais qu'on s'en souvient pas mais que tout le monde rêve [...] alors les hommes rêvent aussi.

Docteur : Il rêve mais il bloque ses rêves.

M.G. : Mais il s'en souvient pas, c'est tout et c'est là où une psychothérapie, une aide psychologique l'aiderait peut-être et il se souviendrait de ses rêves qu'il apprendrait des

choses sur sa véritable inquiétude et on peut pas faire ça en un quart d'heure, il faut que vous alliez voir quelqu'un.

Docteur : Voilà, il faut que vous alliez voir un technicien, un spécialiste de ces problèmes. Un psychanalyste, un psychologue.

M.G. : Et je vous assure que c'est pas exceptionnel, que c'est pas une affaire monstrueuse à notre époque, ça arrive à des tas de gens qui ne vous le disent pas et qui ne se sentent pas du tout humiliés pour ça et qui sont bien contents d'aller mieux, croyez-moi !

Médecin : Allez, au revoir, Madame, au revoir Monsieur »

Ce long extrait est certes un cas isolé et il est fort probable que les dynamiques de prise de parole soient aussi influencées par le contexte de leur production, dans le cadre d'une émission de radio bien loin du cabinet privé d'un médecin. Pourtant, il me semble assez révélateur du cadrage des troubles sexuels masculins comme un problème du couple dont souffre la femme, comme le souligne l'intervention de Ménie Grégoire : « j'aimerais bien qu'on aide ce monsieur et cette dame, puisque cette dame semble malheureuse ». Dès lors que l'impuissance est soupçonnée d'être d'origine psychique, il est attendu que cette dernière fournisse des informations au sujet de son mari en qualité d'experte, puisque ces informations sont inconnues de lui-même²²⁶⁴. La délégation du « travail de patiente » auprès des femmes est aussi révélateur des rapports de pouvoir qui assignent les hommes à une position infantilisée : une fois que l'impuissance est d'ailleurs soupçonnée d'être d'origine émotive, l'auditeur n'est plus considéré comme un interlocuteur fiable et n'est plus invité à s'exprimer. Cette construction de l'impuissance et les rapports de pouvoir qui traversent la consultation participent ainsi à maintenir les hommes dans l'ignorance d'informations au sujet de leur propre santé.

À des degrés variables selon les couples, les espaces et les praticiens, ce travail gratuit et invisible me semble constitutif de la prise en charge des troubles reproductifs masculins. Ceci s'explique par la difficulté, pour un grand nombre de médecins, à penser les hommes comme bénéficiaires de soins. Ainsi, le gynécologue Bernard Fonty²²⁶⁵ évoque la difficulté à imaginer les hommes comme des interlocuteurs directs en matière de contraception :

« Militant et pratiquant l'avortement bien avant la loi [qui autorise l'avortement en 1975], je me trouvais désemparé devant l'irresponsabilité masculine. Face à cette question, je me suis alors attaché à faire assumer à l'homme la contraception du couple, vécue par moi

²²⁶⁴ *Ibid.*

²²⁶⁵ Gynécologue renommé, Bernard Fonty publie *Les pères n'ont rien à faire dans la maternité* en 2003 pour dénoncer les « dérives et outrances imposées, ces dernières décennies, à la gent masculine pour qu'elle se coule dans un absurde et artificiel modèle féminin ». Plus tard, il apporte son soutien au docteur Fernand Hazout, spécialiste de la procréation médicalement assistée, condamné à huit ans de prison pour viol en soulignant les « transferts affectifs » que les femmes infertiles projettent sur leur médecin, cf. Eric Favereau, « Dr Hazout : la justice brise le silence de l'hôpital », *Libération*, 9 juin 2011 [En ligne] Disponible : https://www.liberation.fr/societe/2011/06/09/dr-hazout-la-justice-brise-le-silence-de-l-hopital_741510/

comme une oppression supplémentaire de la femme. Cela m'a amené à proposer et à pratiquer des vasectomies toujours dans le même esprit de libérer cette femme. Bien vite mon acte chirurgical m'a fait comprendre que *ce n'était pas à l'homme que je m'adressais mais à la femme au travers du corps de l'homme*. Cette expérience est pour moi la démonstration de la situation masculine actuelle : l'homme n'est appréhendé dans sa fonction sexuelle et procréatrice qu'au travers du discours féminin (du moins dans ce que je connais bien, c'est-à-dire la médecine) »²²⁶⁶

Dans la médecine de la stérilité, l'assignation des femmes à la maternité fait que la stérilité masculine n'est souvent pensée que comme un obstacle au désir féminin d'enfant qui relève donc de la juridiction des gynécologues. Dans le livre qu'il publie en 1972 *Les stérilités masculines en pratique gynécologique*, Jean Cohen affirme d'ailleurs que « [d]e nos jours, la gynécologie se préoccupe de reproduction au sens large du terme, et le gynécologue se doit donc de prendre en charge la stérilité masculine »²²⁶⁷. Dans la préface qu'il rédige, Raoul Palmer définit quant à lui ainsi la gynécologie : « tout pour la femme y compris l'homme »²²⁶⁸.

Même lorsque ce n'est pas défini aussi ouvertement, les pratiques cliniques et les termes employés réitèrent cette assignation entre femmes et reproduction. Ainsi, au Centre genevois, les termes de « couples » et « patientes » sont alternativement utilisés dans les rapports d'activité et dossiers médicaux, là où les hommes sont généralement désignés dans la relation qu'ils entretiennent avec leurs femmes, en tant que « maris ». Certains médecins ne communiquent d'ailleurs que directement avec les femmes, quand bien même une stérilité masculine est soupçonnée, comme l'explique la gynécologue Hélène Wolfromm-Michel en 1965 :

« Je faisais beaucoup de bêtises. J'en fais encore. J'envoyais de mauvais examens de sperme à l'épouse au lieu de les adresser au mari stérile. Au bout de 12 à 13 ans d'amicale collaboration, Guillon s'est résigné à me dire que je commettais une maladresse monumentale. Ce mauvais examen de sperme, je devais le garder par devers moi, et si jamais je me croyais obligé par conscience professionnelle de l'envoyer à quelqu'un, je l'enverrai sous pli fermé avec une enveloppe écrite à la main au seul mari »²²⁶⁹

La pratique n'est vraisemblablement pas isolée. Une auditrice de Ménie Grégoire explique ainsi avoir été chargée d'informer son mari du mauvais résultat de son examen de sperme à la fin des années 1960 : « Je lui ai expliqué tout cela avec tout le tact possible et tout mon amour »²²⁷⁰.

²²⁶⁶ Bernard Fonty et Monique Bydlowski, « Le malaise masculine face aux attitudes féministes », Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, *Les pères aujourd'hui*, Paris, Ined, 1982, p. 102.

²²⁶⁷ Jean Cohen, *Les stérilités masculines en pratique gynécologique*, Masson et Cie, Paris, 1972, p. 1-2.

²²⁶⁸ Préface de Raoul Palmer dans *Ibid*, p. v.

²²⁶⁹ *La revue médicale*, 1965, p. 629.

²²⁷⁰ Archives départementales de l'Indre et Loire, 66J528 « Stérilité masculine »

D'autres prennent d'ailleurs sur elles plutôt que de risquer de blesser les sentiments de leurs partenaires, comme le souligne le docteur Georges David :

« Combien j'ai eu d'appels de femmes, qui m'appelaient et me disaient: « Arrêtez tout de suite les recherches. J'ai bien compris que l'on suspecte chez mon mari une stérilité. Si vous trouvez un élément dans ce sens, il ne serait pas capable de le supporter. » C'était en somme un crime de lèse-virilité. Il était insupportable pour un homme ayant par ailleurs un comportement sexuel tout à fait normal, d'être confronté à une infécondité »²²⁷¹

Le cadrage des femmes comme premières bénéficiaires des soins s'explique aussi par le fait que ce sont sur leurs corps que sont menés la plupart des examens et qu'est mesuré l'échec ou le succès des traitements. Le test post-coïtal, réalisé après un rapport sexuel proche de date présumée de l'ovulation, consiste à étudier la réaction de la glaire cervicale vis-à-vis des spermatozoïdes et ne nécessite que la présence de la femme. De fait, comme le souligne Raoul Palmer « la femme nous sert souvent pour étudier indirectement le degré de fertilité du partenaire masculin »²²⁷². Au travail de médiation entre le médecin et leurs partenaires s'ajoute de la sorte un travail de mise à disposition et d'observance de son propre corps. À la fois peu cher et facile à mettre en place, la surveillance de la température corporelle basale est alors l'un des tests d'ovulation les plus populaires²²⁷³. La mesure de la température implique néanmoins une certaine discipline corporelle, les femmes devant prendre leur température rectale de manière quotidienne, au lever, avant de boire ou de manger²²⁷⁴. Le résultat est noté sur un diagramme prévu à cet effet par la femme elle-même, tout en indiquant les jours des rapports sexuels et des menstruations²²⁷⁵. Ainsi, les relevés de température sont fréquemment joints dans les correspondances échangées avec les médecins du Centre genevois : « Mme [...] vous présente ses respectueuses salutations, et vous remercie pour tout ce que vous avez déjà fait et ferez pour leur foyer. Ci-joint une courbe de température. Veuillez, je vous prie, me faire parvenir une nouvelle et même feuille, merci »²²⁷⁶.

De manière à s'impliquer dans le suivi du traitement, certains hommes notent eux-mêmes les températures et échangent à ce propos avec le médecin, comme c'est le cas d'un ingénieur

²²⁷¹ Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, op. cit., p. 52-53.

²²⁷² Préface de Raoul Palmer dans Jean Cohen, *Les stérilités masculines en pratique gynécologique*, op.cit., p. v.

²²⁷³ Naomi Pfeffer, *The Stork and the Syringe. A Political History of Reproductive Medicine*, op. cit.

²²⁷⁴ *Ibid.*

²²⁷⁵ *Ibid.*

²²⁷⁶ AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1967 n°1, 9^{ème} dossier.

italien qui écrit à Meylan pour lui indiquer le résultat de l'insémination artificielle effectuée à Genève :

« Finalement, - peut être et je l'espère -, la bonne nouvelle ! Ma femme [...] a eu ses dernières menstruations [...] il y a 43 jours. Ses conditions générales de santé sont très bonnes, la température basale est toujours 37,1 – 37,2 °C. [...] elle a fait un test de grossesse avec un produit (Confidelle) que j'ai acheté en pharmacie et le résultat a été positif. Dans nos conditions une probable grossesse de ma femme est très précieuse pour nous. Alors j'ai tout de suite consulté l'un de mes camarades du lycée qui maintenant est professeur en gynécologie [...] Il a conseillé à ma femme repos absolu et de répéter aujourd'hui chez le laboratoire de l'Hôpital le test de grossesse et le dosage des « gonadotrophine [...] », qu'elle répètera toute semaine. [...] Je Vous écris à fin de connaître s'il est utile et nécessaire un rendez-Vous à Genève chez Vous et je Vous prie de ordonner quoi doit faire ma femme : traitement, cures et règles de vie dans cet période délicat »²²⁷⁷

L'implication active des hommes dans le traitement et dans le suivi de l'ovulation fait néanmoins l'objet de la réprobation de certains spécialistes qui craignent des répercussions sur les capacités des hommes à avoir des rapports sexuels « sur commande ». Ainsi, Raoul Palmer souligne qu'« il faut tenir un compte *énorme* des impossibilités du partenaire mâle »²²⁷⁸ et recommande lorsque cela est possible de « laisser aux rapports leur spontanéité, voire conseiller à la femme de ne pas dévoiler à son mari LE PLAN, ce qui n'est pas toujours facile »²²⁷⁹. Évoquant avec le spécialiste de la stérilité Georges Guillon la « discipline insupportable » à laquelle sont soumis les couples stériles, la gynécologue Hélène Wolffromm-Michel recommande également de limiter les informations transmises aux hommes :

« Le mari qui tient lui-même la courbe de température de sa femme parce que celle-ci est incapable de faire un graphique, voit sur les feuilles de température [...] **l'ordre** d'avoir un rapport tous les deux jours, 10 jours avant le minimum thermique. [...] C'est ce que les auteurs américains appellent « the fatal night » (la nuit fatale). Le pauvre garçon, fatigué ou non, devra s'exécuter. Combien n'entendons-nous pas de coups de téléphone désespérés de la femme disant « Il n'a pas pu ». On est obligé de les prévenir : « Surtout ne lui racontez pas que c'est pour ça ». Il est possible qu'inconsciemment le mari ne désire pas l'enfant que la femme réclame à cor et à cri. Il faudrait interroger le mari en tête-à-tête car la femme pousse son époux à subir tous ces examens »²²⁸⁰

L'idée d'une pression exercée par les femmes désirant être enceintes se retrouve également dans le travail de l'historienne Tinne Claes. Dans la médecine reproductive belge des années 1970, les femmes qui font preuve d'initiative et déstabilisent les rôles de genre sont

²²⁷⁷ AEG, ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1974 no. 1, 3^{ème} dossier, lettre du patient.

²²⁷⁸ Préface de Raoul Palmer dans Jean Cohen, *Les stérilités masculines en pratique gynécologique*, op.cit., p. vii.

²²⁷⁹ *Ibid.*

²²⁸⁰ *La revue de médecine*, 1965, p. 629.

soupçonnées d'agir de manière « obsessionnelle » en réduisant leurs partenaires à la passivité²²⁸¹. Au contraire, il est fort à parier, comme le souligne Liberty Walther Barnes que les femmes qui n'effectuent pas ce travail émotionnel et invisible sont perçues comme négligentes et peu utiles²²⁸². Elles sont ainsi soumises à une double contrainte : celle, d'une part, de soutenir leurs compagnons, d'organiser les rendez-vous, de répondre aux questions à leur sujet tout en minimisant leur expertise afin de ne pas paraître « dominatrices »²²⁸³.

Ce chapitre a montré comment la mise sur le marché de la contraception médicale a participé à redéfinir la gynécologie comme une science du contrôle de la fertilité, reléguant les hommes à un rôle secondaire. La définition de la gynécologie « tout pour la femme, y compris l'homme » de Raoul Palmer résume bien les ambivalences de la place des hommes dans la prise en charge de la stérilité conjugale. Au-delà de la juridiction professionnelle, l'analyse des dossiers de patient·es montre que les pratiques médicales sont traversées par des rapports de genre qui font que les femmes effectuent la plus grande partie du travail de mise à disposition de leurs corps et d'échanges d'informations avec les médecins. Le travail gratuit effectué par les femmes au nom de leur mari révèle non seulement les rapports de pouvoir qui régissent le couple et la famille mais aussi ceux qui traversent le trio médecin-patient-patiente. Ainsi, les formes d'infantilisation et de mise à distance des hommes dans les pratiques médicales participent au maintien d'une ignorance des hommes sur leurs propres corps mais aussi d'une ignorance de la médecine en tant que profession sur les capacités reproductives masculines²²⁸⁴.

²²⁸¹ Tinne Claes, « Obedient Men and Obsessive Women: Donor Insemination, Gender and Psychology in Belgium », *op. cit.*

²²⁸² Liberty Walther Barnes, *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine and Identity*, *op. cit.*

²²⁸³ *Ibid.*

²²⁸⁴ Au sujet du genre et de la production de l'ignorance, voir Nancy Tuana, « The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance », *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy*, vol. 21, n° 3, 2006, p. 1-19.

Épilogue : L'andrologie au tournant des années 1970

En 1971, le professeur de gynécologie-obstétrique Jacques Varangot s'exprime devant l'Académie de médecine pour déplorer l'absence de développement de la médecine de la reproduction humaine en France :

« Il n'existe pas en France, un seul institut voué à la recherche en matière de reproduction humaine. [...] On étudie la reproduction du criquet-pèlerin ; les vétérinaires se passionnent pour la race charolaise, mais la reproduction de l'homme n'intéresse que fort peu de chercheurs répartis en ordre dispersé dans les laboratoires pauvres en moyens et dont la principale activité est de trouver des techniques propres à la limiter lorsqu'elle est normale plutôt que de rechercher les remèdes aux facteurs pathologiques qui trop souvent, hélas ! viennent la contrecarrer »²²⁸⁵

Au-delà du manque d'infrastructures et de financements, il regrette la méconnaissance des couples mais aussi des médecins « qui doivent apprendre la complexité des examens nécessaires au diagnostic et à qui il faut rappeler l'existence de l'infertilité masculine »²²⁸⁶.

En effet, alors que le sperme devient central dans le développement de techniques de procréation médicalement assistée (PMA), les connaissances sur l'infertilité masculine demeurent très limitées au tournant des années 1970. Entré à l'Hôpital Kremlin-Bicêtre en 1969 pour combiner enseignement et recherche sur l'infertilité masculine, le docteur Georges David décrit un « créneau infiniment moins occupé voire désertique que son versant féminin »²²⁸⁷. La focalisation de la médecine reproductive sur le corps des femmes fait que les gynécologues et accoucheurs ne cherchent pas toujours à s'entretenir avec les hommes ou à examiner leur sperme, comme se rappelle le médecin Jean-François Moreau : « [ma femme] fut suivie pendant plusieurs années par [...] un remarquable accoucheur [...] pittoresque, mais comme beaucoup [...] rude avec les maris. Curieusement, j'avais dû quasiment le forcer pour qu'il me prescrive un spermogramme que seuls un ou deux laboratoires savaient faire à Paris »²²⁸⁸.

Les laboratoires qui procèdent à des spermogrammes ne sont pas nombreux : en-dehors de quelques centres spécialisés, la plupart d'entre eux demandent encore aux patients de récolter leur sperme à domicile et de le rapporter dans un court délai pour procéder à l'analyse, ce qui

²²⁸⁵ Cité dans « La lutte contre la stérilité », *Le Monde*, 7 janvier 1971. [En ligne] Disponible : https://www.lemonde.fr/archives/article/1971/01/07/la-lutte-contre-la-sterilite_2458420_1819218.html

²²⁸⁶ *Ibid.*

²²⁸⁷ Jean-François Moreau, « Entretien avec Georges David, AEHP », *L'Internat de Paris*, n°55, 2009, p. 6.

²²⁸⁸ Jean-François Moreau, « Entretien avec Jean Cohen, AIHP 1958 (1929-2007) », *L'Internat de Paris*, n°55, 2009, p. 2.

altère la qualité de l'examen²²⁸⁹. Une femme interrogée par Jacqueline Adler, présidente de l'Association suisse de parents adoptifs, évoque ces « séances humiliantes » : « Il faut pratiquer un examen de sperme. Vous irez chercher un petit flacon au laboratoire et vous y apporterez le sperme, dans le plus court délai possible... »²²⁹⁰. Lorsqu'il commence à travailler à l'Hôpital Kremlin-Bicêtre, le docteur Georges David explique ainsi découvrir « de grosses défaillances spermatiques qui n'avaient pas été révélées par les examens, alors très superficiels, pratiqués par les quelques laboratoires de biologie privés qui étaient sur ce créneau »²²⁹¹. La définition de la fertilité est d'autant plus problématique que les examens diagnostiques sont loin d'être infaillibles : les biopsies du testicule ne donnent pas toujours des résultats clairs et les spermogrammes mettent en évidence une grande variété de configurations dans le sperme des hommes dits fertiles²²⁹². Il n'existe d'autre part pas de standards internationaux de classification qui s'accordent sur la concentration de spermatozoïdes « sains » nécessaire pour assurer son pouvoir fécondant du sperme.

C'est dans l'objectif de remédier à cette absence de standards internationaux au sujet de l'examen de sperme qu'émergent de nouveaux réseaux d'andrologues. Au printemps 1969, sept andrologues allemands, belges et néerlandais se réunissent à Berlin pour constituer un « Club d'andrologie » ayant pour objectif de « rendre échangeable, c'est-à-dire comparables, pour commencer, les résultats d'examens »²²⁹³. Le groupe est coordonné par l'endocrinologue suédois Rune Eliasson, spécialiste de la physiologie de la reproduction à l'Institut Karolinska de Stockholm. À la suite de cette première rencontre, une première session de travail se déroule à Stockholm avec le soutien des laboratoires Schering. Parmi les participants se trouvent le professeur belge Omer Steeno de l'Université de Leuven. Formé en Allemagne et aux États-Unis, il ouvre une consultation d'andrologie et un laboratoire dédié au sperme au sein du service d'endocrinologie de l'hôpital universitaire en 1966²²⁹⁴. Un autre endocrinologue, le néerlandais Gerhardus Hellinga, fondateur d'un groupe de travail d'andrologie réunissant des urologues,

²²⁸⁹ Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, op. cit.

²²⁹⁰ Jacqueline Adler (dir.), *L'adoption vécue*, Paris, Éditions du Seuil, 1977, p. 57.

²²⁹¹ Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, op. cit., p. 44.

²²⁹² Antje Kampf, « Tales of healthy men: Male reproductive bodies in biomedicine from "Lebensborn" to sperm banks », *Health*, vol. 17, n°1, 2012, p. 20-36.

²²⁹³ Carl Schirren, « Le traitement des oligo-asthénospermies par la méstérolone. Étude critique », Société nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité, *Fécondité et stérilité du mâle. Acquisitions récentes*, Paris, Masson & Cie, 1972, p. 178.

²²⁹⁴ University Hospital Leuven, *EAA Andrology Training Center Centre Report 2019*, 2019. [En ligne] Disponible : <https://www.andrologyawareness.eu/centres/reports/EAACentreReportLeuven2019.pdf>

médecins et pathologistes flamands et néerlandais se joint aussi à la rencontre²²⁹⁵. Mais c'est du côté de la République fédérale d'Allemagne que provient la plupart des participants et que se trouve le vivier d'andrologie le plus important : le dermatologue Hans Niermann vient de Münster et les dermatologues Wolfgang Meyhöfer et H. G. Bosse de Giessen, où ils ont fondé l'un des premiers services allemands d'andrologie au sein de la Clinique de dermatologie en 1968²²⁹⁶. Deux autres andrologues, Carl Schirren et J.O. Toyosi, venus de Hambourg, participent aussi à la rencontre.

En Allemagne, l'andrologie se développe par le biais de la *Deutsche Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität* [la Société allemande pour l'étude de la fertilité et de la stérilité] qui réunit des chercheur·es en médecine vétérinaire et humaine²²⁹⁷. Le développement de l'andrologie est permis par le soutien d'anciens titulaires envers les assistants et les chefs de clinique qui se penchent sur le sujet et qui cherchent à établir des liens avec les recherches menées à l'international²²⁹⁸. L'andrologie se développe notamment à Hambourg, où Carl Schirren a fondé un laboratoire spécialisé. Issu d'une famille de dermatologues, Schirren étudie la médecine à l'Université de Kiel où il effectue un séjour dans une clinique gynécologique avant de se spécialiser dans les maladies de la peau et les maladies vénériennes en 1957. En Allemagne en effet, la stérilité masculine est principalement appréhendée comme une conséquence des maladies vénériennes et enseignée en dermatologie²²⁹⁹. Après un séjour de recherche à Cambridge auprès du spécialiste de la biochimie du sperme Thaddeus Mann, il ouvre un laboratoire d'andrologie dans son département de dermatologie à Hambourg puis fonde plusieurs années plus tard une section d'andrologie au sein de la Société allemande pour l'étude de la fertilité et de la stérilité²³⁰⁰. Peu de temps après, il fonde en 1969 un nouveau journal dédiée à l'andrologie, *Andrologia*, dans l'espoir d'encourager les recherches et les échanges autour de l'infertilité masculine.

Au-delà de ces initiatives individuelles, ce sont les rencontres internationales qui forment le terreau le plus important pour le développement de l'andrologie. En plus de créer des associations professionnelles dans leurs propres pays, les nouveaux andrologues échangent,

²²⁹⁵ J. Kremer, « In memoriam Dr. G. Hellinga », *Ned Magazine Medicine*, vol. 135, 1991, p. 1105-1106. [En ligne] Disponible : <https://www.ntvg.nl/artikelen/memori-am-drghellinga#>

²²⁹⁶ Max Hundeiker et Leonard Illig, « Dermatologie, Andrologie und Venereologie », *Giessener Universitätsblätter*, vol. 153, 1982, p. 93-95.

²²⁹⁷ Torsten Wöllmann, « Zur Medikalisierung von Männlichkeiten Das Beispiel Andrologie », *op. cit.*

²²⁹⁸ *Ibid.*

²²⁹⁹ Hans-Georg Hofer, « Der Frauenarzt und die Sterilität des Mannes: Über das Verhältnis von Gynäkologie und Andrologie in den 1950er Jahren », *op. cit.*

²³⁰⁰ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, *op. cit.*

visitent leurs laboratoires respectifs et se réunissent lors de congrès et symposiums internationaux²³⁰¹. De nouvelles organisations internationales dédiées au développement de la médecine reproductive permettent à ceux qui s'intéressent à la santé reproductive masculine de se rencontrer. C'est le cas par exemple de l'*European Sterility Congress Organization* (ESCO), fondée en 1967 qui a pour but d'organiser des congrès européens sur les question de stérilité tous les deux à quatre ans. L'objectif de cette organisation n'est pas de servir à la communication de nouveaux résultats de recherche mais plutôt de créer un lieu de rencontre entre chercheur·ses et médecins issus de différents pays qui n'ont pas toujours l'opportunité d'écrire dans une langue étrangère²³⁰². Lors du deuxième Congrès de l'ESCO, organisé à Dubrovnik en 1969, la question de l'andrologie « en tant que spécialité médicale » est posée comme l'un des principaux thèmes des rencontres. Les échanges sont rendus possible grâce à la traduction simultanée des orateur·ices qui, comme l'évoque Carl Schirren dans un compte-rendu publié dans *Andrologia* « n'a échoué que lorsqu'un orateur fougueux n'avait pas rendu son manuscrit et parlait si vite que même l'auditeur connaissant la langue ne pouvait plus le comprendre »²³⁰³. Il se félicite néanmoins des échanges :

« il est apparu clairement que les présupposés de chaque auteur étaient très différents ; en revanche, tout le monde était d'accord sur le fait que l'andrologie avait acquis sa pleine justification en tant que spécialité et que le diagnostic et le traitement des troubles andrologiques devaient absolument être confiés à un andrologue. En outre, les questions biochimiques, histo-chimiques et immunologiques ont occupé une place importante. Des études histologiques et de microscopie électronique complètent les explications d'autres auteurs et apportent un éclairage supplémentaire intéressant, tandis que les questions thérapeutiques ne sont abordées que de manière marginale »²³⁰⁴

Si la plupart des spécialistes de la stérilité se rejoignent sur la nécessité d'améliorer la formation des médecins au sujet de la stérilité masculine, tous ne considèrent pas que l'andrologie mérite le statut de spécialité. Ainsi, le médecin portugais Jacinto de Andrade souligne « le besoin de la formation d'urologues spécialement consacrés aux problèmes andrologiques et [...] le besoin qu'ont les consultations hospitalières d'urologie et de Gynécologie d'être assistées d'andrologues »²³⁰⁵. En même temps néanmoins, il précise n'être « pas d'accord pour la sécession de l'andrologie comme nouvelle spécialité médicale »²³⁰⁶ qu'il estime devoir être

²³⁰¹ *Ibid.*

²³⁰² Carl Schirren, « II. ESCO-Kongreß in Dubrovnik », *Andrologia*, vol. 1, n° 4, 1969, p. 167, ma traduction.

²³⁰³ *Ibid.*

²³⁰⁴ *Ibid.*

²³⁰⁵ European Congress on Sterility, *Abstracta II ESCO Dubrovnik*, Beograd, Sekcika za sterilitet I fertilitet UGOJ-a, abstract 163, 1969.

²³⁰⁶ *Ibid.*

intégrée dans la formation médicale. Parmi les médecins qui discutent du statut de l'andrologie se trouve également le spécialiste belge du traitement de la stérilité Robert Schoysman qui présente une communication intitulée « l'andrologie comme spécialité » dont je n'ai pas pu retrouver la trace cependant²³⁰⁷. Schirren présente également ses perspectives sur le développement de l'andrologie :

« L'andrologie doit faire l'objet d'une étude spécifique de la recherche et de l'enseignement car les conditions et les résultats spéciaux de ce champ d'étude ne peuvent pas être pris en charge par d'autres disciplines. [...] La formation devrait se concentrer dans des services spéciaux, où la recherche fondamentale en andrologie peut être menée en même temps [...] L'andrologie est particulièrement bien adaptée pour la coopération avec d'autres disciplines médicales »²³⁰⁸

Mais la plupart des médecins qui présentent au congrès de l'ESCO n'évoquent pas le statut de la discipline et se contentent de présenter leurs travaux sur l'infertilité masculine. Il faut dire que le terme d'andrologie permet surtout de fédérer des travaux autour du système reproductif masculin venant de plusieurs disciplines : le terme n'est pas tant un marqueur de différence disciplinaire qu'une interface permettant de faciliter la production de connaissances²³⁰⁹. Rares sont d'ailleurs les praticiens à s'auto-proclamer andrologues et à se concentrer uniquement sur la fertilité masculine. Même au sein des organisations d'andrologie qui se créent tout au long des années 1970 la question du statut de la discipline ne fait pas l'unanimité. Dans le cas de la Société américaine d'andrologie, Rene Almeling montre ainsi que si certains médecins espèrent faire de l'andrologie une spécialité médicale autonome, les principaux acteurs, à l'instar du président Emil Steinberger, considèrent au contraire que la spécialisation serait dommageable à la nature « interdisciplinaire » de la discipline²³¹⁰.

En plus de réseaux du nord de l'Europe (Suède, Allemagne, Belgique et Pays-Bas), une autre branche d'andrologie se développe parallèlement dans les pays hispanophones. En Espagne, le docteur et urologue Antoni Puigvert est l'un des premiers à ouvrir un service d'andrologie à Barcelone en 1958. Formé à Berne et Paris, Puigvert est l'un élève des urologues français Félix Legueu et Georges Marion. En 1969, il fonde avec l'andrologue argentin Roberto Mancini un *Comité Internacional de Andrología* (CIDA) qui a pour vocation d'encourager la recherche sur la fertilité masculine et le développement de sociétés nationales d'andrologie. Les deux groupes

²³⁰⁷ *Ibid*, abstract 162.

²³⁰⁸ *Ibid*, abstract 158, ma traduction.

²³⁰⁹ Michèle Lamont et Virág Molnár, « The study of boundaries in the social sciences », *Annual Review of Sociology*, vol. 28, 2002, p. 167-195.

²³¹⁰ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

prennent connaissance de leurs activités respectives lorsque Mancini et Eliasson se rencontrent lors d'un symposium Nobel sur le « contrôle de la fertilité humaine » à Stockholm en 1970²³¹¹. Deux années plus tard, une réunion est organisée sous l'égide du CIDA à Barcelone pour encourager les échanges, à l'occasion de laquelle Eliasson est élu président. Pendant les premières années, les activités du CIDA sont financées par la Fondation créée par Puigvert et gérée par un conseil d'administration²³¹².

Lors du sixième congrès mondial de la fertilité et de la stérilité qui se tient à Tokyo et Kyoto l'année suivante, un autre groupe de biologistes intéressés par la reproduction animale programment une série de rencontres ayant pour objectif d'encourager la recherche en andrologie²³¹³. Une première rencontre portant sur le thème de la biologie du sperme, est organisée par Charles Thibault et l'andrologue américain Elsayed Saad Eldin Hafez à Nouzilly en 1973 (fig.13)²³¹⁴.



Figure 13: Symposium international à Nouzilly, 4-7 novembre 1973 « The Biology of Spermatozoa » organisé par Hafez et Thibault (deuxième par la gauche) © Archives départementales de l'Indre et Loire, 1799W8 Livret en hommage au Pr. Charles Thibault, p. 1.

²³¹¹ E. Rajpert-De Meyts, R. Eliasson, F. H. Comhaire, N. E. Skakkebaek, R. M. Sharpe et J. Toppari, « Goodbye International Journal of Andrology, welcome Andrology! », *International Journal of Andrology*, vol. 35, n°6, 2012, p. 769-774.

²³¹² *Ibid.*

²³¹³ E.S.E.H., « Editorial », *Archives of Andrology. An International Journal*, vol. 1, n° 1, 1978, p. 1-2.

²³¹⁴ *Ibid.*

Organisé sous l'égide de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le symposium a pour objectif de « clarifier les problèmes liés au transport et à la survie des spermatozoïdes »²³¹⁵ dans un contexte où se répandent l'utilisation de « stéroïdes synthétiques et de stérilets dans la régulation de la reproduction chez la femelle humaine et chez les mammifères domestiques »²³¹⁶. Le symposium rassemble principalement des biologistes de la reproduction animale mais aussi quelques médecins spécialistes de la reproduction humaine venus des États-Unis, du Chili et de la Suède (dont Eliasson).

Moins impliqués que leurs confrères allemands, espagnols et du Nord de l'Europe, les médecins et biologistes français et suisses participent ainsi à des réseaux plus large autour de la reproduction, dans lesquels ils participent ponctuellement au développement de l'andrologie. Les andrologues eux-mêmes viennent d'horizons variés mais proviennent des disciplines traditionnellement intéressées par la fertilité masculine dans leurs pays respectifs. Ainsi, si l'andrologie se développe en Allemagne au sein de la dermatologie, en Amérique du Nord ce sont généralement des urologues ou des gynécologues qui appellent à mieux prendre en compte les hommes dans les couples stériles. Lors du troisième Congrès européen sur la stérilité qui se déroule à Athènes en 1972, le gynécologue genevois Hubert de Watteville appelle d'ailleurs au développement d'une discipline dédiée au facteur masculin de la stérilité, quelque soit son origine :

« En premier lieu il nous faut rappeler une fois de plus le rôle que l'homme joue dans les mariages stériles. Nous avons besoin d'un nombre suffisant de personnes qui se consacrent essentiellement à l'étude de la fertilité chez l'homme. Il importe peu que ces « andrologues » aient été auparavant gynécologues, des urologues ou des dermatologues mais il est nécessaire que « l'andrologie », cette science de l'homme soit reconnue comme une nouvelle branche de la médecine qui mérite un vigoureux support »²³¹⁷

La disponibilité de nouvelles techniques de conservation du sperme permet de légitimer l'insémination artificielle et avec elle, l'émergence d'une pratique autonome consacrée au diagnostic et au traitement de l'infertilité masculine. En France, les connaissances sur le sperme se développent principalement autour de la biologie animale et du développement des Centres de conservation des œufs et du sperme (CECOS). C'est ainsi à la suite de son expérience à l'Hôpital Kremlin-Bicêtre où il travaille sur l'infertilité masculine que le docteur Georges David

²³¹⁵ E.S.E. Hafez et C. G. Thibault (dir.), *The Biology of Spermatozoa. Transport, Survival and Fertilizing Ability*, Bâle, S. Karger, 1975, p. vii, ma traduction.

²³¹⁶ *Ibid.*

²³¹⁷ Archives des HUG, Classeur non inventorié « Travaux professeur Watteville et Curriculum Vitae », Discours séance inaugurale IIIe Congrès, p.3.

monte le projet de « banques de sperme » dont il dépose les statuts en janvier 1973. L'objectif des CECOS est de permettre aux couples stériles d'avoir accès de manière publique et gratuite à l'insémination artificielle, comme il l'explique dans un entretien avec Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland :

« En 1970-1971, j'ai commencé à me dire qu'il fallait faire quelque chose pour ces pauvres hommes chez qui on décelait une azoospermie. C'est un patient, reçu en consultation, qui m'a décidé à franchir le pas: Il s'agissait d'un artisan en fourrure vivant dans les environs de Paris. Après avoir longuement tourné autour du pot, il m'a lâché, très gêné : « On a trouvé chez moi une stérilité. J'ai déjà été pris en charge par un médecin, secrètement, mais les consultations me coûtent trop cher et je ne peux vraiment pas continuer sans être obligé de vendre mon affaire. » En l'entendant, j'ai mesuré encore plus profondément la double souffrance de ces couples qui, non seulement n'étaient pas aidés, mais souvent exploités... Il m'apparaissait qu'on devait à tout prix prendre en charge l'insémination artificielle avec donneur dans des conditions de sécurité plus grandes et surtout dans le système public »²³¹⁸

En sortant l'IAD de la clandestinité et en proposant de rendre le don anonyme et gratuit, l'objectif de David est de donner une légitimité à une pratique controversée sur le modèle déjà existant du don du sang :

« Il fallait moraliser le don de sperme sur la même base que les dons de sang ou d'organes : **bénévolat, gratuité et anonymat**. Ce n'était pas suffisant car l'aspect du don imposait que le sperme inséminé provienne d'un **homme marié et déjà père**. La fécondation de l'ovule maternel par le père biologique devient un acte altruiste et solidaire : don d'un couple fertile à un autre couple infertile »²³¹⁹

Pour constituer une équipe pluridisciplinaire, David s'appuie notamment sur la médecine animale en recrutant le biologiste Pierre Jouannet qui travaille alors avec Charles Thibault à la Station de physiologie animale de l'INRA : « J'avais contacté Thibault en lui faisant part de mon intention de le recruter. Il m'avait répondu qu'il avait un caractère affirmé mais que c'était un très bon chercheur, avec une bonne expérience animale »²³²⁰. D'autres spécialistes, urologues, biologistes ou gynécologues, rejoignent les centres des CECOS qui se déploient sur le territoire français dans les années qui suivent.

Du côté de la Suisse, l'influence scientifique exercée par l'andrologie allemande explique sans nul doute que ce soit dans les cantons alémaniques que se développent les principaux centres de connaissances autour du sperme. Si les activités des andrologues allemands sont commentées

²³¹⁸ Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, op. cit., p. 352.

²³¹⁹ Jean-François Moreau, « Entretien avec Georges David, AEHP », op.cit., p. 8.

²³²⁰ Fabrice Cahen et Jérôme van Wijland, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, op. cit., p. 68.

en Suisse alémanique, notamment dans les revues consacrées à la médecine vétérinaire²³²¹, le terme d'andrologie ne semble pas voyager en territoire francophone. Après une carrière à Jérusalem puis un séjour à Buenos Aires comme professeur invité, Charles Joël obtient une chaire honoraire en andrologie à Bâle en 1972. Le désignant comme « l'un des plus célèbres spécialistes des questions de fertilité masculine »²³²², la Faculté de médecine de Bâle souligne « sa participation à l'enseignement, notamment dans le cadre de la formation continue des assistants, est vivement souhaitée »²³²³. Les documents d'archives ne permettent pas néanmoins d'en savoir plus sur les raisons de son retour à Bâle ni de l'ouverture de la chaire. En Suisse alémanique comme en Allemagne, le développement de l'andrologie se développe initialement au sein de la dermatologie. À Zurich, elle se développe à travers la figure du docteur Friz Otto est nommé professeur adjoint de dermatologie et de vénérologie avec une spécialisation en dermato-oncologie et en andrologie²³²⁴. À Berne, avec celle d'Alfred Krebs qui met en place des consultations d'andrologie dans son service de dermatologie au tournant des années 1970²³²⁵. L'émergence de l'andrologie en Suisse accompagne aussi de près celle des premières banques de sperme, dont la première est ouverte à la clinique de Saint-Gall en 1970. Si des gynécologues pratiquent l'insémination artificielle (notamment à Genève), aucun hôpital romand ne figure parmi les cinq centres (Locarno, Berne, Liestal, Saint-Gall et Bâle) qui disposent d'une banque de sperme congelé dans les années 1970²³²⁶.

Les médecins et chercheur·ses qui s'intéressent à la reproduction masculine en France et en Suisse ne se décrivent pas comme « andrologues » mais participent à des échanges et des réseaux internationaux autour de la reproduction qui leur permettent d'acquérir des connaissances au sujet de la fertilité masculine. Les voyages occupent une place importante dans la constitution de ces réseaux : le fait de se déplacer permet en effet de partager des expériences, de visiter les locaux et de se former sur place. Ainsi, le chirurgien et gynécologue

²³²¹ Le terme apparaît par exemple à plusieurs reprises dans les *Archives suisses de médecine vétérinaire* : H. Kupferschmied, « Neue Ergebnisse der Andrologie. Herausgegeben von. Schirren. 46 Abbildungen ; VIII, 110 S. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 1965 », *Schweizer Archiv für Tierheilkunde*, 108, 12, 1966, p. 47-48.

²³²² Archives du canton de Bâle-Stadt, UNI-REG 5d 2-1 (1) 155 Joël, Charles A, dossier personnel, lettre du doyen au rectorat, 21 janvier 1972.

²³²³ *Ibid.*

²³²⁴ *Schulblatt des Kantons Zürich*, vol. 89, n° 8, 1974, p. 1024.

²³²⁵ Urs Boschung, Nikhil Yawalkur et Lasse R. Braathen, « Die dermatologische Universitätsklinik und Poliklinik Bern », dans Edgar Frenk (dir.), *Dermatologie und Venerologie in der Schweiz*, Neuchâtel, Éditions Alphil, 2002, p. 65-88.

²³²⁶ A. Campana, U. Gigon, F. Maire, G. Szalmaj et H. Wyss, « Present Status of Sperm Banks in Switzerland », dans Georges David et Wendel S. Price (dir.), *Human Artificial Insemination and Semen Preservation*, New York and London, Plenum Press, 1980, p. 35-40. L'IAD se pratique néanmoins uniquement à Berne et Saint-Gall.

lyonnais Michel Cognat se rend à plusieurs reprises aux États-Unis pour se former au sujet des traitements de la stérilité, notamment auprès de MacLeod à New-York. En 1972, il se rend également au Centre d'Infertilité masculine pour échanger avec Robert Schoysman et Andrée Schoysman-Deboeck, fondateurs de la première banque de sperme belge²³²⁷. À son retour en France, il participe aux rencontres annuelles du Club informel d'andrologie dont la première réunion a lieu à Caen en mai 1975, puis transforme son service de chirurgie gynécologique en service de gynécologie-andrologie à l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon²³²⁸.

Similairement, le gynécologue genevois Jacques Meylan rend visite à plusieurs reprises à MacLeod. Dans l'un des rapports d'activité du Centre de stérilité, il explique ainsi être resté en contact avec lui : « Il [MacLeod] m'a proposé de lui envoyer pour examen les préparations de cas difficiles du Centre de Stérilité et de m'envoyer ses commentaires (ce qui a été fait depuis) »²³²⁹. En mai 1971, Hubert de Watteville propose à Meylan de rencontrer l'andrologue Rune Eliasson, de passage à Genève : « il aimerait, à cette occasion, vous contacter pour connaître votre opinion au sujet de problèmes concernant la stérilité masculine. Il prendra directement contact avec vous et je serais heureux si vous pouviez lui consacrer quelques moments »²³³⁰. Les documents que j'ai pu consulter n'en disent pas plus sur la nature de leurs échanges ni sur les motifs du déplacement d'Eliasson.

La présence d'Eliasson à Genève s'explique probablement par les liens entre l'Institut Karolinska et le Programme de reproduction humaine (PRH) nouvellement créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Fondé en 1965 avec l'aval de l'Assemblée mondiale de la santé, qui s'inquiète alors des effets de la pilule contraceptive sur la santé des femmes, le centre de recherche et de formation du PRH est localisé à l'Institut Karolinska en Suède où sont élaborés des projets de recherche et préparés des directives pour des essais clinique²³³¹. Dès 1968, la question de la contraception masculine est mise à l'agenda de l'OMS qui devient l'un des principaux acteurs de promotion et de coordination scientifique autour de

²³²⁷ Pour plus d'informations sur le couple Schoysman, voir Tinne Claes, « Obedient Men and Obsessive Women: Donor Insemination, Gender and Psychology in Belgium », *op. cit.* ; Robert Schoysman et Andrée Schoysman-Deboeck, « Present Status of Donor Insemination in Belgium », dans Georges David et Wendel S. Price (dir.), *Human Artificial Insemination and Semen Preservation*, New York and London, Plenum Press, 1980, p. 27-29.

²³²⁸ Michel Cognat, *Titres et travaux*, Lyon, 2002.

²³²⁹ Archives des HUG, classeur non inventorié Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires (1966-1971), Deuxième rapport concernant l'activité du Centre de traitement de la stérilité (année 1970), daté du 31 juillet 1971, p. 8.

²³³⁰ Archives des HUG, classeur non inventorié Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires (1966-1971), lettre de Watteville à Meylan, datée du 14 mai 1971.

²³³¹ Geoffrey M.H. Waites, « Development of methods of male contraception: Impact of the World Health Organization Task Force », *Fertility and Sterility*, vol. 80, n° 1, 2003, p. 1-15.

la régulation de la fertilité masculine²³³². En 1973 est fondé un « Groupe de travail sur les méthodes de régulation de la fertilité masculine », plus connu sous le nom de « *Male Task Force* » qui prend pour objectif de coordonner des recherches pour développement des méthodes contraceptives masculines²³³³. Comme le souligne Nelly Oudshoorn, l'intérêt de l'OMS résulte de la pression de deux groupes divergents en dehors de la communauté scientifique : des responsables politiques des pays dits « du Sud » et des groupes féministes de pays dits « du Nord »²³³⁴. En Inde comme en Chine, la crainte du développement des populations pousse les dirigeants politiques à impliquer davantage les hommes dans les programmes de planification familiale, notamment par le biais de campagnes massives de stérilisation²³³⁵. Cette préoccupation rencontre celle des mouvements féministes occidentaux dans les années 1970 qui demandent une meilleure répartition du travail reproductif dans les couples hétérosexuels²³³⁶. La constitution de réseaux d'andrologie ne peut ainsi pas être comprise en dehors des transformations sociales et politiques qui marquent le tournant des années 1970. La problématisation des corps, de l'intime et des sexualités par les mouvements féministes dits de la « deuxième vague » rencontre d'autre part un savoir biomédical sur la reproduction et la génétique qui rend possible d'appréhender les corps masculins comme des corps marqués par la différence de genre²³³⁷.

En l'absence de revendications masculines autour de la gestion de leur fertilité, la question de la contraception masculine se pose surtout dans les milieux féministes²³³⁸. Au sein des mouvements féministes, la non mixité revendiquée par les Mouvements de libération des femmes (MLF) enjoint des hommes à se retrouver en groupes de parole afin de déconstruire la « virilité obligatoire » dès 1974²³³⁹. Reprenant à leur compte les réflexions féministes, ces groupes se rassemblent autour des récits personnels et évoquent collectivement leurs expériences intimes pour dépasser l'injonction à la performance. Un ancien membre interrogé

²³³² Nelly Oudshoorn, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, op. cit.

²³³³ *Ibid.*

²³³⁴ *Ibid.*

²³³⁵ *Ibid.* D'après l'historienne Élodie Serna, c'est en Inde que la médecin Marta Vöggli étudie une « méthode de stérilisation masculine temporaire » qui consiste à prendre des bains chauds de manière quotidienne pour suspendre la spermatogenèse, Élodie Serna « À quelques degrés près. La place des testicules dans l'élaboration d'une contraception masculine », communication lors de la journée d'étude « Pour une histoire des organes génitaux masculins », séminaire « Histoire de la médecine, des savoirs sur le corps et de la mort », EHESS, 21 mai 2021.

²³³⁶ *Ibid.*

²³³⁷ Rene Almeling, *Guynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit.

²³³⁸ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, op. cit.

²³³⁹ Alban Jacquemart, « Quand le militantisme trouble l'identité de genre », *Terrains & travaux*, 10, 1, 2006, pp. 77-90.

par Alban Jacquemart évoque ainsi : « J'ai quelques grands souvenirs... c'est-à-dire quand un mec devant quinze autre commence à dire « j'ai des éjaculations précoces... » et que personne ne rit, là il y a quelque chose »²³⁴⁰. Pour certains d'entre eux, la promotion de la contraception est un levier pour agir en faveur de l'égalité : « y avait donc ceux qui voulaient agir... alors en fait les actions, ça pouvait être des choses simples [...] et ça c'est un des trains que j'ai pris, c'est celui de la contraception masculine »²³⁴¹.

Pour les quelques groupes d'hommes proches des milieux féministes, la contraception masculine apparaît comme un terrain privilégié de l'action collective « dans la mesure où les hommes affirment vouloir prendre en charge un domaine assigné socialement aux femmes »²³⁴². À compter de 1979 plusieurs groupes de paroles se constituent et aboutissent sur l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (ARDECOM)²³⁴³. Ce collectif, composé d'une poignée de militants, entend tester de manière expérimentale de nouvelles formes de contraception masculine telles que les injections hormonales ou les slips chauffants, comme l'évoque une ancienne militante du MLAC de Lyon :

« Avant notre permanence, il y avait une permanence des homosexuel·le·s et une des groupes d'hommes qui travaillaient sur la contraception masculine et qui étaient cobayes à l'hôpital de La Tronche à Grenoble. Ils faisaient les expériences de slip chauffant et tout ça. Ils réfléchissaient beaucoup à leurs comportements vis-à-vis des femmes. Et avec ces hommes, on a fait plusieurs réunions communes pour essayer de discuter de contraception »²³⁴⁴

L'atmosphère est d'ailleurs à l'optimisme : la presse annonce régulièrement l'arrivée imminente d'une pilule anticonceptionnelle masculine²³⁴⁵. Dans un reportage diffusé sur le sujet sur la chaîne IT1 en janvier 1975, un micro-trottoir rassemble des témoignages variés d'hommes : « Moi je dis que c'est seulement bien pour les pays sous-développés » ; « Je vois

²³⁴⁰ Cité dans *Ibid.*, p. 83.

²³⁴¹ *Ibid.*, p. 84.

²³⁴² *Ibid.*, p. 86.

²³⁴³ Daniel Welzer-Lang, « La contraception masculine, ARDECOM et les groupes d'hommes, prémisses de l'évolution des rapports sociaux de genre », dans *La contraception masculine*, Springer-Verlag, 2013, p. 139-164 ; 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*, vol. 100, n°1, 2010, p. 110-114.

²³⁴⁴ Lucile Ruault, « Guilaine Enoc, militante du MLAC à Aix et à Lyon dans les années 1970-1980 En quête d'autonomie », *Nouvelles Questions Feministes*, vol. 35, n°1, 2016, p. 151.

²³⁴⁵ Cécile Ventola, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, op. cit. Plusieurs articles de presse suisses sont également consacrés à la question, par exemple « La « pilule » pour homme vers la fin des années 80 », *Journal de Genève*, 29 septembre 1978, p. 24 ; « La « pilule » pour homme ? », *L'Impartial*, 14 décembre 1974, p. 1.

pas pourquoi ce serait toujours les femmes qui auraient des ennuis et pas les hommes »²³⁴⁶. Chargé de mettre au point un rapport sur les contraceptifs oraux par le gouvernement français, le médecin et spécialiste des hormones stéroïdes Etienne-Émile Baulieu prend un ton relativement rassurant en soulignant que la « suppression de la fertilité implique la conservation des fonctions de la virilité »²³⁴⁷. Au journaliste qui lui demande « vous pensez que les français n'auront pas un petit peu peur de la prendre cette pilule ? », il répond : « En France, les Français auront peur, pas parce que ce sont des Français, mis parce que ce sont des hommes. Cela dit pour les hommes, ce sera, je le crois, une véritable aventure du genre humain en ce qui concerne les rapports intimes des hommes et des femmes »²³⁴⁸.

Au-delà de son acceptabilité, le développement d'une « pilule masculine » est limité par des difficultés de recrutement d'hommes pour les essais cliniques, des problèmes éthiques, de financement mais aussi par la structure des réseaux d'andrologie principalement concentrés sur l'étude de l'infertilité masculine²³⁴⁹. Il faut aussi souligner qu'en se concentrant exclusivement sur les mécanismes de régulation de la fertilité, le groupe de travail de l'OMS néglige d'autres aspects de la fertilité masculine, à l'instar de l'infertilité, de l'immunologie ou de la migration des spermatozoïdes dans le tractus féminin²³⁵⁰. C'est d'ailleurs là l'un des reproches formulés par Eliasson à l'occasion du premier congrès international d'andrologie organisé par le *Comité internacional de andrología* (CIDA) à Barcelone en juillet 1976 :

« L'andrologie concerne tous les aspects du système reproductif masculin. [...] L'un des objectifs du CIDA et des sociétés régionales d'andrologie est d'attirer l'attention et de susciter l'intérêt pour les aspects encore sous-étudiés de l'andrologie [...] Je suis conscient des difficultés causées par le manque de ressources financières qui, à l'heure actuelle, sont disponibles pour de telles activités. Il ne fait aucun doute que d'importantes sommes sont consacrées à certains domaines de recherche sur le système reproducteur masculin. Il y a des domaines où la coopération internationale est bien développée. Il convient d'accorder un crédit justifié à ces activités, mais je pense qu'il faut également attirer l'attention sur le fait que trop de scientifiques semblent avoir choisi de travailler sur des problèmes de nature si limitée qu'ils peuvent les traiter sans coopération avec d'autres ou en collaboration avec de jeunes collègues. [...]

²³⁴⁶ « La pilule pour homme », reportage diffusé le 21 janvier 1975 sur la chaîne IT1, archives de l'INA, [En ligne], Disponible : <http://www.ina.fr/video/CAA7502153601/la-pilule-pour-homme-video.html>.

²³⁴⁷ *Ibid.*

²³⁴⁸ *Ibid.*

²³⁴⁹ Nelly Oudshoorn, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, *op. cit.*

²³⁵⁰ E. Diczfalussy, « World Health Organization. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. The First Fifteen Years: A Review », *Contraception*, vol. 34, n° 1, 1986, p. 3-119 ; Geoffrey M.H. Waites, « Development of methods of male contraception: Impact of the World Health Organization Task Force », *op. cit.*

La contraception masculine est un domaine important et plutôt bien financé, mais au cours des dernières années, les progrès scientifiques ont été loin d'être considérables. Cela peut être dû, dans une certaine mesure, à une surestimation des possibilités de supprimer complètement et en toute sécurité la spermatogenèse. [...] Je suis convaincu qu'une étude systémique des effets des médicaments sur les propriétés fonctionnelles des spermatozoïdes humains fournira des informations précieuses pour notre recherche de nouveaux contraceptifs masculins. De telles études pourraient éventuellement révéler que nous avons déjà sur le marché des composés ayant un effet « antifertile ». Les études de ce type nécessiteront une définition correcte de la « fertilité » et des méthodes pour étudier la physiologie du spermatozoïde et la relation entre les propriétés fonctionnelles du spermatozoïde et la fertilité masculine. Pourtant, ce type d'étude n'est pas considérée comme prioritaire. C'est bien dommage et nous avons peut-être perdu un temps précieux en recherche fondamentale qui pourrait permettre d'identifier des solutions alternatives au développement de contraceptifs masculins »²³⁵¹

En l'absence de financements pour la recherche fondamentale, l'andrologie se développe surtout autour de l'étude du sperme ce qui limite sa portée. Comme le souligne l'historienne Antje Kampf, si le travail de classification et de standardisation promet de conférer un statut professionnel à la discipline, il pose aussi le risque que celle-ci ne soit réduite à une simple science de laboratoire²³⁵². Ainsi, Eliasson considère que « le progrès en andrologie ne sera possible que si la définition de la fertilité masculine est tout à fait détachée des propriétés du sperme »²³⁵³.

L'histoire de l'andrologie dans les années 1970 mérite encore d'être explorée. La formation du CIDA constitue une piste d'analyse intéressante pour comprendre la formation de ces réseaux internationaux et leurs liens avec les ancrages locaux des sociétés nationales d'andrologie. Les archives digitalisées de l'*American Society of Andrology* (ASA) fondée en 1975 montrent par exemple des craintes que l'objectif du CIDA d'établir des normes et standards en andrologie n'entre en concurrence avec ceux de l'OMS²³⁵⁴.

Du côté de la France, les quelques spécialistes qui se rencontrent dans le cadre d'un « Club d'andrologie » appellent à constituer à la fin des années 1970 une société d'andrologie. En 1979, le gynécologue Jean Belaïsch, le biologiste de la reproduction Jean-Claude Czyba et l'urologue Alain Jardin signent un éditorial dans une revue de gynécologie-obstétrique appelant

²³⁵¹ Rune Eliasson, « Opening Remarks », *International Journal of Andrology*, vol. 1, 1978, p. 8-9, ma traduction.

²³⁵² Antje Kampf, « Tales of healthy men: Male reproductive bodies in biomedicine from "Lebensborn" to sperm banks », *op. cit.*

²³⁵³ Rune Eliasson, « Prospects in Andrological Research », *International Journal of Andrology*, vol. 1, 1978, p. 105, ma traduction.

²³⁵⁴ Iowa State University Digital Library Collections, fonds de l'*American Society of Andrology*, Procès-verbaux du comité exécutif de la Société américaine d'andrologie, 15 mars 1977.

à la constitution d'une société d'andrologie :

« C'est un fait, alors que la gynécologie est servie par des gynécologues, l'andrologie n'a pas à sa disposition une catégorie spécifique de médecins qui la « prenne en charge ». [...] Bref, l'andrologie n'a pas de spécialiste mais une pléiade de médecins partitifs qui ne peuvent que concourir pour répondre aux plaintes et aux exigences de la virilité malade. Un seul médecin qui rassemblerait les qualités et donc les connaissances de tous les autres – voilà qui serait bien satisfaisant pourtant !

La réflexion est légitime et irréaliste. Irréaliste car on ne peut imaginer qu'un médecin accumule aujourd'hui les connaissances exigées de tous les spécialistes différents qui sont appelés à se pencher sur « vir » en difficulté.

Légitime pourtant pour trois ordres de raisons :

1° Car les manifestations de la pathologie masculine se multiplient et se diversifient, exigeant une attention spéciale du médecin qui les observe afin de les soigner.

2° Car ces manifestations sollicitent de chaque médecin son propre système de référence et que leurs diverses descriptions gagneraient à un ordonnancement final.

3° Car les maladies de l'homme exigent comme les autres des investigations de plus en plus variées en vue de quantifier les observations éparses [...] le coût des investigations devient rapidement excessif en l'absence d'une bonne coordination, tant la quête des hommes dans ce domaine est sans limite.

Cette contradiction ne peut se résoudre qu'en admettant la formation d'un « interniste de la virilité » à partir des spécialistes intéressés venus d'horizons divers. Ceux-ci s'associant dans une structure permanente pluridisciplinaire d'étude de la pathologie masculine qui forgerait en eux la mentalité andrologique nécessaire. [...]

Comment envisager une formation andrologique ? Il nous apparaît qu'elle pourrait se réaliser dans une confrontation périodique, organisée par une société d'andrologie à laquelle participeraient spécialistes confirmés et spécialistes en formation »²³⁵⁵

L'éditorial appelle à la fondation d'une société qui permettrait d'amorcer un dialogue interdisciplinaire au carrefour de plusieurs spécialités. Quelques années plus tard, en 1982, la Société d'andrologie de langue française (SALF) est fondée, suivie près d'une décennie plus tard d'un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires en andrologie²³⁵⁶. Pensée comme un espace de rencontre de spécialistes provenant de France, de la Belgique, du Luxembourg et d'autres pays francophones non-européens, la SALF n'a pas d'affiliation du côté de la Suisse, où l'andrologie se développe encore plus tardivement. Il faut en effet attendre 1994 pour que le dermatologue et andrologue Christian Sigg fonde une Société suisse d'andrologie, apparemment en conflit avec les gynécologues de la Société suisse de fertilité, stérilité et planning familial qui ne souhaitent pas voir émerger de société savante concurrente²³⁵⁷. Jusqu'en 2013, Sigg déplorait par ailleurs que « la formation, la recherche et la clinique ont été

²³⁵⁵ J. C. Czyba, « Pour l'andrologie », *Andrologie*, vol. 8, n° 4, 1998, p. 355.

²³⁵⁶ J. C. Czyba, « Pour l'andrologie », *op. cit.*

²³⁵⁷ Christian Sigg, « Andrology », dans Société suisse de Dermatologie et de Vénéréologie (dir.), *Spirit and Soul of Swiss Dermatology and Venereology 1913-2013*, Neuchâtel, Éditions Alphil, 2013, p. 370-371.

cédées aux gynécologues, aux urologues et aux endocrinologues. En conséquence, aucune des cliniques dermatologiques universitaires n'offre aujourd'hui une formation de base dans une andrologie digne de ce nom »²³⁵⁸.

²³⁵⁸ *Ibid*, ma traduction.

Conclusion générale

Ce récit a commencé avec la description d'une absence : celle de l'andrologie. En partant de ce constat, l'ambition de cette thèse a été d'analyser les formes de professionnalisation et les modalités de prise en charge des maladies sexuelles et reproductives masculines en France et en Suisse romande. Débutant avec un premier moment d'apparition de l'andrologie à la fin du XIX^{ème} siècle, ce travail retrace plus de 80 ans d'histoire de la santé masculine, entre le moment où le terme « andrologie » est employé pour la première fois en langue française et le moment d'apparition des premières organisations professionnelles d'andrologie. En se basant sur deux contextes (la France et la Suisse) où l'histoire de l'andrologie n'avait jusqu'alors jamais été étudiée, il s'agissait tout d'abord de répondre à la question suivante : y-a-t-il eu des tentatives de constituer une « science de la masculinité » en France et en Suisse romande ? Et si oui, pourquoi celle-ci ne s'est pas développée ?

Un premier objectif de ce travail a donc consisté à retracer l'histoire des conceptualisations d'une « science du masculin » qu'elle soit accolée ou non au terme d'« andrologie ». À la recherche de traces de spécialités qui auraient pu se définir de cette manière, je me suis tout d'abord penchée sur les origines de l'urologie dès le XIX^{ème} siècle. L'analyse de sources empiriques originales a permis de montrer que l'ouverture des premiers services d'urologie dans les hôpitaux parisiens a d'abord été justifiée par la nécessité de soigner des maladies considérées comme principalement masculines, tels que les calculs urinaires et les rétrécissements de l'urètre. Pour autant, la spécialité ne s'est pas définie comme une science de la masculinité et ce notamment en raison du fait qu'une partie de la pratique comprenait, dès ses origines, des interventions sur l'appareil urinaire féminin. Contrairement à la chirurgie gynécologique qui s'est développée au même moment, ce n'est pas sur la base de leur sexe que les hommes ont été pris en charge dans les services d'urologie mais sur celle de leurs symptômes urinaires. Ainsi, la conception de l'urologie comme discipline chargée de l'étude de la fonction urinaire a permis le déploiement d'une large juridiction chirurgicale, allant des maladies de l'appareil urinaire et génital masculin à celles de l'appareil urinaire féminin. En l'absence de réglementation sur le nombre et le statut des spécialités au début du siècle, de nombreux praticiens cumulent d'ailleurs les titres dans l'objectif de toucher une large patientèle, se présentant à la fois comme spécialistes des voies urinaires, des maladies vénériennes et des maladies des femmes.

C'est au sein de cette conception large de la « médecine génito-urinaire » qu'est employé le terme « andrologie » en France dès les années 1890. Bien que le vocable existe depuis la fin du XVIII^{ème} siècle comme sous-catégorie de l'anthropologie pour désigner l'étude de l'individu ou les sciences humaines, il devient synonyme dans le dernier tiers du siècle d'une science dédiée à l'étude des maladies spéciales à l'homme. Rarement employé en langue française, le terme est généralement utilisé comme synonyme de l'urologie pour désigner les maladies génitales et sexuelles masculines. Les sources consultées montrent qu'il n'est d'ailleurs pas accompagné de revendications de spécialisation. L'expression permet tout au plus de nommer une médecine génito-urinaire qui prend pour objet les points de contact entre urologie et vénéréologie. Érigé en miroir de son équivalent féminin, le terme renvoie à un régime de compréhension des corps dont le sens ne s'épuise pas dans la sexualité. En effet, les différentes classifications anatomiques des corps masculins montrent l'absence de description unifiée autour de ce qui constitue l'appareil génital et l'appareil urinaire chez l'homme. Alternativement décrits comme « urinaires » ou « sexuels », les corps masculins portent ainsi cette double construction de l'universel et du particulier.

Ceci est vrai tant au sein des spécialités et de la médecine des élites que dans l'offre thérapeutique qui se déploie dans les publicités pour ceintures, pilules, pommades et soins par correspondance à la quatrième page des journaux de la presse quotidienne. L'analyse des discours publicitaires dans la deuxième partie de cette thèse montre que les hommes sont désignés comme un public cible nécessitant la mise en place de stratégies promotionnelles spéciales. Mais les discours publicitaires parlent de « maladies des femmes » sans qu'il n'y ait d'équivalence avec des maladies « spéciales » à la masculinité qui nécessiteraient des formes de spécialisation. Les résultats de cette enquête amènent donc à conclure que si certaines maladies sont reconnues comme « masculines », il n'y a pas de tentatives de spécialisation autour de la santé des hommes, qu'elles se situent au sein de la médecine des élites ou à sa marge, parmi les praticiens qui ont recours à la publicité.

Ce constat permet de remettre en question un récit décrivant l'histoire de l'andrologie comme celle d'un « échec ». Tout comme Ornella Moscucci, Rene Almeling considère ainsi que « l'échec du lancement de l'andrologie à la fin du XIX^e siècle [...] constitue un moment critique de l'histoire de la spécialisation professionnelle qui continue de hanter la médecine de nos jours »²³⁵⁹. Dans les contextes de la France et de la Suisse romande, ce récit de l'échec me paraît

²³⁵⁹ Rene Almeling, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, op. cit., p. 53, ma traduction.

problématique pour plusieurs raisons. Tout d'abord, parce qu'il surestime l'espace et la place des médecins autoproclamés « andrologues » qui demeurent relativement marginalisés dans le contexte dans lequel ils publient. Mais aussi parce que le concept d'« échec » évoque implicitement l'idée de luttes et d'obstacles posés sur le chemin de l'institutionnalisation. Or, ce n'est pas qu'une « science de la masculinité » ait été brièvement envisagée puis rejetée, mais plutôt qu'elle n'est jamais entrée dans le discours en premier lieu.

Il n'y a pas donc pas eu « d'échec » de l'andrologie car il n'y a pas eu de tentatives de constituer une andrologie en France et en Suisse romande avant la deuxième moitié des années 1970. Cette absence s'explique notamment par la construction différenciée des corps sexués : le corps des hommes est d'abord défini par d'autres fonctions que celles liées à la reproduction ou la sexualité. Bien que certaines maladies soient présentées comme relevant de la masculinité, l'appareil génital et reproductif masculin n'est pas défini *en soi* comme étant pathogène. Ce constat rejoint donc les conclusions d'une importante littérature féministe qui souligne la construction sociale, historique et politique du sexe comme marqueur des rapports de domination.

Mais l'objectif de cette thèse ne consistait pas seulement à retracer l'histoire d'une « science de la masculinité ». Il s'agissait aussi de mettre en évidence les formes de pratiques, de connaissances et de prise en charge de la santé masculine durant cette période. Je rejoins ici la suggestion de l'historien Timothy O'Neill de ne pas se concentrer uniquement sur « l'échec » d'une science dédiée à la masculinité mais de questionner plus largement la manière dont les institutions, les pratiques et les discours produisent du genre²³⁶⁰. Ce déplacement est heuristique car il permet de ne pas réifier l'image d'un « homme invisible » qui échapperait toujours à la médicalisation mais au contraire de montrer les conditions d'émergence de regards médicaux sur le masculin²³⁶¹.

Sortir du registre de l'« échec » permet ainsi de montrer que, plutôt que d'être tout à fait négligée, la santé masculine a fait l'objet d'attention médicale, de rivalités professionnelles et de pratiques de genre tout au long du XX^{ème} siècle. Un second objectif de cette recherche consistait ainsi à identifier les espaces de production de connaissances sur la santé masculine. Il s'agissait tout d'abord de montrer quelles étaient les spécialités qui ont produit des connaissances sur les hommes et ont décrit des maladies comme étant « masculines ». En

²³⁶⁰ Timothy H. O'Neill, *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, op. cit.

²³⁶¹ *Ibid.*

l'absence d'une spécialité dédiée aux problèmes masculins, ce travail aspirait aussi à comprendre qui étaient les personnes vers lesquelles se tournaient les hommes faisant l'expérience de difficultés sexuelles ou reproductives.

Le matériau empirique analysé dans cette thèse montre que l'absence d'institutionnalisation d'une discipline consacrée au masculin ne signifie pas une absence de pratiques et de discours sur les spécificités sexuelles et reproductives des hommes. Les formes de médicalisation qui touchent le corps des hommes dépendent des espaces de pratiques professionnelles mais aussi du positionnement des hommes au sein de rapports de pouvoir. Les quatre grandes parties qui structurent la thèse ont ainsi été construites afin de mettre en lumière les différentes facettes de ces « médecines du masculin » en France et en Suisse romande. Organisé de façon thématique et chronologique, le récit propose une périodisation de moments charnières de développement puis de transformation des pratiques médicales et de soin.

En démarrant au XIX^{ème} siècle pour aboutir à la fin de la Seconde Guerre mondiale, les deux premières parties décrivent ainsi un moment de consolidation de la profession médicale, alors que les pratiques et les spécialités ne sont pas encore standardisées et que la publicité n'est pas tout à fait réglementée. En se concentrant sur le phénomène de spécialisation qui touche le champ médical, la première partie montre l'existence d'une diversité de spécialités qui produisent des connaissances sur la santé masculine. Au sein de leurs champs disciplinaires et au détour de publications, des spécialistes décrivent ainsi l'existence de maladies propres aux hommes touchant à la sphère sexuelle, hormonale ou reproductive. L'éclatement de ces maladies au sein de différentes spécialités fait l'objet d'un travail de frontières qui délimite l'espace d'action et l'expertise de chaque profession. Ainsi, la stérilité masculine relève de la juridiction des gynécologues tandis que l'urologie et la vénéréologie se partagent les maladies vénériennes (la syphilis revenant aux vénéréologues et la blennorragie aux urologues). Les maladies non-vénériennes liées à la sexualité (perversions, impuissance, neurasthénie) sont plutôt étudiées par des psychiatres, neurologues et psychanalystes mais aussi dans une certaine mesure par des urologues qui s'attachent à identifier des lésions anatomiques ainsi qu'à des spécialistes des hormones sexuelles qui cherchent dans les thérapies hormonales la source d'une vitalité renouvelée.

La seconde partie adopte une perspective pluraliste d'histoire de la santé pour interroger les pratiques de santé des hommes ainsi que la promotion et les enjeux professionnels autour de la publicité. Elle montre que l'absence de mouvements d'hommes s'organisant pour bénéficier de

ressources liées à une discipline du masculin ne signifie pas l'absence de demande de la part de ces derniers. Le succès d'ouvrages d'hygiène conjugale et de vulgarisation sur la sexualité témoigne au contraire d'une participation des hommes au processus de médicalisation de la sexualité. Bien que leurs choix soient contraints par des considérations financières, logistiques ou géographiques, les hommes font preuve de capacité d'agir dans leur décision d'avoir recours à un médecin ou de chercher d'autres types de soins. Les sources révèlent que les hommes qui se plaignent de maladies sexuelles, génitales ou urinaires se tournent plus aisément vers des proches, des pharmaciens, ont recours à l'automédication ou se réfèrent à des soins par correspondance avant d'aller consulter un médecin ou un spécialiste. Il faut dire qu'au-delà des difficultés d'accès à des services médicaux onéreux, le secret et la honte caractérisent le traitement des maladies masculines. C'est d'ailleurs en alléguant de la possibilité d'avoir recours à des soins peu chers de manière discrète et anonyme que se développent des publicités médicales dans les annuaires du commerce, sur la quatrième page des journaux et sur les affiches des boulevards et des vespasiennes. Lorsqu'éclate la Première Guerre mondiale, le renouvellement d'un intérêt politique et sanitaire pour la santé masculine met en lumière les tensions internes à la profession médicale au sujet de la publicité. La lutte antivénérienne menée par l'État fait que la publicité devient le symbole d'une lutte pour l'appropriation de ressources financières, politiques et sociales par les vénéréologues qui dénoncent les dangers du « charlatanisme ». En faisant des « maladies secrètes » un enjeu de santé publique, les autorités qui cherchent à limiter la propagation de maladies vénériennes font aussi de l'intimité et de l'hétérosexualité masculine un lieu d'intervention médicale.

En se concentrant sur les pratiques cliniques de l'entre-deux-guerres aux années 1960, la troisième partie porte plus spécifiquement sur la prise en charge des troubles sexuels masculins. Les dossiers de patients du cabinet du neurophysiologiste Georges Bourguignon et les expertises psychiatriques et dossiers d'hommes internés pour délits et crimes sexuels dans les cantons de Vaud et Genève montrent qu'il existe des espaces de pratiques qui, sans se dire de l'andrologie ni se consacrer uniquement aux maladies masculines, problématisent et participent à la médicalisation des sexualités masculines. Ces sources révèlent plus largement l'existence d'espaces de pratiques « invisibles » car n'ayant pas donné lieu à des publications médicales et ayant laissé peu de traces dans les archives. L'analyse des dossiers de patients permet ainsi de déplacer l'axe d'analyse de l'histoire de l'andrologie, jusqu'ici centrée sur le parcours des médecins et de leurs professions, à celle des pratiques. L'entrée par les activités de la clinique invite ainsi à considérer le rôle des pratiques quotidiennes et des rapports de masculinités sur la

production de connaissances. Elle montre que les formes de médicalisation de la santé masculine passent autant par la reconfiguration des rapports de pouvoir que par celle des normes de la masculinité hégémonique. Ainsi, là où certains médecins participent à invisibiliser les défaillances masculines en les attribuant à une responsabilité féminine ou en dissimulant les résultats d'examens jugés menaçant pour l'identité masculine, d'autres développent des stratégies pour assurer la bonne coopération des patients. Par conséquent, les masculinités marginalisées par leur appartenance de classe ou leur orientation sexuelle font aussi l'objet d'une plus grande médicalisation ayant pour objectif de les « normaliser ».

Finalement, la quatrième partie reprend le fil déplié au début du récit pour interroger l'émergence de réseaux d'andrologie au sein de la médecine reproductive au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Le développement de réseaux professionnels dédiés aux sciences de la reproduction et la systématisation de l'examen du sperme fait qu'il devient de plus en plus admis d'examiner les deux partenaires chez les couples stériles. Tout en permettant l'inclusion des hommes dans la médecine de la stérilité, le développement des sciences de la reproduction ne marque pourtant pas de réelle médicalisation des capacités reproductives des hommes. En l'absence de traitement efficace, seule l'insémination artificielle devient l'une des principales méthodes thérapeutiques permettant de pallier à la stérilité masculine. Introduite tout d'abord dans le monde agricole, la pratique demeure initialement cantonnée à la confidentialité des cabinets de médecins qui acceptent d'y avoir recours en France et en Suisse romande. Elle est d'autre part débattue dans les sphères médicales et politiques lorsqu'elle implique un don de sperme d'une personne tierce. Le développement de méthodes de cryopréservation des gamètes à compter des années 1960 permet l'ouverture de banques dédiées à l'étude et la conservation du sperme en France comme en Suisse. Cet intérêt renouvelé pour le sperme humain ouvre la voie au développement de réseaux de spécialistes qui se réclament d'une nouvelle « andrologie » et se rencontrent à l'occasion de congrès et au sein d'organisations professionnelles.

L'étude de ces différents moments et espaces de médicalisation des corps masculins montre l'importance de considérer la fabrique du genre et l'intersection des rapports de domination dans les pratiques cliniques. En s'intéressant aux pratiques et aux savoirs médicaux sur le temps long, un troisième objectif de cette recherche consistait aussi à comprendre l'impact des transformations de la médecine sur la prise en charge de la santé masculine. En effet, les modalités par lesquelles les corps des hommes font l'objet d'intérêt médical sont étroitement liées à des évolutions plus larges de la médecine au XX^{ème} siècle. L'étude de ces mutations

permet ainsi de comprendre comment celles-ci ont permis ou limité le développement de regards spécialisés sur le masculin.

Il me semble important tout d'abord de revenir sur le processus de médicalisation de la sexualité. Entamée dès la fin du XIX^{ème} siècle, la redéfinition de la sexualité comme relevant de la juridiction de la médecine est un long processus qui traverse le XX^{ème} siècle. Tout d'abord principalement concentrée sur les « excès » ou les « déviances » sexuelles (spermatorrhée, perversions sexuelles notamment), la juridiction médicale s'étend progressivement à l'hétérosexualité et à la sexualité dite « normale ». Le chercheur Alain Giami souligne ainsi le déplacement d'une médecine fin de siècle principalement concernée par les sexualités non reproductives (dont l'homosexualité est un exemple paradigmatique) à une sexologie qui se définit autour de l'érotisation du couple marié à partir de l'entre-deux-guerres²³⁶². Par conséquent, la médicalisation de la sexualité passe aussi par « l'appropriation médicale de la dissociation entre activité procréative et non procréative »²³⁶³ et par la redéfinition du « couple conjugal [comme] le lieu central de la vie érotique, alors que la procréation et la fondation d'une famille reste une finalité centrale du couple et du mariage »²³⁶⁴.

Les différentes parties de cette thèse montrent comment ces transformations traversent l'histoire de la prise en charge des maladies sexuelles et reproductives masculines. Le fait que l'andrologie se déploie à la fin des années 1960 comme une science de l'infertilité masculine est ainsi l'aboutissement de décennies de dissociation entre les capacités sexuelles et reproductives masculines mais aussi d'une longue histoire de la « biomédicalisation ».

L'invention du « biomédical » avec l'essor du laboratoire dans la médecine clinique à la fin du XIX^{ème} siècle marque ainsi de nouvelles étapes de fragmentation des corps masculins. Pourtant, si l'analyse microscopique du sperme se répand comme outil diagnostique à la fin du XIX^{ème} siècle, la fertilité masculine demeure longtemps étroitement associée avec la puissance sexuelle (et avec elle, la masculinité) dans l'imaginaire médical. Héritage de la médecine des humeurs, l'économie spermatique, qui repose sur l'idée que le sperme est essentiel à la bonne santé masculine, considère que les excès sexuels (par la masturbation ou le coït) constituent l'un des principaux risques pour la vigueur et la santé masculine. Avant d'être défini comme

²³⁶² A Giami, « La médicalisation de la sexualité : Aspects sociologiques et historiques », *Andrologie*, vol. 8, n° 3, 1998, p. 383-390.

²³⁶³ Alain Giami, « Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité », dans Sanni Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Montréal, Presses Université de Laval, 2009, p. 235.

²³⁶⁴ *Ibid.*, p. 236.

un fluide nécessaire à la fécondation et à la reproduction, le sperme est ainsi d'abord historiquement associé à la vitalité, à la santé et à la puissance sexuelle. Cette conception imprègne encore longtemps l'imaginaire médical. Ainsi, bien que la stérilité soit dissociée de l'impuissance sexuelle dès la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, l'association fécondité-santé-sexualité-masculinité persiste dans les représentations des médecins comme de leurs patients, ce qu'illustrent différentes parties de cette thèse. Par conséquent, médecins comme patients tendent moins à rechercher une stérilité de cause masculine et associent l'incapacité à avoir des enfants à une blessure de l'identité virile.

Il ne faut sans doute pas sous-estimer la place de ces arrangements et du « travail émotionnel » effectué par les médecins dans le développement de l'étude de la santé sexuelle et reproductive masculine. La troisième partie de cette thèse a notamment montré comment l'introduction d'une vision conjugale de la sexualité a permis à certains médecins d'invisibiliser les défaillances masculines en attribuant la responsabilité à des partenaires jugées peu attirantes, réticentes à se prêter à l'acte sexuel ou trop lentes à avoir un orgasme. Tant en matière de sexualité que de reproduction, les difficultés masculines ont été progressivement redéfinies comme des problèmes de couple. La quatrième partie a notamment montré comment la requalification de la gynécologie comme discipline dédiée au contrôle de la fertilité a participé à faire du « travail contraceptif », de l'harmonie sexuelle et conjugale et des traitements de la stérilité, une prérogative féminine. Les femmes sont restées les principales interlocutrices des médecins et ce notamment car le développement de nouvelles méthodes médicales de contraception a participé à redéfinir la gynécologie comme une science de la fertilité. La place ambivalente laissée aux hommes dans la médecine de la stérilité persiste d'ailleurs encore aujourd'hui, comme le montrent des travaux contemporains sur la médecine de la reproduction²³⁶⁵.

Là où la gynécologie est redéfinie dans les années 1960 comme une spécialité basée sur l'écoute et sur l'idée d'une « relation privilégiée » entre les médecins et leurs patientes, la médicalisation des capacités reproductives masculines passe au contraire par la multiplication de procédures standardisées effaçant les personnes et les corps. Loin de l'image du « confident » auquel se livreraient des hommes inquiets, l'andrologie se développe dans le cadre d'une nouvelle domination de la biomédecine qui établit des liens entre médecine expérimentale et clinique. Or, comme le montrent les travaux de l'historienne Antje Kampf, en se focalisant sur l'établissement de standards de classification du sperme, l'andrologie prend ainsi le risque

²³⁶⁵ Parmi ceux-ci, voir notamment Liberty Walther Barnes, *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine and Identity*, op. cit.

d'être limitée à une science de laboratoire et ce d'autant plus qu'elle rencontre des difficultés à établir un corps masculin « fertile » standard²³⁶⁶.

L'histoire de ces transformations permet donc de comprendre pourquoi l'andrologie s'est développée, dans les années 1960, comme une science de l'infertilité masculine. Si le terme s'impose plus volontiers à ce moment-là et qu'il fait l'objet de revendications, c'est qu'il répond à une prise en charge déficiente des hommes dans les couples infertiles. L'andrologie de la fin des années 1960 n'est pas une reformulation de pratiques existantes (comme c'était le cas au début du siècle) mais un projet scientifique ayant pour but de combler une absence (celle de connaissances sur les capacités fécondantes du sperme). Le projet d'une science dédiée à la reproduction masculine est rendue possible par la dissociation entre sexualité et reproduction mais aussi par l'« invention » de la biomédecine dont les innovations techniques (insémination artificielle, spermogramme, cryopréservation des gamètes) permettent progressivement de détacher le sperme de celui qui le produit. Si les andrologues s'emparent de la question de la reproduction, c'est aussi parce que celle-ci relève de la juridiction de l'unique spécialité (la gynécologie) qui ne prend pas pour objet le corps des hommes. À l'inverse, des savoirs spécialisés sur la santé masculine existent déjà (comme la première partie de la thèse l'a montré) au sein de champs disciplinaires caractérisés par des biais androcentriques. Par conséquent, plutôt que d'un savoir concernant tous les aspects de la vie sexuelle et reproductive des hommes, l'andrologie a d'abord été envisagée comme un *complément* de la gynécologie sans pour autant remettre en cause les divisions existantes du champ médical (notamment la domination de l'urologie sur les maladies des organes génito-urinaires).

Si l'histoire de l'andrologie depuis les années 1970 demeure encore à écrire, les conclusions de cette recherche fournissent donc des pistes pour comprendre la marginalisation que connaît cette branche médicale depuis plus de cinquante ans. Plus largement, cette recherche montre l'intérêt de l'analyse en termes de genre pour étudier l'histoire de la spécialisation médicale. Interroger les spécialisations autour de la santé masculine permet ainsi de rendre visible la fabrique de l'« évidence sociale » que constitue la norme gynécologique²³⁶⁷. Mon argument n'est d'ailleurs pas nécessairement en faveur de la création et du déploiement d'une science de l'andrologie qui serait équivalente à la gynécologie. J'invite plutôt à interroger l'impact de la

²³⁶⁶ Antje Kampf, « Tales of healthy men: Male reproductive bodies in biomedicine from “Lebensborn” to sperm banks », *op. cit.*

²³⁶⁷ Alexandra Roux, « *Par amour des femmes* » ? *La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale*, *op. cit.* ; Aurore Koechlin, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, *op. cit.*

structuration de la profession médicale et des systèmes de santé sur la prise en charge des maladies désignées comme « masculines » ou « féminines ». En ce sens, je rejoins les conclusions de la sociologue des sciences et des techniques Ericka Johnson qui questionne dans quelle mesure de mêmes symptômes font l'objet de diagnostics différenciés selon qu'ils soient pris en charge par une spécialité plutôt qu'une autre²³⁶⁸. Dans la même démarche, cette recherche invite ainsi à questionner la pertinence d'une organisation des soins basée sur une division binaire des organes reproducteurs qui opposerait la gynécologie à l'andrologie.

Le récit proposé dans cette recherche demeure tributaire du corpus archivistique qui a servi de base à cette analyse. Si les dossiers de patients se sont révélés être des sources précieuses pour analyser les pratiques et la production des masculinités, ils ne permettent néanmoins pas de généraliser sur l'ensemble des pratiques médicales de la période étudiée. Bien que les médecins soient les plus nombreux à laisser des traces écrites de leurs activités, j'espère néanmoins avoir pu montrer le rôle d'autres acteur·ices dans l'élaboration de savoirs sur la santé masculine et dans les pratiques de soin. L'approche « pluraliste » de l'histoire de la santé et le concept de « travail de patient·e » permet ainsi de déplacer la focale sur les relations sociales au cœur des pratiques de soin. Cette thèse contribue ainsi à une critique plus large de l'histoire de la « dyade médecin-patient·e » en mettant en lumière le rôle des nombreuses autres personnes impliquées dans les pratiques de soin (notamment émotionnel) mais aussi les stratégies, négociations et enjeux de pouvoir à l'œuvre qui y sont associées²³⁶⁹.

Étudier l'histoire des pratiques de santé « par le bas » permet non seulement de complexifier les rapports entre médecins et patients mais aussi de sortir d'une représentation monolithique du groupe des hommes en mettant en évidence leurs parcours en tant que patients, leurs émotions, stratégies et pratiques de soin. En attirant l'attention sur les pratiques, les expériences et les traces laissées par les hommes (médecins et patients), ce travail de thèse permet d'historiciser et d'élargir la compréhension de la relation entre les hommes, les masculinités et la reproduction pour y inclure des éléments de subversion et de contestation. L'approche historique permet d'autre part de contextualiser des inquiétudes contemporaines en dévoilant leurs généalogies et la façon dont elles s'inscrivent dans une histoire au temps long. La question des liens entre masculinités et santé fait en effet l'objet d'un renouveau scientifique et social. Depuis quelques décennies, les travaux en sociologie de la médecine et épidémiologie pointent

²³⁶⁸ Ericka Johnson, *A Cultural Biography of the Prostate*, *op. cit.*

²³⁶⁹ Sally Wilde, « The Elephants in the Doctor-Patient Relationship : Patients' Clinical Interactions and the Changing Surgical Landscape of the 1890s », *op. cit.*

les effets délétères de modèles de masculinité hégémonique sur la santé des hommes ainsi que le moindre recours des hommes aux services de santé²³⁷⁰. Le constat que les hommes tardent à consulter lorsqu'ils rencontrent un problème de santé a généralement été interprété comme la conséquence d'une socialisation masculine ne permettant pas l'expression de vulnérabilité. Sans remettre tout à fait en cause cette hypothèse, cette thèse contribue néanmoins à la nuancer en montrant le rôle des représentations des médecins, de la socialisation médicale et de l'offre thérapeutique dans la prise en charge des hommes se plaignant de difficultés sexuelles ou reproductives. En ceci, ce travail contribue à un champ d'études plus large sur les masculinités et souligne l'intérêt des pratiques de santé pour étudier la pluralité des expériences et comportements masculins.

Au terme de cette recherche, plusieurs nouvelles pistes apparaissent. La première serait bien évidemment d'écrire l'histoire des réseaux de spécialistes andrologues au lendemain des années 1970 et dans les années 1980. Il s'agirait notamment d'interroger les parcours et la construction de l'identité professionnelle des andrologues qui constituent la Société d'andrologie de langue française en 1982. Du côté de la Suisse, l'histoire de la médecine de la reproduction demeure encore à écrire, notamment au tournant des années 1980 alors qu'émergent les premières organisations dédiées à l'étude de la fertilité et de la stérilité et les premières réglementations bioéthiques. Plus généralement, les résultats de cette thèse pourraient aussi être complétés par un travail de collecte et de rassemblement de sources (notamment d'histoire orale) permettant de donner plus de voix aux hommes mais aussi à certain·es acteur·ices qui ont participé au développement de la médecine de la reproduction. Dans la même direction, un travail pourrait aussi être mené au sujet des pratiques de contraception masculine en France et en Suisse romande au tournant des années 1970 pour interroger la construction de débats autour de la « pilule masculine » et du recours à la vasectomie par les couples.

Plus globalement, ces pistes de recherche et les conclusions de cette thèse démontrent l'intérêt de se saisir de l'histoire de la santé masculine autrement qu'en termes d'absence. Elles montrent d'autre part le caractère particulièrement fécond d'une perspective critique sur les masculinités, jusqu'ici peu explorée par l'historiographie, pour mettre à jour les mécanismes de production des inégalités en matière de santé d'hier à aujourd'hui.

²³⁷⁰ Voir par exemple Andrew Singleton, « “It's because of the invincibility thing”: Young men, masculinity, and testicular cancer », *International Journal of Men's Health*, vol. 7, n° 1, 2008, p. 40-58 ; Julie Gast et Terry Peak, « “It Used to Be That if it Weren't Broken and Bleeding Profusely, I Would Never Go to the Doctor”: Men, Masculinity, and Health », *American Journal of Men's Health*, vol. 5, n° 4, 2011, p. 318-331.

Sources et bibliographie

Archives

Archives nationales (AN), Paris

Fonds du Service législatif, courrier, documentation, Troisième République, CFLN, GPRF, Quatrième République, Afrique du Nord (1935-1947)

- Dossier F/60/599 Santé publique : organisation générale du Ministère, textes officiels et correspondance diverse
- Dossier F/60/605 Politiques natalistes

Fonds du Ministère chargé de la santé et de l'action sociale, direction de l'action sociale : politique de la famille (1907-1975)

- Dossier 19760173/27 Eugénique et stérilité

Fonds de la Direction des Affaires criminelles et des Grâces du ministère de la Justice. Dossiers classés chronologiquement. Série A (1939-1941)

- Dossier BB/18/3321 2149 A 41 Réclame pour un produit destiné à conserver la jeunesse sexuelle dénoncée par le syndicat des médecins de la Haute-Garonne

Fonds de Correspondance de la Division criminelle du ministère de la Justice. Dossiers banaux. Première série (1890-1940)

- Dossier BB/18/6583, pièce 70BL38 Affaire MacLaughlin

Fonds de l'Académie de Paris. Archives de la faculté de médecine de l'ancienne Université de Paris (1860-1970)

- Dossier AJ/16/8382 Chaire de clinique des maladies des voies urinaires

Inventaire des papiers de la division des Sciences et Lettre du ministère de l'Instruction publique et des services qui en sont issus. Tome II

- Dossier F/17/17279 Dossier individuel de MILLANT, Richard

Archives de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AAPHP)

Fonds du suivi des hôpitaux par l'Administration Générale de l'Assistance Publique (1769-1986)

- Dossier 9L72 Services hospitaliers de Cochin-Maternité

Fonds du Bureau central (1818-1895)

- Dossier 804 FOSS 15 Traitement des maladies des voies urinaires

Archives municipales de Lyon (AML)

Fonds des Hospices civils de Lyon

- Dossier AC/4/KP/7 Décisions de l'Administration centrale concernant la répartition des services

- Dossier AC/1/LP/986 Fonctionnement de l'Hôpital de l'Antiquaille
- Dossier AC/1/L/23 Hôpital de l'Antiquaille
- Dossier AC/2/OP/113 Hôpital Edouard Herriot

Académie nationale de médecine (AM), Paris

Fonds Bourguignon (1876-1963)

- Dossiers de patients (1924-1953)

Dossiers biographiques

- Serge Voronoff
- Guy Laroche
- Georges Bourguignon

Archives départementales de l'Indre-et-Loire, Tours

Fonds de l'INRA (1962-2011)

- Dossier 1799W5 Centre INRA Nouzilly, rapports de synthèse
- Dossier 1799W7 Archorales INRA : récits oraux des personnels de recherche de Nouzilly
- Dossier 1799W8 Livret en hommage à C. Thibault

Fonds 66J Ménie Grégoire (1948-2005)

- 66J563 « Impuissance »
- 66J528 « Stérilité masculine »
- 66J2526 « Une impuissance secondaire »

Bibliothèque interuniversitaire de Santé-Médecine (BIU Santé), Paris

Ms 2535 Manuscrits de Joaquin Albarran (1897-1905)

- Dix dossiers de malades

Fonds Dalsace-Vellay

- Dossier Dalsace 4 Revue de presse

Archives départementales du Gard (ADG), Nîmes

Fonds de la Santé publique et hygiène

- Dossier 5 M 153 Lutte antivénérienne (1916-1926)

Association pour l'autobiographie et le patrimoine autobiographique (APA), Ambérieu-en-Bugey

3690.20 Yves Le Gall, *Mes vingt ans*

106 (1) Sicca Venier, *Sans fard. Journal d'exil (1945-1949)*

2676 Yves Jéhenné, *La corde de sol. Chronique d'une année 1971*

Archives d'État de Genève (AEG)

Versement CHAEG 1998va013 Dossiers de patient·es de l'Asile de Bel-Air

ME 12 Dossiers de patient·es du Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires

Non référencés, Registres thématiques des entrées et sorties de l'Hôpital cantonal

Archives des Hôpitaux universitaires de Genève (AHUG)

Non référencé, Classeur « Travaux du professeur H. de Watteville » et « correspondance, Lettres reçues, 1941 »

Non référencé, Classeur « Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires »

Registres des entrées et sorties de l'Asile de Bel-Air

Rapports d'activités des HUG

Archives du canton de Bâle-Stadt

Fonds Zentrale Verwaltung (1917-2013)

- Dossier UNI-REG 5d 2-1 (1) 155, Joël, Charles A., privat-docent d'andrologie

Archives cantonales vaudoises (ACV), Lausanne

Fonds K VIII f Service sanitaire cantonal (1877-1973)

- Dossiers K VIII f 341-35 : Stérilisations et castrations : cas traités (1932-1948)

Fonds du Centre hospitalier universitaire vaudois (1891-1994)

- Dossiers SB 273/94-95 Clinique dermatologique
- Dossiers SB 54/332-341 Système uro-génital. Hommes et femmes (1900-1920)

Fonds du Service de la santé publique (1831-2001)

- Dossier SB 124 E 13/1/13 Thérapie cellulaire (1918-1971)
- Dossier SB 124 A 2/10/5 Conférences du professeur et docteur Gustave Delay concernant notamment le charlatanisme (1920-1937)
- Dossier SB 124 J 5/10 concernant les affaires liées au docteur Paul Niehans
- SB 124 G 10 Sous-sous-fonds stérilisation des malades et handicapés mentaux

Fonds du Secrétariat général du Département de la justice, de la police et des affaires militaires (1816-1981)

- Dossier SB 128/167 Censure cinématographique et littérature immorale (1910-1959)

Archives de l'Université de Lausanne (AUNIL)

Procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine

Archives d'État de Fribourg (AEF)

Fonds du Département de la police

- Dossier DPd 857 Direction de la Police : sexualité et moralité

Iowa State University Library Digital Collections

Fonds numérisé de l'*American Society of Andrology* :
<https://digitalcollections.lib.iastate.edu/islandora/object/isu%3AAndrology>

Archives de presse

Archives de presse numérisées « Retronews » : <https://www.retronews.fr/>

Publications numérisées : <https://gallica.bnf.fr/>

Archives de la Radio Télévision Suisse (RTS) : <https://www.rts.ch/archives/>

Archives de presse « Le Temps » : <https://www.letempsarchives.ch/>

Archives de la presse neuchâteloise : <https://www.lexpressarchives.ch/>

Portail des imprimés numérisés des institutions suisses : <https://www.e-rara.ch/>

E-Periodica. Revues suisses en ligne : <https://www.e-periodica.ch/>

Archives de l'Institut national de l'audiovisuel : <https://www.ina.fr/>

Sources publiées

Témoignages, autobiographies et fiction

Adler Jacqueline, *L'adoption vécue*, Paris, Éditions du Seuil, 1977.

Cahen Fabrice et van Wijland Jérôme, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, Paris, Éditions matériologiques, 2016.

Camey Maurice, *Chirurgien de l'impossible. 54 ans à l'Association française d'urologie*, Paris, L'Harmattan, 2011.

Carrara Sérgio et Carvalho Marcos, *Meu Encontro com os outros: memorias de José de Albuquerque, pioneiro da sexologia no Brasil*, Rio de Janeiro, Fiocrur, 2016.

Carton François-Xavier, « Souvenirs d'un vénéréologiste », dans Daniel Wallach et Gérard Tilles (dir.), *La dermatologie en France*, Toulouse, Editions Privat, 2002.

Cathelin Fernand, *Cinq années de Pratique et d'Enseignement à l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1913.

Cohen Jean, *Les main de la vie. La conception et la naissance maîtrisées. Histoire d'une conquête*, Paris, Robert Laffont, 1981.

Couvelaire Roger, *Chirurgien contre le vent*, Paris, Pygmalion, 1979.

Droit Roger Pol et Gallien Antoine, *La réalité sexuelle. Enquête sur la misère sexuelle en France*, Paris, Éditions Robert Laffont, 1974.

Frenk Edgar, « Dermatologie lausannoise 1915-1950. Souvenirs de Soeur Henriette Dufey », *Dermatologica Helvetica*, vol. 4, 1998, p. 7-9.

Huysman Joris Karl, *A vau-l'eau*, Éditions numériques Ligaran, 2015.

Lagroua Weill-Hallé Marie-Andrée, *La grand'peur d'aimer. Journal d'une femme médecin*, Paris, Éditions Gonthier, 1961.

Lagroua Weill-Hallé Marie-Andrée, *La contraception au service de l'amour*, Paris, Éditions Guy de Monceau, 1966.

Leroy d'Etiolles Jean-Jacques-Joseph, *Plainte en diffamation et en calomnie portée contre le Docteur Civiale*, Rue Dainiette no.2, La Crampe Fils et Cie, 1847.

Maurel Pierre, *Les Professeurs de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris*, Paris, G. Steinheil, 1907.

Moreau Jean-François, *Mémoire linéaire d'un médecin radiologue français universaliste*, vol. 2, *Ecce homo vir*, 1968-1998, Édition Librinova, 2020.

Moreau Jean-François, série d'entretiens avec des personnalités dans *L'Internat de Paris*, n°55, 2008/2009. Disponible en ligne : <http://www.jfma.fr/foeto-gyneco-obstetrique.html>

Ramuz Charles Ferdinand, *Paris. Notes d'un Vaudois*, Paris, Librorium, 1941 (1938).

Reed Muriel, *Muriel chez...*, Paris, Julliard, 1960.

Rendu Elisabeth et Charles, *L'Église nous a-t-elle trompés ? Témoignages de foyers sur la régulation des naissances*, Lyon, X. Mappus, 1967.

Saint-Edmé Germain Sarrut B., *Biographie des hommes du jour*, t. 3, *Première partie*, Paris, Henri Krabbe, 1837.

Sevegrand Martine, *L'amour en toutes lettres. Questions à l'abbé Viollet sur la sexualité (1924-1943)*, Paris, Albin Michel, 1996.

Valabrègue Catherine, *La condition masculine*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1968.

Valensin Georges, *Je suis un avorteur*, Filipacchi, 1974.

Young Hugh, *A Surgeon's Autobiography*, Harcourt, Brace and Company Inc., 1940.

Annuaire médicaux et du commerce

Annuaire-almanach du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de l'administration : ou almanach des 500.000 adresses, Paris, auto-édition.

Guide Rosenwald : Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique, Paris, Lucien Rosenwald Éditeur.

Indicateur vaudois. Livre d'adresses de Lausanne et du canton de Vaud, Lausanne, Société suisse d'édition.

Indicateur des adresses Genève-Ville & Communes, Genève, Société Anonyme Suisse de Publicité.

Tout Paris, Paris, La Fare.

Dictionnaires

Dabout Eugène, *Petit dictionnaire de médecine. Expressions techniques. Termes médicaux*, Baillière et fils, Paris, 1924.

de Méric Henry, *Dictionnaire des termes de médecine français-anglais*, Londres, Baillière, Tindall and Cox, 1899.

Garnier Marcel, Delamare Valery et Delamare Jean, *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, Paris, Maloine.

Autres publications

Abbate Pacha Onofrio, *L'eunuchisme. Notes physiologiques pour aider à son abolition complète*, Le Caire, F. Votta, 1903.

Albert J. F. M., *Recherches sur les principes fondamentaux de la classification bibliographique*, Paris, chez l'auteur, 1847.

Albuquerque José de, « Une branche nouvelle de la Sexologie, l'Andrologie », *Bulletin de la Société de Sexologie*, vol. 8, n° 3, 1936, p. 506-550.

Amram Aimé, *Contribution à l'étude de l'impuissance sexuelle*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1932

Anonyme, « An Onomatological Suggestion », *American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases*, vol. 14, 1910, p. 300-301.

Anonyme, « Andrology », *The British Medical Journal*, vol. 1, n° 3296, 1924, p. 386

Anonyme, « The American Andrological and Syphilographical Association », *The New York Medical Journal*, New-York, Appleton and Company, 1890, p. 658.

Anonyme, « A propos des infirmières d'hygiène sociale. Vœux pour la création d'assistants d'hygiène sociale dans les consultations et services antivénériens », *Bulletin de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale*, vol. 1, 1923, p. 133-138.

Anonyme, « Andrology as a Specialty », *Journal of the American Medical Association*, n° 17, 1891, p. 691.

Anonyme, « Andrology », *Medical Record*, vol. 37, 1890, p. 711.

Anonyme, « Andrology », *The Dublin Journal of Medical Science*, vol. 93, 1892, p. 227.

Anonyme, « Archivos Brasileiros de Andrologia seu apparecimento em Janeiro próximo », *Jornal de Andrologia*, vol. vii, n° 4, 1938, p. 8.

Anonyme, « Chronique judiciaire. Vaud. Exercice illégal de la médecine », *Bulletin des médecins suisses*, 1922, p. 180.

Anonyme, « Commentaire de M. Leroy-d'Etiolles, Urologie. Traité des angusties ou rétrécissements de l'urètre, et de leur traitement rationnel », *Journal de Chirurgie*, t. iii, 1845, p. 377.

Anonyme, « Jugement du Tribunal fédéral (Du 23 mars 1928) », *Bulletin professionnel des médecins suisses*, 10 août 1928, n°32, p. 388.

Anonyme, « La réglementation de la question des spécialistes », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 49, n°121-122, 1935, p. 653-655.

Anonyme, « Medical News », *The British Medical Journal*, vol. 1, n° 1539, 1890, p. 152.

Anonyme, « Nécrologie », *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, n° 29, 1923, p. 257-266.

Anonyme, « Société vaudoise de médecine, séance du 4 mars 1893 », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893, p. 273.

Anonyme, Compte-rendu de Edred M. Corner, *Male Diseases in General Practice. An Introduction to Andrology*, *New York Medical Journal*, vol. 91, 1910, p. 880-881.

Arnaud-Moulin H., « Docteur Paul Hamonic », *Le Public*, 30 juillet 1902, p. 1.

Arrou Joseph, *Chirurgie de l'appareil génital de l'homme*, Paris, Octave Doin, 1901.

Association française d'urologie, *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, Octave Doin, 1896.

Association française d'urologie, *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, Octave Doin, 1910.

Association française d'urologie, *Quarante et unième congrès d'urologie. Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, G. Doin & Cie, 1947

Association française d'urologie, *Quarante-septième congrès d'urologie. Procès-verbaux, mémoires et discussions*, Paris, G. Doin & Cie, 1953.

Auvard Alfred, *Traité pratique d'accouchements*, Paris, Octave Doin, 1890

Auvard Alfred, *Traité pratique de gynécologie*, Paris, Doin, 1894.

Bayle Henri et Palmer Raoul, *Stérilité féminine-masculine*, Masson & cie, Paris, 1954.

Bazénier Edouard de, *Traité des maladies urinaires. Canal de l'Urèthre, Prostate, Vessie. Traitement électrique & guérison*, Paris, Société d'éditions scientifiques, 1897.

Beard George, *La neurasthénie sexuelle*, traduit par Paul Rodet, Paris, Société d'éditions scientifiques, 1895.

Bergerot-Blondel Yvette, *Valeur diagnostique des examens de sperme dans les stérilités conjugales*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1946, p. 1.

Bernard Kiffer, *Contribution à l'étude du diagnostic de la stérilité masculine. Etude de 18 biopsies testiculaires*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1945.

Bertholet Édouard, *Hérédité et Alcoolisme*, Lausanne, Librairie antialcoolique, 1932.

Bertholet Édouard, *Petit Atlas-Manuel des Altérations Anatomo-Pathologiques des organes dans l'Alcoolisme chronique*, Lausanne, Giesser & Held, 1913.

Bertray A., *L'homme et la femme devant l'amour. Moyens d'éviter les maladies vénériennes. Les remèdes qui guérissent. Ecoulements, Goutte militaire, Rétrécissements. Syphilis. Le Mariage des Avariés. L'Impuissance virile. La Femme syphilitique. Pertes blanches et Métrite*, Paris, chez l'auteur, 1914.

Bickel Georges, « La testostérone et ses applications chez l'homme », *Cinquième journée de thérapeutique clinique*, Genève, Librairie de l'Université Georg & cie, 1951, p. 275.

Blanchot H. et Laporte F., « Traitement hormonal des néoformations prostatiques », *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, t. 58, n°9-10, 1952, p. 599-611.

Boller William George, *Vigueur Virile. Guide medical de poche*, Bruxelles, Institut de culture humaine, n.d.

Bonjour Jules, « Considérations sur les troubles sexuels », *Revue médicale de la Suisse romande*, n°7, 1930, p. 422-433.

Bourguignon Georges et Déjean Renée, « Double chronaxie du système optique de l'homme », *Compte-rendu de l'Académie des Sciences*, vol. 180, 1925, p. 169.

Bourguignon Georges et Haldane, « Évolution de la chronaxie au cours de la crise de tétanie expérimentale par hyperpnée volontaire chez l'homme », *Compte-rendu de l'Académie des Sciences*, 1925, p. 321.

Bourguignon Georges et Schiff Paul, « La chronaxie chez les asthéniques », *L'Encéphale*, vol. 19, n°1, 1924, p. 247.

Bourguignon Georges, « La chronaxie dans la sclérose latérale amyotrophique », *Revue neurologique neurologique annuelle*, juin 1925.

Bourguignon Georges, « Les trois chronaxies vestibulaires et les trois canaux semi-circulaires chez l'homme normal », *Archives d'électricité médicale*, vol. 41, n° 591, 1933, p. 422.

Bourguignon Georges, « Relations de la chronaxie vestibulaire avec l'émotivité, à l'état normal et dans le pseudo-mongolisme et la démence précoce », *Compte-rendu de l'Académie des Sciences*, 1931, p. 250.

Bricaire Henri et Dreyfus-Moreau Jacqueline, *Les impuissances sexuelles et leur traitement*, Paris, Éditions médicales Flammarion, 1964.

Buret Frédéric, *Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur : guide pratique*, Société d'éditions scientifiques, Paris, 1902.

Buret M., « Rapports sur les travaux de la Société pendant l'année 1898 », *La France médicale et Paris médical*, 1899, p. 57.

Burlureaux Charles, *La lutte pour la santé. Essai de pathologie générale*, Paris, 1908.

Cabau née Philippon Nicole, *Contribution à l'étude des implants sous-cutanés d'hormone mâle*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1947.

Campana A., Gigon U., Maire F., Szalmaj G. et Wyss H., « Present Status of Sperm Banks in Switzerland », dans Georges David et Wendel S. Price (dir.), *Human Artificial Insemination and Semen Preservation*, New York and London, Plenum Press, 1980, p. 35-40.

Cathelin Fernand, *Chirurgie urinaire de guerre*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1919.

Cauchois André, « La démographie de la Seine-Inférieure (séance publique du 25 juin 1926) », *Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen*, 1928, p. 105-206.

Chalier André, « Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, vol. 5, 1936, p. 389-390.

Chastellux François-Jean de, *De la félicité publique, ou Considérations sur le sort des hommes dans les différentes époques de l'histoire*, t.1, Paris, impr. De la Société typographique, 1776.

Chauvin André-Raymond, *Fonctionnement d'une consultation de stérilité*, thèse de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, 1946.

Chevassu Maurice et Bayle Henri, « Le traitement chirurgical de la stérilité masculine, due à l'oblitération blennorragique de la queue de l'épididyme, par l'anastomose latérale du canal déférent à la tête épидидymaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°37-38, 1944, p. 707-713.

Civiale Jean, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, Paris, Crochard et Cie, 1837.

Clerc Alexis, *Hygiène & médecine des deux sexes*, t.1, Paris, Jules Rouff et Cie, 1885.

Cohen Jean, *Les stérilités masculines en pratique gynécologique*, Masson et Cie, Paris, 1972.

Colombani Jules, *Introduction à l'étude des troubles psychiques dans les affections génito-urinaires de l'homme et des conséquences thérapeutiques qui en découlent*, Paris, Masson, 1901.

Corner Edred M., *Male Diseases in General Practice. An Introduction to Andrology*, Londres, Oxford University Press, 1910.

Czyba J. C., « Pour l'andrologie », *Andrologie*, vol. 8, n° 4, 1998, p. 355-356.

d'Alq Louise, *Les maladies et les remèdes*, Paris, Maurice Dreyfous, 1890.

Dalsace Jean, « La fécondité masculine (Note sur 66 examens de sperme) », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, vol. 27, 1932, p. 166-167.

Dartigues Louis, « Discours inaugural prononcé lors de l'ouverture du Cinquième Congrès de la Société Française de Gynécologie », *L'Association médicale*, juillet 1936, p. 354.

Dartigues Louis, *Le Renouveau de l'organisme : Endocrinothérapie chirurgicale*, Paris, Gaston Doin et Cie, 1928.

Dartigues Louis, *Technique chirurgicale des Greffes Testiculaires du singe à l'homme (d'après la méthode de Voronoff)*, Paris, Octave Doin, 1923.

Daubresse E. et Scribe H., « Le Stilboestrol et ses applications cliniques dans diverses maladies par la méthode d'implantation », E. Daubresse *et al.* (dir.), *Le Stilboestrol*, Bruxelles et Paris, Erasme S.A. et Masson & Cie, 1948.

Delbet Paul, *Sur la néphrectomie. Orchite & stérilité. Instruments pour la prostatectomie périnéale. Spéculum endo-vésical*, Clermont Oise, Daix frères, 1903,

Delefosse, compte-rendu de l'article publié par Charles Ferré, « La castration contre l'inversion sexuelle », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, n°1, 1906, p. 73-78.

Deschamps Joseph François-Louis, *Traité historique et dogmatique de la taille*, Paris, J.-B. Baillière, 1826.

Devraigne Louis, « Consultations contre la stérilité conjugale », Ministère de la santé publique et de l'éducation physique, *Rapports et vœux du Conseil supérieur de la natalité*, 4, 1935, p. 16.

Duhousset Emile, *Les huis-clos de l'ethnographie : de la circoncision des filles, virginité, infibulation, génération, eunuques, Skoptzis, cadenas, ceinture*, Londres, Société d'anthropologie et d'ethnologie comparées, 1878

Dumas E., *Catéchisme Médial Secret pour les Messieurs seulement*, Paris, chez l'auteur, n.d.

Eck Marcel, « L'impuissance psychique », *Cahiers Laënnec*, vol. 4, 1956, p. 23-50.

Éditorial, *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, vol. 1, n° 1, 1895, p. 2.

El Guindy Mohamed, *Les eunuques. Etude anatomo-physiologique et sociale*, thèse de la Faculté de médecine de Lyon, 1910.

Eliasson Rune, « Opening remarks », *International Journal of Andrology Supplementum 1*, 1978, p. 7

Eliasson Rune, « Prospects in Andrological Research », *International Journal of Andrology*, vol. 1, 1978, p. 102-107.

European Congress on Sterility, *Abstracta II ESCO Dubrovnik*, Beograd, Sekcika za sterilitet I fertilitet UGOJ-a, 1969.

Extrait d'un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine en date du 10 janvier 1920, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1920, p. 365-368.

Fiaux Louis, *La Police des Mœurs devant la commission extra-parlementaire du régime des mœurs*, t.1., Paris, Félix Alcan, 1907.

Fonty Bernard et Bydlowski Monique, « Le malaise masculine face aux attitudes féministes », Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, *Les pères aujourd'hui*, Ined, 1982, p. 101-104.

- Forel Auguste, *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés*, Paris, G. Steinheil, 1906.
- Fournier Alfred, *Pour nos fils quand ils auront 18 ans. Quelques conseils d'un médecin*, Paris, J. Rueff, 1902.
- Fraisse Docteur, « Traitement de l'Impuissance virile par la méthode de Steinach : Deux nouveaux cas », *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, 1925, p. 161-171.
- Franck G., « Résultats thérapeutiques obtenus pour quelques cas d'hypertrophie de la prostate et d'impuissance par l'« androstine » et le « perandren » (Ciba) », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1939, p. 102-106.
- Funck-Brentano et Plauchu Drs, *Traitement de la stérilité chez la femme*, Paris, Octave Doin, 1912.
- Galtier-Boissière Emile, *Pour se préserver des Maladies vénériennes*, Paris, Bibliothèque Larousse, 1923.
- Garrone Gaston et Mutrux Sylvain, « Examens endocriniens dans quelques anomalies du comportement sexuel », *Schweizerische medizinische wochenschrift*, vol. 86, 1953, p. 10003.
- Georges Janneney et Irène Bernard, « Organisation et fonctionnement d'un service de stérilité (1941-1942) », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, vol. 1, 1943, p. 144-148.
- Gérard J., *Nouvelles causes de stérilité dans les deux sexes. Fécondation artificielle comme moyen ultime de traitement*, Paris, C. Marpon et E. Flammarion, 1888.
- Godard Ernest, *Egypte et Palestine. Observations médicales et scientifiques*, Paris, V. Masson, 1867.
- Gougerot Henri, « Los portadores de germen venereos », *Jornal de Andrologia*, vol. vii, n° 4, 1938, p. 2.
- Grasserie Raoul de la, *Psychologie et sociologie de l'eunuchisme et du célibat*, Paris, Daragon, 1912.
- Guillon Georges, « Problèmes posés par l'insémination hétérologue », *Gynécologie pratique. Revue internationale de gynécologie*, 1956, p. 247-256.
- Guisan, « La publicité médico-pharmaceutique dans la grande presse », *Bulletin professionnel des médecins suisses*, n°47, novembre 1925, p. 421-422.
- Guyénot Emile, « Les greffes de glandes génitales en médecine et en biologie », *Revue médicale de la Suisse romande*, vol. 4, 1930, p. 193-206.
- Guyon Félix, « Les neurasthénies urinaires », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, t. xi, 1893, p. 641-655.
- Guyon Félix, « Physiologie pathologique de l'hématurie », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 881-897.
- Hafez E.S.E. et Thibault C. G. (dir.), *The Biology of Spermatozoa. Transport, Survival and Fertilizing Ability*, Bâle, S. Karger, 1975.

Hamonic Paul, « De la castration chez l'homme », *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, n° 227, 1908, p. 42.

Hartmann Henri, *Organes génito-urinaires de l'homme*, Paris, G. Steinheil, 1904.

Helvétius Docteur, *Sécurité complète en Amour. Impuissance et stérilité vaincues*, Paris, Francisque Montel Éditeur, 1897

Higier Stanislas, *Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles. Introduction à la clinique de l'impuissance*, Paris, G. Doin & Cie, 1932.

Hikmet et Regnault Félix, « Les eunuques de Constantinople », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, vol. 5, n°2, 1901, p. 234-240.

Humbert Eugène, « Sexologie », Sébastien Faure (dir.), *Encyclopédie anarchiste*, Paris, La Librairie Internationale, 1934, p. 2571.

Institut Hygie, *Renseignements intéressants*, Genève, n.d.

Jamieson James, « Sex, in Health and Disease », *The Australian Medical Journal*, vol. 9, n° 4, 1887, p. 145.

Janet Jules, « Conduite à tenir en cas de blennorrhagie matrimoniale », *Journal d'urologie médicale ou chirurgicale*, vol. 2, 1912, p. 578.

Janet Jules, *Les troubles psychopathiques de la miction. Essai de psycho-physiologie normale et pathologique*, Paris, Lefrançois, 1890.

Jeanbrau Emile, « Enorme calcul vésical pesant cent cinquante-cinq grammes enlevé par la taille gastrique », *Montpellier médical*, vol. 1, n° 24, 1912, p. 65-69.

Jenny Marcel, « Le médecin face à l'insuffisance sexuelle », William Geisendorg et Willy Pasini, *Sexologie 1970-1973*, Genève, Médecine & Hygiène, 1974,

Jentzer Albert, « Invertis et exhibitionnistes psychopathes guéris par la castration », *Schweiz. Mediz. Wochenschr*, vol. 18, 1938, p. 6.

Jozan de Saint André Émile, *Traité pratique des maladies des voies urinaires et des organes générateurs de l'homme et de la femme*, Paris, Jules Masson, 1856.

Jullien Louis, « De la discrétion professionnelle en matière de blennorrhagie (1) », *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, vol. X, 1898, p. 273-284.

Junet Robert, « Gynandromorphisme par insuffisance testiculaire chez un adolescent : Efficacité du traitement par le propionate de testostéron (Perandren) », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1940, p. 1142-1151.

Kersey J. H., « Some reflections on the present status of gynecology », Transactions of the Iowa State Medical Society. Forty-first annual session, X, Cedar Rapids, Republican Printing Company Printers and Binders, 1892, p. 176-178.

Kummer E., « Hydrocèle biloculaire du cordon spermatique chez un garçon de 3 ½ ans. Excision, guérison », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1890, p. 173-175.

La revue de médecine, édition de juin-juillet 1965 sur la « psychopathologie sexuelle ».

Laboratoires Cruet, *Testoviron. Hormone mâle pure*, Paris, 1938.

Laignel-Lavastine Maxime, « Le sympathique en andrologie », *Annales médico-psychologiques*, vol. 1, n° 5, 1933, p. 537-564.

Lamare Noël, *Connaissance sensuelle de l'homme*, Buchet/Chastel, 1960.

Lambert Gustave, *Etude sur l'organisation administrative des États. Mémoires à l'appui de propositions à soumettre au chef de l'État, au gouvernement et au Sénat*, Paris, Arthus-Bertrand Editeur, 1862.

Lardy Edmond, « Propagande antivénérienne », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1923, p. 179-183.

Laroche Guy et Bompard Etienne, « Essais de traitement de l'impuissance sexuelle masculine par l'hormone mâle », *Le Progrès médical*, vol. 15, 1938, p. 530-534.

Laurent Emile, *La médecine des âmes*, Paris, A. Maloine, 1894.

Le Bon Gustave, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, Alfred Duquesne, 1869.

Le Fur René, *L'impuissance génitale et son traitement*, Clermont, Daix Frères et Thiron, 1912.

Le Fur René, *Traitement des blennorrhagies rebelles & récidivantes. Indications de la prostatectomie chez les prostatiques jeunes*, Bourges, Imprimerie Tardy-Pigelet et Fils, 1909.

Leenhardt Franz Jehan, « Réflexions sur l'insémination artificielle », *Praxis. Schweireische Rundschau für Medizin – Revue suisse de médecine*, vol. 48, 1958, p. 1171-1173.

Legueu Félix, « Félix Guyon, 1831-1920. Éloge prononcé à l'Académie de Médecine dans la séance du 8 décembre 1931 », *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, xxxii, n° 6, 1931, p. 483-508.

Legueu Félix, « Maladies des voies urinaires inférieures. Urètre, prostate, vessie », dans Brouardel P. et Gilbert A. (dir.), *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, t. xxii, *Maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme*, Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1907.

Lepoutre C., « La Société Anatomo-Clinique de Lille », *Les Facultés Catholiques de Lille*, vol. 2, 1911, p. 27.

Leroy d'Etiolles Jean-Jacques-Joseph, *Exposé des titres scientifiques du Dr Leroy d'Etiolles*, Paris, J.-B. Baillière, 1854.

Leuven University Hospital, *EAA Andrology Training Center Centre Report 2019*, 2019.

Lévi-Valensin Jules, *De la fécondation artificielle*, thèse de la Faculté de médecine de l'Université d'Alger, 1939.

Lichtwitz André, Barbier Pierre et Mouton Marcel, « Taux des 17-CS chez des sujets normaux. Considérations physiologiques concernant leur origine », *Semaine des Hôpitaux de Paris*, vol. 35, 21 septembre 1947, p. 2123.

Maisonnet Joseph, « Chronique d'urologie », *Archives de médecine et de pharmacie militaires*,

vol. lxxvii, n°1, 1922, p. 170-183.

Marañón Gregorio, *L'âge critique. Etude pathogénique et clinique*, Paris, Félix Alcan, 1934.

Marcel J.-E., Bagros M. et Despax, « Nos impressions sur la stérilité masculine », *Gynécologie pratique : revue internationale de gynécologie*, vol. 7, n°6, 1956, p. 349-359.

Marchand H., « La prostitution indigène à Alger », *L'Algérie médicale*, n°119, 1937, p. 103-114.

Maréchal Dr, « Propos du docteur : la fécondation artificielle », *L'Echo de Paris*, n°518, 11 août 1885, p. 3.

Millant Richard, *Les eunuques à travers les âges*, Paris, Vigot frères Éditeurs, 1908.

Monin Ernest, *Les troubles nerveux de cause sexuelle*, Paris, Doin, 1890.

Moricard France et René, *Hormonologie sexuelle humaine. Physiologie, pathologie, thérapeutique*, Paris, Masson et Cie, 1943.

Morin Odette, *Contribution à l'étude chimique du sperme au cours de la stérilité*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1949.

Mortier Dr, « Les manifestations tardives de l'hypertrophie prostatique », *Le progrès médical*, vol. 3, n° 21, 1905, p. 147.

Murat Paul, *Les Merveilles du corps humain*, Paris, Pierre Téqui, 1912.

Mutruix Sylvain, « L'état alcoolique dangereux au point de vue sexuel », *Rapport de médecine légale présenté au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Paris, Masson, 1965.

Naillat Roger, *L'Hormone mâle. Mise au point des indications thérapeutiques actuelles*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1938.

Neuray Léon, « Impuissance, Sterilité et Congrès », *Jornal de Andrologia*, vol. vii, n° 4, 1938, p. 7.

Niehans Paul, *20 ans de Transplantation de glandes endocrines (août 1927-1947)*, Berne, Éditions Hans Huber, 1947.

Niehans Paul, *L'Hypertrophie de la Prostate et La Ligature de Steinach II*, Vevey, Librairie Klausfelder, 1937.

Niehans Paul, *Les Glandes Endocrines et les Méthodes de Rajeunissement*, Bâle, Benno Schwabe & Co, 1929.

Niermann H. et Jordan P., « Gründung der Vereinigung für Andrologie in Münster, Dezember 1966 », *Andrologia*, vol. 1, n° 1, 1969, p. 43-46.

Noir J., « Propos du jour. Les simulateurs », *Le Concours médical*, 1938, p. 2341.

Odier Charles, « L'Argent et les Névrosés », *Revue française de psychanalyse*, n° 4, 1928, p. 618-710.

Odier Charles, « La théorie de Freud et son évolution. Aperçu général et Considérations Méthodologiques », *Revue française de psychanalyse*, vol. 1, 1933, p. 18-60.

P.G., « Le fructueux métier du charlatanisme », *Bulletin des médecins suisses*, 1924, p. 47.

Pagès C., « Virilité et vitalité », *La culture physique*, novembre 1932, vol. 511, p. 335.

Pajot Charles, *Travaux d'obstétrique et de gynécologie précédés d'éléments de pratique obstétricale*, [2^{ème} édition], Paris, Steinheil, 1889

Palazzoli Mariot-Max, *Déficiences sexuelles masculines d'origine émotive*, Paris, Masson & Cie, 1946.

Palazzoli Mariot-Max, *L'impuissance sexuelle chez l'homme. Étiologie – diagnostic – traitement*, Paris, Masson & Cie, 1935.

Palazzoli Mariot-Max, *Les déficiences génitales chez l'homme*, Masson & Cie, Paris, 1951.

Palmas Maxime de, *L'impuissance génitale émotive*, thèse de la Faculté de médecine et pharmacie de l'Université de Bordeaux, 1924.

Palmer Raoul, « L'insémination artificielle. Aspects médicaux de la question », *Cahiers Laënnec*, vol. 2, 1946, p. 7-10.

Pauchet Victor, *L'automne de la vie. L'homme et la femme à l'âge critique*, Paris, J. Oliven, 1932.

Péradon et Dumas, « Le livre bleu », *La Médecine Nouvelle*, 3 juin 1899, p. 5.

Péradon et Dumas, *Dynamodermie-vitalisme-dynamara. Livre bleu. L'homme, ses affections intimes, ses dépressions*, chez les auteurs, 1899.

Perrin Théodore, *Leçons cliniques d'urologie*, Lausanne, Edwin Frankfurter Éditeur, 1913.

Picard P., « Les cures de rajeunissement », *L'Algérie médicale*, vol. 4, n°84, décembre 1934, p. 286.

Picqué Lucien, « États psychiques et maladies des voies génito-urinaires de l'homme », dans Picqué Lucien et Dagonet Jules (dir.), *Chirurgie des aliénés : recueils de travaux*, t.2, Paris, Masson, 1902, p. 229-249.

Pieczynska Emma, *Aux mères de famille. L'Ecole de la Pureté*, Paris, Fischbacher, 1900.

Pillet E., *Guide clinique d'urologie médico-chirurgicale*, 3^e édition, Paris, Maloine et Fils, 1916.

Pinel Charles, « Stérilité », *La médecine nouvelle. Journal d'Electrothérapie et de Métallothérapie*, n°30, 1893, p. 1-3.

Pittard Eugène, *La castration chez l'homme et les modifications morphologiques qu'elle entraîne. Recherches sur les adeptes d'une secte mystique, les Skoptzy*, Genève, Masson et Cie, 1934.

Porcheron Louis, *Les Villes d'eaux, les stations climatiques françaises*, Paris, Maloine, 1911,

Pousson Alfred et Desnos Ernest (dir.), *Encyclopédie française d'urologie* t.6 *Maladies de la prostate. Les grands syndromes urinaires*, Paris, Octave Doin, 1923.

Pousson Alfred, « Du dyspermatisme », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1899.

Powell J.W., « Classification of the Sciences », *American Anthropologist*, New Series, vol. 3, n° 4, 1901, p. 604.

Princesse Guédroytz de Béloséroff, « Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité en cas de castration pour tuberculose primaire », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1899, p. 208-222.

Raffegau Donatien, *Du rôle des anomalies congéniales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme*, Paris, A. Parent, 1884.

Regnault E., *Des écoulement urétraux (examen clinique)*, Paris, Asselin et Houzeau, 1900.

Rémond A. et Voivenel Paul, « Essai sur le rôle de la ménopause en pathologie mentale », *L'Encéphale : journal de psychiatrie*, vol. 2, 1911, p. 8-9.

Reverdin Auguste, « A propos de l'opération du phimosis », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1888, p. 147-158.

Revilliod Eugène, « Rapport sur la marche de la Société médicale de Genève en 1897 », *Revue médicale de la Suisse romande*, vol. 1, 1898, p. 40.

Rumler Dr, *Les maladies sexuelles contagieuses ainsi que les principes fondamentaux de leur traitement*, Genève, chez l'auteur, n.d.

Rumler Dr, *Les maladies sexuelles contagieuses ainsi que les principes fondamentaux de leur traitement*, Genève, chez l'auteur, 1902.

Saenger Docteur, « De la blennorrhagie chez la femme », *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, G. Steinheil, 1890, p. 278.

Saloz Charles, « La sénescence et les opérations de rajeunissement », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1930, p. 861-873.

Sarradin Dr, « Des troubles fonctionnels et sensitifs névropathiques de l'appareil urinaire », *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, vol. 2, n° 13, 1911, p. 1322.

Saussol M. L., *Varicocèle et hypochondrie*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1897.

Saussure R. de, « Fragments d'analyse d'un pervers sexuel », *Revue française de psychanalyse*, t.3, n°4, 1929, p. 631-689.

Schirren Carl, « Andrology Origin and Development of a Special Discipline in Medicine Reflection and View in the Future », *Andrologia*, vol. 17, n° 2, 1985, p. 117-125.

Schirren Carl, « II. ESCO-Kongreß in Dubrovnik », *Andrologia*, vol. 1, n° 4, 1969, p. 167-168.

Schirren Carl, « Le traitement des oligo-asthéo-spermies par la mestérolone. Étude critique », Société nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité, *Fécondité et stérilité du mâle. Acquisitions récentes*, Paris, Masson & Cie, 1972, p. 177-182.

Schoysman Robert et Schoysman-Deboeck Andrée, « Present Status of Donor Insemination in Belgium », dans Georges David et Wendel S. Price (dir.), *Human Artificial Insemination and Semen Preservation*, New York and London, Plenum Press, 1980, p. 27-29.

Seguy Jean et Vimeux Jeanne, « Comment pratiquer l'examen de sperme dans les cas de cas de stérilité », *Revue médicale française*, vol. 12, 1932, p. 683-687.

Séré Louis de, *La virilité et l'âge critique chez l'homme et chez la femme*, Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

Société Antiesclavagiste de France, *L'Afrique libre. Revue de l'antiesclavagisme et des questions sociales en Afrique*, vol. 4, n° 10, 30 juin 1912.

Talbert Dr, *Le livre de la mère. Hygiène et maladies de la première enfance*, Paris, Georges Carré, 1886.

The Civialè Remedial Agency, *Manhood Perfectly Restored*, New York, chez l'auteur, 1885.

Thélin Marc-Henri, « L'insémination artificielle », *Médecine et Hygiène*, vol. 123, 1948, p. 167-169.

Thélin Marc-Henri, « L'insémination artificielle », *Praxis. Revue suisse de médecine*, vol. 48, 1958, p. 1162-1163.

Torris Georges, *L'acte médical et le caractère du malade*, Paris, Presses universitaires de France, 1954.

Tournes G., « Les eunuques en Egypte », *Notes sur l'Egypte*, Genève, Vaney, 1869.

Valensin Georges, *La prostate. Grandeurs et servitudes*, Hollande, la Jeune Parque, 1964.

Valleteau de Moulliac Joseph-Amédée, *Contribution à l'étude de l'âge critique. L'âge critique chez l'homme (Troubles nerveux et psychiques)*, thèse de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, 1907.

Verger Henri, « L'élimination des indésirables par un ordre des médecins », *L'Association médicale*, n°1, 1925, p. 14.

Ville de Clermont-Ferrand, *Traitement des maladies vénériennes, blennorrhagie, chancres mous, balanites, syphilis*, 1917.

Vinay Charles, « La ménopause masculine », *Annales de la Société de médecine de Lyon*, lv, 1907, p. 90-91.

Voronoff Serge, *Etude sur la vieillesse et le rajeunissement par la greffe*, Paris, Octave Doin, 1926.

Voronoff Serge, *Quarante-trois Greffes du Singe à l'Homme*, Paris, Octave Doin, 1924.

Vouillac F., *Etude sur la prothèse testiculaire*, thèse de la Faculté de médecine de Paris, 1899.

Vulliet Henri, « La chirurgie à l'E.S.E d'Oltén », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1917, p. 208-209.

Vulliet Henri, « Quelques remarques sur la chirurgie des voies spermatiques », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1904, p. 27-34.

Walker Kenneth M., « The Accidents of the Male Climacteric », *The British Medical Journal*, vol. 1, n°3705, 1932, p. 50-53.

Walker Kenneth M., *Diseases of the Male Organs of Generation*, Londres, Henry Frowde and Hodder & Stoughton, 1923.

Watteville Hubert de, « Le problème de l'insémination artificielle », *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin – Revue suisse de médecine*, vol. 48, 1958, p. 1154.

Weiss Augusta, *La Femme, La Mère, L'Enfant. Guide à l'usage des mères*, Paris, A. Maloine, 1897.

Weyeneth Richard, « Diagnostic de la stérilité masculine », *Praxis. Schweizerische Rundschau der Medizin*, vol. 39, n°19, 1950, p. 397-408.

Weyeneth Richard, « Ethiopathogénie et diagnostic de la stérilité masculine », *Praxis. Revue Suisse de médecine*, vol. 2, 1956, p. 21-34.

Weyeneth Richard, « Traitement de la stérilité masculine », *Médecine et Hygiène*, n°376, 1956, p. 189-190.

Wickham Edmond, *De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum*, Paris, A. Parent, 1885.

Yamane Dr, « L'Education physique au Japon », *La Jeune mère*, vol. 443, 1903, p. 486-487.

Zambaco Pacha Demetrius Alexandre, *Les eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis*, Paris, Masson et Cie, 1911.

Littérature secondaire

Abbott Andrew, *The System of Professions*, Chicago & London, The University of Chicago Press, 1988.

Adler Laure, *Secrets d'alcôve. Histoire du couple 1830-1930*, Paris, Hachette, 1983.

Akrich Madeleine, « Comment décrire les objets techniques ? », *Techniques & Culture*, vol. 9, 1987, p. 49-64.

Allen Judith A., « Men Interminably in Crisis ? Historians on Masculinity, Sexual Boundaries, and Manhood », *Radical History Review*, n° 82, 2002, p. 191-207.

Almeling Rene, *Gynecology. The Missing Science of Men's Reproductive Health*, Oakland, University of California Press, 2020.

Amelar Richard D., « Hotchkiss and MacLeod: An Historical Perspective », *Journal of Andrology*, vol. 27, n° 4, 8 juillet 2006, p. 494-501.

Amsterdamska Olga, « Demarcating Epidemiology », *Science, Technology & Human Values*, vol. 30, n° 1, 2005, p. 17-51.

Andrew Hayley Hope, *The Reluctant Stork: Science, Fertility, and the Family in Britain, 1943-1960*, York University, 2016.

Arena Francesca, « Le genre nous tuera-t-il ? Médecine, histoire, santé », *Implications philosophiques*, 2021, p. 1-20.

Arena Francesca et Farré Sébastien (dir.), *Santé, genre et sexualité. Les masculinités au regard du (post)-colonial*, Chêne-Bourg, Georg, 2021.

Au Sokhieng, *Mixed Medicines. Health and Culture in French Colonial Cambodia*, Chicago & London, The University of Chicago Press, 2011.

Audoin-Rouzeau Stéphane, « La grande guerre et l'histoire de la virilité », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 409-416.

Auvigne René, « Note sur la création à Necker d'un service d'Urologie sous le nom de "Fondation Civiale" », *Société Française d'Histoire de la Médecine*, 1969, p. 49-52.

Bajeux Camille, « L'impuissance sexuelle au cabinet du Docteur Bourguignon (1924-1953) », *Histoire, médecine et santé*, n° 16, 2021, p. 121-139.

Bajeux Camille, « Managing masculinities. Doctors, men, and men's partners facing male infertility in France and French-speaking Switzerland (c. 1890–1970) », *Norma*, vol. 15, n° 3-4, 2020, p. 235-250.

Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, vol. 22, n° 3, 2004, p. 117-142.

Barillé Claire, « Les vaines pudeurs à l'hôpital (XIXe siècle) », *Histoire, médecine et santé*, n° 1, 2012, p. 47-61.

Barker-Benfield Ben, « The Spermatic Economy: A Nineteenth Century View of Sexuality », *Feminist Studies*, vol. 1, n° 1, 1972, p. 45-74.

Barras Vincent, « Histoire du médecin de 1880 à la fin du XXe siècle », dans Louis Callebat (dir.), *Histoire du médecin*, Paris, Flammarion, 1999, p. 269-307.

Barras Vincent et Dinges Martin (dir.), *Maladies en lettres, 17e-21e siècles*, Lausanne, Editions BHMS, 2013.

Baubérot Arnaud, « Medical pluralism in France (19th to early 20th century) », dans Robert Jütte (dir.), *Medical Pluralism. Past - Present - Future*, Stuttgart, Franz Steiner, 2013, p. 127-140.

Beers Laura, « Both Feminist and Practical Politics: The Incorporation of Infertility Treatment into Family Planning in Britain, 1930s–1950s », *Journal of British Studies*, vol. 60, n° 3, 20 mai 2021, p. 563-584.

Begert Lucie, Demirbas Izet et Fauvel Aude, « Terre promise ou terre interdite ? La Suisse : l'eldorado ambigu des premières femmes médecins, 1867-1939 », *Revue d'histoire des sciences humaines*, n° 35, 2019, p. 59-96.

Béjin André, « L'éjaculation prématurée selon les médecins et les sexologues français de 1830 à 1960 », *Sexologies*, vol. 16, n° 3, 2007, p. 195-202.

Béjin André, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *Communications*, vol. 35, n° 1, 1982, p. 159-177.

Bell Ann V., « ‘I don’t consider a cup performance; I consider it a test’: masculinity and the medicalisation of infertility », *Sociology of Health and Illness*, vol. 38, n° 5, 2016, p. 706-720.

Belmas Élisabeth et Nonnis-Vigilante Serenella (dir.), *Les relations médecin-malade des temps modernes à l’époque contemporaine*, Villeneuve d’Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2013.

Benninghaus Christina, « “The Archenemy of Fertility”: Gonorrhea and Infertility, Germany 1870-1935 », dans Simon Szreter (dir.), *The Hidden Affliction. Sexually Transmitted Infections and Infertility in History*, New York, University of Rochester Press, 2019, p. 305-340.

Benninghaus Christina, « Beyond Constructivism?: Gender, Medicine and the Early History of Sperm Analysis, Germany 1870-1900 », *Gender & history*, vol. 24, n° 3, 2012, p. 647-676.

Benvindo Bruno, « Instables masculinités », *Sextant*, vol. 27, 2009, p. 7-11.

Berg Marc, « Practices of reading and writing: The constitutive role of the patient record in medical work », *Sociology of Health and Illness*, vol. 18, n° 4, 1996, p. 499-524.

Berg Marc et Harterink Paul, « Embodying the Patient: Records and Bodies in Early 20th-century US Medical Practice », *Body & Society*, vol. 10, n° 2-3, 2004, p. 13-41.

Berg Marc et Mol Annemarie (dir.), *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, Durham and London, Duke University Press, 1998.

Berge Ann F. La, « Debate as Scientific Practice in Nineteenth-Century Paris: The Controversy Over the Microscope », *Perspectives on Science*, vol. 12, n° 4, 2004, p. 424-453.

Berlivet Luc, Cahen Fabrice et Richard Élodie, « Généalogie d’un problème public. La consanguinité et la promotion d’une régulation institutionnelle des unions », *Annales de Démographie Historique*, vol. 137, n° 1, 2019, p. 123-151.

Bertaud Jean-Paul, « L’armée et le brevet de virilité », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Editions du Seuil, 2011, p. 63-79.

Betta Emmanuel, « Entre doutes, fascination et anxiété: insémination artificielle avant Huxley », dans Doris Bonnet, Fabrice Cahen et Virginie Rozée (dir.), *Procréation et imaginaires collectifs. Fictions, mythes et représentations de la PMA*, Paris, Ined éditions, 2021, p. 73-82.

Betta Emmanuel, *L’autre genèse. Histoire de la fécondation artificielle*, Paris, Hermann Éditeurs, 2017.

Björk Elin, *Att bota en prostata: Kastrering som behandlingsmetod för prostatahypertrofi 1893-1910*, Linköping, Linköping University Electronic Press, 2019.

Björkman Maria et Persson Alma, « What’s in a Gland? Sexuality, Reproduction and the Prostate in Early Twentieth-Century Medicine », *Gender and History*, vol. 32, n° 3, 2020, p. 621-636.

Blécourt Willem de et Osborne Cornelia (dir.), *Cultural Approaches to the History of Medicine. Mediating Medicine in Early Modern and Modern Europe*, Houdmills and New York, Palgrave

Macmillan, 2004.

Bon Gustave Le, *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, Alfred Duquesne, 1869.

Bonah Christian, « “A word from man to man”. Interwar Venereal Disease Education Films for Military Audiences in France », *Gesnerus*, vol. 72, n° 1, 2015, p. 15-38.

Bonah Christian et Rasmussen Anne (dir.), *Histoire du médicament aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Biotem & Éditions Glyphe, 2005.

Bonetti Emmanuelle, « L’impuissance et son traitement: Comment le médicament modifie la définition de la maladie », *Annales*, vol. 62, n° 2, 2007, p. 327-351.

Borell Merriley, « Organotherapy and the emergence of reproductive endocrinology », *Journal of the History of Biology*, vol. 18, n° 1, 1985, p. 1-30.

Borell Merriley, « Brown-Séguard’s organotherapy and its appearance in America at the end of the nineteenth century », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 50, n° 3, 1976, p. 309-320.

Borgeaux Charles, *Histoire de l’Université de Genève, t.4*, Genève, Georg et Cie, 1959.

Boschung Urs, Yawalkur Nikhil et Braathen Lasse R., « Die dermatologische Universitätsklinik und Poliklinik Bern », dans Edgar Frenk (dir.), *Dermatologie und Venerologie in der Schweiz*, Neuchâtel, Éditions Alphil, 2002, p. 65-88.

Bourdelaïs Pierre, *L’Âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1997.

Bourke Joanna, « Fear and Anxiety: Writing about Emotion in Modern History », *History Workshop Journal*, vol. 55, 2003, p. 111-133.

Bourquin Jean-Christophe, *L’État et les voyageurs savants. Légitimités individuelles et volontés politiques. Les missions du Ministère de l’Instruction publique (1840-1914) vol. 1 et 2*, Université Paris-I (Panthéon-Sorbonne), 1993.

Bouyahia Malek, « Genre, sexualité et médecine coloniale. Impensés de l’identité “indigène” », *Cahiers du Genre*, vol. 50, n° 1, 2011, p. 91-110.

Bowker, C. Geoffrey et Star, Leigh Susan, *Sorting Things Out. Classification and its Consequences*, Cambridge and London, The MIT Press, 1999.

Bozon Michel, « Sexualité et conjugalité », dans Thierry Blöss (dir.), *La dialectique des rapports hommes-femmes*, Paris, Presses universitaires de France, 2001, p. 239-259.

Bozon Michel, « Les significations sociales des actes sexuels », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, 1999, p. 3-23.

Braverman Louis, « La sexualité des hommes après un cancer de la prostate: âge, genre et pouvoir », vol. 37, 2019, p. 5-30.

Braverman Louis, *La fabrique du sujet vulnérable: étude sur l’expérience du cancer de la prostate*, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), 2017.

Brenot Philippe, *Impuissance masculine. Perspectives historiques*, L’Esprit du temps, 1994.

Brod Harry et Kaufman Michael (dir.), *Theorizing Masculinities*, Thousand Oaks, London, Sage Publications, 1994.

Broom Alex, « The eMale Prostate cancer, masculinity and online support as a challenge to medical expertise », *Journal of Sociology*, vol. 41, n° 1, 2005, p. 87-104.

Burgaud Emmanuelle, « La castration en droit pénal au XIXe siècle », *Revue historique de droit français et étranger*, vol. 91, n° 4, 2013, p. 639-657.

Burgnard Sylvie, « The family planning service and the pill in Geneva (1965–1980): a step towards women's emancipation? », *History of the Family*, vol. 20, n° 1, 2015, p. 24-40.

Burgnard Sylvie, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, Université de Genève, 2012.

Burns Catherine, « “A man is a clumsy thing who does not know how to handle a sick person”: aspects of the history of masculinity and race in the shaping of male nursing in South Africa, 1900-1950 », *Journal of Southern African Studies*, vol. 24, n° 4, 1998, p. 695-717.

Burri Regula Valérie, « Doing Distinctions: Boundary Work and Symbolic Capital in Radiology », *Social Studies of Science*, vol. 38, n° 1, 2008, p. 35-62.

Burton-Jeangros Claudine, « Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé: entre dépendance et autonomie des mères face aux experts », *Recherches familiales*, vol. 3, n° 1, 2006, p. 16-25.

Butler Judith, *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris, La Découverte, 2005.

Cahen Fabrice, « Obstacles to the establishment of a policy to combat infertility in France, c. 1920-1950 », dans Gayle Davis et Tracey Loughran (dir.), *The Palgrave Handbook of Infertility in History. Approaches, contexts, and perspectives*, London, Springer Nature, 2017, p. 199-220.

Cahen Fabrice, « Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », *Annales de démographie historique*, vol. 126, n° 2, 2013, p. 209-228.

Cahen Fabrice et Minard Adrien, « Fecundity in a World of Scourges. Venereal Diseases, Criminal Abortion, and Acquired Infertility in France, circa 1880-1950 », dans Simon Szreter (dir.), *The Hidden Affliction. Sexually Transmitted Infections and Infertility in History*, New York, University of Rochester Press, 2019, p. 341-372.

Cahen Fabrice et Wijland Jérôme van, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos*, Paris, Editions Matériologiques, 2016.

Campana A., Gigon U., Maire F., Szalmaj G. et Wyss H., « Present Status of Sperm Banks in Switzerland », dans Georges David et Wendel S. Price (dir.), *Human Artificial Insemination and Semen Preservation*, New York and London, Plenum Press, 1980, p. 35-40.

Campanelli Alessandro, *L'émergence de l'État helvétique entre unité et fédéralisme: l'exemple des législations médicales et pharmaceutiques (1798-1900)*, Lausanne, Editions Juridiques Libres, 2018.

Canning Kathleen, « The body as method? Reflections on the place of the body in gender history », *Gender & history*, vol. 11, n° 3, 1999, p. 499-513.

Capdevila Luc, « L'identité masculine et les fatigues de la guerre (1914-1945) », *Vingtième siècle: Revue d'Histoire*, vol. 75, n° 3, 2002, p. 97-108.

Cardon Dominique, « Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Menie Grégoire », *Temps des Medias*, vol. 1, n° 1, 2003, p. 77-94.

Carol Anne, « La virilité face à la médecine », dans Jean-Jacques Courtine (dir.), *Histoire de la virilité. t.3. La virilité en crise? Les XXe-XXIe siècles*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 31-70.

Carol Anne, *Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation, XIXe-XXe siècle*, Paris, Editions du Seuil, 1995.

Carrara Sérgio, « Une science dérisoire : L'andrologie au Brésil entre les deux guerres », *Vibrant*, vol. 1, n° 1, 2004, p. 256-274.

Carton François-Xavier, « Souvenirs d'un vénéréologiste », dans Daniel Wallach et Gérard Tilles (dir.), *La dermatologie en France*, Toulouse, Editions Privat, 2002.

Castel Robert et Cerf Jean-François Le, « Le phénomène « psy » et la société française », *Le Débat*, vol. 1, n° 1, 1980, p. 32-45.

Cathelin Fernand, *Chirurgie urinaire de guerre*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1919.

Cathelin Fernand, *Cinq années de Pratique et d'Enseignement à l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1913.

Chamayou Grégoire, *Les corps vils. Expérimenter sur les êtres humains aux XVIIIe et XIXe siècles*, Paris, La Découverte, 2008.

Chaperon Sylvie, « The Revival of Sexuality Studies in France in the Late 1950s », dans Gert Hekma et Alain Giami (dir.), *Sexual Revolutions*, London, Palgrave Macmillan, 2014, p. 141-154.

Chaperon Sylvie, *Les origines de la sexologie (1850-1900)*, Paris, Payot, 2012.

Chaperon Sylvie, « Sexologie et féminisme au début du XXe siècle », *L'Esprit du temps*, n° 58, 2010, p. 67-81.

Chaperon Sylvie, « Les fondements du savoir psychiatrique sur la sexualité déviante au XIXe siècle », *Recherches en psychanalyse*, vol. 10, n° 2, 2010, p. 2022.

Chaperon Sylvie, *Les années Beauvoir (1945-1970)*, Fayard, 2000.

Chaperon Sylvie, « La radicalisation des mouvements féminins Français de 1960 à 1970 », *Vingtième Siècle, revue d'histoire*, vol. 48, n° 1, 1995, p. 61-74.

Chauveau Sophie, « Marché et publicité des médicaments », dans Christian Bonah et Anne Rasmussen (dir.), *Histoire du médicament au XIXe et XXe siècles*, Paris, Biotem & Éditions Glyphe, 2005, p. 189-214.

Chauveau Sophie, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, n° 18, 2003, p. 223-239.

Chauveau Sophie, *L'invention pharmaceutique. La pharmacie française entre l'État et la société au XXe siècle*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1999.

Cherici Céline, « Serge Voronoff (1866-1951): savant maudit ou génie de son époque ? », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie*, vol. 21, n° 1, 2014, p. 57-69.

Childers Kristen Stromberg, « Paternity and the politics of citizenship in interwar France », *Journal of Family History*, vol. 26, n° 1, 2001, p. 90-111.

Chopin Charlotte Ann, « Embodying 'the new white race' : Colonial Doctors and Settler Society in Algeria, 1878-1911 », *Social History of Medicine*, vol. 29, n° 1, 2015, p. 1-20.

Chupin Ivan, Hubé Nicolas et Kaciaf Nicolas, *Histoire politique et économique des médias en France*, Paris, La Découverte, 2012.

Civiale Jean, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, Paris, Crochard et Cie, 1837.

Claes Tinne, « Obedient Men and Obsessive Women: Donor Insemination, Gender and Psychology in Belgium », *Gender and History*, vol. 0, n° 0, 2021, p. 1-20.

Clark Hannah-Louise, *Doctoring the bled: Medical auxiliaries and the administration of rural life in colonial Algeria, 1904-1954*, Université de Princeton, 2014.

Clark Hannah-Louise, « Civilization and Syphilization: A Doctor and His Disease in Colonial Morocco », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 87, n° 1, 2013, p. 86-114.

Clarke Adele E., *Disciplining Reproduction. Modernity, American Life Sciences, and « the Problems of Sex »*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press, 1998.

Clarke John, « The history of three scientific societies: the Society for the Study of Fertility (now the Society for Reproduction and Fertility) (Britain), the Société Française pour l'Étude de la Fertilité, and the Society for the Study of Reproduction (USA) », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 38, n° 2, 2007, p. 340-357.

Clarke Juaane Nancarrow, « Health Communication Prostate Cancer's Hegemonic Masculinity in Select Print Mass Media Depictions (1974-1995) », *Health Communication*, vol. 11, n° 1, 1999, p. 59-74.

Cohen Jean, *Les mains de la vie. La conception et la naissance maîtrisées. Histoire d'une conquête*, Paris, Robert Laffont, 1981.

Coleborne Catharine, « White men and weak masculinity: men in the public asylums in Victoria, Australia, and New Zealand, 1860s–1900s », *History of Psychiatry*, vol. 25, n° 4, 2014, p. 468-476.

Condrau Flurin, « The patient's view meets the clinical gaze », *Social History of Medicine*, vol. 20, n° 3, 2007, p. 525-540.

Connell Raewyn W., *Masculinities*, Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 2005.

Connelly Matthew, *Fatal Misconception. The Struggle to Control World Population*, Cambridge and London, The Belknap Press of Harvard University Press, 2008.

Cook Andersen Margaret, « Creating French Settlements Overseas: Pronatalism and Colonial Medicine in Madagascar », *French Historical Studies*, vol. 33, n° 3, 2010, p. 417-444.

Cook Hera, « Sex and the Doctors: the Medicalization of Sexuality as a Two-way Process in Early to Mid-Twentieth-century Britain », dans Willem de Blécourt et Cornelia Osborne (dir.), *Cultural Approaches to the History of Medicine*, New York, Palgrave Macmillan, 2004, p. 192-211.

Cooter Roger et Stein Claudia, *Writing History in the Age of Biomedicine*, New Haven, Yale University Press, 2013.

Corbin Alain, « La virilité reconsidérée au prisme du naturalisme », dans *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 15-30.

Corbin Alain, « La nécessaire manifestation de l'énergie sexuelle », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 127-157.

Corbin Alain, « L'injonction de la virilité, source d'anxiété et d'angoisse », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 357-374.

Corbin Alain, « La relation intime ou les plaisirs de l'échange », dans Philippe Ariès et Georges Duby (dir.), *Histoire de la vie privée t.4*, Paris, Éditions du Seuil, 1999, p. 503-563.

Corbin Alain, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIXe siècle*, Paris, Aubier Montaigne, 1987.

Corbin Alain, « L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption. Contribution à l'histoire de l'hérédité morbide », *Romantisme*, n° 31, 1981, p. 131-150.

Courtine Jean-Jacques (dir.), *Histoire de la virilité t.3. La virilité en crise? Les XXe et XXIe siècles*, Paris, Éditions du Seuil, 2011.

Croizier Anne, « What was Tropical about Tropical Neurasthenia? The Utility of the Diagnosis in the Management of British East Africa », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 64, n° 4, 2009, p. 518-548.

Czyba J. C., « Pour l'andrologie », *Andrologie*, vol. 8, n° 4, 1998, p. 355-356.

Daniels Cynthia R., *Exposing Men. The Science and Politics of Male Reproduction*, New York, Oxford University Press, 2006.

Daniels Cynthia R. et Golden Janet, « Procreative Compounds : Popular Eugenics , Artificial Insemination and the Rise of the American Sperm Banking Industry », *Journal of Social History*, vol. 38, n° 1, 2004, p. 5-27.

Dargelos Bertrand, « Genèse d'un problème social. Entre moralisation et médicalisation : la lutte antialcoolique en France (1850-1915) », *Lien social et Politiques*, n° 55, 2006, p. 67-75.

Darmon Pierre, *La vie quotidienne du médecin parisien en 1900*, Paris, Hachette, 1988.

Darmon Pierre, *Le tribunal de l'impuissance. Virilité et défaillances conjugales dans l'ancienne France*, Paris, Éditions du Seuil, 1979.

Daston Lorraine, « The History of Science and the History of Knowledge », *KNOW: A Journal on the Formation of Knowledge*, vol. 1, n° 1, 2017, p. 131-154.

Daston Lorraine et Galison Peter, *Objectivité*, Les presses du réel, 2012.

Debergh Marlyse, *La santé sexuelle à l'épreuve du local : une ethnographie féministe en Suisse romande*, Université de Genève, 2022.

Delanoë Daniel, *Sexe, croyances et ménopause*, Hachette Littératures, 2006.

Delanoë Daniel, « Les troubles psychiques attribués à la ménopause et le regard des hommes », dans Pascale Bélot-Fourcade et al. (dir.), *La ménopause*, Éres, 2004, p. 151-170.

Delessert Thierry, *Sortons du ghetto. Histoire politique des homosexualités en Suisse, 1950-1990*, Zurich et Genève, Seismo, 2021.

Delessert Thierry, « Des testicules au cerveau. Convertir chirurgicalement un corps homosexuel (1916-1960) », dans Hélène Martin et Marta Roca i Escoda (dir.), *Sexuer le corps. Huit études sur des pratiques médicales d'hier et d'aujourd'hui*, Lausanne, Éditions HETSL, 2019, p. 17-32.

Deschamps Joseph François-Louis, *Traité historique et dogmatique de la taille*, Paris, J.-B. Baillière, 1826.

Desjeux Cyril, « 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*, vol. 100, n° 1, 2010, p. 110-114.

Desnos Ernest, *Encyclopédie française d'urologie. T.1. Histoire de l'urologie*, Paris, Octave Doin et Fils, 1914.

Despland Jean Nicolas et Berney Sylvie, « Psychiatre et psychothérapeute ? Petite histoire suisse », *Information Psychiatrique*, vol. 88, n° 7, 2012, p. 535-542.

Diczfalusy E., « World Health Organization. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. The First Fifteen Years: A Review », *Contraception*, vol. 34, n° 1, 1986, p. 3-119.

Dirlewanger Dominique, *Les couleurs de la vieillesse. Histoire culturelle des représentations de la vieillesse en Suisse et en France (1940-1990)*, Neuchâtel, Alphil, 2002, 1-22 p.

Ditz Toby L., « The new men's history and the peculiar absence of gendered power: Some remedies from early American gender history », *Gender and History*, vol. 16, n° 1, 2004, p. 1-35.

Dolan Alan, Lomas Tim, Ghobara Tarek et Hartshorne Geraldine, « 'It's like taking a bit of masculinity away from you': towards a theoretical understanding of men's experiences of infertility », *Sociology of Health and Illness*, vol. 39, n° 6, 2017, p. 878-892.

Dolezal Luna, *The Body and Shame. Phenomenology, Feminism, and the Socially Shaped Body*, Lanham, Boulder, New York, London, Lexington Books, 2015.

Doria Corinne, « Qui a le droit d'écrire l'histoire? Controverses autour de l'histoire de la médecine en France (XXe-XXIe siècle) », *Journal of the Canadian Historical Association*, vol. 27, n° 2, 2017, p. 41-62.

Dorlin Elsa, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris, La Découverte, 2006.

Dose Ralph, « The World League for Sexual Reform: Some Possible Approaches », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 12, n° 1, 2003, p. 1-15.

Dreyfus-Armand Geneviève, Frank Robert, Lévy Marie-Françoise et Zancarini-Fournel Michelle (dir.), *Les Années 68: Le temps de la contestation*, Paris, Éditions Complexe, 2000.

Duncombe Jean et Marsden Dennis, « Love and Intimacy: the Gender Division of Emotion and 'Emotion Work': A Neglected Aspect of Sociological Discussion of Heterosexual Relationships », *Sociology*, vol. 27, n° 2, 1993, p. 221-241.

Dupuis-Déri Francis, *La crise de la masculinité. Autopsie d'un mythe tenace*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 2018.

Dyhouse Carol, « Women students and the London Medical Schools, 1914-39: The anatomy of a masculine culture », *Gender and History*, vol. 10, n° 1, 1998, p. 110-132.

Ehrenreich Barbara et English Deirdre, *For Her Own Good. Two Centuries of the Experts' Advice to Women*, New York, Anchor Books, 1978.

Elliott Dyan, « The three ages of Joan Scott », *American Historical Review*, vol. 113, n° 5, 2008, p. 1390-1403.

Ermakoff Antoine, *Le Conseil général d'administration des hospices civils de Paris: Science d'administration des hôpitaux et médecine clinique (1801-1832)*, Université Paris 7 - Denis Diderot, 2012.

Evans Jennifer, « 'They are called Imperfect men': Male Infertility and Sexual Health in Early Modern England », *Social History of Medicine*, vol. 29, n° 2, 2016, p. 311-332.

Farge Arlette, *Le goût de l'archive*, Paris, Éditions du Seuil, 1989.

Faure Olivier, « Esquisse d'une histoire des marges médicales en France (XIXe-milieu XXe siècle) », *Histoire, médecine et santé*, n° 15, 2019, p. 127-139.

Faure Olivier, « Les pharmaciens et le médicament en France au XIXe siècle », dans Christian Bonah et Anne Rasmussen (dir.), *Histoire du médicament au XIXe et XXe siècles*, Paris, Biotem & Éditions Glyphe, 2005, p. 65-85.

Faure Olivier, « Les officines pharmaceutiques françaises : de la réalité au mythe (fin XIXe-début XXe siècle) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 43, n° 4, 1996, p. 672-685.

Faure Olivier, *Histoire sociale de la médecine (XVIIe-XIXe siècle)*, Paris, Anthropos Economica, 1994.

Faure Olivier et Guillemain Hervé, « Pour une autre histoire des pratiques médicales alternatives », *Histoire, médecine et santé*, n° 14, 2019, p. 9-28.

Featherstone Lisa, « Pathologising white male sexuality in late nineteenth-century Australia through the medical prism of excess and constraint », *Australian Historical Studies*, vol. 41, n° 3, 2010, p. 337-351.

Featherstone Mike et Hepworth Mike, « The history of the male menopause 1848-1936 », *Maturitas*, vol. 7, n° 3, 1985, p. 249-257.

Feller Élise, *Du vieillard au retraité. La construction de la vieillesse dans la France du XXe siècle*, Paris, L'Harmattan, 2017.

Fidolini Vulca, « Habiter l'ordre hétéronormatif et la masculinité par le mariage », *Genre, sexualité et société*, n° 17, 2017.

Fischer Jean-Louis, « Serge Voronoff (1866-1951) : l'ambiance parisienne biomédicale entre xénogreffes, querelle de l'interstitiel et néo-malthusianisme », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie*, Volume 17, n° 1, 2010, p. 77.

Fischer Jean-Louis, « Sexualité et procréation : problème de frontière. Réflexion autour de la "querelle de l'interstitiel" des années 1920, ou la découverte de la glande de la masculinité (1903-1930) », *Histoire des sciences, médecine/sciences*, vol. 11, 1995, p. 240-242.

Fischer Suzanne M., *Diseases of Men: Sexual Health and Medical Expertise in Advertising Medical Institutes, 1900-1930*, University of Minnesota, 2009.

Forth Christopher E., « La civilisation and its discontents: modernity, manhood and the body in the early Third Republic », dans Christopher E. Forth et Bertrand Taithe (dir.), *French Masculinities. History, Culture and Politics*, New York, Palgrave Macmillan, 2007, p. 85-102.

Forth Christopher E., « Guts and Manhood: The Culture of the Abdomen in Modern France », dans Christopher E. Forth et Ivan Crozier (dir.), *Body Parts. Critical Explorations on Corporality*, Laham, Lexington Books, 2005, p. 191-206.

Forth Christopher E., « Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France », dans Marijke Gijswijt-Hofstra et Roy Porter (dir.), *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War*, Amsterdam, Rodopi, 2001, p. 329-361.

Foucault Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses universitaires de France, 1963.

Fredj Claire, « Retrouver le patient colonisé. Les soins aux "indigènes" dans l'Algérie coloniale (fin XIXe siècle-années 1930) », *Histoire, médecine et santé*, n° 7, 2015, p. 37-50.

Fredj Claire, « Encadrer la naissance dans l'Algérie coloniale. Personnels de santé et assistance à la mère et à l'enfant "indigènes" (XIXe-début du XXe siècle) », *Annales de démographie historique*, vol. 2, n° 122, 2011, p. 169-203.

Frenk Edgar, « Le Service de dermatologie et de vénéréologie du Centre hospitalier universitaire vaudois », dans Edgar Frenk (dir.), *Dermatologie und Venerologie in der Schweiz*, Neuchâtel, Éditions Alphil, 2002, p. 49-64.

Frenk Edgar, « Souvenirs de Soeur Henriette Dufey », *Dermatologica Helvetica*, vol. 4, 1998.

Frenk Edgar, « Dermatologie lausannoise 1915-1950. Souvenirs de Soeur Henriette Dufey », *Dermatologica Helvetica*, vol. 4, 1998, p. 7-9.

Fuchs Rachel G., « Paternity, Progeny, and Property: Family Honor in the Late Nineteenth Century », dans Christopher E. Forth et Elinor Accampo (dir.), *Confronting Modernity in Fin-de-Siècle France. Bodies, Minds and Gender*, New York, Palgrave Macmillan, 2010, p. 150-168.

Fussinger Catherine, « Psychiatres et psychanalystes dans les années 1950. Tentations, tentatives et compromis: le cas suisse », dans Jacques Arveiller (dir.), *Psychiatries dans*

l'histoire, Caen, Presses universitaires de Caen, 2008, p. 171-188.

Fussinger Catherine et Ostorero Chantal, « “La question sexuelle”. Des seuils de tolérance en réélaboration », *Equinoxe*, n° 22, 1998, p. 101-114.

Gagnon John H., *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2008.

Ganck Tommy De, *Cultiver la différence. Histoire du développement de la gynécologie à Bruxelles (1870-1935)*, Université Libre de Bruxelles, 2016.

Garcia Sandrine, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011.

Gardey Delphine, « Savoirs du sexe, politiques du désir. Les sciences, la médecine et la sexualité des femmes (XIXe-XXIe siècles) », dans Delphine Gardey et Marilène Vuille (dir.), *Les sciences du désir. La sexualité féminine de la psychanalyse aux neurosciences*, Lormont, Éditions Le Bord de l'Eau, 2018, p. 5-35.

Gardey Delphine, « Genre, corps et biomédecine », dans Dominique Pestre et Christophe Bonneuil (dir.), *Histoire des sciences et des savoirs, t.3 : le siècle des technosciences*, Paris, Éditions du Seuil, 2015, p. 361-379.

Gardey Delphine, « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XXe siècle ? », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol. 37, 2013, p. 143-162.

Gardey Delphine, « Bruno Latour, guerre et paix: tours et détours féministes », dans Danielle Chabaud-Rychter, Virginie Descoutures, Anne-Marie Devreux et Eleni Varikas (dir.), *Sous les sciences sociales, le genre. Relectures critiques de Max Weber à Michel Foucault*, Paris, La Découverte, 2010, p. 203-218.

Gardey Delphine, « Les sciences et la construction des identités sexuées », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 3, n° 61, 2006, p. 649-673.

Gardey Delphine et Löwy Ilana, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000.

Garibian Taline, « Medicine and the Paradox of the Decriminalization of Homosexuality in Switzerland: Toward a New System of Coercion (1940–1960) », dans Alain Giami et Sharman Levinson (dir.), *Histories of Sexology. Between Science and Politics*, Cham, Palgrave Macmillan, 2021, p. 103-117.

Garibian Taline, « Les patient·e·s du docteur Forel. Une consultation de sexologie épistolaire », *Histoire, médecine et santé*, n° 12, 2018, p. 57-72.

Garibian Taline, *De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970)*, Université de Lausanne en co-tutelle avec l'Université Toulouse Jean-Jaurès, 2017.

Gast Julie et Peak Terry, « “It Used to Be That if it Weren't Broken and Bleeding Profusely, I Would Never Go to the Doctor”: Men, Masculinity, and Health », *American Journal of Men's Health*, vol. 5, n° 4, 2011, p. 318-331.

Gaudillière Jean-Paul, *La médecine et les sciences : XIXe-XXe siècles*, Paris, La Découverte,

2008.

Gaudillière Jean-Paul, « The farm and the clinic: an inquiry into the making of our biotechnological modernity », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 38, n° 2, 2007, p. 521-529.

Gaudillière Jean-Paul, « On ne naît pas homme... A propos de la construction biologique du masculin », *Mouvements*, vol. 1, n° 31, 2004, p. 15-23.

Gaudillière Jean-Paul, « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *Cahiers du Genre*, vol. 34, n° 1, 2003, p. 57.

Gaudillière Jean-Paul, *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, Paris, La Découverte, 2002.

Gaudillière Jean-Paul, « Biochimistes et biomédecine dans l'après-guerre : deux itinéraires entre laboratoire et hôpital », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 10, n° 4, 1992, p. 107-147.

Gaudillière Jean Paul, « Genesis and development of a biomedical object: Styles of thought, styles of work and the history of the sex steroids », *Studies in History and Philosophy of Science Part C : Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 35, n° 3, 2004, p. 525-543.

Gauthier Marie-Véronique, *Le Coeur et le corps - Du masculin dans les années soixante*, Paris, Éditions Imago, 1999.

Gavrus Delia Elena, *Men of Strong Opinions: Identity, Self-Representation, and the Performance of Neurosurgery, 1919-1950*, University of Toronto, 2011.

Gerbod Paul, « Les “fièvres thermales” en France au XIXe siècle », *Revue Historique*, vol. 277, n° 2, 1987, p. 309-334.

Gervais Raymond, *Histoire de l'hôpital Necker: 1778-1885*, Paris, A. Parent, 1885.

Giami A, « La médicalisation de la sexualité : Aspects sociologiques et historiques », *Andrologie*, vol. 8, n° 3, 1998, p. 383-390.

Giami Alain, « Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité », dans Sanni Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Montréal, Presses Université de Laval, 2009, p. 225-249.

Giami Alain, « De l'impuissance à la dysfonction érectile . Destins de la médicalisation de la sexualité », dans Didier Fassin et Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions EHESS, 2004, p. 77-108.

Giami Alain, « La médicalisation de la sexualité: aspects sociologiques et historiques », dans Alain Giami et Laurence Piétri (dir.), *Les traitements de l'impuissance*, Paris, La Documentation française, 1999, p. 173-186.

Gieryn Thomas F., *Cultural boundaries of science: Credibility on the line*, Chicago, University of Chicago Press, 1999.

Gieryn Thomas F., « Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science : Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists », *American Sociological Review*, vol. 48, n° 6, 1983, p. 781-795.

Gleisner Jenny et Johnson Ericka, « Caring for affective subjects produced in intimate healthcare examinations », *Health*, vol. 00, n° 0, 2021, p. 1-20.

Gleisner Jenny et Siwe Karin, « Differences in teaching female and male intimate examinations: A qualitative study », *Medical Education*, vol. 54, n° 4, 2020, p. 348-355.

Goens J, « Impact littéraire de la campagne de propagande antivénérienne du tournant du siècle », *Vesalius*, II, n° 2, 1996, p. 126-131.

Golinski Jan, « The care of the self and the masculine birth of science », *History of Science*, vol. 40, n° 2, 2002, p. 125-145.

Gonzalès Jacques, *Histoire naturelle et artificielle de la procréation*, Paris, Bordas, 1996.

Gouilhers Solène, *Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande*, Université de Genève, 2017.

Goulet Denis, *Le commerce des maladies. La publicité des remèdes au début du siècle*, Ville Saint-Laurent, Institut québécois de recherche sur la culture, 1987.

Gourarier Mélanie, *Alpha Mâle. Séduire les femmes pour s'apprécier entre hommes*, Paris, Éditions du Seuil, 2017.

Gourarier Mélanie, Rebucini Gianfranco et Vörös Florian, « Penser l'hégémonie », *Genre, sexualité et société*, n° 13, 2015.

Greene Jeremy A., Condrau Flurin et Siegel Watkins Elizabeth (dir.), *Therapeutic Revolutions: Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 2016.

Griffin Ben, « Hegemonic Masculinity as a Historical Problem », *Gender & history*, vol. 30, n° 2, 2018, p. 377-400.

Grunt-Mejer Katarzyna, « The history of the medicalisation of rapid ejaculation—A reflection of the rising importance of female pleasure in a phallogocentric world », *Psychology and Sexuality*, vol. 00, n° 00, 2021, p. 1-18.

Gumy Christel et Kraus Cynthia, « Désirer : une histoire de la sexologie à Lausanne (1950-2000) », *Revue suisse d'histoire*, vol. 1, n° 67, 2017, p. 79-100.

Gurtler Bridget E., *Synthetic conception: Artificial insemination and the transformation of reproduction and family in nineteenth and twentieth century America*, The State University of New Jersey, 2013.

Haggett Ali, *A History of Male Psychological Disorders in Britain, 1945–1980*, Palgrave Macmillan, 2015.

Hall Lesley A., *Hidden Anxieties. Male Sexuality, 1900-1950*, Cambridge, Polity Press, 1991.

Hamamah Samir et Berlioux Salomé, *Rapport sur les causes d'infertilité. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité*, 2022.

Hanafi Nahema, « «Je décharge quelquefois sans bander parfaitement... »: évocations masculines de la sexualité avec le médecin Samuel-Auguste Tissot », *Dix-huitième siècle*, vol. 47, n° 1, 2015, p. 103-118.

Hanafi Nahema, « Pudeurs des souffrants et pudeurs médicales », *Histoire, médecine et santé*, n° 1, 2012, p. 9-18.

Hanley Anne, « “The Great Foe to the Reproduction of the Race”: Diagnosing and Treating Infertility Caused by Venereal Diseases, 1880-1914 », dans Gayle Davis et Tracey Loughran (dir.), *The Palgrave Handbook of Infertility in History. Approaches, contexts, and perspectives*, London, Palgrave Macmillan, 2017, p. 335-358.

Harley John, « The Uses of Patient Records by Historians: Patterns, Possibilities and Perplexities », *Health and History*, vol. 1, n° 2-3, 1999, p. 101-111.

Harsin Jill, « Syphilis, Wives, and Physicians: Medical Ethics and the Family in Late Nineteenth-Century France », *French Historical Studies*, vol. 16, n° 1, 1989, p. 72-95.

Hegarty Peter, « Homosexual Signs and Heterosexual Silences: Rorschach Research on Male Homosexuality from 1921 to 1969 », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 12, n° 3, 2003, p. 400-423.

Heller Geneviève, Jeanmonod Gilles et Gasser Jacques, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle*, Chêne-Bourg, Georg Editeur, 2002.

Henckes Nicolas, « Réformer et soigner. L'émergence de la psychothérapie institutionnelle en France, 1944-1955 », 2008, p. 277-288.

Herbst Lewis Carolyn, *Prescription for Heterosexuality. Sexual Citizenship in the Cold War Era*, Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 2010.

Hertz Roy, « A Quest for Better Contraception: The Ford Foundation's Contribution to Reproductive Science and Contraceptive Development (1959-1983) », *Contraception*, vol. 29, n° 2, 1984, p. 107-142.

Hilde van Baal Anne, « “J'ai vu une femme publique” Sexuality, Venereal Disease and Homeopathy in Nineteenth-century Ghent: The Tale of the Patient », dans Robert Jütte (dir.), *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, Stuttgart, Franz Steiner, 2002, p. 179-196.

Hionidou Violetta, « Popular Medicine and Empirics in Greece, 1900-1950: An Oral History Approach », *Medical History*, vol. 60, n° 4, 2016, p. 492-513.

Hirshbein Laura Davidow, « The Glandular Solution: Sex, Masculinity, and Aging in the 1920s », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 9, n° 3, 2000, p. 277-304.

Hoberman John, *Testosterone Dreams. Rejuvenation, Aphrodisia, Doping*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, 2005.

Hofer Hans-Georg, « Der Frauenarzt und die Sterilität des Mannes: Über das Verhältnis von Gynäkologie und Andrologie in den 1950er Jahren », dans Christoph Anthuber, Matthias W. Beckmann, Johannes Dietl, Fritz Dross et Frobenius Wolfgang (dir.), *Herausforderungen. 100 Jahre Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, Stuttgart, Thieme, 2012, p. 186-196.

Holm Marie-Louise, *Fleshing out the self. Reimagining intersexed and trans embodied lives through (auto)biographical accounts of the past*, Linköping, Linköping Studies in Arts and Science, 2017.

Huard Pierre, « L'enseignement libre de la médecine à Paris au XIXe siècle », *Revue d'histoire des sciences*, vol. 27, n° 1, 1974, p. 45-62.

Huss Marie-Monique, *Histoires de famille 1914-1918. Cartes postales et culture de guerre*, Agnès Vienot Editions, 2000.

Huss Marie-Monique, « Pronatalism in the Inter-War Period in France », *Journal of Contemporary History*, vol. 25, n° 1, 1990, p. 39-68.

Inhorn Marcia C, « Middle Eastern Masculinities in the Age of New Reproductive Technologies : Male Infertility and Stigma in Egypt and Lebanon », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 18, n° 2, 2018, p. 162-182.

Jablonka Ivan, « L'enfance ou le "voyage vers la virilité" », dans Alain Corbin (dir.), *Histoire de la virilité. t.2. Le triomphe de la virilité. Le XIXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2011, p. 33-61.

Jacquemart Alban, *Les hommes dans les mouvements féministes français (1870-2010) Sociologie d'un engagement improbable*, EHESS, 2011.

Jacquemart Alban, « Quand le militantisme trouble l'identité de genre », *Terrains & travaux*, vol. 10, n° 1, 2006, p. 77-90.

Janett Mirjam, Althaus Andrea, Hulverscheidt Marion, Gobet Rita, Streuli Jürg et Condrau Flurin, « Doctors, families and the industry in the clinic: the management of "intersex" children in Swiss paediatric medicine (1945-1970) », *Medical History*, vol. 65, n° 3, 2021, p. 286-305.

Jeanmonod Gilles, « Mutation du concept de dégénérescence en Suisse romande », *Gesnerus*, n° 5, 1998, p. 70-86.

Jeanmonod Gilles et Heller Geneviève, « Eugénisme et contexte socio-politique : l'exemple de l'adoption d'une loi sur la stérilisation des handicapés et malades mentaux dans le canton de Vaud en 1928 », *Revue suisse d'histoire*, vol. 50, n° 1, 2000, p. 20-44.

Jenner Mark S. R. et Wallis Patrick, « The Medical Marketplace », dans Mark S. R. Jenner et Patrick Wallis (dir.), *Medicine and the Market in England and Its Colonies, c. 1450-1850*, Houdmills and New York, Palgrave Macmillan, 2007, p. 1-23.

Jewson N. D., « The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870 », *Sociology*, vol. 10, n° 2, 2 juillet 1976, p. 225-244.

Johnson Ericka, *A Cultural Biography of the Prostate*, Cambridge Massachusetts, MIT Press, 2021.

Johnson Ericka, Sjögren Ebba et Asberg Cecilia (dir.), *Glocal Pharma. International Brands and the Imagination of Local Masculinity*, New York, Routledge, 2016.

Jozan de Saint André Émile, *Traité pratique des maladies des voies urinaires et des organes générateurs de l'homme et de la femme*, Paris, Jules Masson, 1856.

Kampf Antje, « Times of danger : embryos , sperm and precarious reproduction ca . 1870s-1910s », *History and Philosophy of the Life Sciences*, vol. 37, n° 1, 2015, p. 68-86.

Kampf Antje, « Tales of healthy men: Male reproductive bodies in biomedicine from "Lebensborn" to sperm banks », *Health*, vol. 17, n° 1, 2012, p. 20-36.

Kernahan Peter J., « Surgery Becomes a Specialty: Professional Boundaries and Surgery », dans Thomas Schlich (dir.), *The Palgrave Handbook of the History of Surgery*, London, Palgrave Macmillan, 2018, p. 95-114.

Knibiehler Yvonne, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Presses universitaires de France, 2017.

Knibiehler Yvonne, « L'éducation sexuelle des filles au XXe siècle », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 4, 1996.

Koechlin Aurore, *Suivre et être suivie. L'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique en France (1931-2018)*, Université Paris I Panthéon-Sorbonne, 2021.

Kramer Brandon Lee, *Molecularization at the Intersections: Testosterone, Prostate Cancer and the Construction of Racial Difference*, The State University of New Jersey, 2019.

Kraus Cynthia, Mottier Véronique et Barras Vincent, « La sexologie américaine made in Switzerland: naissance d'une clinique des troubles sexuels (Lausanne, 1950-1980) », dans Hélène Martin et Marta Roca Escoda (dir.), *Sexuer le corps. Huit études sur des pratiques médicales d'hier et d'aujourd'hui*, Lausanne, Éditions HETSL, 2019, p. 69-81.

Kraus Cynthia, Mottier Véronique et Barras Vincent, « Kinsey, Masters & Johnson, et Kaplan en Suisse : naissance d'une clinique des troubles sexuels (Lausanne, 1950-1980) », *Histoire, médecine et santé*, n° 12, 2017, p. 99-129.

Küss René et Gregoir Willy, *Histoire illustrée de l'urologie de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Éditions Roger Dacosta, 1988.

Lacombe Mathilde, *L'appréhension de l'impuissance masculine dans le milieu médical français des années 1850*, Université Toulouse Jean-Jaurès et Université Fédérale Toulouse Midi-Pyrénées, 2020, 1-123 p.

Lagroua Weill-Hallé Marie-Andrée, *La contraception au service de l'amour*, Paris, Éditions Guy de Monceau, 1966.

Lagroua Weill-Hallé Marie-Andrée, *La grand'peur d'aimer. Journal d'une femme médecin*, Paris, Éditions Gonthier, 1961.

Lamont Michèle et Molnár Virág, « The study of boundaries in the social sciences », *Annual Review of Sociology*, vol. 28, 2002, p. 167-195.

Laqueur Thomas W., *Solitary Sex. A Cultural History of Masturbation*, New York, Zone Books, 2003.

Laqueur Thomas W., *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*, Cambridge and London, Harvard University Press, 1990.

Laugier Paul, Hunziker Nicolas et Harms Monika, « La Clinique de dermatologie de Genève », dans Edgar Frenk (dir.), *Dermatologie und Venerologie in der Schweiz*, Neuchâtel, Éditions Alphil, 2002, p. 27-48.

Lawrence Christopher et Shapin Steven (dir.), *Science Incarnate. Historical Embodiments of Natural Knowledge*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 1998.

Leclercq Valérie, « Langue de bois et vérités divines: pratiques de l'information à l'ère du

- paternalisme médical, Bruxelles, 1870-1930 », *Gesnerus*, vol. 73, n° 1, 2016, p. 123-147.
- Lefebvre Thierry, « Paris, ville syphilitique : note d'un Vaudois », *Revue d'histoire de la pharmacie*, vol. 332, 2001, p. 584-585.
- Lefebvre Thierry, « Syphilis et automédication au tournant du siècle », *Revue d'histoire de la pharmacie*, vol. 83, n° 306, 1995, p. 43-51.
- Legouge Patricia, « La sexualité, un produit social et un objet sociologique », *Raison présente*, vol. 183, n° 1, 2012, p. 13-21.
- Legueu Félix, « Félix Guyon, 1831-1920. Éloge prononcé à l'Académie de Médecine dans la séance du 8 décembre 1931 », *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, xxxii, n° 6, 1931, p. 483-508.
- Léonard Jacques, « Les guérisseurs en France au XIXe siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 27, n° 3, 1980, p. 501-516.
- Léonard Jacques, *La France médicale au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, 1978.
- Léonard Jacques, *La vie quotidienne du médecin de province au XIXe siècle*, Paris, Hachette, 1977.
- Léonard Jacques, « Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent, en France au XIXe siècle », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 32, n° 5, 1977, p. 887-907.
- Leroy d'Etiolles Jean-Jacques-Joseph, *Exposé des titres scientifiques du Dr Leroy d'Etiolles*, Paris, J.-B. Baillière, 1854.
- Leroy d'Etiolles Jean-Jacques-Joseph, *Plainte en diffamation et en calomnie portée contre le Docteur Civiale*, Rue Dainiette no.2, La Crampe Fils et Cie, 1847.
- Leuven University Hospital, *EAA Andrology Training Center Centre Report 2019*, 2019.
- Leyder Marie, *Femmes humanitaires sur le front de l'Yser : Soins et émotions pendant la Première Guerre mondiale*, Université de Genève.
- Liebenau Jonathan, *Medical Science and Medical Industry. The Formation of the American Pharmaceutical Industry*, Londres, Macmillan, 1987.
- Linden Stefanie Caroline et Jones Edgar, « "Shell shock" revisited: An examination of the case records of the national hospital in London », *Medical History*, vol. 58, n° 4, 2014, p. 519-545.
- Liotard-Schneider Frédérique, *Les experts de l'intime et les femmes, médecins et démographes en France de 1945 à 1975*, Université Paris Ouest-Nanterre La Défense, 2010.
- Loe Meika, « Fixing broken masculinity: Viagra as a technology for the production of gender and sexuality », *Sexuality & Culture*, n° 5, 2001, p. 97-125.
- Loughran Tracey, « A Crisis of Masculinity? Re-writing the History of Shell-shock and Gender in First World War Britain », *History Compass*, vol. 11, n° 12, 2013, p. 1088-1093.
- Loux Françoise, « La médecine familiale dans la France rurale (note de recherche) », *Culture et clinique*, vol. 14, n° 1, 1990, p. 83-92.

Löwy Ilana, « Defusing the population bomb in the 1950s: Foam tablets in India », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 43, n° 3, 2012, p. 583-593.

Löwy Ilana, « The Social History of Medicine: Beyond the Local », *Social History of Medicine*, vol. 20, n° 3, 2007, p. 465-481.

Löwy Ilana, « Assistance médicale à la procréation (AMP) et traitement de la stérilité masculine en France », *Sciences Sociales et Sante*, vol. 18, n° 4, 2000, p. 73-102.

Luca Barrusse Virginie De, « Le genre de l'éducation à la sexualité des jeunes gens (1900-1940) », *Cahiers du genre*, vol. 49, n° 2, 2010, p. 155.

Luca Barrusse Virginie De et Praz Anne-Françoise, « The Emergence of Sex Education: A Franco-Swiss Comparison, 1900–1930 », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 24, n° 1, 2015, p. 46-74.

Mahmood Saba, *Politique de la piété. Le féminisme à l'épreuve du renouveau islamique*, Paris, La Découverte, 2009.

Malherbe Nicole, *Péril vénérien. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Lausanne et à Neuchâtel avant l'apparition du Sida*, Neuchâtel, Éditions Alphil, 2002.

Mamo Laura et Fishman Jennifer R., « Potency in All the Right Places. Viagra as a Technology of the Gendered Body », *Body and Society*, vol. 7, n° 4, 2001, p. 13-35.

Manetti Gaia, *Une hiérarchie gravée sur les corps. L'internement à l'Asile d'Aix-en-Provence des hommes transférés de l'Algérie (1852-1938)*, Université de Pise et Université de Genève.

Marchand André, *Opothérapie : émergence et développement d'une technique thérapeutique (France, 1889-1940)*, Conservatoire national des arts et métiers, 2014.

Margolin Leslie, *The Etherized Wife. Privilege and Power in Sex Therapy Discourse*, Oxford, Oxford University Press, 2021.

Margolin Leslie, « Sexual frigidity: the social construction of masculine privilege and feminine pathology », *Journal of Gender Studies*, vol. 26, n° 5, 2017, p. 583-594.

Marks Lara V., *Sexual chemistry. A history of the contraceptive pill*, New Haven and London, Yale University Press, 2001.

Marland Hilary, « 'The Diffusion of Useful Information' : Household Practice, Domestic Medical Guides and Medical Pluralism in Nineteenth-Century Britain », dans Robert Jütte (dir.), *Medical Pluralism. Past - Present - Future*, Stuttgart, Franz Steiner, 2013, p. 81-100.

Marsh Margaret et Ronner Wanda, *The Empty Cradle. Infertility in America from Colonial Times to the Present*, Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press, 1996.

Marshall Barbara L., « Climacteric redux?: (Re)medicalizing the male menopause », *Men and Masculinities*, vol. 9, n° 4, 2007, p. 509-529.

Marshall Barbara L., « The new virility: Viagra, male aging and sexual function », *Sexualities*, vol. 9, n° 3, 2006, p. 345-362.

Marshall Barbara L., « 'Hard Science' : Gendered Constructions of Sexual Dysfunction in the

“Viagra Age” », *Sexualities*, vol. 5, n° 2, 2002, p. 131-158.

Martín-Moruno Dolores, Lynn Edgar Brenda et Leyder Marie, « Feminist perspectives on the history of humanitarian relief (1870-1945) », *Medicine, Conflict and Survival*, vol. 36, n° 1, 2020, p. 2-18.

Martin Marc, *Les tasses. Toilettés publiques - Affaires privées*, Paris, Agua, 2019.

Martin Marc, *Histoire de la publicité en France*, Nanterre, Presses universitaires de Paris, 2012.

Martin Marc, *Trois siècles de publicité en France*, Paris, Odile Jacob, 1992.

Martineaud Jean-Paul, *L'amour au temps de la vérole*, Paris, Éditions Glyphe, 2010.

Martins Ana Paula Vosne, « Women, male doctors, and female historians: A historiographic essay on the history of women, medicine, and gender », *Historia, Ciencias, Saude - Manginhos*, vol. 27, n° 1, 2020, p. 241-264.

Maugue Annelise, *L'identité masculine en crise au tournant du siècle, 1871-1914*, Marseille, Éditions Rivages, 1987.

Mazaleigue-Labaste Julie, « Perversions parisiennes », *Histoire, médecine et santé*, n° 12, 2018, p. 19-38.

Mazaleigue-Labaste Julie, « Contribution à l'archéologie de la distinction sexe-genre. Ce que la psychiatristion des homosexualités au XIXe siècle a fait au sexe », *Émulations: Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales*, n° 15, 2015, p. 17-30.

Mazaleigue-Labaste Julie, *Les Déséquilibres de l'amour. La genèse du concept de perversion sexuelle de la Révolution française à Freud*, Montreuil-sous-Bois, Les Editions d'Ithaque, 2014.

McLaren Angus, *Impotence. A Cultural History*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 2007.

McLaren Angus, *The Trials of Masculinity. Policing Sexual Boundaries, 1870-1930*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 1997.

Micale Mark S., *Hysterical Men. The Hidden History of Male Nervous Illness*, Cambridge et Londres, Harvard University Press, 2008.

Micale Mark S., « Charcot and the Idea of Hysteria in the Male: Gender, Mental Science, and Medical Diagnosis in late Nineteenth-century France », *Medical History*, vol. 34, 1990, p. 363-411.

Micale Mark S., « Hysteria and its Historiography: A Review of Past and Present Writings (II) », *History of Science*, vol. 27, n° 4, 1989, p. 319-351.

Milam Erika Lorraine et Nye Robert A., « An introduction to scientific masculinities », *Osiris*, vol. 30, n° 1, 2015, p. 1-14.

Mohr Sebastian, « Sperm », *Lambda nordica*, vol. 25, n° 1, 2020, p. 155-159.

Mohr Sebastian, « Containing Sperm—Managing Legitimacy: Lust, Disgust, and Hybridity at Danish Sperm Banks », *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 45, n° 3, 2016, p.

319-342.

Mohr Sebastian et Almeling Rene, « Men, masculinities, and reproduction—conceptual reflections and empirical explorations », *Norma*, vol. 15, n° 3-4, 2020, p. 163-171.

Mol Annemarie, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham and London, Duke University Press, 2002.

Monnais-Rousselot Laurence, *Médecine et colonisation*, Paris, Éditions du CNRS, 1999.

Monnais Laurence, « Colonised and neurasthenic: from the appropriation of a word to the reality of a malaise de civilisation in urban French Vietnam. », *Health and history*, vol. 14, n° 1, 2012, p. 121-142.

Moore Alison M. Downham et Pithavadian Rashmi, « Aphrodisiacs in the global history of medical thought », *Journal of Global History*, vol. 16, n° 1, 2021, p. 24-43.

More Caroline, « Sexualité et contraception vues à travers l'action du Mouvement français pour le Planning familial de 1961 à 1967 », *Le Mouvement Social*, vol. 207, n° 2, 2004, p. 75-95.

Moreau Jean-François, *Mémoire linéaire d'un médecin radiologue français universaliste, vol.2, Ecce homo vir*, Librinova, 2020.

Mortas Pauline, « “Forces viriles immédiatement retrouvées”. La fabrique des masculinités par les publicités contre l'impuissance dans la presse sous la IIIe République », *Le Temps des médias*, n° 36, 2021, p. 62-83.

Mortas Pauline, « Hot stuff. Anatomy of the sex market at the dawn of the twentieth century », *French History*, vol. 34, n° 2, 2020, p. 213-234.

Moscucci Ornella, *The Science of Woman. Gynaecology and Gender in England 1800-1929*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

Mosse George L., *The Image of Man. The Creation of Modern Masculinity*, Oxford and New York, Oxford University Press, 1996.

Mottier Véronique, « État et contrôle de la sexualité reproductive : l'exemple des politiques eugénistes dans les démocraties libérales (Suisse, Suède et Royaume-Uni) », *Politique et Société*, vol. 31, n° 2, 2012, p. 31-50.

Moulinié Véronique, *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, 1998.

Muller Caroline, *Au plus près des âmes et des corps. Une histoire intime des catholiques au XIXe siècle*, Paris, PUF, 2019.

Muller Caroline, « Prêtre, homme, autre? Relire l'histoire de l'antycléricalisme par le genre », dans Caroline Muller et Nicolas Guyard (dir.), *Les sources du sacré. Nouvelles approches du fait religieux*, LAHRA (en ligne), 2018, p. 121-138.

Myhre Eivind et Thomassen Øyvind, « The Construction of an Accepted Masculinity: Castration in High Security Psychiatric Institutions in Norway 1923-1945 », dans Ingrid Lander, Signe Rayn et Nina Jon (dir.), *Masculinities in the Criminological Field. Control, Vulnerability and Risk-Taking*, Farnham et Burlington, Ashgate, 2014, p. 89-112.

Naour Jean-Yves Le, « Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) », *Annales de démographie historique*, vol. 103, n° 1, 2002, p. 107-120.

Naour Jean-Yves Le, *Misères et tourments de la chair. Les mœurs sexuelles des Français, 1914-1918*, Paris, Aubier, 2002.

Naour Jean-Yves Le, « “Il faut sauver notre pantalon” : la Première Guerre Mondiale et le sentiment masculin d’inversion du rapport de domination. », *Cahiers d’histoire. Revue d’histoire critique*, n° 84, 2001, p. 33-44.

Nardin Anne, « La place de la relation médecin-malade dans la politique d’humanisation des hôpitaux », dans Elisabeth Belmas et Serenella Nonnis-Vigilante (dir.), *Les relations médecin-malade des temps modernes à l’époque contemporaine*, Presses universitaires du Septentrion, 2013, p. 139-160.

Naville Marcel et Mayer Roger, *Histoire de la Société médicale de Genève (1823-1993)*, Genève, Imprimerie des arts et métiers, 1994.

Nye Robert A., *Masculinity and Male Codes of Honor in Modern France*, Oxford and New York, Oxford University Press, 1993.

Nye Robert A., « Sex Difference and Male Homosexuality in French Medical Discourse, 1830-1930 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 63, n° 1, 1989, p. 32-51.

Nye Robert A., « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1949 », *Le Mouvement Social*, vol. 1, n° 214, 2006, p. 19-36.

Nye Robert A., « Medicine and Science as Masculine “Fields of Honor” », *Osiris*, vol. 12, 1997, p. 60-79.

Nye Robert A., « Honor, Impotence, and Male Sexuality in Nineteenth-Century French Medicine », *French Historical Studies*, vol. 16, n° 1, 1989, p. 48-71.

O’Neill Timothy H., *The Invisible Man ? : Problematising Gender and Male Medicine in Britain and America, 1800-1950*, University of Manchester, 2003.

O’Shea Christopher D., « “A plea for the prostate”: doctors, prostate dysfunction, and male sexuality in late 19th- and early 20th-century Canada. », *Canadian bulletin of medical history = Bulletin canadien d’histoire de la médecine*, vol. 29, n° 1, 2012, p. 7-27.

O’Shea Christopher D., *Visions of masculinity: home-health advice literature, medical discourse and male sexuality in English-Canada, 1870-1914*, University of Guelph, 2003.

Ohayon Annick, « La psychologie clinique en France : Éléments d’histoire », *Connexions*, vol. 85, n° 1, 2006, p. 9-23.

Ohayon Annick, « L’émergence d’un mouvement sexologique français (1929-1939), entre hygiénisme, eugénisme et psychanalyse », *PSN-Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences*, vol. 1, n° 4, 2003, p. 50-61.

Oliffe John et Thorne Sally, « Men, Masculinities, and Prostate Cancer: Australian and Canadian Patient Perspectives of Communication With Male Physicians », *Qualitative Health Research*, vol. 17, n° 2, 2007, p. 149-161.

Olivier Cyril, *Le vice ou la vertu. Vichy et les politiques de la sexualité*, Toulouse, Presses

universitaires du Mirail, 2005.

Oosterhuis Harry, « Medical science and the modernisation of sexuality », dans Franz X. Eder, Lesley A. Hall et Gert Hekma (dir.), *Sexual cultures in Europe. National histories*, Manchester et New York, Manchester University Press, 1999, p. 221-241.

Oppenheim Janet, *Shattered Nerves. Doctors, Patients and Depression in Victorian England*, New York and Oxford, Oxford University Press, 1991.

Ostrowski W. S., « Thaddeus Mann. Life and Work », *Andrologia*, vol. 22, n° S1, 1990, p. 3-9.

Oudshoorn N. E.J., « Menopause, only for women? The social construction of menopause as an exclusively female condition », *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, vol. 18, n° 2, 1997, p. 137-144.

Oudshoorn Nelly, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, Durham, Duke University Press, 2003.

Oudshoorn Nelly, *Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones*, London and New York, Routledge, 1994.

Paicheler Geneviève, « 2. Carrières et pratiques des femmes médecins en France (1930-1980) : portes ouvertes ou fermées ? », dans Pierre Aïach et Et. Al. (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Presses de l'EHESP, 2001, p. 179-196.

Paris Myriam, « La racialisation d'une politique publique: le contrôle de la natalité à la Réunion (années 1960-1970) », *Politix*, vol. 131, n° 3, 2020, p. 29-52.

Paris Myriam, *Nous qui versons la vie goutte à goutte. Féminismes, économie reproductive et pouvoir colonial à la Réunion*, Paris, Éditions Dalloz, 2020.

Parsons Gail Pat, « Equal treatment for all: American medical remedies for male sexual problems: 1850-1900 », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 32, n° 1, 1977, p. 55-71.

Parsons Talcott, *The Social System*, New York, Free Press, 1951.

Pavard Bibia, « Du Birth Control au Planning familial (1955-1960) : un transfert militant », *Histoire@Politique*, vol. 18, n° 3, 2012, p. 162-178.

Pavard Bibia, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012.

Pavard Bibia, « Contraception et avortement dans Marie-Claire (1955-1975): De la méthode des températures à la méthode Karman », *Temps des Medias*, vol. 12, n° 1, 2009, p. 100-113.

Pedroni Matteo, « Radiographie de la peur: 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », *Revue historique vaudoise*, vol. 103, 1995, p. 139-186.

Perrin Julie, « (Dé)classer la "médecine populaire" en Suisse : de la suspicion de charlatanisme à la reconnaissance patrimoniale », *Anthropologie & Santé*, n° 6, 2013.

Perrin Théodore, *Leçons cliniques d'urologie*, Lausanne, Edwin Frankfurter Éditeur, 1913.

Perrot Michelle, « Histoire des femmes, histoire du genre », *Travail, genre et sociétés*, vol. 31,

n° 1, 2014, p. 29-33.

Perrot Michelle, « Chemins et problèmes de l'histoire des femmes en France », dans Delphine Gardey et Ilana Löwy (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, p. 59-74.

Pestre Dominique, « L'analyse de controverses dans l'étude des sciences depuis trente ans », *Mil neuf cent*, vol. 1, n° 25, 2007, p. 29.

Pfeffer Naomi, *The Stork and the Syringe. A Political History of Reproductive Medicine*, Cambridge, Polity Press, 1993.

Pfister Pascal, *Le phénomène de spécialisation médicale au 19ème siècle*, Université Paris Val de Marne, 1986.

Pigeard-Micault Natalie, « « Nature féminine » et doctresses (1868-1930) », *Histoire, médecine et santé*, n° 3, 2013, p. 83-100.

Pinell Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, 2005, p. 3-17.

Pitsos Nicolas, « Le moteur humain en panne s'affiche : le corps épuisé au tournant du XIXe siècle », dans Laurence Guignard, Pascal Raggi et Etienne Thévenin (dir.), *Corps et machines à l'âge industriel*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011, p. 291-303.

Plessis Rory Du, « Madness, Masturbation and Masculinity in the Casebooks of the Grahamstown Lunatic Asylum, 1890–1907 », *Gender Questions*, vol. 7, n° 1, 2019, p. 1890-1907.

Porter Roy, « The Patient's View : Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, vol. 14, n° 2, 1985, p. 175-198.

Potts Annie, « “The Essence of the Hard On”. Hegemonic Masculinity and the Cultural Construction of “Erectile Dysfunction” », *Men and Masculinities*, vol. 3, n° 1, 2000, p. 85-103.

Potts Annie, Grace Victoria M., Vares Tiina et Gavey Nicola, « “Sex for life”? Men's counter-stories on “erectile dysfunction”, male sexuality and ageing », *Sociology of Health and Illness*, vol. 28, n° 3, 1 avril 2006, p. 306-329.

Praz Anne-Françoise, « L'éducation sexuelle, entre médecine, morale et pédagogie : débats transnationaux et réalisations locales (Suisse romande 1890-1930) », *Paedagogia Historica*, vol. 50, n° 1-2, 2014, p. 165-181.

Praz Anne-Françoise, « Religion, masculinity and fertility decline », *The History of the Family*, vol. 14, n° 1, 2009, p. 88-106.

Praz Anne-Françoise, *De l'enfant utile à l'enfant précieux. Filles et garçons dans les cantons de Vaud et Fribourg (1860-1930)*, Lausanne, Antipodes, 2005.

Praz Anne-Françoise, Odier Lorraine, Huonker Thomas, Schneider Laura et Nardone Marco, « ... Je vous fais une lettre ». *Retrouver dans les archives la parole et le vêtu des personnes internées*, Éditions A., 2019.

Proulx François, *Victims of the Book. Reading and Masculinity in Fin-de-Siècle France*, Toronto and London, University of Toronto Press, 2019.

Quétel Claude, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Paris, Éditions Seghers, 1986.

Rabier Christelle, « Le Système des professions, entre sociologie et histoire: retour sur une recherche », dans Didier Demazière et Morgan Jouvenet (dir.), *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago (vol.2)*, Paris, Éditions EHESS, 2013, p. 320-339.

Rabier Christelle, « La disparition du barbier chirurgien. Analyse d'une mutation professionnelle au XVIIIe siècle », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 65, 2010, p. 679-711.

Rajpert-De Meyts E., Eliasson R., Comhaire F. H., Skakkebaek N. E., Sharpe R. M. et Toppari J., « Goodbye International Journal of Andrology, welcome Andrology! », *International Journal of Andrology*, vol. 35, n° 6, décembre 2012, p. 769-774.

Ramsey Matthew, « Medical power and popular medicine: Illegal healers in nineteenth-century France », *Journal of Social History*, vol. 10, n° 4, 1975, p. 560-587.

Rasmussen Anne, « Internationalismes au début du XXe siècle », dans Stéphane Audoin-Rouzeau et Jean-Jacques Becker (dir.), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918*, Paris, Bayard, 2004.

Rasmussen Anne, « Les enjeux d'une histoire des formes pharmaceutiques : La galénique, l'officine et l'industrie (XIXe-début XXe siècle) », *Entreprises et histoire*, vol. 36, n° 2, 2004, p. 12-28.

Rauch André, *L'identité masculine à l'ombre des femmes. De la Grande Guerre à la Gay Pride*, Paris, Fayard, 2004.

Rauch André, *Le premier sexe. Mutations et crise de l'identité masculine*, Paris, Hachette Littératures, 2000.

Rebreyend Anne-Claire, « May 68 and the Changes in Private Life: A 'Sexual Liberation'? », dans Julian Jackson, Anna-Louise Milne et James S. Williams (dir.), *May 68. Rethinking France's Last Revolution*, New York, Palgrave Macmillan, 2011, p. 148-160.

Rebreyend Anne-Claire, *Intimités amoureuses, France 1920-1975*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 2008.

Reeser Todd W. et Gottzén Lucas, « Masculinity and affect: new possibilities, new agendas », *Norma*, vol. 13, n° 3-4, 2018, p. 145-157.

Renaudet Isabelle, « Introduction: Médecine et presse médicale en Espagne: entre les savoirs et les pouvoirs (XIXe siècle - premier tiers du XXe siècle) », *El Argonauta español*, n° 8, 2011.

Revenin Régis, *Homosexualité et prostitution masculine à Paris 1870-1918*, Paris, L'Harmattan, 2005.

Révenin Régis, *Une histoire des garçons et des filles. Amour, genre, sexualité dans la France d'après-guerre*, Paris, Vendémiaire, 2015.

Rhoades Michelle K., « Renegotiating French Masculinity : Medicine and Venereal Disease during the Great War », *French Historical Studies*, vol. 29, n° 2, 2006, p. 1914-1945.

Rieder Philip, *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876-1920)*, Lausanne, Éditions BHMS, 2009.

Rieder Philip, « Médecins et patients à Genève : offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 52-1, n° 1, 2005, p. 39.

Rieder Philip, « La Maternité de Genève (1874-1907), une nouvelle porte d'entrée dans la vie? », *Gesnerus*, vol. 57, n° 1-2, 1999, p. 51-76.

Rieder Philip, « Entre liberté et contrôle, les privés-docents et l'enseignement de la médecine à Genève entre 1876 et 1917 », *Gesnerus*, vol. 54, n° 1-2, 1997, p. 74-95.

Risse Guenter B. et Warner John Harley, « Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history », *Social History of Medicine*, vol. 5, n° 2, 1992, p. 183-205.

Roberts Mary Louise, *Civilization without sexes. Reconstructing gender in postwar France 1917-1927*, Chicago and London, University of Chicago Press, 1994, vol.15.

Robinson Emily, « Touching the void: Affective history and the impossible », *Rethinking History*, vol. 14, n° 4, 2010, p. 503-520.

Rodriguez Eva, « La différence sexuelle au cabinet des anthropologues parisiens à la fin du XIXe siècle », *Émulations: Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales*, n° 15, 2018, p. 73-86.

Ronsin Francis, *La grève des ventres. Propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (XIXe-XXe siècles)*, Aubier Mon., Paris, 1980.

Roper Michael, « Slipping out of view: Subjectivity and emotion in gender history », *History Workshop Journal*, vol. 59, n° 1, 2005, p. 57-72.

Rosen George, *The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophtalmology*, New York, Froben Press, 1944.

Rosenberg Clifford, « The Colonial Politics of Health Care Provision in Interwar Paris », *French Historical Studies*, vol. 27, n° 3, 2004, p. 637-668.

Rosenfeld Dana et Faircloth Christopher A. (dir.), *Medicalized Masculinities*, Temple Uni., Philadelphia, 2006.

Rosenman Ellen Bayuk, « Body Doubles: The Spermatorrhea Panic », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 12, n° 3, 2003, p. 365-399.

Rousseau Guildo, « La santé par correspondance : un mode de mise en marché des médicaments brevetés au début du siècle », *Histoire sociale / Social History*, vol. 28, n° 55, 1995.

Roux Alexandra, « Par amour des femmes »? *La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale*, EHESS, 2020.

Ruault Lucile, « Guilaine Enoc, militante du MLAC à Aix et à Lyon dans les années 1970-1980 En quête d'autonomie », *Nouvelles Questions Feministes*, vol. 35, n° 1, 2016, p. 136-152.

Ruffat Michèle, *175 ans d'industrie pharmaceutique française. Histoire de Synthélabo*, Paris, La Découverte, 1996.

Rusterholz Caroline, *Women's medicine. Sex, family planning and British female doctors in transnational perspective, 1920-70*, Manchester, Manchester University Press, 2020.

Rusterholz Caroline, « “You Can’t Dismiss that as Being Less Happy, You See it is Different”. Sexual Counselling in 1950s England », *Twentieth Century British History*, vol. 30, n° 3, 2019, p. 375-398.

Rusterholz Caroline, « *Deux enfants, c’est déjà pas mal* ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)*, Lausanne, Antipodes, 2017.

Rusterholz Caroline, « Fathers in 1960s Switzerland: A Silent Revolution? », *Gender & History*, vol. 27, n° 3, 2015, p. 828-843.

Rusterholz Caroline, « Reproductive behavior and contraceptive practices in comparative perspective, Switzerland (1955-1970) », *The History of the Family*, vol. 20, n° 1, 2015, p. 41-68.

Rusterholz Caroline et Praz Anne-Françoise, « Une transition au féminin? Modèles de parentalité et fécondité en Suisse (1955-1970) », *Genre, sexualité et société*, n° 16, 2016, p. 0-19.

Sarrut B. Saint-Edmé Germain, *Biographie des hommes du jour, t. 3. Première partie*, Paris, Henri Krabbe, 1837.

Saudan Guy, *La médecine à Lausanne du XVIe au XXe siècle*, Denges, Éditions du Verseau, 1991.

Schiebinger Londa, *Nature’s Body. Gender in the Making of Modern Science*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1993.

Schirren Carl, « Andrology Origin and Development of a Special Discipline in Medicine Reflection and View in the Future », *Andrologia*, vol. 17, n° 2, 1985, p. 117-125.

Schlich Thomas, « “One and the Same the World Over”: The International Culture of Surgical Exchange in an Age of Globalization, 1870-1914 », *Journal of the history of medicine and allied sciences*, vol. 71, n° 3, 2016, p. 247-270.

Schoysman Robert et Schoysman-Deboeck Andrée, « Present Status of Donor Insemination in Belgium », dans Georges David et Wendel S. Price (dir.), *Human Artificial Insemination and Semen Preservation*, New York and London, Plenum Press, 1980, p. 27-29.

Scott Joan W., « The Evidence of Experience », *Critical Inquiry*, vol. 17, n° 4, 1991, p. 773-797.

Scott Joan W., « Gender: A Useful Category of Historical Analysis », *The American Historical Review*, vol. 91, n° 5, 1986, p. 1053-1075.

Sédat Jacques, « La réception de Freud en France durant la première moitié du XXe siècle. Le freudisme à l’épreuve de l’esprit latin », *Topique*, vol. 115, n° 2, 2011, p. 51-68.

Sengoopta Chandak, *The Most Secret Quintessence of Life: Sex, Glands, and Hormones, 1850-1950*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 2006.

Sengoopta Chandak, « Dr Steinach coming to make old young!’: Sex glands, vasectomy and the quest for rejuvenation in the roaring twenties », *Endeavour*, vol. 27, n° 3, 2003, p. 122-126.

Serna Élodie, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe (1919-1939)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2021.

Serna Élodie, *Faire et défaire la virilité. Les stérilisations masculines volontaires en Europe dans l'entre-deux-guerres*, Université de Genève, 2018.

Serna Élodie, « Médecine clandestine et vasectomie volontaire dans l'Europe de l'entre-deux-guerres », *Histoire, médecine et santé*, n° 4, 2013, p. 91-104.

Sevegrand Martine, *L'amour en toutes lettres. Questions à l'abbé Viollet sur la sexualité (1924-1943)*, Paris, Albin Michel, 1996.

Shropshire Sarah, « What's a Guy To Do?: Contraceptive Responsibility, Confronting Masculinity, and the History of Vasectomy in Canada », *Canadian bulletin of medical history* = *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 31, n° 2, 2014, p. 161-182.

Sicherman Barbara, « The Uses of a Diagnosis : Doctors, Patients, and Neurasthenia », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 32, n° 1, 1977, p. 33-54.

Sigg Christian, « Andrology », dans Société suisse de Dermatologie et de Vénérologie (dir.), *Spirit and Soul of Swiss Dermatology and Venereology 1913-2013*, Neuchâtel, Éditions Alphil, 2013, p. 370-371.

Sinding Christiane, « Le sexe des hormones : l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles », *Cahiers du Genre*, vol. 34, n° 1, 2003, p. 39-56.

Singleton Andrew, « "It's because of the invincibility thing": Young men, masculinity, and testicular cancer », *International Journal of Men's Health*, vol. 7, n° 1, 2008, p. 40-58.

Sohn Anne-Marie, « Sois un homme! » *La construction de la masculinité au XIXe siècle*, Paris, Éditions du Seuil, 2009.

Sohn Anne-Marie, « Les individus-femmes entre négation du moi et narcissisme. Les auditrices de Ménie Grégoire (1967-1968) », dans Geneviève Dreyfus-Armand, Robert Frank, Marie-Françoise Lévy et Michelle Zancarini-Fournel (dir.), *Les Années 68: Le temps de la contestation*, Paris, Éditions Complexe, 2000, p. 179-197.

Sohn Anne-Marie, *Chrysalides. Femmes dans la vie privée (XIXe-XXe siècles)*, Paris, Publicatio, 1996.

Sohn Anne-Marie, *Du premier baiser à l'alcôve. La sexualité des Français au quotidien (1850-1950)*, Aubier., Paris, 1996.

Stephens Elizabeth, « Coining Spermatorrhoea: Medicine and Male Body Fluids, 1836-1866 », *Sexualities*, vol. 12, n° 4, 1 août 2009, p. 467-485.

Stephens Elizabeth, « Pathologizing Leaky Male Bodies : Spermatorrhea in Nineteenth-Century British Medicine and Popular Anatomical Museums », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 17, n° 3, 2008, p. 421-438.

Stewart Mary Lynn, « 'Science is Always Chaste': Sex Education and Sexual Initiation in France, 1880s-1930s », *Journal of Contemporary History*, vol. 32, n° 3, 1997, p. 381-394.

Stolberg Michael, « An Unmanly Vice: Self-Pollution, Anxiety, and the Body in the Eighteenth Century », *Social History of Medicine*, vol. 13, n° 1, 2000, p. 1-22.

Stora-Lamarre Annie, *L'Enfer de la IIIe République. Censeurs et pornographes (1881-1914)*, Paris, Imago, 1990.

Strauss Anselm, Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara et Wiener Carolyn, « Sentimental work in the technologized hospital », *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n° 3, 1 novembre 1982, p. 254-278.

Surkis Judith, « Histoire des hommes et des masculinités : passé et avenir », dans Régis Revenin (dir.), *Hommes et masculinités de 1789 à nos jours Autrement*, Paris, Éditions Autrement, 2007, p. 13-19.

Surkis Judith, « Enemies Within: Venereal Disease and the Defense of French Masculinity between the Wars », dans Christopher E. Forth et Bertrand Taithe (dir.), *French Masculinities. History, Culture and Politics*, New York, Palgrave Macmillan, 2007, p. 103-133.

Sutton Katie, *Sex Between Body and Mind: Psychoanalysis and Sexology in the German-speaking World 1890s-1930s*, University of Michigan Press, 2019.

Szymanski Mallory R., *Sexual Dysfunction as « the National Disease of America ». Neurasthenia and Medical Approaches to Men's Sexual and Emotional Health in the Gilded Age*, University of Florida, 2017.

Tamagne Florence, « La Ligue mondiale pour la réforme sexuelle : La science au service de l'émancipation sexuelle ? », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, n° 22, 2005, p. 101-121.

Tamagne Florence, « Genre et homosexualité: De l'influence des stéréotypes homophobes sur les représentations de l'homosexualité », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° 75, 2002, p. 61-73.

Tesnière Valérie et Cantau Alina, « Les revues médicales depuis 1800 », *Revue de synthèse*, vol. 135, n° 2-3, 2014, p. 203-219.

Thébaud Françoise, « Deuxième guerre, femmes et rapports de sexe. Essai d'historiographie », *Bijdragen tot de Eigentijdse Geschiedenis*, vol. 32, n° 4, 1998, p. 227-248.

Thébaud Françoise, *Quand nos grand-mères donnaient la vie: La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1986.

Théré Christine, « Âge de retour et retour d'âge: L'asymétrie entre les sexes dans les discours médicaux en France (1770-1836) », *Clio: Histoire, Femmes et Sociétés*, vol. 42, n° 2, 2015, p. 53-75.

Thiers-Vidal Léo, *De « L'Ennemi Principal » aux principaux ennemis. Position vécue, subjectivité et conscience masculines de domination*, Paris, L'Harmattan, 2010.

Thievenaz Joris, « L'analyse des activités du patient: une occasion de réinterroger la notion de travail », *Éducation et socialisation*, n° 44, 2017.

Thomas de la Peña Carolyn, *The Body Electric. How Strange Machines Built the Modern American*, New York and London, New York University Press, 2003.

Thomé Cécile, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010)*, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2019.

Thomé Cécile et Rouzaud-Cornabas Mylène, « Comment ne pas faire d'enfants?: La contraception, un travail féminin invisibilisé », *Recherches Sociologiques et Anthropologiques*,

vol. 48, n° 2, 2017, p. 117-137.

Thompson Charis, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge and London, MIT Press, 2005.

Thomson Clive, « De la pédérastie à l'homosexualité : la perversion comme site d'un nouveau rapport entre médecin et patient », *Itinerarios. Revista de estudios lingüísticos, literarios, históricos y antropológicos*, n° 10, 2009, p. 241-251.

Tiefer Leonore, « The Medicalization of Impotence : Normalizing Phallocentrism », *Gender and Society*, vol. 8, n° 3, 1994, p. 363-377.

Tilles Gérard, « Syphilis, syphilitiques et syphiligraphes dans les hôpitaux de l'Assistance publique », dans Marie Barthélémy, Patrice Guérin et Romain Tardy (dir.), *La guerre, l'A.P. L'assistance publique dans la Grande Guerre, AP-HP*, 2014, p. 113-148.

Tosh John, « Hegemonic masculinity and the history of gender », dans Stefan Dudink, Karen Hagemann et John Tosh (dir.), *Masculinities in Politics and War. Gendering Modern History*, Manchester et New York, Manchester University Press, 2004, p. 41-60.

Tosh John, « What Should Historians Do with Masculinity ? Reflections on Nineteenth-Century Britain », *History Workshop Journal*, n° 38, 1994, p. 179-202.

Tuana Nancy, « The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance », *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy*, vol. 21, n° 3, 2006, p. 1-19.

Tumblety Joan, *Remaking the Male Body. Masculinity and the Uses of Physical Culture in Interwar and Vichy France*, Oxford, Oxford University Press, 2012.

Unruh Kenton T. et Pratt Wanda, « The Invisible Work of Being a Patient and Implications for Health Care: "[the doctor is] my business partner in the most important business in my life, staying alive" », *Conf Proc Ethnogr Prax Ind Conf*, vol. 23, n° 1, 2008, p. 40-50.

Valabrégue Catherine, *La condition masculine*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1968.

Valier Helen, *A History of Prostate Cancer. Cancer, Men and Medicine*, Londres, Palgrave Macmillan, 2016.

Vann Michael G., « Sex and the Colonial City: Mapping Masculinity, Whiteness, and Desire in French Occupied Hanoi », *Journal of World History*, vol. 28, 3/4, 2017, p. 395-435.

Ventola Cécile, *Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines*, Université Paris-Saclay et Université Paris-Sud, 2017.

Ventola Cécile, *Où est mon andrologue? Le tabou masculin en santé sexuelle et reproductive*, Institut d'Etudes politiques de Grenoble, 2011.

Verhoeven Timothy, « "Apostles of Continence": Doctors and the Doctrine of Sexual Necessity in Progressive-Era America », *Med. Hist.*, vol. 61, n° 1, 2021, p. 89-106.

Vienne Florence, « Der Mann als medizinisches Wissensobjekt: Ein blinder Fleck in der Wissenschaftsgeschichte », *NTM, International Journal of History & Ethics of Natural Sciences, Technology and Medicine*, vol. 14, n° 4, 2006, p. 222-230.

Villey Raymond, *Histoire du secret médical*, Paris, Seghers, 1986.

Vörös Florian, « Partager l'intimité des publics : genre, sexualité et complicité hégémonique dans une enquête en réception », *Sciences de la société*, n° 92, 2014, p. 193-207.

Vuille Marilène, « Gynécologie », dans Juliette Rennes (dir.), *Encyclopédie critique du genre*, Paris, La Découverte, 2016, p. 283-292.

Vuille Marilène, « L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980 », *Travail, genre et sociétés*, vol. 34, n° 2, 2015, p. 39-56.

Waidzunas Tom et Epstein Steven, « “For men arousal is orientation”: Bodily truthing, technosexual scripts, and the materialization of sexualities through the phallometric test », *Social Studies of Science*, vol. 45, n° 2, 2015, p. 187-213.

Waites Geoffrey M.H., « Development of methods of male contraception: Impact of the World Health Organization Task Force », *Fertility and Sterility*, vol. 80, n° 1, 2003, p. 1-15.

Walín Marie, *Savoirs sur l'impuissance sexuelle en Espagne (années 1780-années 1910). Contribution à une histoire de l'hétérosexualité*, Université Toulouse 2, 2021.

Walther Barnes Liberty, *Conceiving Masculinity. Male Infertility, Medicine and Identity*, Philadelphie, Temple University Press, 2014.

Watkins Elizabeth Siegel, « Medicine, Masculinity, and the Disappearance of Male Menopause in the 1950s », *Social History of Medicine*, vol. 21, n° 2, 2008, p. 329-344.

Watson Lindsay R., « Tom Tiddler's Ground: Irregular Medical Practitioners and Male Sexual Problems in New Zealand, 1858-1908 », *Medical History*, vol. 57, n° 4, 2013, p. 537-558.

Weiner Dora B. et Sauter Michael J., « The City of Paris and the Rise of Clinical Medicine », *Osiris*, vol. 18, 2003, p. 23-42.

Weisz George, *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford and New York, Oxford University Press, 2006.

Weisz George, « Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 156-157, n° 1, 2005, p. 37.

Weisz George, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social History of Medicine*, vol. 7, n° 2, 1994, p. 177-211.

Welzer-Lang Daniel, « La contraception masculine, ARDECOM et les groupes d'hommes, prémisses de l'évolution des rapports sociaux de genre », dans *La contraception masculine*, Springer-Verlag, 2013, p. 139-164.

Wilde Sally, « The Elephants in the Doctor-Patient Relationship : Patients' Clinical Interactions and the Changing Surgical Landscape of the 1890s », *Health and History*, vol. 9, n° 1, 2007, p. 2-27.

Wilmot Sarah, « Between the farm and the clinic: agriculture and reproductive technology in the twentieth century », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 38, n° 2, 2007, p. 303-315.

Wilmot Sarah, « From “public service” to artificial insemination: animal breeding science and

reproductive research in early twentieth-century Britain », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 38, n° 2, 2007, p. 411-441.

Wöllmann Torsten, « Zur Medikalisierung von Männlichkeiten Das Beispiel Andrologie », dans Mechthild Bereswill, Michael Meuser et Sylka Scholz (dir.), *Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit*, Münster, Verlag, 2007, p. 169-185.

Wöllmann Torsten, « Andrologie und Macht: Die medizinische Neuerfindung des Männerkörpers », dans Ilse Lenz, Lisa Mense et Charlotte Ullrich (dir.), *Reflexive Körper? Zur Modernisierung von Sexualität und Reproduktion*, Budrich, Opladen, Springer Fachmedien, 2004, p. 255-280.

Zancarini-Fournel Michelle, « Contraception et avortement dans les Antilles françaises (Guadeloupe et Martinique, 1964-1975) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, vol. 50, n° 2, 2020, p. 87-108.

Zancarini-Fournel Michelle, « Genre et politique: Les années 1968 », *Vingtieme Siecle: Revue d'Histoire*, vol. 75, n° 3, 2002, p. 133-143.

Zorgniotti Adrian W., « AUA Members, Branches, and Sections: Early Politics (1902-1919) », *Urology*, vol. 23, n° 5, 1988, p. 478-481.

Zorgniotti Adrian W., « The Creation of the American Urologist, 1902-1912 », *Bull. N.Y. Acad. Med.*, vol. 52, n° 3, 1976, p. 283-292.

Annexes

1. Glossaire des termes techniques et maladies
2. Description et modalités d'accès aux principaux fonds d'archives
3. Copie du dossier d'un patient du docteur Georges Bourguignon
4. Copie du dossier d'un patient du Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires

Annexe I. Glossaire des termes techniques et maladies

17-Cétostéroïdes urinaires : stéroïde possédant une fonction cétone sur le carbone 17 ou 20 du squelette des stéroïdes. Parmi les 17-cétostéroïdes se trouvent les androgènes et les oestrogènes. Le dosage des 17-cétostéroïdes à partir des urines est établi par colorimétrie de Zimmerman.

Azoospermie : absence totale de spermatozoïdes dans le sperme.

Blennorrhagie (aussi appelée gonorrhée, « chaude-pisse » ou « goutte militaire ») : infection sexuellement transmissible liée à la bactérie *Neisseria gonorrhoeae* qui provoque, chez l'homme, des écoulements purulents de l'urètre, des difficultés à uriner, des sensations de brûlure lors de la miction, des douleurs dans les zones génito-urinaires (testicules, rectum, urètre).

Canal déférent : canal situé entre les testicules et la prostate et qui permet aux spermatozoïdes de passer de l'un à l'autre.

Castration : ablation des testicules.

Circoncision : ablation totale ou partielle du prépuce, laissant le gland du pénis en permanence à découvert.

Cryptorchidie : absence d'un ou des deux testicules dans le scrotum.

Cystoscopie : examen de l'urètre et de la vessie pratiquée avec un appareil muni d'une source lumineuse.

Frein : membrane qui relie le prépuce à la base du gland du pénis.

Epididymite : inflammation de l'épididyme, conduit reliant le testicule à la prostate, généralement causée par une infection bactérienne.

Hydrocèle : pathologie causée par une accumulation de liquide dans une « poche » entourant le testicule, responsable d'une augmentation de volume du testicule.

Hypertrophie prostatique ou adénome prostatique : croissance excessive de la prostate qui gêne l'émission d'urine.

Hypospadias : variation du développement sexuel caractérisé par l'ouverture de l'urètre dans la face intérieure du pénis plutôt qu'à son extrémité.

Insémination artificielle : pratique de procréation médicalement assistée consistant à placer du sperme dans l'utérus sans rapport sexuel.

Lithotritie : technique chirurgicale consistant à introduire un instrument dans le canal de l'urètre pour détruire les calculs qui s'y sont formés.

Normospermie : sperme considéré comme normal.

Oligospermie : insuffisance de la production de sperme, ou faible quantité de spermatozoïdes dans le sperme.

Orchite : infection des testicules, généralement causée par un virus tel que les oreillons. L'infection se manifeste par le gonflement et des douleurs au testicule.

Phimosis : rétrécissement de l'extrémité du prépuce qui empêche de décalotter complètement et facilement le gland du pénis.

Pierre urinaire (ou calcul) : petite formation minérale dans le rein ou les voies urinaires (uretère, vessie, urètre). Les pierres urinaires peuvent nuire à l'écoulement de l'urine et causer d'intenses douleurs par l'augmentation de la pression dans le rein ou les voies urinaires.

Prostatite : inflammation douloureuse de la prostate, généralement d'origine infectieuse et bactérienne.

Rétention urinaire : incapacité à vider totalement ou partiellement la vessie.

Rétrécissement de l'urètre : réduction du conduit de l'urètre conduisant à une diminution ou un arrêt du flux urinaire.

Spermatogénèse : ensemble des processus qui aboutissent à la formation des spermatozoïdes.

Spermatorrhée : écoulement de sperme par l'urètre en l'absence d'éjaculation.

Suspensoir testiculaire : sous-vêtement masculin ressemblant à un slip utilisé pour le maintien d'une ou des deux testicules notamment dans les cas de varicocèle, hydrocèle ou encore d'épididymite.

Syphilis : infection sexuellement transmissible liée à la bactérie *Treponema pallidum*. La maladie se manifeste par un chancre et par des atteintes viscérales et nerveuses plus tardives.

Urétrite : inflammation de l'urètre généralement causée par des bactéries, champignons ou virus, notamment transmis sexuellement.

Varicocèle testiculaire : pathologie qui se caractérise par une dilatation des veines au niveau du cordon spermatique qui peut entraîner des problèmes de fertilité.

Vas deferens : Voir canal déférent.

Vasectomie : opération chirurgicale utilisée comme méthode de stérilisation qui consiste à sectionner ou bloquer les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes.

Annexe II. Description et modalités d'accès aux principaux fonds d'archives

Fonds Bourguignon – Académie de médecine

Description du fonds : L'égué par la famille de Bourguignon, le fonds, qui couvre la période 1876 à 1963, est disponible à la Bibliothèque de l'Académie de médecine à Paris. Certaines parties sont encore en cours d'inventaire. L'inventaire sera rendu disponible sur le catalogue en ligne des archives et manuscrits de l'enseignement supérieur (Calames). Une grande partie du fonds est constitué de dossiers de patient·es reçu·es par Bourguignon à son cabinet privé mais il contient aussi d'autres pièces (correspondances et autres items en cours d'inventaire).

Modalités d'accès : L'accès aux collections patrimoniales est soumise à une autorisation préalable, conditionnée par la justification d'une recherche. La reproduction, la publication et la citation des documents sont soumises à l'autorisation du Directeur de la Bibliothèque de l'Académie nationale de médecine dans le respect des dispositions du Code de la propriété intellectuelle.

Fonds de l'Asile de Bel-Air – Archives d'État de Genève

Description du fonds : Les dossiers de l'ensemble des patient·es de l'Asile de Bel-Air sont conservés au dépôt des Maraîchers (versement CHAEG 1998va013). Afin d'identifier des dossiers relatifs à certains diagnostics ou maladies, il est nécessaire de consulter les registres d'entrée et de sortie de l'Asile qui se trouvent aux Archives des HUG. Les numéros de dossiers indiqués sur les registres d'entrée et de sortie correspondent – à l'exception de quelques dossiers manquants – à ceux des dossiers conservés aux Maraîchers.

Modalités d'accès : L'accès aux dossiers de patients déposés aux Archives d'État de Genève dans le cadre de recherches médicales et historiques nécessite l'autorisation de la Commission cantonale d'éthique (CCER).

Fonds du Service sanitaire cantonal – Archives cantonales vaudoises

Description du fonds : Le fonds (ACV K VIII f) témoigne de l'activité du Service sanitaire cantonal, la première autorité de santé publique, de 1877 à 1973. Il comprend des dossiers spécifiques à des problèmes de santé publique (parmi lesquels la question des stérilisations et castrations), correspondances, procès-verbaux et des textes législatifs.

Modalités d'accès : Délai de protection spécial selon l'article 12 de la LArch : 10 ans après le décès, subsidiairement 100 ans après la naissance, subsidiairement 100 ans après l'ouverture du dossier.

Fonds du Centre hospitalier universitaire vaudois – Archives cantonales vaudoises

Description du fonds : Le fonds est constitué de dossiers de patient·es du Centre hospitalier universitaire vaudois classés par nature de maladie ou de traitement entre les années 1891 et 1932.

Modalités d'accès : L'accès aux dossiers de patients à des fins de recherche nécessite l'autorisation de la Commission cantonale d'éthique (CCER). La consultation à des fins privées dépend de l'autorisation de levée du secret médical accordée par le Conseil de santé par l'intermédiaire du médecin cantonal.

Fonds du Ministère chargé de la santé et de l'action sociale, direction de l'action sociale : politique de la famille – Archives nationales

Description du fonds : Le fonds, qui couvre la période allant de 1907 à 1975, est composé de documents provenant du Ministère chargé de la santé et de l'action sociale. Il comprend des documents liés aux politiques publiques en matière de santé et de familles (procès-verbaux, documentation, législation, conférences, réunions de conseils d'administration, correspondance). Parmi les différentes thématiques (prostitution, lutte contre l'alcoolisme, habitations à loyers modérés par exemple) se trouve également un dossier dédié aux questions démographiques qui comprend de la documentation au sujet du contrôle des naissances, de la contraception et de la lutte contre la stérilité involontaire.

Modalités d'accès : La plupart des documents sont librement communicables, suivant les délais définis par le Code du patrimoine aux articles L. 213-1 et L. 213-2.

Fonds de l'INRA – Archives départementales d'Indre-et-Loire

Description du fonds : Le fonds, qui couvre la période allant de 1962 à 2011, est composé de documents provenant des services d'appui à la recherche (documents généraux sur le fonctionnement du service et documents liés à l'histoire du centre de Tours) et de l'unité mixte de recherche de physiologie de la reproduction et des comportements.

Modalités d'accès : Librement communicable.

Annexe III. Dossier d'un patient du docteur Georges Bourguignon

Dossier n°2492 (retranscription)

Nom, prénom : [anonymisé]

Âge : 39 ans

Profession : Ingénieur chimiste

Dr : René Charpentier

Diagnostic : Impuissance sexuelle chez un malade ayant des signes de neurasthénie.

Notes de Bourguignon :

[date de la première consultation en 1939]

« Envoyé par le Dr René Charpentier (Neuilly-s-Seine).

Il y a 4 ans $\frac{1}{2}$, le malade, qui, jusque-là avait une vie sexuelle normale, est devenu impuissant le jour de son mariage.

Les fiançailles avaient duré 5 mois. Pendant les fiançailles, le malade s'est trouvé surmené parce que la fiancée habitant Marseille, il a dû faire le voyage de Paris-Marseille à presque toutes les semaines et que cette période a coïncidé avec un surmenage de travail (Le malade, ingénieur-chimiste, dirige une usine de fabrication de quinine).

D'autre part, pendant les fiançailles, le malade a eu quelques inquiétudes morales, en raison du caractère nerveux et impulsif de la fiancée et s'est même demandé si il ne se trompait pas.

Le malade dit que si, avant son mariage, il n'avait jamais eu de difficultés dans l'accomplissement de l'acte sexuel, cependant il n'avait que rarement des érections spontanées et que la présence auprès de lui ne lui en provoquait pas.

Pourtant il n'avait aucune crainte au point de vue sexuel pendant ses fiançailles.

Il est arrivé très fatigué au jour du mariage et là, il s'est aperçu qu'il n'avait pas d'érection et il n'a pas pu consommer le mariage.

Depuis lors, il n'a jamais pu avoir de rapports et on lui a conseillé de ne pas faire d'essais inutiles et le mariage n'est pas encore consommé.

Au bout de 2 mois de mariage blanc, le malade est allé consulter le Docteur M. qui a donné des calmants, des produits phosphorés et des produits aposthériques.

A partir du jour de son mariage et de la constatation de son impuissance, le malade est devenu inquiet et angoissé, fatigué, et il a perdu le sommeil. En même temps il est devenu très émotif.

A partir du moment où le Dr M. a soigné le malade, une amélioration s'est manifestée et s'est développée progressivement pendant 2 ans ; mais cette amélioration ne porte que sur l'émotivité, l'inquiétude, le sommeil et l'état de fatigue, mais il n'y a aucune modification de l'impuissance.

Au bout de 2 ans l'amélioration s'est arrêtée et l'état est actuellement le même qu'il y a 2 ans.

Sur ces entrefaites, il n'y a pas encore 2 ans [...] le Dr M. est mort.

Le malade a alors vu incidemment un médecin de Lyon qui lui fait faire de la strychnine qui ne lui a pas réussi, puis il a consulté le Dr R. Charpentier quelques mois après la mort du Dr M. et, depuis le Dr R. Charpentier soigne régulièrement le malade.

Le Dr R. Charpentier a conseillé au malade de se reposer et a donné des médicaments calmants du système nerveux et des médicaments à base de phosphore.

Il a fait faire en [un an plus tôt] une cure à Evian et le malade est alors resté 3 mois au repos [mois] à Evian.

Après ce séjour, le malade s'est trouvé mieux comme état général, comme force et au point de vue de ses hémorroïdes.

Il y a 2 mois, le Dr René Charpentier m'a écrit pour me demander si on pouvait agir par l'électrothérapie sur l'impuissance. Je lui ai répondu qu'on pouvait essayer soit la H.F, soit la statigne, soit la Diélectrolyse transcérébro-médullaire de Calcium.

Le Dr Charpentier a alors conseillé au malade de me voir, mais celui-ci a retardé à cause du surcroît de travail qu'il venait d'avoir.

Le malade a revu le Dr Charpentier le [quelques jours plus tôt], pour lui dire qu'il allait se mettre au repos et que, dans ce but, il abandonnera son affaire définitivement à la fin de [mois suivant]. Le Dr Charpentier a alors de nouveau conseillé au malade de venir me voir, et c'est ainsi que le malade a pris rendez-vous pour aujourd'hui par téléphone.

Etat actuel

1°) L'impuissance est totale comme il y a 4 ans ½ et comme elle l'est restée depuis cette époque.

2°) Le sommeil est maintenant assez bon et le malade ne prend plus rien pour dormir.

3°) L'état d'inquiétude et d'anxiété a complètement disparu.

4°) Le malade a, d'une manière générale, depuis 4 ans, une hypotension qui remonte par moments.

5°) Depuis quelques semaines le malade est fatigué et se plaint de céphalée à la [illisible] et de rachialgie.

En résumé, impuissance sexuelle chez un malade ayant des signes de neurasthénie.

Essayer la diélectrolyse transcérébro-médullaire de Calcium avec ingestion de 4 dragées de Drajéralcion.

[date de la seconde consultation près d'un mois plus tard]

Le malade a fait aujourd'hui la 15^e séance de la 1^{ère} série commencée le [date] 1939 et faite en 3 semaines et 2 jours, à cause des vacances..

Le malade trouve qu'il a mieux supporté la fatigue et, depuis 3 ou 4 jours, il sent un véritable coup de fouet.

Digérant mal le drajécalcion, le sommeil est un peu coupé en ce moment.

Par contre, au point de vue sexuel, il n'y a pas de changement appréciable. Cependant le malade dit qu'il a peut-être senti « une certaine pulsion », mais rien de bien notable.

En résumé, la tonicité nerveuse générale paraît un peu remontée mais il n'y a pas encore d'action au point de vue sexuel.

[Date de la troisième consultation, presque deux ans plus tard]

Le malade revient, après être resté depuis le [date de la deuxième consultation] sans revenir, à cause de la guerre, puis des événements de 1940.

A la suite de la série de 1939, le malade a été 15 jours à la campagne, puis 8 jours à Divonne. Dans cette période, le malade s'est bien porté. Puis il a été mobilisé pour une usine jusqu'en [date]

En août 1940, à Marseille, le malade n'ayant plus été loin depuis [date], est allé chez le Dr D. qui a fait une série de 12 séances de Diélectrolyse transcérébro-médullaire de Calcium, mais le malade dit qu'elle ne lui a pas fait le même bien que celle qu'il avait faite ici et il attribue cela à l'intensité trop faible que faisait le Dr D. qui faisait seulement 1 ou 17, au maximum, 2mtt, mais pas toujours.

[Quelques mois plus tard], à Vichy le malade a fait une série de 15 injections de cortico-surrénale chez le Dr P., puis une 2^e série semblable en [quelques mois plus tard].

Après la première série, bonne période. Moins bon résultat de la 2^e.

Au point de vue sexuel, pendant le repos qui a suivi la 1^{ère} série de Diélectrolyse, il y a eu une amélioration. Il y en a eu une autre après la 1^{ère} série de cortico-surrénale. Actuellement, l'état sexuel est revenu à ce qu'il était en 1939.

Il y a 3 semaines, à Marseille, le [illisible] a fait faire un traitement par ultra-calcine, à la suite duquel le malade a eu des maux de têtes et une très grande fatigue.

Rentré à Paris depuis 3 semaines, le malade a consulté le Dr Dalsace (Bd Haussemann) qui a fait arrêter l'ultra-calcine, mais a conseillé de reprendre le calcium sous une autre forme et le malade revient pour refaire la Diélectrolyse.

Etat actuel

1°) Depuis 3 ou 4 jours, le malade se sent mieux.

2°) Il se plaint encore de bourdonnements d'oreille, revenus depuis 1 mois et de manque de sommeil.

3°) Pas de céphalée. Bon appétit. Digestions et selles actuellement normales.
4°) Au point de vue sexuel, même état qu'en 1939.

5°) L'anxiété, disparue après la série de Diélectrolyse de 1939, n'est pas revenue.

6°) Tension artérielle encore un peu faible : dernière mesure par le Dr Dalsace n'a pas donné de chiffre, mais a dit que la tension était normale. Antérieurement, un médecin avait trouvé 12,5 pour la Mn.

7°) Pression au Pachon double brassard.

Bras gauche –

Mn = 14 – Mn = 8

Indice = 2,5 pour 11 et pour 10

En résumé, l'état sexuel est revenu le même qu'avant le traitement de 1939, mais l'état nerveux est resté amélioré, tout en étant moins bon qu'après le traitement de 1939.

Reprendre la Diélectrolyse transcérébro-médullaire de Calcium avec ingestion ».

Courrier du Dr René Charpentier en 1939 :

« Mon cher ami,

Je désirerais, si vous y consentiez, vous demander de traiter un malade que je soigne depuis plus d'un an pour un état d'asthénie accompagné d'impuissance sexuelle. Il me semble qu'un traitement électrique pourrait activer la convalescence de cet état, considérablement amélioré au point de vue général, et dont le réveil sexuel commence à se manifester un peu.

Qu'en pensez-vous ? Que lui feriez-vous ? (Cette dernière question m'étant posée par le malade).

Il s'agit d'un ingénieur, charmant homme que son état a jusqu'ici empêché de rendre effectif un mariage qui se place à l'origine des troubles. Je suis actuellement au repos dans le midi, mais vous pouvez me répondre à Neuilly d'où on fera suivre votre lettre.

Très cordialement à vous,

René Charpentier »

Réponse de Bourguignon sur la lettre de Charpentier :

« On peut essayer la Diélectrolyse des centres, la statigne et la H.F. Je suis à votre disposition pour essayer ces traitements. Si votre malade veut venir me voir, qu'il me demande un rendez-vous »

Annexe IV. Dossier d'un patient du Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires

Date de naissance du mari : [anonymisé]

Age : 29 ans

Profession : Industriel

Envoyé par : relation

Consulte le [...] 1965

Antécédents familiaux : [non rempli]

Antécédents personnels :

Maladie : Typhus à 12 ans

Traumatismes : 0

Opérations (non urologiques) : 0

Appendicectomie : NON Drainage : NON

Tuberculose : NON

Herniotomie : NON

Orchite : NON

Traumatisme testicule : NON

Blennorragie : OUI

Écoulement urétral : JAMAIS

Cystite : OUI intermittente depuis [date]

Dysurie : Jamais

Hématurie : Jamais

Cathétérisme : OUI

Irradiation RX : NON

Néphrite : NON

Hépatite : NON

Oreillons : OUI à 12 ans

Transfusion : NON

Cryptochidisme : OUI

Port de slip : NON

Bains chauds : OUI

Exposition fortes chaleurs : NON

Thrombophlébite : NON

Appétit : FORT

État général : ASTHENIE

Sommeil : SOMNOLENCE

Psychisme : Surmenage, nervosité, Médic : OUI, Librium

Opérations uro-génitales : NON

Anamnèse sexuelle (5 grossesses dans le présent mariage)

Nombre de mariages : 1

Nombre d'années de mariage : 7

Nombre d'enfants vivants : 0

Nombres d'avortements involontaires : 2 FCS + 3 Interr

Dernière conception en (année) : [date]

Age lors des 1ers rapports : 14-15 ans

Rapport avant/ou hors mariage : OUI

Masturbation adolescence (non répondu) Actuellement : NULLE
Erection : [nulle] NORMALE [rare]
Maintien de l'érection : BONNE [variable] [pauvre]
Pénétration : COMPLETE [incomplète]
Ejaculation : NORMALE [prématurée] [précoce] [nulle]
Lubrification : NON [oui] [parfois]
Contraception : JAMAIS [autrefois] [actuellement]
Méthode : CONDOM [coit interrompu] [diaphragme] [gelée seule] [cape] [douche vaginale]
[suppositoires] [intra-utérine] [orale] [combinée] [rythme] [température]
Usage [régulier] IRREGULIER
Echec : NON [oui] [mariage actuel] [autre partenaire]
1 FCS 6 ½ [date ?] et IFCS 3 ½ mois [date]
Fréquence 2-3x par semaine.
1FCS (2 ½ mois) œuf blanc [date], IFCS janvier [date] (3 mois) œuf blanc

Précédentes investigations

Spermogramme : NON [oui]
Biopsie testicule : NON [oui]
DOSAGES 17KS : NON [oui] [normaux] [abaissées] [élevées]
HPG : NON [oui]

Précédents traitements

Vitamines : NON [oui]
HCG : NON [oui]
Androgènes : NON [oui]
Thyroidiens : NON [oui]
Corticoides : NON [oui]
Antibiotiques : NON [oui]
Autres :
Date de la dernière médication hormonale :

Examen physique

Examineur : Dr J. Meylan
Date : [anonymisée]
Poids : 75,100 kg.
Taille : 176 cm
TAH : 12/1 éé/Hg
Pouls radial : 10 réfi/mm
Etat de nutrition : [déficient] NORMAL [obésité]
Type morphologique :
Pilosité : NORMALE [exagérée] [faible] [nulle]
Calvitie : NON [oui] Tempes marquées
Pigmentation : NORMALE [prononcée]
Acné : NON [oui]
Musculature : DEVELOPPEE [faible]
Amygdales : NORMALE [hyper] [opér.]
Dentition : BONNE [mauvaise] [appareil]
Thyroïde : NORMALE [augmentée]
Téguments : NORMAUX [moites] [secs]
Adénopathies : Axillaires : ABSENTES [présentes] [gauche] [droite]

Cervicales : ABSENTES [présentes] [gauche] [droite]
Inguinales : ABSENTES [présentes] [gauche] [droite]

Hernies : ABSENTES [présentes] [inguinale] [crurale] [ombilicale] [gauche] [droite]
Varices : ABSENTES [légères] [prononcées]
Œdème : ABSENT [léger] [prononcée]
Abdomen : NORMAL [doul.]
Mac Burney : [doul.]
Loges rénales : INDOLORES [douloureuse]
Cicatrices opératoires :
Foie : NORMAL [augmenté]
Rate : NORMALE [augmentée]
Auscultation cardiaque :
Auscultation pulmonaire :
Vergetures : NON [oui]
Gynécomastie : NULLE [vraie] [fausse]
Réflexes tendineux : [absents] [faibles] NORMAUX [hyperkinétiques]
Nystagmus : ABSENT [présent]
Trenor : ABSENT [léger] [marqué]
Réflexe pupillaire : NORMAL [absent]

Résumé des constatations de l'examen physique :
Normal

Examen uro-génital

Pilosité pubienne : NORMALE [pauvre] [féminine]
Scrotum : NORMAL [anormal]
Prépuce : NORMAL [circoncision] [phimosis]
Pénis : [normal] LARGE [petit]
Méat : NORMAL [anormal]
Écoulement : NON [oui]

GAUCHE :

Epididyme : NORMALE [anormale]
Déférent : NORMAL [absent] [épaissi]
Hydrocèle : NON [oui]
Varicocèle : NON [oui]
Testicules : SCROTAL [inguinal] [abdominal]
(petits)
FERME [mou]
Taille : 40x2.5x2.5

DROIT :

Epididyme : NORMALE [anormale]
Déférent : NORMAL [anormal] [épaissi]
Hydrocèle : NON [oui]
Varicocèle : NON [oui]
Testicules : SCROTAL [inguinal] [abdominal]
Taille : 40x2.5x2.5

Prostate : [normale] LARGE [petit] REGULIERE [irrégulière] [ferme] [molle] DURE DOULOUREUSE [indolore]

Résultat des spermogramme fait le [date]

Suivi de l'observation :

[dates] : Anamnèse + examen complet

[date 1]: Mme [nom] verra Prof. W et proposera TH du mari (voir avec Pr. W)

[date 2]: Prise de sang pr caryotype (Dr M.) faite chez Mme et Mr [patients].

Mr B. prendra contact pour TH par Pergonal (selon schéma : Lu, Mam Me, Je = lamp pergonal + Me, Sa = Pregynl 2x1500 MI (4 ampoules de 1500m par semaine)

Faire faire récolte 24h pr 17 céto

- 1) Avant TH
- 2) Idem après 1 semaine de TH
- 3) Spermogramme avant TH
- 4) Idem après 1 mois TH

[date 3] : 1) réorganisation vie hebdomadaire physique

2) pergonal à commencer

3) a faire : dsage 17 cs !

CAS PERDU – TERMINE

Questionnaire envoyé le [près de dix ans plus tard]

Diagnostic du couple

Nom (épouse) :

Nom (époux) :

Diagnostic provisoire :

Résumé de l'observation du [date]

Diagn. Clinique : Avortement habituel (dont 2 par œufs blancs)

Diagn. Anat. Path. : Caryogramme normal

Traitement :

Evolution :

Resumé de l'observation du Mari du [date][Informations ajoutées à la main]

Diagn. Clinique : Oligospermie grave. Hypertrophie testiculaire (essentielle ?)

Diagn. Anat. Path. : Hypergonatrophimie. Caryogramme normal.

Traitement : [non rempli]

Evolution : [non rempli]