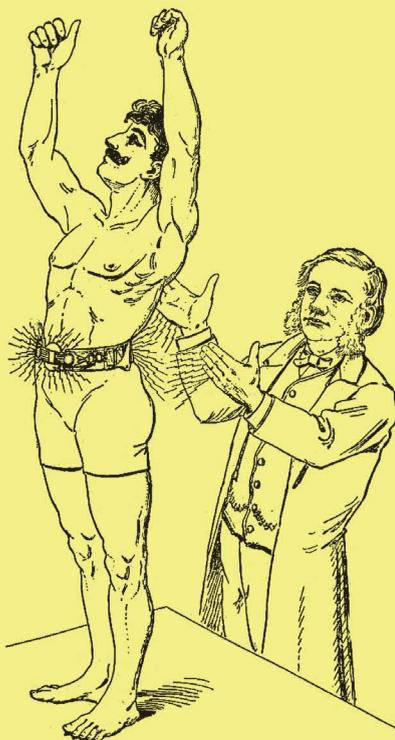


Camille Bajoux

Soigner la virilité

Une histoire de la santé masculine

Préface par Delphine Gardey



FORCE ET VIGUEUR pour Hommes Faibles

La **CEINTURE ÉLECTRIQUE** du D^r Sanden Traitement chez soi et par soi-même sans le secours d'aucune drogue, de la **NERVOSITÉ** et des **FAIBLESSES SEXUELLES** occasionnées par les excès, tels que l'**IMPUISSANCE**, le **MANQUE de VIGUEUR**, le **VARICOCÈLE**, les **PERTES SÉMINALES**, l'**ÉPUISEMENT**, etc...

éditions
BHMS

Bibliothèque d'histoire
de la médecine et de la santé

Soigner la virilité
Une histoire de la santé masculine

Image de couverture : Publicité pour la ceinture du D^r Sanden,
Le Petit Journal, supplément du dimanche, 5 avril 1903, libre de droits

L'étape de la préresse de cette publication a été soutenue par le
Fonds national suisse de la recherche scientifique

Cet ouvrage a également obtenu le soutien de

La Faculté des sciences de la société de l'Université de Genève,
Fonds Rappard

La Maison de l'histoire de l'UNIGE

Collection :

Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

© 2024 Éditions BHMS c/o CHUV

ISBN (Papier) 978-2-940527-32-8

ISBN (PDF) 978-2-940527-33-5

DOI : 10.37400/BHMS.27335

DOI : <https://doi.org/10.37400/BHMS.27335>



Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation,
y compris par la photocopie, réservés pour tous les pays.
Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons

CC BY-NC-ND

(Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification)

Livre open access : Publié avec le soutien du Fonds national suisse
de la recherche scientifique

Camille Bajoux

Soigner la virilité

Une histoire de la santé masculine

Préface par Delphine Gardey

éditions
BHMS

Bibliothèque d'histoire
de la médecine et de la santé

Sommaire

Note éditoriale	12
Remerciements	13
Abréviations	15
Préface	
Des <i>faillances</i> du masculin	17
Introduction	27
Partie I - Ce que la spécialisation fait du masculin	45
Chapitre 1	
Des spécialités des organes génito-urinaires	49
Une première phase de spécialisation : les voies urinaires	50
La multiplication des spécialités à la fin du 19 ^e siècle	54
Les contours flous de la médecine génito-urinaire	58
Chapitre 2	
L'andrologie, une médecine génito-urinaire	65
Une science de l'être humain	65
L'andrologie en terres anglo-saxonnes	69
Un épisode français de l'andrologie	75
Chapitre 3	
Définir, soigner les maladies masculines et se spécialiser	85
La reproduction masculine sous le regard médical	85
Entre corps et psyché : les troubles sexuels masculins	93
Les frontières hormonales de la masculinité	99
Épilogue	109

Partie II - Le marché thérapeutique de la santé masculine au début du 20^e siècle	117
Chapitre 1	
Une histoire pluraliste de la santé masculine	121
La production et la circulation de connaissances sur les sexualités	121
La consommation thérapeutique et les parcours de soin des patients	128
Les femmes, entre soins formels et informels	144
Chapitre 2	
Décrire la maladie et vendre son remède	155
Faire de la publicité et vendre par correspondance	155
Représenter les corps et les maladies masculines	168
Chapitre 3	
Des charlatans et « honnêtes hommes »	185
Désigner le « charlatan » : contours d'une crispation	185
Désigner le « bon médecin » : la déontologie médicale en question	197
Partie III - Corps, sexualités et masculinités dans la clinique	213
Chapitre 1	
Les sexualités masculines en pratiques	219
La fabrique de l'impuissance au cabinet du docteur Bourguignon	219
Les sexualités « déviantes » dans les pratiques asilaires romandes	248
Chapitre 2	
Les masculinités dans les interactions médicales	273
La relation médecin-patient : des rapports entre hommes	273
Des relations masculines comme rapports de pouvoir	291
La gestion de l'intime dans les interactions médicales	305

Partie IV - Les Trente Glorieuses : entre médecine « du couple » et médecine du masculin	319
Chapitre 1	
Des médecines de la stérilité masculine	323
Discipliniser la reproduction	323
Chapitre 2	
« Tout pour la femme, y compris l'homme » : le couple devant la médecine	353
Une offre médicale orientée vers les femmes	353
Des hommes dans des espaces féminins	371
Épilogue	
L'andrologie au tournant des années 1970	387
Conclusion	405
Sources et bibliographie	419
Index des noms de personnes	451

Note éditoriale

Ce livre est rédigé selon des pratiques d'écriture inclusive et épiciène. Étant donné que le sujet 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 la forme masculine soit utilisée. Les adjectifs, déterminants et participes passés sont accordés selon la règle de l'accord de proximité, soit avec le nom qui se situe au plus proche et qu'il qualifie.

L'orthographe des citations est corrigée quand il ne s'agit que de coquilles ; elle est conservée telle quelle quand elle donne une singularité au texte.

Les citations tirées d'ouvrages en langue étrangère font l'objet d'une traduction libre de l'autrice.

Remerciements

Ce livre est l'aboutissement d'un travail de thèse réalisé à l'Institut des Études genre de l'Université de Genève. Il n'aurait pas pu voir le jour sans le concours, l'aide et le soutien des personnes qui m'ont accompagnée et soutenue entre 2016, au moment où je démarrais cette thèse et 2022, l'année de sa soutenance. Je suis heureuse de pouvoir les remercier ici.

En plus de mes directrice et directeur de thèse, Delphine Gardey et Vincent Barras, je tiens à remercier toute l'équipe de l'Institut, les membres de mon jury de thèse dont les commentaires m'ont aidé à reprendre ce manuscrit ainsi que l'équipe de l'unité des Gender Studies à Linköping University pour leur chaleureux accueil.

J'aimerais aussi remercier particulièrement les personnes qui m'ont accompagnée d'une manière ou d'une autre dans ce travail : Marie, Alejandro, Manon, Margaux, Ben, Océane, Francesca, Lola, Leïla, Claire, Anouchka, mes parents, Anaïs, Yali, Carolina, Aline, Liz, Liliya, Solène, Marlyse, Éléonore, Toby, Davide, Sara et Alex. Un merci tout particulier à Jeby et à Nicolas pour leur présence constante tout au long de cette aventure.

Abréviations

17-CS	17-cétostéroïdes urinaires
AAAS	Association américaine pour l'avancement des sciences
AAPHP	Archives de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris
ACV	Archives cantonales vaudoises
AFU	Association française d'urologie
APA	Association pour l'autobiographie et le patrimoine autobiographique
APHP	Assistance publique des Hôpitaux de Paris
AAU	American Association of Urology
BnF	Bibliothèque nationale de France
CECOS	Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme
CESAI	Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires
CIDA	Comité internacional de andrología
CIFERN	Centre d'information familiale et de régulations des naissances
CSP	Conseil de surveillance psychiatrique
ESCO	European Sterility Congress Organization
FMH	Fédération des médecins suisses
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IAD	Insémination artificielle avec sperme de donneur
INRA	Institut national de recherche agronomique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MFPF	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

Préface

Des *faillances* du masculin

L'enquête prend la forme d'une énigme. Existe-t-il une science du masculin ? Les hommes n'ont-ils pas été confrontés à des problèmes sexuels et reproductifs ? Ne le sont-ils pas encore ? La singularité de leurs organes et de leurs maux n'a-t-elle jamais attiré l'attention des médecins ? Vers qui se sont-ils tournés pour être entendus et soignés ? Quelles ont été les spécialités, savoirs et thérapies mobilisées à leur profit ?

Le livre de Camille Bajoux propose l'une des premières histoires en langue française de « l'andrologie », cette spécialité médicale qui ne s'est pas développée ni institutionnalisée contrairement à son pendant féminin la « gynécologie ». L'énigme s'épaissit. L'andrologie, terme peu répandu, rarement utilisé, semble renvoyer à une spécialité médicale confidentielle. Le dominant se serait-il oublié ? La masculinité comme privilège n'aurait-elle pas été capable de susciter des connaissances stables et repérables à l'endroit de ce qui la caractérise *médicalement* ? Les « hommes » n'auraient donc ni sexe, ni sexualité, ni reproduction ?

Il est possible de répondre par la positive et par la négative à ces questions et c'est ce à quoi les recherches conduites par Camille Bajoux dans le présent ouvrage s'attaquent.

Oui, le dominant s'est oublié, se concentrant sur son alter ego – sa « différence » ; celle dont la nature hypostasiée sera définie comme un destin ; celle dont il fera le site privilégié de sa curiosité savante. Arrimées à la nature, les femmes se voient dédiées à la science médicale dès l'époque moderne. Paré des atouts de la culture (ou de la culture de la non-culture dirait Donna Haraway), l'Homme (*majuscule*, universel) se tenant sur les épaules des hommes (*minuscule*, occidentaux) s'est émancipé avec les Lumières des pesanteurs et des dépendances de la chair. Ouvrant la genitalité féminine à tous les vents d'un geste

intrusif, expert et expérimentateur, sujet, plutôt qu'objet de la connaissance, il s'est coupé de la possibilité de se connaître comme catégorie non abstraite (et justement récemment inventée). Alors que la maternité et la reproduction se font magistère et privilège féminins aux 18^e et 19^e siècles, les privilèges et le magistère masculins ne peuvent se définir qu'ailleurs. Ainsi, les hommes occidentaux – bien que dominant les rapports sociaux de genre et le monde social de la connaissance savante et médicale – se sont-ils durablement exclus d'un appétit de connaissance (*libido sciendi*) qu'ils réservent au corps féminin et au terrain génital et pelvien.

Pourtant, *non*, et c'est tout l'enjeu de l'enquête et de ce livre, les hommes ne se sont pas entièrement oubliés quand il s'est agi de leurs souffrances *viriles*. Camille Bajoux ressuscite acteurs, lieux, instruments, savoirs, remèdes et thérapies mobilisés autour des maux masculins. Plus précisément, puisqu'il est délicat d'entreprendre une histoire « en absence », il s'agit de partir à la recherche des traces éparses des troubles et maladies de l'appareil génital et reproducteur masculin et de la façon dont ils ont été exprimés, pris en charge et soignés en France et en Suisse romande au cours d'une longue période historique, allant des années 1890 aux années 1970.

Mais comment enquêter sans lieu identifié, espace institutionnel dédié ? Il y a dans le travail réalisé par Camille Bajoux un véritable tour de force pour « inventer » cette *archive du corps* du masculin. Revues médicales et scientifiques, annuaires médicaux et de commerce forment un premier corpus. Un second corpus est constitué de dossiers de patients. Sources originales, véritablement débusquées, qui, à la Faculté de médecine de Paris, avec le Fonds Bourguignon (alors encore en inventaire) ; qui, dans des cabinets privés ; qui, encore pour la Suisse romande, du côté des institutions hospitalières et asilaires (avec les dossiers des internés de l'Asile de Bel-Air entre 1900 et 1966 et les expertises psychiatriques de stérilisation et castration des années 1920-1960). À cela s'ajoute un détour du côté des archives de la chaire d'urologie à Lyon ; l'analyse de rapports d'activité de services hospitaliers dans différents contextes ; l'étude de dossiers biographiques de médecins et des archives institutionnelles

de santé publique. L'enquête explore encore les exercices non officiels, voire illégaux, de la médecine via publicités, prises de brevet, contrôles sanitaires ou affaires criminelles. Il y a là des incursions fertiles sur ces « marchés de la sexualité » admirablement investigués dans la thèse soutenue entre-temps par Pauline Mortas et portant sur les *Articles intimes pour dames et messieurs* (Paris 1 Panthéon-Sorbonne 2023) dans la France des années 1890-1930. L'archive orale, n'est, pour finir, pas négligée par Camille Bajoux, avec pour la fin de la période considérée, l'exploitation des entretiens collectés par l'Institut national de recherche agronomique auprès des pionniers de l'insémination artificielle en France et le travail sur la sexualité ordinaire des hommes via l'exploitation du Fonds Ménie Grégoire – une autre façon d'accéder aux voix des patients.

Cet ouvrage offre ainsi une plongée dans les transformations des savoirs médicaux et des approches cliniques du masculin. Il s'ouvre justement sur la question de l'impossibilité de faire « discipline » ou « spécialité » du « masculin ». Reprenant une question classique en histoire de la médecine, il s'agit de rendre compte des possibilités et conditions d'émergence de champs et sous-champs médicaux, mais aussi de détailler ce qui relève de la science ou de la médecine ou encore de la médecine « officielle » ou, plus largement, des marchés « thérapeutiques » compris comme l'espace des pratiques médicales et non médicales de la prise en charge des « maux » de la masculinité.

L'approche de Camille Bajoux se situe entre une « histoire par le bas » et la mobilisation plus classique (et tout aussi nécessaire) des sources qui permettent de rendre compte des catégories d'analyse et d'interprétation des médecins (« le haut »). La stratégie vise à confronter ces points de vue afin de témoigner des ressources dont peuvent ou non s'emparer les patients suivant les contextes et les périodes. Au-delà de certains espaces légitimes et légitimés (quoique souvent discrets) d'exercice de la médecine des défaillances sexuelles et reproductives masculines, il s'agit de donner à voir la palette des solutions et de remédiations non médicales ou non officielles qui s'offraient aussi aux hommes en quête de soins.

Au plan plus officiel, de la médecine instituée, on suit la variété des champs médicaux impliqués sur le long terme : autour des maladies vénériennes et avec la dermatologie, mais aussi l'urologie (qui gagne un temps une sorte de monopole sur le terrain génito-urinaire) ou encore la gynécologie (pour les questions d'infertilité). C'est ensuite, avec l'émergence et le développement de l'endocrinologie sexuelle, l'essor des interprétations et des remédiations gonadiques et hormonales, mais aussi la mobilisation de la psychiatrie, de la sexologie, de la psychologie, ou encore des nouvelles « sciences de la reproduction ». Le livre propose un parcours inédit, riche, détaillé, situé, réflexif à propos de quatre-vingts ans d'histoire de la santé masculine. En tous lieux est posée la question : quelles sciences du masculin ? C'est-à-dire : quels savoirs, quelles pratiques cliniques, quelles connaissances des maladies, mais aussi, quels traitements et quelles prises en charge ? Plusieurs fois le scénario se répète : « sciences du masculin » n'équivaut pas à « science de la masculinité », ni à une prise en charge ciblée et définie des affections sexuelles et reproductives des hommes – tant s'en faut. Par deux fois, par exemple, à la fin du 19^e siècle comme dans les années 1950, l'urologie échoue à émerger comme « andrologie » au sens où les savoirs et pratiques andrologiques y demeurent à la périphérie des savoirs et des pratiques des urologues.

Un autre atout du travail de Camille Bajoux est de chercher ce qu'il en est des demandes et des besoins des hommes en termes d'information, de conseil, de prise en charge et de traitement des maux dont ils souffrent. Ciblés principalement pour lutter contre les maladies vénériennes (au titre de la prophylaxie) dans le dernier tiers du 19^e siècle, ils sont destinataires dans les années 1910-1940 d'ouvrages de vulgarisation sur l'hygiène du mariage et les questions sexuelles. On vient proposer ici des informations sur la sexualité, la procréation, la contraception : « ce que tout jeune homme », « tout homme marié », « tout homme de 45 ans » ... « devrait savoir ». Plus loin, il est question d'autres espaces et d'autres pratiques : comment, face aux « maladies secrètes » des hommes, les villes thermales peuvent-elles faire valoir les actions curatives de leurs eaux ? Il y a là des pages d'anthologie sur l'usage des stations thermales

pour le traitement des maux masculins : si, à Saint-Sauveur dans les Hautes-Pyrénées, on améliore « prostatite chronique, stérilité masculine et neurasthénie urinaire », la Suisse et son tourisme thermal et alpin ne sont pas en reste d'un marché thérapeutique qui s'adresse aux classes masculines privilégiées.

L'attention aux inégalités sociales, au rapport social de classe et d'autorité que constitue la rencontre clinique (médecin/patient) est aussi un fil intéressant tiré tout au long de l'ouvrage. Plus encore, ce rapport se nouant autour des maux et troubles de la masculinité, il s'y joue la définition d'un paternalisme, d'une empathie, d'une complaisance parfois, à l'endroit de patients dans les souffrances desquels les médecins se reconnaissent. Camille Bajoux défend la thèse d'une évolution de la sensibilité des médecins dans la prise en charge de leurs patients. Grâce aux sources originales que constituent les dossiers de patients (et notamment ceux ayant consulté pour impuissance sexuelle au cabinet privé du neurophysiologiste français Georges Bourguignon entre les années 1920 et 1950), mais aussi grâce aux rapports et aux correspondances, on entre dans le secret des cabinets médicaux, au cœur des interactions médecins-malades concernant des maladies qui touchent à l'intime. On y lit une certaine connivence et solidarité au nom d'une masculinité commune et ce, malgré la relation asymétrique constituée par la situation médicale, les rapports inégaux d'autorité et souvent (mais pas toujours) de classe.

Jusqu'à quel point, en effet, le praticien se doit-il d'être empathique et qu'impose la déontologie médicale ? Faut-il épargner l'estime toute masculine du patient (sa virilité), passer certaines pathologies sous silence par discrétion ou au contraire alerter par devoir ? Les recherches conduites par Camille Bajoux témoignent de ces questionnements au début du 20^e siècle : ici, un médecin qui hésite à révéler à la future épouse que son fiancé est atteint d'une infection vénérienne susceptible de la contaminer ; ailleurs, un praticien qui juge préférable de ne pas informer un patient de son infertilité pour le ménager et conserver « l'harmonie d'un ménage ». La perspective de genre adoptée par Camille Bajoux permet de déployer cette casuistique, faite de considérations médicales, professionnelles et

morales, qui participe de la définition de ce qui constitue une « bonne » prise en charge médicale et donc indissociablement sociale, de la virilité.

L'attention au genre comme rapport de pouvoir, permet encore de mettre en évidence le rôle joué par les épouses et mères dans le soutien (physique, matériel et émotionnel) apporté aux défaillances sexuelles et reproductives de leurs maris et fils. « Médecins du foyer », les femmes sont d'abord celles qu'on ausculte et qui passent sous l'examen approfondi du médecin en cas de problème conjugal (c'est-à-dire sexuel) ou procréatif. Camille Bajoux montre que le changement de paradigme en la matière est tardif, autour des années 1950, date à partir de laquelle on commence véritablement à s'intéresser aux déterminants biologiques (via l'analyse du sperme) de l'infertilité masculine. Puissance sexuelle et infertilité demeurent en effet irrémédiablement imbriquées dans les perceptions des patients comme dans celles de certains médecins et ce, en dépit de leurs connaissances comme de l'existence de nouvelles pratiques cliniques. Il en ressort une capacité moindre à prendre en charge les défaillances de la fonction reproductive masculine, un retard manifeste dans les connaissances qui impactent diagnostics et traitements de l'infertilité chez l'homme.

Mieux, les femmes sont les médiatrices et remédiatrices des maux masculins. Elles consultent avant d'envoyer monsieur chez le médecin. Elles l'accompagnent, l'entourent, l'informent, gèrent les interactions avec le corps médical quand il n'est d'autre solution que de consulter. Ce « maternage » de la relation conjugale (dans ses dimensions sexuelles et reproductives) renvoie à d'autres prises en charge (comme les théoriciennes du *care* l'ont mis en évidence et ont permis de l'établir). Dans un contexte où la médecine reproductive et les méthodes de contraception médicales se concentrent sur le féminin (comme les travaux des historiennes Lara Marks, Nelly Oudshoorn, Irma Van der Ploeg ou Ilana Löwy l'ont montré et comme on peut le voir récemment mis en évidence dans les travaux d'Aurore Koehlin et de Cécile Ventola, avec les répercussions en termes de prise en charge de la contraception dans les scripts sexuels investigués par Cécile Thomé), il peut être désormais établi que les femmes ont pris et

prennent en charge les défaillances sexuelles et reproductives de leurs conjoints masculins et se trouvent placées au centre soit de l'attention médicale, soit de la gestion de leur parcours médical.

Encore un point de force parmi d'autres à noter dans cet ouvrage : la mise en évidence du recours à l'organothérapie et à l'endocrinologie dans les années de l'entre-deux-guerres pour soigner les maux des hommes. La « neurasthénie masculine », déjà présente à la fin du 19^e siècle, devient un *topos* de la « crise de civilisation » et de la masculinité (qui semble lui être consubstantielle) après la Première Guerre mondiale. L'enjeu est alors de « revitaliser » et de « régénérer » cette masculinité affaiblie et défaillante. L'organothérapie, pour partie, y pourvoit – avec, au-delà des injections et prises de solutions d'hormones, ces opérations rares mais édifiantes de « greffes testiculaires ». Le pendant en est l'émergence d'une science médicale du traitement des perversions masculines qui découle d'une même lecture de la « prévalence d'organe », de la gonade ou de l'hormone comme facteur causal de la perversion. Des développements très intéressants sont ici à remarquer sur le traitement des déviances masculines avec, outre l'enfermement, le recours aux castrations physiques et chimiques.

On signalera enfin, l'esquisse d'une histoire qui serait à poursuivre, autour de la focalisation microscopique et biochimique sur le sperme qui intervient dans les années 1950. À partir de cette période, le couple devient à proprement parler « l'unité biologique » de base pour les médecins de la reproduction qui étudient les « unions stériles ». Camille Bajoux revient sur les controverses qui entourent en Grande-Bretagne, en France, puis en Suisse, l'utilisation de l'insémination artificielle avec donneur. On a oublié l'intensité des débats suscités par ces innovations médicales et sociales : question de moralité et de légalité ; crainte de la dissolution du mariage ; crainte de l'adultère. La solution du secret (et de l'anonymat du donneur) semble atténuer le risque que l'existence du donneur fait courir à l'unité et la stabilité du mariage et de la famille, mais aussi au « bien-être » du mari. Les questions posées par le recours à l'insémination par donneur dans les années 1950 renvoient, par ailleurs, à d'autres questions, toujours actuelles dans le champ

de la biomédecine et de la médecine de la reproduction. Elles ont trait à la façon dont les médecins, hier comme aujourd'hui, agissant aux frontières de cadres légaux peu ou mal définis, contribuent à façonner et à redéfinir les frontières du vivant et de la parenté, des sciences et de la société.

De mille et une façons, on le voit, cette enquête nous conduit sur des terres neuves et peu explorées. *Oui*, les rapports de pouvoir et de savoir en tant qu'ils sont aussi des rapports de genre ont façonné les possibles en matière de connaissance et l'ont fait en partie au détriment des « hommes ». Il y a donc plus d'une leçon à tirer des formes sociales de production de l'ignorance, ces *faillances* masculines, et les enjeux sociaux qu'elles révèlent.

Delphine Gardey

Introduction

À l'automne 1991, la une du journal lausannois *Le Nouveau quotidien* décrivait le déferlement imminent d'une « révolution sexuelle masculine ». À en croire l'article, le temps était arrivé pour la virilité de « s'émancip[e[r]] » de « l'image sociale et psychologique de l'homme rigide, solide et toujours prêt ». Signe de ces transformations 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 désemploient 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 psychanalyste¹.

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 médicales² », l'andrologie aurait le potentiel de libérer les hommes écrasés sous le poids des normes viriles. L'andrologue deviendrait ainsi un « confident » auquel les hommes se confieraient « plus facilement [au sujet de] problèmes culpabilisants ou traumatisants qui empoisonnent leur vie » sans avoir à se questionner au sujet « du choix du spécialiste adéquat³ ».

1 *Le Nouveau quotidien*, 1991, 1.

2 *Nau* 1981.

3 *Lincio* 1985, 5.

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 occidentaux. 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 pathologie de l'appareil génital masculin, la connaissance des particularités physiologiques, pathologiques et psychologiques du sexe masculin⁴ ».

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 lorsque j'expliquais mon sujet de recherche : pour la plupart des personnes le terme d' « andrologie » était même tout à fait inconnu. Comment expliquer cette méconnaissance ? Pour répondre à cette question, il faut tout d'abord s'intéresser au statut, marginalisé, de cette discipline. Dans la plupart des pays occidentaux, l'andrologie 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 n'est désignée comme relevant de l'andrologie. 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 territoire. Or, la reconnaissance de l'andrologie a des effets très

4 SALF 2023.

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 soulignait ainsi que l'andrologie « apparaît particulièrement peu développée au regard des besoins considérables du public masculin, en matière de consultation de santé reproductive⁵ ».

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 à l'infertilité masculine sont d'abord urologues, gynécologues, endocrinologues ou médecins généralistes. Or, comme le 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 femmes⁶ ».

Ces dernières années, cette asymétrie de genre a surtout été interrogée dans les mouvements militants et les travaux féministes sous l'angle de l'inégale charge du « travail contraceptif⁷ ». La « crise de la pilule » survenue en 2013 suite à la révélation de risques veineux chez les utilisatrices de pilules nouvelles générations a mis en évidence le fait que les méthodes de contraception s'adressent surtout aux femmes. En effet, parmi la quinzaine de méthodes listées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 11 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). 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

5 Hamamah/Berlioux 2022, 65.

6 Ventola 2011, 6.

7 Thomé/Rouzaud-Cornabas 2017.

une certaine mesure, le préservatif (masculin ou féminin). Par conséquent, la stérilisation masculine (vasectomie) est l'unique méthode à la seule charge des hommes⁸.

Suivant la dénonciation de cette inégale charge contraceptive, un renouvellement de l'historiographie féministe s'est interrogé sur les origines de « l'évidence sociale et médicale » de la pilule ainsi que sur la « norme gynécologique » poussant les femmes à consulter régulièrement un-e professionnel-le de santé pour un suivi gynécologique⁹. L'entrée par les pratiques contraceptives a ainsi permis d'interroger la manière dont la responsabilité procréative est genrée au sein des couples hétérosexuels, mais aussi chez les professionnel-le-s de santé¹⁰. Cécile Ventola a ainsi montré le rôle que joue la structuration des systèmes de santé sur les pratiques contraceptives. Au Royaume-Uni, 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-trice-s s'appuient plus volontiers sur leurs représentations genrées¹¹. En s'intéressant à l'histoire de cette pratique de stérilisation volontaire, le récent travail d'Élodie Serna permet d'interroger à nouveaux frais le genre du travail contraceptif. Dans l'entre-deux-guerres, la vasectomie est employée dans un cadre thérapeutique pour rajeunir les hommes et promue comme méthode eugéniste de sélection des naissances. Pratiquée clandestinement à des fins contraceptives par des réseaux d'hommes proches des milieux anarchistes et libertaires, la vasectomie fait cependant l'objet d'une sanction morale, politique et pénale dès lors qu'elle s'accompagne de revendications d'autonomie corporelle et de droits reproductifs¹².

Avec la « découverte » puis la synthétisation des hormones sexuelles dans l'entre-deux-guerres, la chercheuse Nelly Oudshoorn montre que la médecine de la reproduction s'oriente davantage vers l'étude des hormones dites « féminines » en raison

8 Ventola 2017.

9 Par exemple Koechlin 2021 ; Roux 2020.

10 Thomé 2019 ; Rusterholz 2017 ; Ventola 2017.

11 Ventola 2017.

12 Serna 2021a.

d'un accès facilité aux corps des femmes, garanti par les réseaux déjà existants de gynécologie¹³. Plusieurs décennies plus tard, alors que l'OMS prend l'initiative de coordonner un réseau de recherche mondial sur la contraception masculine, le développement d'une « pilule masculine » se heurte à l'absence d'une spécialité dédiée à la santé des hommes, ce qui nécessite de créer des infrastructures, de recruter et former des professionnel-le-s et de définir de nouvelles catégories de patients. Ainsi, les travaux de sociologues et d'historien-ne-s ont mis en évidence que l'absence d'une spécialité consacrée à la santé masculine pèse grandement sur la production des connaissances et l'innovation technique¹⁴.

À l'inverse, c'est sur le corps des femmes que se constitue la plupart des savoirs de la médecine reproductive du 20^e siècle. 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 19^e siècle : la gynécologie. En tant que « science de la femme » la gynécologie définit les femmes comme un groupe spécial de patientes auxquelles sont dédiées des sociétés savantes, des revues et des services hospitaliers. 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 passé¹⁵.

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. Quelques travaux, plus rares, se sont penchés sur l'histoire de l'androgologie en tant que discipline médicale. La thèse

13 Oudshoorn 1994.

14 Almeling 2020 ; Daniels 2006 ; Oudshoorn 2003.

15 Moscucci 1990, 32.

de Timothy O'Neill, formulée comme critique des arguments d'Ornella Moscucci, montre ainsi l'existence, puis la disparition, d'ouvrages et de sociétés savantes portant le nom d' « andrologie » entre la fin du 19^e siècle et les années 1920¹⁶. En Allemagne, l'historien Torsten Wöllmann a étudié la constitution de groupes d'andrologie à partir des années 1960 et 1970¹⁷. 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 1935¹⁸. À partir d'entretiens avec des andrologues français, le travail de mémoire de Cécile Ventola met quant à lui en évidence les mécanismes contemporains de marginalisation de la discipline et les représentations de genre des professionnel-le-s¹⁹.

Une dernière étude plus fouillée a été publiée récemment par la sociologue Rene Almeling. Son ouvrage intitulé en clin d'œil *GUYnecology : The missing science of men's reproductive health* décrit l'histoire de l'« échec » de l'andrologie au 20^e siècle. Après des premières tentatives d'institutionnalisation dans les années 1890, l'andrologie aurait disparu avant de surgir à nouveau dans les années 1960 et 1970. Entre ces deux moments séparés de plus de 70 ans, Almeling 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 masculin²⁰ ».

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'une attention similaire à celle accordée à la santé des femmes alors même que la médecine était dominée par des hommes jusqu'à la fin du 20^e siècle ? Pourquoi dispose-t-on de si peu de connaissances

16 O'Neill 2003.

17 Wöllmann 2007 ; 2004.

18 Carrara 2004.

19 Ventola 2011.

20 Almeling 2020, 55.

sur la reproduction masculine alors que les corps masculins ont longtemps été décrits comme des corps « standards » de la recherche médicale ? 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 l'idée, centrale depuis la fin 18^e siècle, qu'il y aurait une différence biologique fondamentale entre les deux sexes, au point même que ceux-ci sont régulièrement décrits comme étant « opposés ». Cette conception dualistique implique aussi une répartition mutuellement exclusive des caractéristiques corporelles sexuées (le fait d'être « standard » ou « reproductif ») qu'Almeling 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 pas²¹ ». 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. Tout comme Timothy O'Neill, Almeling considère aussi que l'association de l'andrologie avec la sexualité illicite et les maladies vénériennes aurait précipité l'échec de la discipline à la fin du 19^e siècle²².

D'autres travaux ont davantage mis l'accent sur l'absence de demande d'une spécialité dédiée à la santé masculine. Ainsi, 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 hommes²³ ». L'historienne Rose Holz souligne aussi les mobilisations collectives des usagers. Là où les mouvements de femmes et les mouvements féministes ont contribué à faire de la reproduction l'un de leurs champs d'expertise (par la valorisation de la maternité ou les luttes pour l'avortement et la

21 Almeling 2020, 13.

22 Almeling 2020 ; O'Neill 2003.

23 Barnes 2014, 24.

contraception), il n'y a pas eu d'organisations masculines revendiquant une meilleure prise en charge de leur santé reproductive²⁴.

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 19^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 20^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 livre. En partant du constat de l'absence d'une spécialité médicale dédiée au masculin, je me suis attachée 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. Pour ce faire, je m'appuie plus particulièrement sur les contextes de la France et de la Suisse romande, où l'histoire de l'andrologie demeure à ce jour inexploree. 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 masculines, je souhaite plutôt montrer la diversité des configurations des pratiques médicales.

Les perspectives à la fois suisse et française permettent ainsi de dénaturaliser 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 santé publique. En effet, là où les cantons romands mettent en

24 Holz 2007.

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 « dépopulation ». 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. Parmi les cantons, je me suis attardée sur les cas de Genève et de Vaud, les deux seuls à disposer d'une Faculté de médecine. Ces choix ont guidé ma recherche et en informent aussi les limites : une partie de la littérature germanophone reste à explorer.

Croisant histoire sociale de la médecine, histoire du genre et histoire des masculinités, ce livre 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 (AAAS) en 1890 et celle de la *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie* [ci-après *Revue clinique*] 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 qui reviennent respectivement sur les origines de l'urologie et sur les premiers usages du terme « andrologie » depuis le début du 20^e 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.

Je me suis longuement interrogée sur ce que signifiaient les qualificatifs « homme » et « masculinité » dans ce travail. Comme le souligne l'historienne Francesca Arena, une perspective d'histoire de la santé implique justement d'interroger la pertinence des catégories de sexe pour ne pas courir le risque de

« reproduire, dans ce champ particulier du gouvernement des corps, une vision essentialiste, réductionniste, biologique (...) des sexes²⁵ ». Écrire un livre sur les maladies des hommes ne suffit pas pour parler de masculinité. Pour ce faire, je m'appuie sur une littérature foisonnante d'études critiques sur les masculinités, développées au sein de la sociologie et de l'historiographie. Celles-ci s'articulent autour de deux aspects : d'une part la reconnaissance qu'une théorisation des masculinités inclut 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 hommes²⁶. 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 donnée. 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 est déniée 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 classe²⁷.

L'utilisation du concept de « masculinité hégémonique » n'a pas été sans poser problème à la discipline historique. Si l'approche de Connell demeure pertinente en l'absence d'autre cadre théorique, le défi consiste à trouver des moyens d'étudier ces relations de pouvoir du côté de l'histoire²⁸. 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

25 Arena 2021, 9.

26 Brod/Kaufman 1994.

27 Connell 2005.

28 Griffin 2018.

ni en justifier l'usage. Malgré des déclarations de principe, ces travaux ont ainsi souvent participé à figer et à essentialiser leur objet d'étude²⁹. Soulignant le risque anachronique que représente l'emploi d'un terme peu présent dans les sources, certains historien-ne-s préfèrent plutôt parler de « virilité » pour évoquer les normes et valeurs légitimant la domination masculine³⁰. Je m'inspire ici de la position de l'historienne Anne-Marie Sohn qui propose d'employer le terme de « virilité » lorsqu'elle fait référence aux sources, mais celui de « masculinité » pour renvoyer à l'appareil théorique et analytique³¹. 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.

S'intéresser aux masculinités implique aussi 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 ce livre 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 de chair, socialement situés, qui construisent et incarnent certaines formes de masculinité. En même temps que je m'attache à montrer les dynamiques à l'œuvre dans la fabrication d'un savoir spécialisé, j'interroge aussi 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 « homme » et « masculin » seront utilisées pour faire référence aux corps et personnes perçues comme cisgenres dans le regard médical.

29 Benvindo 2009 ; Tosh 2004.

30 Courtine 2011.

31 Sohn 2009.

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 spécialisation autour de la santé sexuelle et reproductive masculine, le matériau rassemblé dans ce livre 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 à la reproduction masculine (impuissance sexuelle, stérilité masculine, « perversions sexuelles », maladies de la prostate ou des organes génitaux, etc.). 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 des formes de spécialisation à l'œuvre. Inspirée par le travail fondateur de George Weisz³², j'ai également consulté des annuaires médicaux et du commerce pour rendre compte des formes de spécialisation et de la manière dont le marché thérapeutique pouvait apparaître aux hommes à la recherche de soin.

La partie la plus conséquente de mon corpus est constituée de dossiers de patients. J'ai tenté, autant que possible, d'avoir accès à des dossiers de patients de natures diverses, reflétant à la fois une certaine variété en termes de types de patients, mais aussi d'institutions et de spécialistes. 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). Je me suis notamment appuyée sur le fonds de l'urologue Joaquín Albarrán,

32 Weisz 2006.

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. À Paris, j'ai également consulté le fonds du médecin neurophysiologiste et spécialiste de l'électricité Georges Bourguignon (1876-1963), légué à l'Académie de médecine. Un grand nombre de dossiers de patient-e-s 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). En Suisse romande, les dossiers de patients que j'ai analysés sont principalement issus d'institutions hospitalières et asilaires. À Genève, j'ai étudié 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 ainsi qu'une vingtaine de dossiers du Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires (CESAI), fondé en 1966 auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans le canton de Vaud, j'ai consulté des expertises psychiatriques produites dans le cadre des procédures de stérilisation et de castration eugénistes et thérapeutiques entre les années 1920 et 1960 ainsi que des dossiers de patients de la Clinique dermatologique de Lausanne entre 1891 et 1943.

En l'absence d'une spécialité médicale dédiée à la santé sexuelle et reproductive masculine, les dossiers de patients m'ont permis non seulement 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 générale, etc.) s'emparaient, ou au contraire se distanciaient, de ces maladies. Les dossiers de patients apportent des informations précieuses pour retracer les transformations des pratiques, perceptions et discours cliniques à travers le temps, mais aussi pour mettre au jour les caractéristiques sociodémographiques des patients. En croisant ces dossiers avec d'autres sources, il est possible de mettre en regard les connaissances formelles (telles qu'elles sont publiées) et les pratiques effectives.

J'ai cherché la trace de la spécialisation au sein des archives administratives et hospitalières : rapports et correspondances rendant compte des débats et pratiques des services hospitaliers et des Facultés de médecine. D'autre part, j'ai parcouru des fonds constitués par les institutions politiques au sujet de questions de santé publique, telles que les maladies vénériennes, l'eugénisme, la stérilité ou encore le contrôle de la profession médicale. Pour rendre compte de l'histoire des représentations, mais aussi des publicités qui pouvaient être adressées aux hommes, j'ai joint à ce corpus une analyse de la presse et de certains médias (journaux, magazines, émissions de radio). Pour finir, je me suis appuyée sur des recueils de correspondances publiés par des historien-ne-s et des enquêtes d'histoire orale dont les entretiens ont été mis à la disposition du public sous forme d'ouvrages ou dans des centres d'archives.

Mais je souhaitais aussi et surtout donner à voir la parole de ceux qui restaient jusqu'alors invisibles : les hommes eux-mêmes. Pour ce faire, j'ai sélectionné quelques autobiographies à l'Association pour l'autobiographie et le patrimoine autobiographique (APA) qui pouvaient apporter des éléments sur les expériences que pouvaient faire les hommes de leur santé. En parallèle, je me suis appuyée sur des autobiographies publiées par des médecins au sujet de leur carrière durant la seconde moitié du 20^e siècle. Travailler à partir d'autobiographies n'est évidemment pas sans problème, 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 flagrantes³³. »

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-trice-s 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

33 Rebreyend 2008, 22.

des personnes qui les ont produites. Leur format 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 qui 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.

Sans prétendre à une quelconque exhaustivité en matière de connaissances, pratiques et expériences autour de la santé masculine au 20^e 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. J'ai dû obtenir des dérogations pour accéder à certains documents. Je me suis par ailleurs engagée à ne pas prendre de photographies des dossiers de patients que j'ai consultés afin de protéger leur anonymat : une grande partie de leur contenu a donc été retranscrit et systématiquement anonymisé.

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 pour 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 » et 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 choses³⁴ ». 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 affectif³⁵. 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 violences sexuelles et de leur prise en charge m'ont particulièrement heurtée. Mais ils ont aussi été accompagnés de sentiments d'empathie, voire de gêne devant des témoignages de vulnérabilité prononcés dans l'intimité du cabinet. Les longues heures passées à retranscrire l'écriture serrée des médecins³⁶ m'ont aussi poussée à m'interroger sur ma

34 Farge 1989, 10.

35 Robinson 2010.

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

propre démarche : où commençaient la fascination et l'intérêt scientifique ? Dans quelle mesure l'exploitation de ces bribes d'information relevait-elle du voyeurisme ? Et à l'inverse, que devais-je laisser de côté ? Comment s'extirper aussi de l'objectivation du regard médical ? Autant 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 amenées 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 ce livre a été écrit et organisé. J'ai fait le choix de le structurer en quatre grandes parties, à la fois chronologiques et thématiques.

La première partie porte sur la constitution de nouvelles spécialités médicales et chirurgicales entre le 19^e et le 20^e siècles. 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 politiques auxquels ils répondent. En 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 de montrer que les maladies sexuelles et reproductives masculines ne sont pas l'apanage d'une profession.

La seconde partie porte sur l'offre, la consommation thérapeutique et les pratiques de santé entre la fin du 19^e 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 » 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 solidarité, de pouvoir et de pudeur qui structurent la façon dont sont prises 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 sur l'histoire de la gynécologie et du développement de la contraception médicale, elle montre ensuite 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

**Ce que la spécialisation
fait du masculin**

Le fait que la pratique médicale soit segmentée en diverses disciplines, telles que la gynécologie, la cardiologie ou la neurologie, nous semble aujourd'hui relever de l'évidence. Pourtant, il s'agit d'un phénomène relativement récent au regard de l'histoire de la médecine. Ce n'est qu'au 19^e siècle qu'émerge la notion de « spécialité » dans les services hospitaliers comme dans l'enseignement médical. Les historien-ne-s qui se sont interrogé-e-s sur l'origine de ce phénomène ont proposé diverses explications. Pour certains, tels que George Rosen et Erwin Ackerknecht, la spécialisation apparaît en même temps que la médecine abandonne la théorie des humeurs au profit d'une compréhension « localiste » privilégiant la recherche anatomique de la maladie à la fin du 18^e siècle³⁷. D'autres insistent sur le contexte de professionnalisation des sciences³⁸ et sur l'émergence de nouvelles rationalités administratives qui font du regroupement et de la classification d'individus une méthode efficace de gestion d'importants groupes de population³⁹.

Sans prendre la spécialisation comme conséquence inéluctable du progrès scientifique, les travaux d'historien-ne-s et de sociologues invitent à la considérer comme une construction historique et sociale. Plutôt que de chercher une cause unique, je propose ici de comprendre comment se constituent les diverses disciplines médicales autour du masculin. Faire spécialité implique de définir un champ de compétences réservées, ce que le sociologue Andrew Abbott désigne sous le terme de « juridiction⁴⁰ ». Dans le cas des spécialités médicales, cette juridiction s'établit généralement autour de compétences techniques

37 Acknerknecht 1967 ; Rosen 1944.

38 Pinell 2005 ; Dowbiggin 1991 ; Neff, McFall/Cleveland 1987 ; Gelfand 1980.

39 Weisz 2005, 37.

40 Abbott 1988.

(les radiologues étant experts des rayons X par exemple), de fonctions ou d'organes anatomiques (les cardiologues, spécialistes des troubles du cœur) ou encore de groupes de population spécifiques (la pédiatrie se consacrant aux maladies des enfants). Mais faire spécialité implique également d'établir des distinctions symboliques et matérielles avec d'autres branches médicales pour marquer sa spécificité, ce que le sociologue Thomas F. Gieryn désigne sous le terme de « travail de frontières⁴¹ ».

À partir de ces perspectives, cette partie cherche à comprendre comment la notion d'une « science de la masculinité » a été imaginée et négociée depuis la fin du 19^e siècle. En s'appuyant sur des publications spécialisées, des archives administratives ou des annuaires, elle donne à voir la constitution de « juridictions » autour de la santé masculine suivant des intérêts professionnels, l'évolution des connaissances et des techniques ou encore des préoccupations sociales et politiques. En somme, elle interroge : quelles sont les spécialités qui décrivent et prennent en charge les maladies masculines au tournant du siècle ? Et comment l'existence de ces spécialités permet, limite ou définit la possibilité d'une science de l'andrologie ?

41 Gieryn 1999.

Chapitre 1

Des spécialités des organes génito-urinaires

En même temps que se constitue une discipline dédiée aux maladies des femmes sous le terme de « gynécologie » à la fin du 19^e siècle, se développe une spécialité des maladies des organes génito-urinaires masculins : l'urologie. Pour comprendre les origines de cette nouvelle discipline chirurgicale, il nous est nécessaire de faire un détour par Paris au début du 19^e siècle. 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 spécialités : sa Faculté de médecine est alors la plus importante école médicale d'Europe⁴².

Depuis la fin du 18^e siècle, la politique engagée par le gouvernement du Directoire pour transformer l'hôpital en un lieu de soins, de science et de formation a abouti à une réorganisation de l'espace des hôpitaux parisiens. Minoritaire au sein de la médecine libérale, le phénomène de spécialisation se développe principalement au sein des hôpitaux, non sans provoquer certaines résistances de la part de l'élite de la profession (professeurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux, membres de l'Académie de médecine). La spécialisation débute par le regroupement de certaines populations dans des hôpitaux spécifiques, à l'instar des femmes en couche et allaitantes, des « indigents vénériens » et des « fous » et « folles ». Pour les médecins hospitaliers, le rassemblement de ces groupes donne accès aux corps d'un grand nombre de personnes qui souffrent des mêmes maladies. Cela favorise l'émergence d'un regard clinique qui cherche à déterminer les spécificités de ces pathologies en

42 Weisz 2005 ; Weiner/Sauter 2003.

les mettant en lien avec les données anatomiques. Comme le souligne l'historien 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 clinique⁴³ ». 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 19^e siècle. Le déploiement de traitements basés sur un appareillage ainsi qu'un savoir-faire nécessitant des compétences techniques spécifiques, telles que l'ophtalmologie, l'orthopédie et l'extraction chirurgicale des calculs urinaires, ouvrent également la voie à d'autres formes de pratiques spécialisées⁴⁴.

Une première phase de spécialisation : les voies urinaires

La mise au point de nouveaux outils chirurgicaux marque le point de départ d'une nouvelle spécialité qui va progressivement s'étendre à l'ensemble des maladies des voies urinaires : l'urologie. Avec l'abolition de la distinction entre médecine et chirurgie en 1795, une nouvelle génération de praticiens formée en médecine et chirurgie développe des connaissances instrumentales, anatomiques et techniques pour détruire les « pierres » (calculs) urinaires⁴⁵. Si la plupart ne dispose pas de postes hospitaliers, certains bénéficient cependant d'une grande renommée. Du fait des lacunes de l'instruction médicale, nombreux sont les médecins ou chirurgiens, sans poste dans les écoles ou facultés de médecine, qui dispensent des cours parfois très suivis dans leurs services et leurs amphithéâtres privés⁴⁶. C'est le cas de Jean Civiale (1792 - 1867) et Jean-Jacques-Joseph Leroy d'Étiolles (1798 - 1860), deux chirurgiens qui se disputent l'invention de la

43 Pinell 2005, 13.

44 Pinell 2005.

45 Valier 2016.

46 Léonard 1977a.

lithotritie, une technique de destruction des calculs urinaires par le canal de l'urètre. Innovante, la lithotritie est bien moins invasive que les traditionnelles opérations par voie périnéale ou par la « taille » (la vessie)⁴⁷. Sans aucune incision, elle réduit drastiquement la mortalité opératoire alors relativement fréquente en l'absence d'antisepsie et d'asepsie⁴⁸.

C'est donc d'abord pour bénéficier de l'expertise technique de ces chirurgiens que la spécialisation entre à l'hôpital. En 1829, l'administration des hôpitaux et des hospices publics de Paris met à la disposition de Civiale un service de 12 lits à l'Hôpital Necker pour le traitement des calculeux indigents. Près de dix ans plus tard, Leroy d'Étiolles se voit également confier un service externe de traitement des maladies des voies urinaires au bureau central, le lieu chargé de répartir les malades entre les différents hôpitaux parisiens. Pour le Conseil général des hospices civils de Paris, première instance de supervision de l'ensemble des dispositifs d'assistance e la capitale, l'ouverture du service constitue un gain financier, car il est de nature ambulatoire et « offr[e] 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 travaux⁴⁹ ». Bien plus qu'une rémunération, sans doute inexistante, les deux chirurgiens tirent prestige de leur statut hospitalier et bénéficient d'une compensation sous la forme du « matériel clinique » que constitue la cohorte des corps des malades mis à disposition.

Si Civiale ne traite que les personnes atteintes de calculs urinaires (c'est-à-dire en grande majorité des hommes), la consultation confiée à Leroy d'Étiolles accueille une diversité de malades dont la plupart présente des conditions suffisamment bénignes pour ne pas nécessiter d'hospitalisation. Celle-ci est initialement pensée pour un certain type de pathologie : les rétrécissements de l'urètre, une réduction du conduit de l'urètre conduisant à une diminution ou un arrêt du flux urinaire, soigné par l'insertion d'une sonde. La pratique de la

47 Leroy d'Étiolles 1847.

48 Saint-Edmé 1837.

49 Archives de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AAPH) 804 FOSS14, séance du Conseil général du 22 janvier 1840.

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. 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 extrêmement rare⁵⁰. Pourtant, parmi les malades que reçoit le chirurgien à cette consultation des « voies urinaires » se trouvent autant de femmes, présentant des écoulements vaginaux et des maladies de l'utérus, que d'hommes atteints de maladies de l'urètre, de la prostate ou de la vessie⁵¹. Ce premier moment de spécialisation autour des « voies urinaires » montre ainsi, comme le souligne l'historien Patrice Pinell, qu'il aurait été conceptuellement possible de voir se développer une chirurgie des organes génito-urinaires pour les deux sexes⁵².

C'est cependant principalement sur des maladies pensées comme masculines que portent les travaux de Leroy d'Étiolles. Dans les cours qu'il dispense dans une école de médecine pratique, il emploie dès 1840 le terme d'« urologie » pour désigner ses leçons sur les maladies de l'urètre, en particulier les rétrécissements, les maladies de la prostate, la lithotritie et l'incision de la vessie (cystotomie)⁵³. 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

50 De Saint André 1856, 336.

51 AAPHP 804 FOSS14, 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 « blennorragies chroniques, suintements urétraux » ; 15 « engorgement de la prostate, valvules du col, paralysie de vessie avec rétention d'urine » ; 5 « ténesme vésical causé par la position vicieuse de l'utérus » ; 4 « calculeux » ; 4 « pertes séminales » ; 2 « fistules vésico-vaginales ».

52 Pinell 2005.

53 Guérin 1845, 228.

qu'elle désigne⁵⁴. » Le terme semble être relativement nouveau, comme en témoigne l'étonnement d'un commentateur du *Journal de chirurgie* : « [À 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 passée sans trop de dommage⁵⁵. »

Peu employé jusqu'à la fin du siècle, le terme révèle l'extension du domaine de juridiction des urologues à d'autres maladies de l'appareil génito-urinaire. Au-delà de la seule technique de la lithotritie, la focale sur l'urine et ses troubles (douleurs lors de la miction, difficultés à uriner, incontinence etc) rassemble un ensemble de maladies d'organes différents tels que la prostate, l'urètre, la vessie ou les reins. C'est d'abord au nom des *symptômes urinaires* plutôt que des organes eux-mêmes que se constitue ce regroupement. Comme le souligne Civiale dans son *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires* paru en 1837, c'est 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 diverses⁵⁶.

En prenant la focale de l'urine, les spécialistes se situent également dans un champ médical où d'autres se positionnent sur les maladies de l'appareil génito-urinaire : les vénéréologues. Au début du 19^e siècle en effet, l'étude des maladies vénériennes bénéficie d'une forme de reconnaissance institutionnelle, du

54 Leroy d'Étiolles 1854, 24.

55 Anonyme 1845, 377.

56 Civiale 1837, vii-viii.

moins dans l'organisation hospitalière. Au même titre que les femmes, les aliéné-e-s et les enfants, les personnes souffrant de maladies vénériennes sont affectées à des hôpitaux spécialisés⁵⁷. Le regroupement des vénérien-ne-s 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 Philippe Ricord (1800-1899), entré à l'Hôpital du Midi dans les années 1830 qui établit la distinction entre gonorrhée et syphilis⁵⁸. En soulignant les spécificités, la fréquence et la diversité des affections des voies urinaires, il s'agit pour les nouveaux spécialistes d'assurer la légitimité de leur domaine de compétence tout en marquant leur différence vis-à-vis de la vénéréologie.

La multiplication des spécialités à la fin du 19^e siècle

En 1857, Civiale effectue 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 succéderont⁵⁹ » au sein de son service. Malgré une opposition initiale, le legs est accepté et permet la pérennisation d'un service de calculeux à l'Hôpital Necker. Ceci est facilité par le fait que, dès les années 1850 et 1860, la spécialisation entre au sein des Facultés de médecine. Un arrêté ministériel du 14 août 1862 fait entrer plusieurs cours complémentaires d'enseignement spécialisé : maladies de la peau, des voies urinaires, des yeux, des enfants, maladies mentales et finalement maladies vénériennes⁶⁰.

La défaite face à 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 spécialisées⁶¹. De plus en plus, la spécialisation commence à être considérée comme un principe inéluctable

57 Weisz 1994.

58 Pinell 2005 ; Quérel 1986.

59 Cité par Auvigne 1969, 49.

60 Weisz 1994.

61 Weisz 1994.

du progrès scientifique et comme conséquence de l'avancement des connaissances médicales. Elle ouvre la voie à la création de chaires de clinique spécialisées. 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 savoirs. Une fois reconnue, elle transforme à son tour la structuration de l'offre médicale et les conditions d'émergence de nouvelles spécialités⁶².

Mais la spécialisation s'amorce aussi par le biais de nouvelles disciplines qui transforment radicalement la manière de comprendre le corps humain : la bactériologie, la microscopie, l'histologie et la physiologie expérimentale déplacent le regard clinique vers le laboratoire. Dans les journaux médicaux, les bibliographies et les hôpitaux, la « sectorisation » du corps humain s'impose, balayant les anciennes classifications⁶³. La reconnaissance des théories de Pasteur favorise le développement de l'asepsie et de l'antisepsie, permettant de nouvelles techniques opératoires, plus invasives, mais aussi moins létales.

C'est dans ce contexte et en s'appuyant sur des préoccupations de santé publique au sujet de la mortalité maternelle et infantile, que des chirurgiens ouvrent des services dédiés aux maladies des femmes, sous les termes de « gynécologie » et d'« obstétrique⁶⁴ ». À Genève, l'obstétrique, disposant d'une chaire, 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. Cette chaire est attribuée à Alfred Vaucher (1833-1901) qui obtient l'ouverture d'une branche de « gynécologie » par décision du Conseil d'état en 1878⁶⁵. La nouvelle Faculté de médecine de Lausanne créée en 1890 comprend également une chaire d'obstétrique qui sera confiée au docteur Oscar Rapin

62 Pinell 2005.

63 Léonard 1977a.

64 Weisz 2005.

65 Rieder 2009.

(1847 - 1902)⁶⁶. En France, la gynécologie est introduite par le chirurgien Samuel Pozzi (1846-1918) qui ouvre un enseignement libre de gynécologie à l'Hôpital Lourcine en 1887 dans son service de femmes vénériennes. Désirant développer la spécialité en France, il fonde un journal spécialisé, la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* avant d'être nommé à la première chaire de clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Paris à l'Hôpital Broca en 1901⁶⁷. La gynécologie de la fin du 19^e siècle est d'abord d'orientation chirurgicale, mais elle fonde les bases d'une spécialité cherchant à saisir la « nature » des femmes. Pour autant et notamment parce qu'elle s'occupe des femmes les plus marginales et que les maternités ne rencontrent pas toujours une importante fréquentation, elle se trouve en bas de la hiérarchie académique⁶⁸.

Parallèlement à la chirurgie gynécologique, se développe une chirurgie urinaire qui s'étend de plus en plus à l'ensemble des organes génitaux masculins. Lorsqu'il succède à Jean Civiale à Necker, le chirurgien Félix Guyon (1831 - 1920) ouvre progressivement le service à d'autres maladies des voies urinaires⁶⁹. 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. 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 (AFU) créée en 1896.

En contraste avec la France, l'étude des maladies urinaires ne fait pas spécialité en Suisse romande. Quelques chirurgiens cherchent pourtant à développer la discipline. C'est le cas du docteur Théodore Perrin (? - ?), chargé de dispenser un cours sur « les nouvelles méthodes d'examen de l'urètre chez l'homme et chez la femme » à titre de privat-docent à l'Université de

66 Saudan 1991.

67 Koechlin 2021 ; Pinell 2005.

68 Weisz 2005 ; Rieder 1999.

69 Legueu 1931.

Lausanne dès 1907⁷⁰. À Genève, où la Faculté de médecine est réticente au développement des spécialités, l'enseignement de l'urologie est encore plus tardif. 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 (1861 - 1933), s'y oppose, 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 complètement⁷¹. » La Faculté se range du côté de Kummer, jugeant la question prématurée. Il faudra attendre 1933 pour que la Faculté confie à Perrier un enseignement d'une heure par semaine, une chaire de clinique étant vacante⁷².

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 romands participent à des congrès et réunions scientifiques dans lesquelles sont présentées les dernières techniques et savoirs urologiques, notamment le congrès annuel de l'AFU. 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 médicale⁷³ ». Ainsi, même s'ils ne se définissent pas comme urologues, les Romands Auguste Reverdin (1848-1908), César Roux (1857-1934) et Édouard Martin (1844-1931) en sont membres correspondants au même titre que certains chirurgiens italiens, allemands, portugais ou américains.

70 Archives de l'Université de Lausanne (AUNIL) Procès-verbaux des séances du conseil de la Faculté de médecine 1890-1914, séance du 6 mars 1907.

71 Cité dans Rieder 2009, 278.

72 Borgeaux 1959.

73 AFU 1896, xi.

La création de revues et d'organisations professionnelles participe à légitimer et à faire advenir la « spécialité » en produisant des espaces qui représentent l'intérêt professionnel de celle-ci et qui dépasse les intérêts individuels des spécialistes⁷⁴. 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 sexes⁷⁵ ». Ainsi, 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 se développe pas 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. 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.

Les contours flous de la médecine génito-urinaire

Entre la conception des spécialités qui se développe dans les facultés de médecine et la réalité des pratiques professionnelles subsiste en effet un écart. Au début du siècle, l'urologie demeure une spécialité très élitiste, réservée aux grands centres urbains, avec un nombre restreint de praticiens⁷⁶. Une partie de la médecine génito-urinaire est donc exercée par des praticiens qui n'ont pas recours aux opérations chirurgicales. En 1947, l'urologue Émile Perrin (? - ?) décrit ainsi cette « petite urologie de cabinet »

74 Kernahan 2018.

75 AFU 1896, xi.

76 AFU [ressource en ligne] : <https://www.urofrance.org/quisommes-nous/histoire-de-lurologie/histoire-urologie-france/le-vingtieme-siecle.html>

comme comprenant également « la vénéréologie, la gynécologie médicale, les affections cutanées, parfois même celles des veines superficielles⁷⁷ ». L'existence de cette forme de spécialisation est attestée dès le début du siècle par le grand nombre de publications rédigées par des urologues 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. 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 connues. Afin d'assurer de bonnes chances de traitement, il s'agit aussi de réduire le délai entre les premiers symptômes et la consultation, ce qui nécessite de faire connaître les maladies urinaires comme étant à la fois fréquentes et guérissables tant pour les patients que pour médecins généralistes qui doivent renvoyer vers un spécialiste⁷⁸. 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 uretères » qui réclament « la main délicate et le jugement autorisé de ceux qui se sont consacrés à la spécialité » laissant la « petite chirurgie urinaire » aux praticiens⁷⁹. 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 savoir⁸⁰ ».

En réalité, un grand nombre de praticiens pratiquent une « médecine génito-urinaire » au sens large, avec des dénominations changeantes. Il faut dire que jusqu'aux années 1930 pour la Suisse et 1940 pour la France, le titre de spécialiste ne fait pas l'objet de régulations spécifiques⁸¹. D'une année à l'autre,

77 Perrin 1947, lxxv.

78 Valier 2016.

79 Pillet 1916, vi.

80 Gaudillière 2008, 18.

81 Weisz 2005 ; Anonyme 1935.

certains praticiens abandonnent leur titre de spécialité ou en changent l'intitulé. Souvent, ces titres s'accumulent dans l'espoir d'attirer une plus large patientèle. L'historien George Weisz montre ainsi qu'une partie non négligeable (20 %) des médecins qui se déclarent spécialistes des voies urinaires se disent aussi spécialistes des maladies vénériennes, des maladies de la peau ou des maladies des femmes dans le guide français de référence, le *Guide Rosenwald*⁸². Ces connexions peuvent en partie s'expliquer par la proximité et les similitudes des organes touchés, mais reflètent également la compétitivité du marché médical. Dans une ville telle que Paris, nombre de spécialistes développent leurs compétences pour essayer de toucher le marché lucratif des maladies des femmes, faisant ainsi largement augmenter le nombre de spécialistes en zones urbaines, en comparaison avec le reste du pays⁸³. Les pages de l'*Indicateur vaudois* et celles de l'*Annuaire genevois* révèlent des résultats similaires. Elles fourmillent ainsi de différentes dénominations : maladies de la peau et des organes génito-urinaires, maladies des voies urinaires, maladies vénériennes, dermatologie et syphiligraphie ou encore maladies infectieuses. Cette grande diversité de titres et cet assemblage de différentes disciplines sont révélateurs du caractère non standardisé de la médecine de l'époque.

Plutôt que de tenter de stabiliser ces informations en trouvant la « réelle » spécialité des praticiens, je propose de considérer ces transformations comme révélatrices du caractère processuel de la spécialisation « en train de se faire » au début du siècle⁸⁴. Il n'est d'autre part pas étonnant que maladies vénériennes et urinaires soient fréquemment traitées ensemble. Même au sein de la médecine académique, les urologues portent un certain intérêt à la blennorragie qui est considérée comme l'une des principales causes d'inflammation de la prostate, des troubles de l'urètre et de la vessie⁸⁵.

À Lyon, l'urologie se développe d'ailleurs pour traiter les conséquences urétrales des maladies vénériennes. Alors qu'il

82 Weisz 2005.

83 Weisz 1994.

84 Weisz 1994.

85 Björkman/Persson 2020.

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 (1860-1934) développe l'activité urologique de son service, dont il demande la reconnaissance en clinique des voies urinaires en 1905 auprès de l'administration :

Peu à peu, j'ai distrait 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 hospitaliers⁸⁶.

En se démarquant du service des maladies syphilitiques et cutanées, le service d'urologie de Rochet marque le déclin de la chirurgie dermatologique à Lyon⁸⁷. D'un point de vue matériel et architectural néanmoins les frontières restent poreuses : Rochet enseigne dans la salle de cours des maladies vénériennes et les plans du nouvel hôpital financé à l'initiative de l'homme politique Édouard Herriot (1872-1957) en 1911 rassemblent clinique de dermatologie et service des voies urinaires dans un seul et même bâtiment⁸⁸.

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-ne-s semble être suffisamment évident pour ne pas avoir besoin de le mentionner. Les deux spécialités, aux frontières

86 Archives municipales de Lyon (AML) AC/1/L/23, Rapport du Dr Rochet sur la création d'une clinique des maladies des voies urinaires, 20 février 1905, 2.

87 Chevallier 2002.

88 AML AC4KP7, Extrait du registre des délibérations du Conseil général d'administration des Hospices civils de Lyon, séance du 11 avril 1906 ; AML AC2OP113, plans de l'Hôpital Édouard Herriot, 1911.

porées, sont donc davantage caractérisées par une redistribution mutuelle d'intérêts professionnels que par un conflit ouvert. En effet, les dermato-vénérologues portent peu d'intérêt à la blennorragie, moins létale et jugée moins dangereuse du point de vue de l'hérédité que la syphilis⁸⁹. Aux urologues reviennent ainsi les urétrites blennorragiques et les opérations de l'appareil génital tandis que les vénéréologues se concentrent davantage sur l'analyse bactériologique, la syphilis et son traitement par le mercure puis par les préparations arsenicales.

Dans la clinique cependant, il n'est pas rare que les services d'urologie soient confrontés à des patients syphilitiques. L'urologue Fernand Cathelin (1873-1945), fondateur d'un hôpital privé d'urologie et de chirurgie urinaire, explique ainsi régulièrement orienter des hommes vers les services 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-Louis⁹⁰.

Si la pudeur expliquent sans doute la réticence des femmes à consulter, il est également probable que les malades eux-mêmes interprètent plus aisément leurs maladies comme relevant de la sphère urinaire. Les douleurs ou l'évacuation de sang lors de la miction ou le besoin fréquent d'uriner sont en effet fréquemment mentionnés parmi les symptômes poussant les hommes à consulter.

Les services d'urologie et de vénéréologie sont d'ailleurs bien plus souvent fréquentés par les hommes que par les femmes. Si les urologues s'emparent des organes urinaires communs aux deux sexes (reins, vessie, urètre, notamment), ce n'est pas le cas des organes génitaux catégorisés comme féminins, qui relèvent du domaine de juridiction des gynécologues et obstétriciens. Les

89 Cahen/Minard 2019.

90 Cathelin 1913, 87-88.

index des *Annales des maladies des organes génito-urinaires* témoignent de cette frontière : là où les termes d'« utérus » d'« ovaire » et de « vagin » apparaissent respectivement 3, 1 et 16 fois entre 1889 et 1910, ceux de « pénis » et « testicules » sont indexés 46 et 152 fois. Commentant les opérations réalisées sur l'« appareil génital femelle » Cathelin affirme : « 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 voisin⁹¹. »

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, Émile Perrin déplore ainsi en 1913 que l'enseignement de la blennorragie « rentre (on n'a jamais su pourquoi) dans les maladies de la peau⁹² ». Ainsi, les cliniques dermatologiques universitaires de Genève et de Lausanne prennent en charge une grande partie des maladies génito-urinaires. À la veille de la Première Guerre mondiale, les infections vénériennes de l'urètre et des testicules constituent même le plus grand contingent des affections traitées à la clinique dermatologique de Genève⁹³. 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 prépuce. 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 (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

91 Cathelin 1913, 70.

92 Perrin 1913, 1.

93 Pour l'année 1914, 64 patients consultent pour des uréthrites gonococciques, 26 pour des épидидymites gonococciques, 23 pour des chancres, et 22 pour des orchidépидидymites 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, 102.

Pouverture de l'urètre dans la face intérieure du pénis plutôt qu'à son extrémité). Là encore, la clinique est principalement fréquentée par des hommes, qui sont plus de deux fois plus nombreux à consulter.

Dans le canton de Vaud, la dermatologie occupe également une place centrale dans la prise en charge des maladies masculines. La nomination d'Émile Dind (1855-1932) 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 dermatologie⁹⁴. Dans l'*Indicateur vaudois*, Dind se décrit à la fois comme spécialiste des maladies de la peau, mais aussi comme spécialiste des organes génito-urinaires⁹⁵. L'activité clinique du service de dermatologie couvre alors un large spectre de maladies qui dépasse les seules maladies de la peau ou sexuelles⁹⁶. 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 rétrécissements. Dind procède d'ailleurs lui-même à l'ablation des prostates, comme l'évoque une ancienne diaconesse de l'hôpital : « À peine l'opération achevée, M. Dind se dépêchait d'aller peser la prostate dont le poids l'intéressait toujours⁹⁷. »

En pratique, les frontières floues qui existent entre la vénéréologie et l'urologie permettent le déploiement d'une médecine qui s'étend à l'ensemble de l'appareil génital et reproducteur masculin, bien qu'elle ne se revendique pas de la masculinité. 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.

94 Frenk 2002.

95 *Indicateur vaudois*, 1897, 255.

96 Frenk 2002.

97 Frenk 1998, 8-9.

Chapitre 2

L'andrologie, une médecine génito-urinaire

« Andrologie – Étude de l'homme et plus particulièrement des maladies spéciales à l'homme par analogie avec *gynécologie*⁹⁸. » C'est ainsi que les docteurs Marcel Garnier (1870-1940), Valery Delamare (1867-1944) et Jean Delamare (? - ?) décrivent l'andrologie dans leur *Dictionnaire des termes techniques de médecine* dès sa première édition en 1900. Ainsi, au début du 20^e siècle, le terme existe et il désigne déjà l'étude des maladies masculines. Mais dans quelles circonstances est-il apparu ? Qui l'utilise et comment ? Et que dit-il des tentatives de spécialisation autour de la santé masculine ? Pour répondre à ces questions, il nous faut d'abord revenir sur l'histoire sémantique du mot « andrologie ». En étudiant la façon dont le terme a été investi de différentes significations, je propose d'interroger plus largement la construction des corps, des identités professionnelles et les classifications qui organisent la pratique médicale dans ce début du 20^e siècle.

Une science de l'être humain

Comment retracer l'histoire d'un mot ? Les recherches au sein de dictionnaires génériques et de dictionnaires médicaux 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 rendu compte que le terme apparaissait bien plus tôt que je ne l'avais initialement cru :

98 Garnier/Delamare/Delamare 1909, 28.

au moins dès la fin du 18^e siècle. En 1772, l'officier et homme de lettres François de Chastellux (1734-1788) publie un ouvrage sur la « physiocratie » 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 connaissance médicale et philosophique sur l'homme (entendu ici à la fois comme être humain et adulte mâle, selon une conception androcentrique de la citoyenneté). Dans une démarche de classification scientifique du monde naturel propre à la seconde moitié du 18^e siècle, il s'exprime 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 action⁹⁹.

Le choix du préfixe *andré*, génitif de *anér* [signifiant « homme »], accolé à celui de *logie*, [signifiant « la parole, le discours »], réaffirme l'assimilation du genre masculin à l'humanité et la culture, là où les femmes ont historiquement été associées à la « nature » et au corps¹⁰⁰.

Le terme « andrologie » a ainsi d'abord désigné les sciences humaines en général. Plus de cinquante ans plus tard, dans les *Recherches sur les principes fondamentaux de la classification bibliographique*, le terme « andrologie » désigne les ouvrages portant sur les « sciences relatives à l'homme » : les sciences médicales, économiques, politiques et sociales, les arts ainsi que la philosophie. L'expression s'oppose à la théologie ou à la cosmologie qui comprennent les sciences naturelles, physiques, chimiques et mathématiques¹⁰¹.

99 Chastellux 1776, 117.

100 Dorlin 2006 ; Gardey/Löwy 2000 ; Schiebinger 1993.

101 Albert 1847, 57.

Selon les auteurs qui l'emploient, le terme n'a pas toujours la même signification au cours du 19^e siècle. Dans son étude sur l'organisation administrative des nations publiée en 1862, l'hydrographe et navigateur français Gustave Lambert (1824-1871) l'utilise pour signifier l'être humain à l'échelle de l'individu, sans pour autant donner grande importance à sa définition. 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 ». Le terme « *andro-logie* » fait ici référence à « l'homme spécial » comme sous-catégorie de l'anthropologie aux côtés de « la famille ou *oiko-logie* » « la nation, ou *patri-logie* » et « l'humanité ou la race entière ou *géné-logie*¹⁰² ». Au 19^e siècle, il n'est pas rare de voir l'andrologie associée à l'anthropologie, nouvelle discipline qui s'attache à étudier la physiologie et la morphologie des différents « groupes humains » en particulier du point de vue racial¹⁰³. C'est ainsi que l'ethnologue américain John Wesley Powell (1834-1902) la décrit jusqu'en 1901 :

L'homme étudié comme un corps humain donne naissance à la science de la somatologie et la science de la psychologie. À ces deux sciences, je donne le terme *andrologie*, tandis que l'andrologie et la démologie [étude des populations, activités et comportements humains] constituent l'anthropologie, qui est le terme habituel¹⁰⁴.

La description de l'andrologie comme sous-catégorie de l'anthropologie donne à voir l'imbrication des rapports de genre et de race. En même temps qu'elles rapprochent les femmes de l'animalité et de la nature, les classifications naturalistes font du sexe un facteur de racialisation dans ce système de classification hiérarchique des « races » humaines¹⁰⁵. C'est d'ailleurs dans ce sens que l'historienne Ornella Moscucci analyse l'absence de spécialisation médicale autour de l'andrologie : « D'un point de vue de la classification, l'anthropologie et la science de l'andrologie

102 Lambert 1862, 224.

103 Rodriguez 2018.

104 Powell 1901, 604.

105 Schiebinger 1993 ; Moscucci 1990.

(...) coïncident ; comme le mâle est le standard de son espèce, il ne peut pas être différencié sur la base de son sexe¹⁰⁶. »

Pourtant, le terme « andrologie » recouvre à la fin du 19^e siècle une nouvelle signification. D'un terme signifiant l'être humain, l'individu ou les sciences humaines en général, il passe non seulement à la sphère médicale, mais s'associe aussi à la masculinité plus particulièrement, pour faire référence à l'étude des maladies masculines. Comment expliquer ce déplacement ? L'émergence de la gynécologie comme « 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 développent des usages « genrés » du terme d'andrologie. En mobilisant la légitimité de la gynécologie, les médecins qui emploient le terme d'andrologie soulignent l'analogie et les similarités entre les corps masculins et féminins¹⁰⁷.

Dès 1837, le professeur allemand Moritz Ernst Adolph Naumann (1798-1871) décrit, dans la préface d'un manuel de clinique médicale, l'andrologie comme une approche dédiée à la physiologie pathologique des organes génitaux masculins. Le terme réapparaît en 1878 sous la plume de l'urologue allemand Ernst Fürstenheim (1836-1904). 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 gynécologie¹⁰⁸. Quelques années plus tard, en 1887, c'est au tour du spécialiste australien des maladies des femmes et des enfants James Jamieson (1840-1916) de commencer un enseignement en obstétrique à l'Université de Melbourne avec une réflexion similaire sur le 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

106 Moscucci 1990, 32.

107 Almeling 2020.

108 Almeling 2020.

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 respectivement¹⁰⁹.

Cette nouvelle signification du terme « andrologie » voyage incontestablement d'un pays à l'autre. L'andrologie apparaît ici et là dans différents contextes nationaux et médicaux, comme dans le titre d'une revue polonaise fondée en 1897 *Andrologia i syfilografia* [*Andrologie et syphiligraphie*]. Mais les sources dont je dispose ne permettent pas d'en saisir plus sur les voyages de l'andrologie. 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 spécialisation¹¹⁰. 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 communication¹¹¹ ».

L'andrologie en terres anglo-saxonnes

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

109 Jamieson 1887, 145.

110 Weisz 2005.

111 Rasmussen 2004, 72.

États-Unis cherchent alors à se distinguer de toute association avec la sexualité extraconjugale et plus particulièrement, avec les maladies vénériennes¹¹². Alors même qu'ils s'inspirent du modèle de l'AFU, pourtant peu restrictive dans sa politique d'adhésion, les urologues qui se regroupent pour constituer une American Association of Urology (AAU) 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 scientifiques¹¹³. L'association 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 (1843-1924), un ancien élève de Philippe Ricord, ce groupe professionnel adopte dès 1890 le nom d'American Association of Andrology and Syphilography. Sans qu'il 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 comme une alternative au terme « génito-urinaire » permettant de représenter les activités professionnelles de la plupart des membres de l'association¹¹⁴. 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, pour que la profession puisse désormais s'attendre à avoir l'« andrologue » au même titre que le gynécologue¹¹⁵.

Un commentateur du *British medical journal* décrit quant à lui le nouveau titre comme « surprenant et maladroit¹¹⁶ » tandis qu'un autre du *New York medical journal* ironise : « Peut-être

112 Almeling 2020 ; O'Neill 2003.

113 Zorgniotti 1988 ; Zorgniotti 1976.

114 American Association of Genitourinary Surgeons 1911.

115 Anonyme 1890a, 711.

116 Anonyme 1890b, 152.

est-ce une nouvelle convention qui établit une distinction entre "andrologie" et anthropologie, mais nous préférons croire que l'association reprendra ses esprits¹¹⁷.» Le *Dublin journal of medical science* est quant à lui plus positif et conclut que « dans le futur, l'appareil génito-urinaire des hommes sera bien mieux soigné – du moins aux États-Unis¹¹⁸ ».

En 1891, l'AAAS 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 moqueries¹¹⁹ ». L'éditorial en revanche est très positif et présente l'andrologie comme un parallèle à la gynécologie. L'adoption du terme est alors pensée 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. Les organisations représentant la profession médicale américaine déplorent en effet la prolifération d'instituts spécialisés dans la santé masculine, accusés de charlatanisme et qu'il convient de maîtriser¹²⁰. C'est donc en réponse à ce contexte qu'est imaginée la constitution d'une science dédiée à la masculinité, comme moyen d'assurer la respectabilité de l'étude des maladies masculines.

En établissant une analogie avec la gynécologie, le terme reprend à son compte une conceptualisation dualistique de la différence des sexes, comme le souligne la chercheuse Rene Almeling :

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 collègues¹²¹.

117 Anonyme 1890c, 658.

118 Anonyme 1892, 227.

119 Anonyme 1891, 691.

120 Almeling 2020 ; Fischer 2009.

121 Almeling 2020, 43.

Les difficultés rencontrées par l'andrologie américaine s'expliquent sans doute non seulement par l'association des maladies masculines avec le charlatanisme, mais aussi par le fait qu'une spécialité dédiée à la masculinité est perçue comme incongrue, sinon ridicule. S'il est acquis au sein de la profession médicale que les organes génitaux exercent une influence considérable sur la personnalité et la santé des femmes, il n'existe pas au contraire de discours culturel disponible réduisant les hommes à leurs caractéristiques sexuelles. Le fait que le terme ait initialement eu d'autres significations peut également avoir suscité une certaine incompréhension quant à sa resignification. Un an plus tard seulement, 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 décident de revenir à l'ancien titre¹²².

En langue anglaise, le terme apparaît à nouveau de l'autre côté de l'Atlantique sous la plume d'Edred Moss Corner (1873-1950), un éminent chirurgien, membre du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre. Dans un ouvrage intitulé *Male diseases in general practice. An introduction to andrology* paru en 1910, Corner déploie sa vision de l'andrologie comme une science consacrée à l'étude des maladies vénériennes chez l'homme. Déplorant 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 » il insiste sur l'importance d'une meilleure prise en charge des maladies sexuelles masculines :

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 constitueront un aspect important de l'andrologie¹²³.

122 Almeling 2020.

123 Corner 1910, v-vi.

Si les maladies vénériennes formaient une menace professionnelle pour les andrologues américains, elles sont au contraire pour Corner une source de légitimation. 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 vénériennes¹²⁴. L'ouvrage s'inscrit dans un contexte plus large d'inquiétude morale, médicale et politique autour de la propagation et du traitement des maladies vénériennes. D'après l'historien Timothy H. O'Neill, l'appropriation par Corner du terme « andrologie » est surtout opportuniste. Atteint d'une maladie dégénérative, il rédige l'ouvrage à la hâte dans un style plutôt rudimentaire, remarqué par la presse médicale. Pour O'Neill, cela traduit peut-être son empressement à publier avant que sa carrière ne soit interrompue, tout en signalant sa motivation à capitaliser rapidement sur les développements les plus récents dans le domaine. À cet égard, le terme « andrologie » serait un terme générique utile pour regrouper ses intérêts et connaissances professionnelles¹²⁵. Peu commenté dans la presse médicale britannique comme à l'étranger, le terme reçoit un accueil mitigé, comme en témoigne un commentateur du *New York medical journal* qui estime que le terme 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»» et qu'il s'agit d'un « terme que nous utilisons à contrecœur comme une complication non nécessaire de la nomenclature¹²⁶ ».

En Grande-Bretagne comme aux États-Unis, l'andrologie se déploie d'abord comme une science des maladies vénériennes, perçues comme le principal fléau masculin de l'époque. Dans les deux contextes, l'usage du terme est aussi concomitant de la remise en cause de la domination et des privilèges masculins par les mouvements féministes et de l'entrée des femmes dans les études médicales. C'est d'ailleurs dans le sens d'une critique du recours à l'ovariotomie pour traiter les maladies

124 Weisz 2005.

125 O'Neill 2003.

126 Anonyme 1910, 881.

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 épuisements 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 d'athlètes et la gynécologie et l'andrologie seront tout aussi importantes¹²⁷.

Similairement, Corner présente l'andrologie comme une réponse aux revendications et à l'asymétrie qui opposent les femmes à la médecine :

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 émerger¹²⁸.

127 Kersey 1892, 176-178.

128 Corner 1910, v-vi.

Il est ainsi probable que les mouvements féministes de la fin du 19^e siècle ont, d'une certaine manière, participé à façonner un questionnement des hommes vis-à-vis de leur propre masculinité¹²⁹.

Un épisode français de l'andrologie

En langue française, le terme « andrologie » connaît une histoire quelque peu différente. Quasiment absent du côté de la Suisse, il apparaît occasionnellement dans les publications françaises au tournant du siècle. Contrairement aux contextes anglo-saxons, où il est discuté, débattu, voire ridiculisé par la profession médicale, l'andrologie ne suscite pas de controverses particulières en France. Il faut dire que le terme est très peu présent dans la littérature médicale. En dehors de la définition proposée par Garnier, Delamare et Delamare dans le *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, il est même absent de la plupart des dictionnaires et des publications médicales, en particulier en Suisse romande où je n'en ai jamais trouvé la trace. Il semblerait plutôt que l'andrologie ait d'abord été envisagée comme un concept étranger, comme le suggère son entrée furtive dans le *Dictionnaire des termes de médecine français-anglais* d'Henry de Méric (? - ?), un chirurgien de l'Hôpital français à Londres. Uniquement traduite de l'anglais au français, l'andrologie y est définie comme une « science (...) de l'homme [et] science des affections des organes génito-urinaires mâles¹³⁰ ».

L'absence de controverse vis-à-vis de l'andrologie française peut s'expliquer par plusieurs raisons. Tout d'abord, ceux qui emploient le terme « andrologie » ne désignent pas de spécialité, mais plutôt un aspect de leur pratique. D'autre part, les médecins qui étudient les maladies génito-urinaires en France bénéficient d'une certaine légitimité grâce à la reconnaissance de l'urologie en spécialité et en l'absence d'un réel marché alternatif (voir la seconde partie).

129 Carrara 2004.

130 Méric 1899, 276.

Un exemple emblématique de cette « andrologie à la française » est celui de la *Revue clinique*, une revue scientifique publiée mensuellement, créée par le médecin parisien Paul Hamonic (1857-1923) 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 (1834-1904) à la Faculté de médecine de Paris. À l'Hôpital Lourcine, 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 Paris. Comme d'autres, il se désigne à la fois comme spécialiste des maladies vénériennes, des maladies urinaires et des maladies des femmes¹³¹. S'il ne dispose pas d'un poste académique dans les hôpitaux parisiens, Hamonic est cependant 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'AFU, 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 année¹³².

Dans l'éditorial du premier numéro de la *Revue clinique*, Hamonic présente 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 » afin de « servir le praticien en vulgarisant la pathologie génito-urinaire¹³³ ». 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 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

131 *Guide Rosenwald*, 1896, 73.

132 Arnaud-Moulin 1902, 1.

133 Hamonic 1895, 1.

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 médicaux, ainsi que des articles sur l'histoire de la médecine et de la chirurgie. Quant à la publicité, vantant des remèdes opothérapiques pour la goutte, les migraines, la tuberculose ou la blennorragie, elle s'adresse visiblement à un lectorat médical dont la pratique est relativement large.

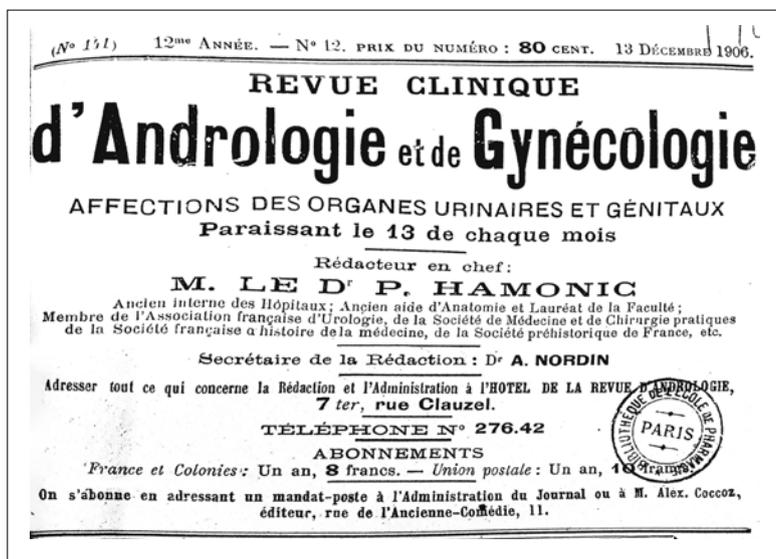


Fig. 1 Un exemplaire de
 la *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, 13 décembre 1906.

Source : BU Santé Rockefeller, Université Claude Bernard Lyon

Peu de personnes publient dans la *Revue clinique* et ce d'autant moins que les années passent. La plupart semble avoir été des connaissances ou amis d'Hamonic, tels que son frère, Noël (? - ?), féru d'histoire de la pharmacie ou François Victor Foveau de Courmelles (1862-1943), spécialiste de l'électrothérapie. Pourtant la revue semble être considérée comme assez rigoureuse pour être citée dans d'importantes revues médicales de l'époque, telles que *L'Encéphale* ou les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*.

Le choix du titre est quant à lui présenté comme relevant d'une certaine évidence. Hamonic affirme dans l'éditorial du premier numéro qu'« il n'a pas besoin d'être expliqué » même s'il le définit juste après : « En effet, l'andrologie est à l'homme ce que la gynécologie est à la femme¹³⁴. » Le terme n'est plus défini ni discuté dans les numéros suivants. Il est aussi ponctuellement employé pour désigner des maladies qui ne relèvent pas uniquement des hommes, telles que la cystite chez la femme. Ceci appuie la thèse de l'historien Timothy O'Neill lorsqu'il affirme que « contrairement à la gynécologie, les frontières médicales de 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-urinaires¹³⁵ ». Il est probable que, comme ses confrères new-yorkais, Hamonic comprend le terme comme un synonyme ou une alternative au terme de « chirurgien génito-urinaire » peu usité en France, qui se réfère, mais sans s'y limiter, aux maladies masculines, en opposition à une chirurgie gynécologique¹³⁶.

Comment alors comprendre l'objectif derrière la création de la *Revue clinique* ? Il faut d'abord resituer le contexte de la fin du 19^e siècle comme un moment d'explosion du nombre de périodiques médicaux¹³⁷. Le fait que la *Revue clinique* ait un objectif de vulgarisation, mais aussi que le terme « andrologie » ne fasse pas l'objet de discussion, semblent suggérer qu'il ne s'accompagne pas de revendications politiques ou scientifiques de spécialisation. Il est plus probable que la *Revue clinique* a plutôt été pour Hamonic un outil de valorisation de sa pratique privée lui permettant de consolider son autorité médicale et de faire la

134 Hamonic 1895, 1.

135 O'Neill 2003, 272.

136 Almeling 2020. 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'arroge les qualités et les qualifications de l'urologue, du vénéréologue et du syphilologue. »

137 Tesnière/Cantau 2014, 210.

promotion de ses services et de ses inventions instrumentales. En désignant à la fois les maladies urinaires et vénériennes chez les hommes et les femmes, le fait d'accoler le terme de « gynécologie » à celui d'« andrologie » lui a ainsi probablement permis de désigner l'ensemble de sa pratique clinique.

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*, paraissant le 13 de chaque mois (...) Mais pourquoi le 13¹³⁸ ? » Le président de la Société médicale de Genève, Eugène Revilliod (1857 - 1931), décrit quant à lui l'andrologie comme un « élégant vocable récemment créé pour la dénomination d'une publication périodique paraissant à Paris¹³⁹ ».

Si le terme semble compris, il n'est en revanche que rarement défini. Dans les publications médicales, il est employé, sporadiquement, pour désigner les spécialistes des maladies des voies urinaires. Prolifique auteur sur la syphilis, le docteur Frédéric Buret (1855 - ?) décrit ainsi le docteur Ange-Jean Guépin (1866 - 1954) comme un « andrologue » pour évoquer sa présentation de travaux sur les arthrites urétrales et l'hypertrophie de la prostate. Aux hommes dont les maladies vénériennes tombent dans la pathologie urinaire, il conseille de « s'adresser à un andrologiste (...) il en existe à Paris une excellente pépinière formée par le professeur Guyon¹⁴⁰ ».

Plutôt que de désigner les maladies urinaires dans leur ensemble, le terme est surtout employé pour distinguer les maladies de l'appareil génital masculin vis-à-vis de l'appareil urinaire. Cette différenciation est pourtant loin d'être évidente, comme le souligne Hamonic dans une communication sur les abcès péniens devant l'AFU en 1909 :

L'andrologie et l'urologie se rencontrent sur le même terrain, le canal de l'urèthre faisant partie intégrante de la verge (...) Il importe de

138 Anonyme 1895, 304.

139 Revilliod 1898, 40.

140 Buret 1899, 57.

ne pas sortir des limites imposées par le titre du présent travail et de ne pas empiéter sur le domaine des voies urinaires¹⁴¹.

La différence entre urologie et andrologie est compliquée par le fait que les 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 fassent d'ailleurs l'objet de débats. Pour le chirurgien Henri Hartmann (1860-1952), les organes génitaux comprennent les testicules et ses enveloppes, le pénis et le prépuce¹⁴². Dans les statistiques issues de son hôpital, l'urologue Fernand Cathelin, considère au contraire que la verge fait partie de l'appareil urinaire, mais que les testicules, les épидидymes, le cordon spermatique, les vésicules séminales relèvent de l'appareil génital¹⁴³.

En pratique, les urologues sont souvent amenés à intervenir sur l'appareil génital, en raison de sa proximité avec l'appareil urinaire. En plus des reins, de la vessie et des uretères – communs dans les deux sexes – l'expertise urologique se déploie surtout autour de deux organes alternativement décrits comme urinaires et génitaux chez l'homme : l'urètre et la prostate. L'urologue Félix Legueu (1863-1939) décrit ainsi ces deux organes comme « 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 prostate¹⁴⁴. » L'annexion des maladies de l'urètre et de la prostate permet d'étendre le champ de compétence urologique à d'autres organes de l'appareil génital masculin, dont les testicules, les canaux déférents ou les vésicules séminales¹⁴⁵.

Cette prédominance urologique sur l'appareil génital masculin explique ainsi le peu d'attrait que représente le terme « andrologie ». 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 pas de changements substantiels dans

141 Hamonic 1910, 376.

142 Hartmann 1904.

143 Cathelin 1913, 85.

144 Legueu 1907, 6.

145 Pinell 2005.

la pratique clinique qui légitimeraient 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 représentations.

Il semble que, comme dans le cas allemand étudié par l'historien Torsten Wöllman, l'expression ait été initialement utilisée de manière irrégulière en langue française sans nécessairement être définie, ni être attachée à des revendications professionnelles et scientifiques¹⁴⁶. Le terme semble d'ailleurs avoir davantage circulé sur 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 spécialisées. 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'urologie¹⁴⁷. 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 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 ». Parmi les participants se trouve d'ailleurs un médecin berlinois qui présente une communication sur les « points de contact de la gynécologie, de l'andrologie et de l'urologie¹⁴⁸ ».

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

146 Wöllmann 2007.

147 Weisz 2006.

148 Anonyme 1909, 1019-1020.

de plus en plus accepté, pour les classes sociales les plus éduquées, d'examiner le sperme pour évaluer la stérilité masculine¹⁴⁹. C'est d'ailleurs en ce sens qu'est adopté le terme d'« andrologie » par certains praticiens, tels que le gynécologue Max Sänger (1853-1903), 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 blennorrhagie 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 femme¹⁵⁰.

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 gynécologiste¹⁵¹ », 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'American Association of Andrology and Syphiligraphy ait été observé depuis la France puisque certaines présentations scientifiques

149 Benninghaus 2019 ; 2012.

150 Sänger 1890, 278.

151 Arnaud-Moulin 1902.

ont été traduites dans la presse francophone¹⁵². 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.

Ce récit de l'andrologie permet ainsi de mettre en lumière la façon dont la description et la classification des corps masculins font partie intégrante du processus de division du champ médical. 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 spécialisation. 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 termes de fonction spécifique au sexe masculin. 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.

152 Les travaux de la réunion de l'AAAS de 1891 sont par exemple présentés dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, t. x., 1892, 142 - 153.

Chapitre 3

Définir, soigner les maladies masculines et se spécialiser

Les spécialités qui se constituent au début du 20^e siècle se saisissent du masculin de diverses manières, au-delà de la seule question génitale. Au contraire de la catégorie de « maladies des femmes » souvent présente dans les annuaires médicaux et du commerce, je n'ai pas retrouvé de définition unitaire des « maladies des hommes » 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 sont donc éclatées entre différents champs de compétence dépendant des intérêts professionnels et politiques de divers groupes et de la façon dont ils établissent ce qui relève de leur juridiction. Ce chapitre explore 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 principalement sur trois aspects autour desquels se développent les connaissances de la santé masculine : la reproduction, les maladies psychiatriques et sexuelles et les troubles hormonaux.

La reproduction masculine sous le regard médical

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 19^e siècle. Les traitements contre la stérilité restent

cependant réservés à une clientèle privée et seuls les couples qui disposent de moyens financiers suffisamment conséquents peuvent avoir accès à des spécialistes¹⁵³. Bien que l'existence d'une responsabilité masculine soit mentionnée dans la plupart des ouvrages spécialisés, la pratique de l'examen de sperme est loin d'être répandue, notamment en raison des problèmes de morale que pose la récolte du sperme par la masturbation. Comme le souligne l'historienne Anne Hanley, la croyance que la stérilité masculine est un trouble relativement rare est une prophétie autoréalisatrice : les médecins la croyant peu courante examinent rarement les époux et ce faisant reproduisent cette même conviction en détectant des troubles de la fertilité féminine¹⁵⁴. 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'avoir des rapports sexuels (impuissance sexuelle) ou des variations du développement sexuel telles que l'hypospadias comme des causes de stérilité masculine. Du fait de ces différentes définitions, il n'y a pas de consensus au sujet de la prévalence de la stérilité masculine, qui toucherait entre 10% et 70% des couples stériles, selon les auteurs¹⁵⁵.

La plupart des auteurs s'accorde néanmoins sur le fait que la stérilité est plus rare chez l'homme que chez la femme. Par extension 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 (1855 - 1940) décrit ainsi la situation :

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

153 Cahen/Minard 2019 ; Cahen 2017 ; Garibian 2017.

154 Hanley 2017.

155 Funck-Brentano/Plauchu 1912, 7.

étiologique complet et il se trouverait fort embarrassé s'il ne connaissait la stérilité masculine¹⁵⁶.

Pour examiner le facteur masculin, les gynécologues s'appuient sur le microscope, dont l'usage s'est répandu dans la clinique dans la seconde moitié du 19^e siècle. L'examen du sperme au microscope permet de présenter les médecins comme des médiateurs neutres qui l'emploient pour déceler la vérité et agir en fonction des meilleurs intérêts de la science et de leurs patients¹⁵⁷. Le docteur Charles Pinel (1828-1895), 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 naturelle¹⁵⁸.

156 Auvard 1894, 655.

157 Benninghaus 2012.

158 Pinel 1893, 2-3.

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 microscope¹⁵⁹. Le recours à la technique permet de faire passer un regard « profane » du corps à une vision « savante » ne pouvant être dévoilée que par ceux ayant été socialisés à son usage.

Si les gynécologues s'emparent de la stérilité masculine, c'est aussi parce que les autres spécialités lui portent peu d'intérêt. La vénéréologie constate certes parfois la stérilité, mais uniquement comme conséquence d'une infection vénérienne. Du côté de l'urologie, la stérilité masculine est très marginale, voire tout à fait absente des publications. Ainsi, l'urologue Jules Janet (1861 - 1945) déplore que les conséquences des maladies génito-urinaires sur la fertilité ne soient davantage étudiées :

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 orchite¹⁶⁰.

Les urologues s'interrogent bien davantage sur les séquelles sexuelles que laissent les opérations de la prostate sur hommes qu'à celles sur leurs capacités procréatives. À la fois urologue et gynécologue, Paul Delbet (1866 - 1924) dénonce ainsi en 1903 le double standard qui s'opère 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

159 Benninghaus 2012.

160 Janet 1910, 430.

de la stérilité on cherche par la dilatation, le redressement, voire par une opération abdominale à lui rendre la fécondité. Chez l'homme, il en est tout 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 femme¹⁶¹.

Le désintérêt des urologues pour la fertilité et la stérilité masculines peut s'expliquer par 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), ce sont généralement les gynécologues qui sont confrontés à une recherche de stérilité. De l'autre, à l'exception de quelques maladies touchant les organes génito-urinaires – telles que les orchites – rares sont les causes de stérilité pour lesquelles il existe un traitement. Lorsque le sperme ne contient aucun spermatozoïde, la stérilité masculine est d'ailleurs jugée incurable, comme en témoigne la remarque du chirurgien Henri Vulliet (1869-1932), qui qualifie en 1904 le traitement chirurgical de la stérilité chez l'homme de « terrain dangereux et glissant qui côtoie de près le charlatanisme¹⁶² ». 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 1897¹⁶³.

161 Delbet 1903, 5.

162 Vulliet 1904, 33.

163 Betta 2017, La congrégation, devenue Dicastère pour la Doctrine de la foi en 1965, a pour mission de « promouvoir et de protéger la doctrine et les mœurs conformes à la foi ».

Mais la reproduction masculine ne se limite pas à la seule stérilité. À la fin du 19^e siècle les scientifiques se questionnent sur la santé et la « dégénérescence » de la population. Élaborée dans les années 1850 par Bénédicte-Auguste Morel (1809 - 1873) avant d'être reprise par son disciple Valentin Magnan (1835 - 1916), la théorie de la dégénérescence propose une origine héréditaire aux maladies mentales caractérisée par la transmission de « tares » aggravées de génération en génération. 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 sains¹⁶⁴.

La bonne santé des pères est alors étroitement associée à celle de leur progéniture et à leur capacité à avoir des enfants de sexe masculin. Parmi les « tares » que les pères sont susceptibles de transmettre à leur descendance se trouve la syphilis, objet d'inquiétudes croissantes. « La crainte que la syphilis ne soit héréditaire est particulièrement présente chez les familles bourgeoises qui craignent que la contamination sexuelle (et morale) ne signifie le déclin de leur lignée¹⁶⁵. » Bien que la théorie de la dégénérescence ne connaisse pas le même succès en Suisse romande, la « qualité » des pères est aussi étudiée dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme. Ainsi, le docteur Édouard Bertholet (1883 - 1965) définit la « blastotoxie » comme « l'action immédiate, aiguë de l'alcool sur les germes reproducteurs au moment de la conception¹⁶⁶ ». À partir d'une importante étude à partir de coupes testiculaires, il souligne la dégradation des spermatozoïdes, voire l'azoospermie complète des hommes qui se livrent à l'alcool.

Dans les deux pays, vénéréologues et hygiénistes en viennent à demander une sélection des géniteurs et à promouvoir l'examen prénuptial. En Suisse, l'émergence de l'État-providence

164 Carol 1995 ; Nye 1993.

165 Corbin 1981.

166 Bertholet 1932, 5.

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-ne-s « inaptes » permettant de réduire les coûts de l'État¹⁶⁷. En septembre 1928, le canton de Vaud légifère en faveur de la stérilisation des personnes handicapées et atteintes de maladies mentales, visant d'abord les femmes marginalisées et vulnérables. Comme le soulignent Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod et Jacques Gasser, la loi est « utilis[e] comme une forme de contrôle de la 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 prévenir¹⁶⁸. » 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 » d'hommes à qui elle est présentée comme une alternative à un internement à vie.

En France, où les considérations biopolitiques sont plutôt d'ordre nataliste, les craintes autour de la quantité et de la qualité de la population n'aboutissent pas sur un contrôle renouvelé des capacités procréatives masculines. Entre 1880 et 1890, le vénéréologue Alfred Fournier (1832-1914) 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 stérilité. 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'alcoolisme. 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 dénatalité. C'est cette dernière analyse qui

167 Mottier 2012.

168 Heller/Jeanmonod/Gasser 2002, 167.

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 « malthusianisme¹⁶⁹ ».

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, alors que près de 10 % de la population adulte masculine est tombée au combat, la crainte de la dénatalité reprend de plus belle¹⁷⁰. C'est dans ce contexte que des groupes, tels que l'Alliance nationale contre la dépopulation, multiplient les alertes au sujet de la « dépopulation » et du risque qu'elle fait courir à la puissance militaire française. Les propagandistes natalistes s'attaquent particulièrement aux mouvements néo-malthusiens, libertaires et anarchistes qui réclament, depuis la fin du 19^e siècle, le contrôle des naissances et la réduction des familles nombreuses¹⁷¹. Ainsi, malgré certaines voix qui dénoncent le désir « égoïste » des hommes de réduire la taille de leur famille, la gestion de la population s'oriente vers un contrôle accru du corps et des capacités reproductives des femmes, devenues des objets de surveillance de l'État¹⁷². 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'avortement.

Par conséquent, 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 moderne¹⁷³ ». Puisque ce sont elles, leurs corps et leurs sexualités qui sont constitués comme des gardes-frontières de la communauté nationale, il n'y a pas d'investissement politique qui justifie la médicalisation des capacités reproductives masculines.

169 Cahen/Minard 2019.

170 Huss 1990.

171 Ronsin 1980.

172 Childers 2001.

173 Mottier 2012, 32.

Entre corps et psyché : les troubles sexuels masculins

Au contraire de la reproduction, la sexualité des hommes fait l'objet d'une attention renouvelée à la fin du siècle. Depuis le début de l'époque contemporaine, les excès sexuels et principalement la masturbation, sont considérés comme la cause principale d'une panoplie de maladies masculines¹⁷⁴. Celles-ci s'expliquent par un modèle d'économie corporelle qui considère que 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 stérilité¹⁷⁵. Établie dès le milieu du 19^e siècle, la distinction entre impuissance et stérilité repose sur des représentations genrées qui opposent la passivité reproductive (féminine) à l'activité sexuelle (masculine).

Causant migraines, insomnies, rhumatismes, impuissance, la masturbation est l'une des principales causes de la spermatorrhée, une maladie nommée par le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier Claude-François Lallemand (1790-1854) pour désigner la perte involontaire de sperme. À la fin du 19^e siècle, la « panique spermatorrhéique » s'atténue : la plupart des médecins s'accorde sur le fait qu'il s'agit d'une maladie rare dont la prévalence est exagérée par des « charlatans¹⁷⁶ ». 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 (1839-1883), 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 sexuels. Si des femmes peuvent aussi être diagnostiquées neurasthéniques, la maladie est tout d'abord pensée comme masculine, notamment en raison de son lien avec

174 Plessis 2019 ; Featherstone 2010 ; Laqueur 2003 ; Stolberg 2000.

175 Nye 1989.

176 Rosenman 2003.

l'exercice et la capacité au travail. Elle affecte particulièrement les intellectuels et les travailleurs de col blanc dont le corps, les muscles et la sexualité sont affaiblis par l'activité cérébrale¹⁷⁷.

Diffusé en France et en Suisse romande par le professeur de clinique des maladies nerveuses Jean-Martin Charcot (1825-1893) et ses disciples, le concept de neurasthénie cristallise les tensions autour de la masculinité à la fin du siècle. Alors 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 font planer la crainte d'une dégénérescence physique des hommes des classes moyennes et de la bourgeoisie. Tout comme l'hystérie, le terme permet de regrouper un ensemble de troubles dont l'origine est supposée être nerveuse ou psychique. 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'hystérie¹⁷⁸.

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 Charcot dans les années 1870 provoque d'ailleurs de vifs débats dans la communauté médicale¹⁷⁹. En montrant l'existence d'une hystérie masculine, celui-ci 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 génitaux. Charcot lui-même considère cependant que les femmes sont bien plus souvent susceptibles d'être hystériques que les hommes et réserve le diagnostic d'hystérie aux hommes issus des classes populaires¹⁸⁰. 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, à

177 Forth 2001.

178 Forth 2007.

179 Forth 2001.

180 Micale 2008 ; Forth 2001.

la civilisation et à la modernité : en ceci, la maladie de l'homme « civilisé » ne saurait être admise chez le patient colonisé¹⁸¹.

Le terme de « neurasthénie sexuelle » ou de « maladies des nerfs » permet à des praticiens de se positionner sur le marché thérapeutique en visant une clientèle relativement aisée, pré-occupée de sa santé et des troubles sexuels. Ainsi, un certain docteur J. Gschwend (? - ?) se présente dans *L'Annuaire genevois* de 1903 comme un spécialiste des « maladies dites secrètes, des voies urinaires et de la peau¹⁸² ». Quelques années plus tard, en 1906, il se transforme en spécialiste des « voies urinaires, neurasthénie sexuelle, maladies de la peau. Électrothérapie spéciale » avant de devenir en 1915 spécialiste des « maladies des nerfs et du sang ». Le docteur Ringelmann (? - ?), successeur de Georges Rumler (? - ?), un prolifique auteur sur les maladies sexuelles, se décrit également dans *l'Annuaire genevois* comme spécialiste du « traitement (...) des maladies fonctionnelles des nerfs, des maladies du sang et de la nutrition¹⁸³ ». 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 euphémismes¹⁸⁴.

En parallèle des maladies sexuelles dites « nerveuses » la fin du siècle voit également apparaître des nomenclatures psychiatriques ayant pour objectif de décrire et classer les « perversions sexuelles¹⁸⁵ ». La théorie de la dégénérescence imprègne la nomenclature : elle permet aux psychiatres de gagner en légitimité scientifique en proposant de comprendre les comportements sexuels perçus comme déviants comme des phénomènes biologiques et héréditaires¹⁸⁶. Du fait de leurs

181 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 Monnais 2012. À propos de la neurasthénie dite « tropicale », voir Croizier 2009.

182 *Indicateur des adresses Genève-Ville & Communes*, 1903, 681.

183 *Indicateur des adresses Genève-Ville & Communes*, 1906, 783.

184 Moulinié 1998.

185 Chaperon 2012.

186 Oosterhuis 1999.

sources d'observations (délits d'attentats aux mœurs ou confessions spontanées de leur clientèle privée), les psychopathologues délaissent l'étude de la sexualité des femmes, dont les troubles à l'ordre public relèvent d'une gestion familiale plutôt que de celle de la police ou de la justice. Les perversions sexuelles sont donc d'abord étudiées chez les hommes et ce d'autant plus que les désirs, l'imagination ou les techniques d'excitation sont perçus comme un apanage masculin au contraire d'une sexualité féminine orientée vers la reproduction¹⁸⁷.

L'émergence de cette « proto-sexologie » repose 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 autobiographique. 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'esprit¹⁸⁸.

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, dont nombreux d'entre eux reviennent traumatisés¹⁸⁹. 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 sexuelle¹⁹⁰. Plusieurs médecins 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 ces troubles sexuels. En effet, l'impuissance sexuelle est soignée différemment selon les spécialités qui s'y intéressent, comme le résume le neurologue Stanislas Hugier (1894 - 1942), docteur en médecine de l'Université de Genève :

187 Mazaleigue-Labaste 2018 ; Chaperon 2010a.

188 Mazaleigue-Labaste 2014 ; Chaperon 2012.

189 Audoin-Rouzeau 2011 ; Le Naour 2002a.

190 Rhoades 2006.

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'exploration¹⁹¹.

Si les théories psychanalytiques se répandent dans l'entre-deux-guerres en Suisse, elles rencontrent un accueil ambivalent, voire réticent dans les milieux médicaux français¹⁹². C'est en partie pour contrer les théories psychanalytiques que se développent des travaux interdisciplinaires sur l'impuissance sexuelle. En 1932, Aimé Amram (1903 - ?) rédige ainsi sa thèse à la Faculté de médecine de Paris sur ce sujet à partir d'observations du service de l'urologue Maurice Chevassu (1877 - 1957) et de celui du neurologue et psychiatre Henri Claude (1869 - 1945). Montrant l'intérêt de cette approche pluridisciplinaire, il souligne le « faisceau convergent de recherches physiologiques, histologiques, endocrinologiques, neurologiques et psychologiques [sur la sexualité]¹⁹³ ». C'est aussi la perspective adoptée par l'urologue Max-Mariot Palazzoli (1890 - 1968) qui se spécialise sur cette thématique à partir de cas étudiés à l'Hôpital Necker et à l'Hôpital Saint-Louis. Son premier ouvrage, *L'impuissance sexuelle chez l'homme*, paru en 1935, connaîtra de nombreuses rééditions.

Élargissant le champ de la proto-sexologie jusqu'alors centrée sur la figure du pervers, la nouvelle « sexologie » qui se déploie au lendemain de la guerre porte un nouvel intérêt aux troubles de la sexualité « normale » ainsi qu'à la sexualité féminine¹⁹⁴. En faisant de la sexualité une affaire sociale, elle se développe au croisement de l'hygiénisme et de l'eugénisme et témoigne d'un intérêt accru pour l'épanouissement des individus et des couples¹⁹⁵. À partir de 1928, plusieurs médecins engagés

191 Higier 1932, xi.

192 Garibian 2017 ; Sédât 2011.

193 Amram 1932, 1.

194 Sutton 2019 ; Chaperon 2010b ; Tamagne 2005.

195 Ohayon 2003.

dans l'étude de la sexualité fondent la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle constituée autour de plusieurs revendications : égalité entre les femmes et les hommes ; sécularisation du mariage et du divorce ; accès à la contraception ; eugénisme ; protection des mères célibataires et des enfants illégitimes ; prévention de la prostitution et des maladies vénériennes ; éducation sexuelle et décriminalisation des « sexualités anormales¹⁹⁶ ». Selon les contextes où elle est implantée, la Ligue connaît 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'homosexualité¹⁹⁷.

Malgré ce foisonnement intellectuel, le développement de la sexologie demeure marginal en Suisse comme en France. En terre helvétique, pourtant pays d'Auguste Forel (1848-1931), un des fondateurs de la Ligue, la sexologie qui s'institutionnalise dans 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 familiales. 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 l'institutionnalisation de la sexologie médicale¹⁹⁸. Dans l'un et l'autre pays, les sciences sexuelles se développent plus tardivement que dans d'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 contraception¹⁹⁹. En France, où la psychanalyse se répand moins rapidement qu'en Suisse, c'est au début des années 1930 que le psychiatre Édouard Toulouse (1865-1947)

196 Chaperon 2014.

197 Dose 2003.

198 Garibian 2017.

199 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, voir Chaperon 2014 ; Ronsin, 1980. 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 Garibian 2021.

et le gynécologue Jean Dalsace (1893 - 1970) fondent les premières associations d'étude des sexualités : l'Association d'études sexologiques (1931) et la Société de sexologie (1932), chacune produisant un bulletin²⁰⁰. En faisant dialoguer diverses perspectives médicales autour de la sexualité, cette nouvelle branche s'appuie aussi sur une nouvelle discipline qui prend son essor dans l'entre-deux-guerres : l'endocrinologie sexuelle.

Les frontières hormonales de la masculinité

Revenir sur l'histoire de la « découverte » des hormones sexuelles implique de commencer par une anecdote. En 1889, la Société de biologie française est le théâtre d'une étonnante « découverte » : le physiologiste et neurologue Charles-Édouard Brown-Séquard (1817 - 1894) expose avoir fait l'expérience d'un rajeunissement physique, mental et sexuel inégalé après s'être injecté une solution d'eau mélangée à du sperme et des tissus broyés de testicules de cochon d'Inde et de chien. Ce résultat, affirme-t-il, est la preuve de la résorption du sperme par les testicules et d'une distribution de l'énergie par le sang au système nerveux et aux muscles²⁰¹. L'épisode suscite polémique et railleries et ce d'autant plus que le sperme injecté n'avait pu être obtenu que par la masturbation²⁰². Mais il marque les origines d'un nouveau regard qui aura des conséquences durables sur les savoirs et les pratiques médicales portant sur les corps, les sexualités, la fertilité et le vieillissement masculin.

Près de quinze ans après la « découverte » de Brown-Séquard, le physiologiste britannique Ernest Starling (1866 - 1927) établit la théorie de « messagers chimiques » qu'il appelle « hormones » qui seraient produites dans des glandes et agiraient sur le corps. Parmi celles-ci et dans la veine des travaux de Brown-Séquard, ce sont les hormones dites « sexuelles » qui attirent particulièrement l'attention. Ainsi le début du siècle est marqué par une série d'expériences de castration et de transplantation de

200 Chaperon 2014.

201 Sengoopta 2006.

202 Sinding 2003.

gonades (ovaires et testicules) afin de comprendre le rôle et le fonctionnement des hormones qui participent à l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité, répartition des graisses, timbre de la voix).

C'est dans ce cadre que se développe un nouvel intérêt au début du siècle pour les eunuques qui résident encore en Chine, en Égypte et dans l'Empire ottoman où ils sont employés dans les harems et les cours impériales. La secte des Skoptzy qui pratique la castration rituelle en Europe de l'Est et en Russie attire également l'attention de médecins et scientifiques français et suisses qui cherchent à identifier les particularités physiques et psychologiques des hommes qui ne possèdent plus de testicules²⁰³. Parmi ces auteurs se trouve un médecin parisien, le docteur Richard Millant (1876-1916), qui obtient en 1910 un arrêté de mission gratuite du Ministère français de l'instruction publique et des beaux-arts afin d'organiser un voyage scientifique en Asie mineure et en Égypte. L'objectif de ce voyage est double : il s'agit de se renseigner sur l'usage de l'opium et de se documenter sur « l'état actuel de la question de l'eunuchisme » avant que la pratique ne cesse, de crainte que « les bouleversements politiques ne [viennent] d'un jour à l'autre transformer des mœurs séculaires ». Millant s'intéresse plus particulièrement à la « psycho-physiologie de l'eunuque » afin « d'établir s'il existe chez lui simplement une orientation spéciale du caractère, en dehors de tout retentissement sur l'intelligence proprement dite²⁰⁴ ».

Cet intérêt s'inscrit dans une longue histoire orientaliste de description des harems et d'un intérêt pour le rôle social des eunuques et leurs caractéristiques²⁰⁵. Tout comme Millant, d'autres médecins, à l'instar du chirurgien franco-russe Serge Voronoff (1866 - 1951), publient leurs observations lors de séjours 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 :

203 Voir aussi à ce sujet Serna 2021a.

204 Archives nationales (AN) F/17/17279/101/155/375/NBO Dossier de Richard Millant, lettre de Millant au ministre, juillet 1910.

205 Hanafi à paraître ; Saïd 1979.

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, anémiés²⁰⁶.

En mobilisant un vocabulaire péjoratif opposant le sain au malsain dans une dichotomie de genre (les eunuques ressemblant à de vieilles femmes), les descriptions des eunuques s'inscrivent dans le cadre d'un discours colonial qui légitime leur objectification²⁰⁷. La représentation de la castration comme une pratique barbare, propre aux mœurs orientales, permet d'assurer la légitimité de l'intervention occidentale, comme une volonté civilisatrice d'arrêter ces « horribles massacres de la masculinité²⁰⁸ ».

Pour les Européens, la dénonciation de l'eunuchisme est étroitement associée à celle de l'esclavage. Le médecin français Alexandre Démétrius Zambaco (1832-1913), installé dans l'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 violents²⁰⁹ ». 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 ottoman²¹⁰. Cette dénonciation n'empêche pourtant pas un intérêt manifeste porté aux eunuques, comme en témoigne l'ambivalence du discours de 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

206 Voronoff 1924, 11.

207 Dorlin 2006.

208 Zambaco 1911, 46.

209 Zambaco 1911, 4.

210 Millant 1912.

variées bien intéressantes, concernant ces mutilés dont le commerce lucratif n'a 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 gynécées²¹¹.

Tout en reproduisant une hiérarchie entre cultures civilisatrices et celles ayant besoin des Lumières et des sciences occidentales, ce discours permet l'appropriation du corps des eunuques à un moindre coût éthique sans endosser la responsabilité de leur opération.

C'est d'abord en mesurant les os du squelette, jugé anormalement grand et fin chez les eunuques, que les observateurs notent les stigmates de la castration sur les corps²¹². Alternativement décrits comme « féminins » ou « asexués », les eunuques ne sont jamais considérés comme des hommes à part entière, comme le souligne cette éloquente description de deux anthropologues au sujet du palais impérial de Chine : « À la cour de Pékin, (...) le Palais impérial [est] habité par 1000 eunuques, gardiens de harem, intendants, fonctionnaires (...) vaquant à tous les emplois. L'empereur est le seul mâle dans l'enceinte du palais²¹³. » La castration implique un rapprochement tant physique que psychique du côté du féminin, comme le décrit Millant :

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 manifeste 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 pédérastique²¹⁴.

211 Zambaco 1911, 147

212 Serna 2021a.

213 Hikmet/Regnault 1901, 239.

214 Millant 1908, 286-287.

Le modèle de compréhension de la sexualité des eunuques marque plus globalement une transformation dans les compréhensions médicales de l'« inversion sexuelle ». Jusqu'alors 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 1910²¹⁵. 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 frivolité, la ruse, l'instinct maternel ou encore leur manque d'intelligence. Voronoff décrit ainsi leur mémoire comme « faible » leur intelligence comme étant « paresseuse » et leur ruse comme une preuve de leur « faiblesse d'esprit²¹⁶ ».

L'exemple des eunuques permet de souligner les conditions d'émergence d'un savoir endocrinologique qui investit les hormones comme nouveaux sites de la différence sexuelle au lendemain de la guerre²¹⁷. En opposition à un corps féminin pathogène, les « messagers chimiques » de la masculinité sont investis de caractéristiques positives : énergie, puissance physique et sexuelle, intelligence. D'autre part, les connaissances produites sur les eunuques servent à consolider l'autorité scientifique de médecins comme Serge Voronoff, qui se livre, de retour à la station physiologique du Collège de France, à des expériences de greffes d'organes et de glandes. S'inspirant des observations qu'il a réalisées sur les eunuques en Égypte, il fait des testicules le lieu de production d'un élixir 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

215 Sengoopta 2006.

216 Voronoff 1924, 24.

217 Oudshoorn 1994.

chose qui le rend fort et énergétique. 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 sexuel²¹⁸.

En requalifiant les testicules comme lieu de production de l'énergie vitale, Voronoff actualise les théories de Brown-Séquard et participe à faire des hormones sexuelles mâles un objet d'attention publique²¹⁹. Il présente dès 1922 des expériences de « greffes testiculaires » consistant à prélever des tissus testiculaires de grands singes pour les transplanter sur l'homme avec la promesse de restaurer les forces et la jeunesse des hommes. L'heure est aux « thérapies de rajeunissement » : l'idée que la surproduction d'hormones « mâles » permettrait de lutter contre le vieillissement rencontre un certain succès. C'est également la prémisse de l'opération dite de Steinach mise au point par le physiologiste autrichien du même nom, Eugen Steinach (1861-1944), professeur de biologie et directeur de l'Institut biologique de l'Académie des sciences de Vienne. En ligaturant les canaux déférents (vasectomie), l'objectif de l'opération est de favoriser la production hormonale en mettant « au repos » l'activité reproductrice. L'opération est présentée comme une méthode de rajeunissement corporel et intellectuel, qui permet notamment de lutter contre des maladies associées à la vieillesse, telles que l'hypertrophie de la prostate²²⁰.

En Suisse romande, les thérapies de rajeunissement se diffusent à travers la figure controversée du chirurgien Paul Nihans (1882-1971) qui promeut à la fois l'opération de « Steinach » pour soigner l'hypertrophie de la prostate et la « transplantation de glandes endocrines²²¹ ». Pour Nihans comme pour les tenants des thérapies de rajeunissement, l'homme âgé de plus de 50 ans se rapproche 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

218 Voronoff 1924, 13.

219 Sengoopta 2006.

220 Serna 2021a.

221 Nihans 1947 ; Nihans 1937.

dans l'effort musculaire (...) la déchéance atteint peu à peu tous les organes²²². »

Tout au long des années 1920 et 1930, les thérapies de rajeunissement font cependant l'objet de controverses. L'historien Jean-Louis Fischer a notamment étudié la « querelle de l'interstitiel » qui agite médecins et biologistes français au début des années 1920. Les adeptes de Voronoff s'opposent aux tenants de la théorie des physiologistes Pol Boin (1870-1962) et Paul Ancel (1873-1961) qui font l'hypothèse, dès 1903, de deux rôles distincts du testicule : la sécrétion hormonale assurée par les cellules interstitielles de Leydig (fonction sexuelle) et la production de spermatozoïdes assurée par les cellules de Sertoli (fonction reproductrice). 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 particulier²²³ ».

La possibilité de galvaniser le désir sexuel dans le vieil âge provoque aussi une certaine inquiétude de trouble à l'ordre moral et social²²⁴. Les caricatures qui sortent dans la presse sont autant de traces de la transgression que constitue la greffe inter-espèce que celle de la sexualité dans le vieil âge. Mobilisant la toute récente expérience de guerre, le journal humoristique *Le Rictus* publie ainsi ce vers :

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,

222 Niehans 1929, 4-5.

223 Fischer 1995, 242.

224 Sengoopta 2003.

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 prédic cet avenir)
 Qu'Éros et sa mère, pour les punir,
 Leur collent, à tous, la vérole²²⁵ !

Ainsi même chez leurs promoteurs, les thérapies de rajeunissement chez les hommes vieillissants font l'objet de certaines ambivalences. 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 ne théorisent pas l'idée d'une « andropause » ou « ménopause masculine ».

D'autres questionnent le rôle du testicule dans l'économie générale du corps, à l'instar du docteur genevois Charles-Eugène Saloz (? - ?) : « 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. » Il souligne également le fait que ces thérapies s'adressent d'abord aux hommes :

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, 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'homme²²⁶.

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 testiculaires²²⁷. Pourtant, en parallèle des thérapies de rajeunissement, ce sont bien les hormones sexuelles dites « féminines » qui attirent l'attention des biochimistes,

225 AM Dossier biographique de Serge Voronoff *Le Rictus*, 1919.

226 Saloz 1930, 866-867.

227 Sengoopta 2006.

physiologistes et gynécologues. Avec leur isolation, synthétisation puis commercialisation dans les années 1930, la ménopause féminine est progressivement redéfinie comme une pathologie causée par une déficience hormonale²²⁸. 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'endocrinologie²²⁹.

À l'inverse et malgré la focalisation de l'endocrinologie sexuelle sur le testicule, le vieillissement masculin n'est pas requalifié comme une andropause nécessitant traitement. 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 masculines. Les hormones « mâles », l'androstérone et la testostérone, seront d'ailleurs synthétisées plus tardivement, en 1934 et 1935 respectivement. Dès la fin des années 1930, les thérapies de « rajeunissement » tout comme la notion de « ménopause masculine » sont mises en échec et sont associées à un épisode de charlatanisme médical²³⁰. Certaines entreprises pharmaceutiques qui produisent des hormones de synthèse, telle Organon aux Pays-Bas, abandonnent délibérément leurs recherches de traitement hormonal de la ménopause masculine de crainte de compromettre leur image²³¹. 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 femelles²³². En l'absence d'accès aux archives des principaux laboratoires, il est difficile d'en savoir plus quant à la circulation et

228 Gaudillière 2004 ; Oudshoorn 1997.

229 Koechlin 2021.

230 Sengoopta 2006 ; Oudshoorn 1994.

231 Oudshoorn 1994.

232 Gaudillière 2003.

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 (voir la troisième partie). Il n'en reste pas moins que la synthétisation et la mise sur le marché d'hormones sexuelles « mâles » à la fin des années 1930 ne sont pas des éléments constitutifs d'une nouvelle science qui se dédierait à la masculinité, mais font plutôt planer le spectre du charlatanisme.

Épilogue

Au lendemain de la Grande Guerre, les frontières professionnelles de la spécialisation se sont déplacées. Plutôt que de formes de spécialisation sur le masculin, le début du siècle témoigne de l'émergence d'une multiplicité de regards médicaux sur les corps et les maladies masculines et ce notamment avec le développement de nouvelles disciplines qui bousculent l'offre thérapeutique : endocrinologie, psychanalyse et sexologie.

Tout en permettant de nouveaux regards et objets de recherche, ces nouvelles approches ne s'accompagnent pas d'une attention accrue sur le corps des hommes. Le terme « andrologie » semble avoir disparu en même temps qu'une « médecine génito-urinaire » relativement large, vaquant du côté de l'urologie, de la gynécologie et de la vénéréologie. 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. L'andrologie apparaît certes sporadiquement, comme en témoigne son incursion dans le *Petit dictionnaire de médecine* du médecin légiste Eugène Dabout (1875-19 ?) en 1924 où elle est définie comme l'« étude des maladies des organes génitaux de l'homme²³³ ». 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 le génito-urinaires, l'andrologie est peu à peu requalifiée en science des troubles sexuels et reproductifs masculins.

C'est notamment le cas en Grande-Bretagne où l'émergence de la sexologie et de l'endocrinologie fournit une base au chirurgien Kenneth Walker (1882-1966) pour s'intéresser aux

maladies qui touchent la sphère sexuelle et reproductive des hommes : troubles hormonaux, stérilité masculine et impuissance sexuelle. En 1923, il présente dans un ouvrage, *Diseases of the male organs of generation*, ces différents intérêts comme relevant d'une « andrologie » qu'il définit comme « l'étude des maladies des organes mâles de la génération » et dans lequel il regrette que les maladies masculines aient souvent été 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-urinaire²³⁴ ». La réception de l'ouvrage est plutôt favorable même si le terme « andrologie » lui-même est somme toute peu commenté.

Du côté de la France comme de la Suisse en revanche, le terme ne semble pas avoir fait l'objet de réflexion par les tenants de la sexologie, de l'endocrinologie ou de la psychanalyse. Certains s'en saisissent parfois, à l'instar du médecin et psychiatre Maxime Laignel-Lavastine (1875-1953) qui emploie le terme pour intituler une conférence donnée à l'Hôpital de la Pitié en 1932. Il décrit 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 ». 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 le mécanisme de l'érection : il s'agit pour lui 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 pénis²³⁵ ».

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 (1904-1984). En juillet

234 Walker 1923, v.

235 Laignel-Lavastine 1933, 537-539.

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'andrologie²³⁶ ». 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 Janeiro.

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 brésilienne. Il ne fait pas partie des prestigieuses sociétés et académies brésiennes qu'il accuse d'antirépublicanisme²³⁷. 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 hygiéniques²³⁸ ». Avec le soutien du préfet, il obtient en 1936 la première chaire d'andrologie clinique à l'Universidade do Distrito Federal réputée progressiste, fondée une année plus tôt.

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 rues et dans les couloirs des hôpitaux et des associations médicales "²³⁹ ».

236 Albuquerque 1936.

237 Russo/Carrara 2021 ; Carrara/Carvalho 2016.

238 Carrara 2004, 13.

239 Carrara 2004, 13-14.

Comme 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. À compter de 1935, le journal est également édité en français, anglais, allemand, espagnol et italien afin d'attirer un public international. 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.

Puisqu'Albuquerque est devenu membre associé de la Société de sexologie en 1936, sa conférence est par la suite publiée dans le bulletin de la Société de sexologie. Il présente l'andrologie comme une science fonctionnelle de la sexualité masculine et s'oppose à l'appropriation par l'urologie du 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. (...) Physiologiquement, l'urètre est un organe sexuel, puisque s'il nous était possible de l'extirper en le sectionnant, au point de fixation du *varumontanum*, 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 urinaire²⁴⁰.

Albuquerque désigne ainsi l'andrologie comme une spécialité médicale traitant de « ce qui a trait à la fonction sexuelle masculine ». Plutôt que des spécialités basées sur l'anatomie

240 Albuquerque 1936.

ou la thérapeutique, il propose de valoriser le « critérium fonctionnel » c'est-à-dire une clinique dans laquelle « le spécialiste s'occupe des altérations morbides d'une fonction déterminée » permettant au médecin d'avoir « toujours une vue d'ensemble de l'organisme, pendant qu'il interprète les symptômes morbides de ses malades » mais aussi de répondre également aux besoins des patients qui viennent consulter en raison d'une dysfonction dont ils ignorent parfois la réalité anatomique. 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 urinaire (...) La spécialisation que nous avons faite 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'andrologie²⁴¹.

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 périodiques médicaux ni même dans les journaux de presse. L'expérience de l'andrologie brésilienne est elle-même de courte durée, en raison de la résistance du recteur,

241 Albuquerque 1936, 510-511.

catholique, de l'Université, en poste dès 1938. La même année, Albuquerque démissionne alléguant l'impossibilité de faire cours sans infirmerie spécialisée. 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 disparaître²⁴².

L'épisode a cependant un intérêt : il permet de mettre en évidence le caractère construit de l'anatomie masculine. Dans cette partie, nous avons montré comment les spécialités qui émergent à la fin du 19^e siècle et qui se développent jusqu'à l'entre-deux-guerres construisent différentes réalités des corps masculins en établissant et en contestant des juridictions sur des organes, des maladies ou des techniques. Que leurs organes et leurs maladies soient décrites comme urinaires, sexuelles, psychiatriques ou hormonales, les corps des hommes ne sont cependant pas définis comme dépendant d'une « nature masculine ». 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, à la fois porteurs d'un marqueur de genre et de l'universalité.

Ce que la spécialisation fait donc du masculin relève d'une logique d'éclatement et d'appropriation stratégique. Plutôt que de proposer une cause unique à l'absence d'une andrologie, cette partie montre la pluralité des espaces dans lesquels se développe 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

242 Carrara 2004.

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.

Cet épisode se clôt par un emballement de l'expansion des spécialités. Face à leur nombre grandissant, les autorités politiques et médicales s'engagent dans la réglementation de la profession médicale. En Suisse, la FMH introduit, dès 1931, une régulation sur le titre de « spécialiste » et en délivre la certification. Parmi celles qui sont reconnues se trouvent notamment l'urologie, la vénéréologie et la dermatologie, qui sont distinguées comme des spécialités différentes, ainsi que l'obstétrique et la gynécologie. Entrepris par l'Ordre des médecins en 1947, le processus de régulation des spécialités médicales aboutit en France à un résultat similaire. La réglementation du statut de spécialité a des effets concrets sur le marché médical. Il faut ainsi 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 20^e siècle**

De la fin du 19^e 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 jusqu'ici été abordée. Pour Rene Almeling, c'est parce que les hommes étaient principalement pris en charge par des « charlatans » que l'andrologie ne s'est pas développée aux États-Unis :

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 régulière¹.

D'autres travaux nord-américains montrent l'existence de cliniques, appelées « instituts médicaux publicitaires » qui se consacrent aux « maladies des hommes » avec un certain succès commercial. Depuis des bureaux ayant pignon sur rue, comprenant des musées de cire et des salles d'opération, ces instituts se font connaître par une abondante publicité 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

1 Almeling 2020, 53.

de la masturbation, ainsi que d'autres maladies génito-urinaires chroniques². C'est en s'appuyant sur l'existence de publicités faisant la promotion de cliniques dédiées spécifiquement aux maladies masculines qu'Almeling fait l'hypothèse de formes de spécialisation dédiées à la santé masculine à la marge de la médecine des élites³.

Dans cette seconde partie, je cherche à comprendre dans quelle mesure cette hypothèse peut être transposée au contexte français et suisse du début du siècle à la Seconde Guerre mondiale, au 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. 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'automédication⁴. Je mobilise le concept de « marché thérapeutique » pour étudier le pluralisme de l'offre médicale, les tactiques des hommes pour trouver des soins ainsi que les stratégies pour convaincre ces derniers d'avoir recours à des soins.

2 Fischer 2009.

3 Almeling 2020.

4 Rieder 2005.

Chapitre 1

Une histoire pluraliste de la santé masculine

La production et la circulation de connaissances sur les sexualités

À la fin du 19^e siècle, l’alphabétisation, l’urbanisation, la facilité des communications et le prix de l’imprimerie marquent l’essor d’une littérature de vulgarisation du discours médical sur la sexualité adressée au grand public. 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 sentiments. 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 important⁵.

Cette littérature s’adresse à un public non scientifique dans un style direct qui popularise les taxonomies savantes tout en empruntant parfois à l’érotisme de la « littérature décadente » et à la presse grivoise. Pour contourner la censure, la plupart des auteurs vulgarisateurs use d’un pseudonyme, certains employant un titre de docteur en médecine qui n’est pas toujours assuré. Il faut dire que la légitimité médicale permet d’éviter la sanction pour délit d’outrage aux bonnes mœurs si l’intention scientifique sérieuse de l’auteur peut être avérée⁶. Concernant généralement les deux sexes, parfois dans un modèle de symétrie, les

5 Chaperon 2012.

6 Stora-Lamarre 1990.

ouvrages transmettent des informations anatomiques sur les organes sexuels, le phénomène de la fécondation et de la procréation, mais aussi sur 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.

Le succès de ces ouvrages montre que la médicalisation de la sexualité n'est pas un phénomène imposé par les élites, mais qu'il répond à un fort désir du lectorat d'obtenir des informations sur la sexualité, la procréation et la contraception⁷. La thématique suscite suffisamment d'intérêt pour que les éditeurs estiment qu'il est commercialement intéressant de produire des ouvrages sur le sujet. Certains sont des véritables succès de librairie, à l'instar de *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés* du psychiatre suisse Auguste Forel ou encore la collection traduite de l'anglais du pasteur Sylvanus Stall (1847-1915) *Ce que tout jeune garçon... tout jeune homme... tout homme marié... tout homme de 45 ans... devrait savoir* qui est même diffusée jusque dans les kiosques⁸.

Ces « médecins de l'amour » s'adressent d'abord à un public masculin : ce sont en effet aux hommes qu'il revient d'instruire leurs nouvelles épouses aux plaisirs du mariage. Ainsi, lorsqu'ils s'adressent aux femmes, épouses et mères, les médecins s'autocensurent et cherchent souvent à assurer la respectabilité de leur ouvrage en insérant une note liminaire pour dissuader le lecteur qui tenterait d'y trouver des propos graveleux⁹.

En édictant des normes de conduite morale, cette littérature répond aussi à un contexte d'inquiétude hygiénique et morale sur la sexualité qui voit l'émergence d'un mouvement transnational pour l'éducation sexuelle pour prévenir les jeunes gens des dangers de la prostitution et des maladies vénériennes¹⁰. En France comme en Suisse, l'éducation des jeunes hommes est de plus en plus perçue comme un rempart contre la diffusion des maladies vénériennes. L'absence de véritables méthodes de

7 Cook 2004.

8 Garibian 2017 ; Fussinger/Ostorero 1998.

9 Chaperon 2012.

10 Praz 2014.

traitement conduit les médecins à prôner la chasteté en insistant sur les conséquences dramatiques des maladies « honteuses » et en y mêlant des recommandations morales ayant pour objectif de prévenir les fautes de la jeunesse¹¹. Il s'agit par exemple de transformer les représentations autour de la blennorragie, familièrement appelée « chaude-pisse » souvent considérée comme la preuve de l'accession à une masculinité adulte marquée par l'hétérosexualité¹². C'est ce qu'explique le syphiligraphe Alfred Fournier dans son ouvrage *Pour nos fils quand ils auront 18 ans* :

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-uns¹³.

Ces premiers opuscules visant à éduquer la jeunesse sont d'abord adressés aux adolescents de bonne famille qui constituent la clientèle des médecins engagés dans l'éducation à la sexualité et qui constituent les cibles des luttes contre la dénatalité¹⁴. Les jeunes hommes sont considérés comme les bénéficiaires directs de ces lectures, au contraire des jeunes filles pour lesquelles l'éducation sexuelle est laissée au soin des mères¹⁵.

Du côté des cantons protestants de Suisse romande, la prolifération de brochures sur la moralité sexuelle au début du siècle dénonce aussi les droits sexuels presque illimités des hommes. Ces discours cherchent à réfuter la croyance populaire selon laquelle la sexualité masculine est un besoin irrépissable tout en établissant un nouveau modèle de masculinité respectable, basée sur le contrôle de soi, le respect pour le bien-être de sa partenaire et le fait de lui éviter de trop nombreuses grossesses. Au contraire, dans le canton catholique de Fribourg, l'influence du discours nataliste français est perceptible dans le ton des

11 Fussinger/Ostorero 1998 ; Corbin 1987.

12 Corbin 2011 ; Goens 1996a.

13 Fournier 1902, 8.

14 Luca Barrusse 2010.

15 Knibiehler 1996.

publications qui glorifient les grandes familles et dénoncent le déclin des naissances¹⁶.

À cette littérature adressée aux jeunes hommes et aux jeunes mariés s'ajoutent également des discours politiques sur la sexualité au sujet du néo-malthusiannisme, de l'homosexualité ou du féminisme¹⁷. Depuis la fin du 19^e siècle, les groupes néo-malthusiens prônent la limitation des naissances et diffusent des connaissances sur l'anatomie et le phénomène biologique de la procréation à l'attention des hommes¹⁸. 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 hommes.

L'important courrier adressé aux auteurs de ces ouvrages montre la perméabilité du langage médical dans la culture populaire, avec des différences de classe sociale évidentes¹⁹. Celle-ci s'accompagne de véritables anxiétés au sujet des maladies vénériennes. L'historien Claude Quétel évoque une « syphilophobie » dont les inquiets assiègent les cabinets des médecins à l'aube du 20^e siècle²⁰. L'angoisse antivénérienne est ouvertement évoquée dans les romans de la fin du 19^e siècle et relayée par les hygiénistes, mais aussi par la propagande néo-malthusienne²¹. Certains hommes en développent une véritable angoisse des rapports sexuels, à l'instar de cet avocat d'âge moyen, patient du docteur Georges Bourguignon, qui est envoyé à son cabinet pour une impuissance causée par une « phobie des maladies vénériennes²² ». Le docteur Georges Valensin (? - ?), diplômé de médecine dans les années 1930, évoque cet aspect dans son autobiographie :

16 Praz 2009.

17 Garibian 2017 ; Chaperon 2012.

18 Praz 2005 ; Sohn 1996.

19 Voir notamment Garibian 2018 ; Hall 1991.

20 Quétel 1986.

21 Corbin 1987.

22 Académie nationale de médecine (AM) Fonds Bourguignon, dossier n° 3805, lettre de Laroche au médecin du malade, années 1940.

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 panique²³.

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. Par l'intermédiaire d'annonces publicitaires, les instituts, les 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'autres fois le dépositaire²⁴. Aux États-Unis, il s'agit du 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 rapide²⁵.

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 ». Alors qu'ils constituent l'une des principales préoccupations des hommes, les troubles sexuels sont souvent absents des publications des élites médicales au début du 20^e siècle, comme le déplore un urologue en 1910 :

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

23 Valensin 1974, 142.

24 Rousseau 1995 ; Lefebvre 1995.

25 Fischer 2009.

soit à chaque instant consulté sur cette vexante infirmité : beaucoup de gens se résignent à la maladie, peu consentent à l'abdication sexuelle²⁶.

La circulation d'ouvrages de médecine populaire permet de répondre à une demande des hommes à la recherche de connaissances peu développées dans les sphères académiques. Cela implique cependant un décalage certain entre les connaissances à disposition des hommes et celles développées par l'élite médicale. Ainsi, si la plus grande partie du corps médical reconnaît l'innocuité de la masturbation depuis la fin du 19^e siècle, la panique autour de l'onanisme persiste dans les publications populaires²⁷. Nombreux sont les médecins qui déplorent d'ailleurs la lecture de dictionnaires usuels et d'ouvrages de vulgarisation, à l'instar de l'urologue Alfred Pousson (1853 - 1940) qui souligne 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 malades²⁸ ». Similairement, Forel présente ces malades dans un registre pathétique :

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. À 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 exploiter²⁹.

Il faut dire que les croyances autour des méfaits de l'onanisme permettent de fournir un langage pour faire sens des défaillances corporelles liées à la masculinité³⁰. Un tapissier

26 Milian 1910, 758.

27 Corbin 2011b ; Laqueur 2003.

28 Pousson 1899, 373.

29 Forel 1906, 253.

30 Szymanski 2017.

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 ». 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 nerveux³¹ ».

La crainte des conséquences physiques de la masturbation devient chez certains une véritable obsession. Un charpentier est ainsi « convaincu que c'est la masturbation qui a provoqué sa déchéance » à laquelle il attribue son incapacité à trouver un travail ainsi qu'une urétrite gonococcique, qui, mal soignée, est devenue chronique³². 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 dépeignait³³.

La persistance, la circulation et le succès de croyances et de connaissances médicales révèlent 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.

31 Archives d'État de Genève (AEG) Asile de Bel-Air, dossier n° 12308, rapport d'expertise, années 1940.

32 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 13727, observations cliniques, années 1940.

33 Valensin 1974, 140.

La consommation thérapeutique et les parcours de soin des patients

Lorsqu'ils cherchent un remède à leurs troubles, les hommes du début du 20^e siècle peuvent ainsi se tourner vers un large choix de praticiens (médecins généralistes ou spécialistes, pharmaciens, herboristes), une palette de produits pharmaceutiques ou encore des séjours de santé. 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 donnés et est influencé par des facteurs de classe, de statut social et de genre. Il est plausible que le fait même de consulter un médecin ne concerne qu'une minorité des hommes et ce notamment en raison des coûts liés au fait de dévoiler leurs difficultés sexuelles à d'autres hommes, en particulier à des médecins qui détiennent un capital économique et symbolique élevé³⁴.

Le choix du traitement comme du praticien dépend 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 troubles³⁵. 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 neurasthénie³⁶. Le voyage associé au séjour de santé permet également d'assurer une certaine confidentialité, en consultant des praticiens inconnus des cercles de proches³⁷. Les capacités linguistiques des médecins sont d'ailleurs souvent mises en avant dans les publicités afin d'attirer une clientèle internationale de

34 Hall 1991.

35 Szymanski 2017 ; McLaren 2007.

36 Forth 2001.

37 Hilde van Baal 2002.

passage. Dans une saynète publiée dans le journal littéraire *Gil Blas* 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 :

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 cantharide³⁸.

La population bourgeoise constitue une clientèle de choix pour les nombreuses cliniques et cabinets privés installés en Suisse³⁹. La « fièvre thermale » qui agite les franges les plus 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, ainsi qu'un véritable marché économique reposant sur le tourisme médical des cures balnéaires en territoire helvétique. 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 bourgeoise⁴⁰.

Ainsi, dans un ouvrage recensant les différentes villes thermales françaises publié en 1911, le médecin hydrologue Louis Porcheron (1873-1944) 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 urinaire. Celles de Lamalou, dans l'Hérault, de

38 Laharpe 1893, 1. Les cantharides sont des insectes desséchés et réduits en poudre qui servaient à la confection de remèdes aphrodisiaques.

39 Garibian 2017.

40 Gerbod 1987.

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 urétraux. 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 instable⁴¹ ». 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 page de publicité spécifie le temps de trajet depuis Paris (seulement deux heures et demie) 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 urinaires⁴² ». 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 développés en raison de son impuissance⁴³.

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 gratuits⁴⁴. Le voyage vers les grands centres urbains et notamment Paris, est parfois l'unique moyen d'avoir accès aux soins de spécialistes. Les quelques dossiers de patients de l'urologue Joaquín Albarrán (1860-1912) du début du siècle montrent que nombreux d'entre eux séjournent à Paris pour avoir une chance d'être opérés 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

41 Porcheron 1911, 258.

42 *Annuaire-almanach du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de l'administration*, 1907, 88016.

43 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 2492, examen médical, années 1930.

44 Corbin 1987.

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. À 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 opératoire⁴⁵.

La centralité de la douleur, l'errance thérapeutique et la crainte de la mort évoquées 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 mort⁴⁶. 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

45 Bibliothèque interuniversitaire de Santé-Médecine (BIU Santé) Ms 2535 Lettre de M. D., 1905.

46 Björkman/Persson 2020.

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 permettent pas d'y rester longtemps parce que je n'y ai aucun parent pour me recevoir. Et je ne demande pas mieux que d'y aller pour que vous me visitiez⁴⁷. »

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 défavorisées⁴⁸. 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 fait 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 (1884-1984) :

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 électriques⁴⁹.

Néanmoins, le coût des soins du neurophysiologiste ne se limite pas aux examens ou aux séances électriques. Beaucoup

47 BIU Santé Ms 2535 Lettre de M. V., 1902.

48 Degen 2008 ; Léonard 1980.

49 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3362, lettre de Bourguignon à Laroche, 1945.

de malades de Bourguignon, 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. Un ancien directeur de banque, privé de son travail à la suite 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 mois⁵⁰ ». 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 francs d'honoraires ; étant donné mon emploi cette somme est très lourde pour mon budget⁵¹ ». Il s'adresse peu après à la fille de Bourguignon, qui travaille 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 mesure⁵². »

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 ou du moins à un fort investissement en termes de temps et d'énergie.

Ainsi, les coûts associés à la consultation participent à décourager certains hommes de chercher un remède à leurs souffrances ou les enjoignent à essayer 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 à des prix abordables, voire gratuitement et qui promettent des guérisons en quelques jours. Les vespasiennes installées sur les trottoirs et dans les

50 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 2786, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

51 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3991, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

52 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3991, lettre du patient à M^{lle} Bourguignon, années 1940.

aires publiques parisiennes depuis les années 1840 sont particulièrement connues pour leurs affiches en tous genres. À la fois situées dans l'espace public et protégées par les cloisons, elles constituent un lieu homosocial par excellence, privilégié pour faire de la publicité commerciale ou politique⁵³. 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 » dans « toutes les vespasiennes du boulevard⁵⁴ ». Dans *À vau-l'eau*, l'écrivain Joris Karl Huysmans (1848-1907) décrit l'angoisse d'un célibataire sans le sou contaminé par une maladie vénérienne qui suit les conseils affichés sur ces affiches :

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 couteau, par des gens qu'on sentait avoir accompli cette besogne avec conviction et avec rage⁵⁵.

De même, l'écrivain vaudois Charles Ferdinand Ramuz (1878-1947) rapporte ainsi sa surprise lors de sa première visite dans les urinoirs parisiens au début du siècle :

Les urinoirs sont ce qu'ils sont. À 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 hypocritement 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 caché⁵⁶.

53 Martin 2019.

54 *L'Ingénu*, 1900, 1.

55 Huysmans 2022, 6.

56 Ramuz 1941, 21-22. Cet ouvrage fait l'objet d'un article de Lefebvre 2001.

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. Le phénomène des « docteurs d'urinoir » est présenté comme un fait des grands centres urbains et plus particulièrement de Paris, présentés par les ligues de moralité comme un espace de prolifération de la débauche⁵⁷.

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. Devant la Commission extraparlamentaire du régime des mœurs, le député Louis d'Iriart d'Etchepare (1859-1945) souligne ainsi que le « collégien [qui] s'évade de chez ses parents (...) s'il veut se soigner, il ne va pas 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 pharmacie⁵⁸ ». Le docteur genevois Edmond Lardy (1859-1935) estime également, pour le cas des vénériens, qu'« on va consulter au-dehors et surtout on va chez le pharmacien⁵⁹ ». 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 syphilis. 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 semblait 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 lorsque, après avoir essayé d'une thérapeutique fantaisiste, ils en eurent constaté l'inefficacité⁶⁰.

57 McLaren 1997 ; Stora- Lamarre 1990.

58 Fiaux 1907, 419.

59 Lardy 1922, 180

60 Archives départementales du Gard (ADG) 5 M 153 1916-1926 : rapport du service annexe d'Hôpital pour vénériens civils, 1917.

Les statistiques des vénériens traités à l'Hospice général de Rouen au début du siècle semblent confirmer le postulat que les hommes ne se tournent pas immédiatement vers les médecins. Parmi les malades, 62 % 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 marron⁶¹ ».

Les informations glanées dans les dossiers de patients à ce sujet sont à prendre avec précaution. J'ai tenté, autant 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 cas par exemple d'un ingénieur de 25 ans, inquiet de ne plus avoir ni érection ni désir, qui consulte un oncle médecin qui le rassure en lui conseillant de se marier⁶². Il semble que la recommandation de proches 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 Baal⁶³. Ainsi, c'est sur « l'insistance de l'amie qu'il a depuis bientôt un an » qu'un employé de 32 ans se décide à aller voir un médecin « homéopathe qui soignait son père⁶⁴ ».

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. Le docteur Guy Laroche, ami et collaborateur de Bourguignon, devient

61 Cité dans Corbin 1987, 357.

62 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3552, années 1940.

63 Hilde van Baal 2002.

64 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 4445, années 1950.

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 circoncision⁶⁵.

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 retrouver la voix du « patient colonisé⁶⁶ » sur le territoire métropolitain, 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 colonisées⁶⁷.

En plus d'être une solution économique, le recours à l'automédication peut également être compris comme résultant d'une certaine méfiance envers les traitements reconnus 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 19^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

65 Archives cantonales vaudoises (ACV) SB/273/94-95, dossier n° 412, 1943.

66 Fredj 2015.

67 Rosenberg 2004.

de la part des malades, ce qui les pousse à se tourner vers les spécialités pharmaceutiques qui promettent une guérison facile et rapide⁶⁸. L'introduction dans les années 1910 d'un composé arsenical, l'arsphénamine, plus connue sous le nom de Salvarsan ou de 606, permet de traiter les accidents syphilitiques sans que la guérison puisse être établie avec certitude néanmoins⁶⁹. Un patient 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 intervalles, environ trois ans et s'est transformé 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 fatigants et j'attribue également à toutes ces drogues des troubles d'estomac qui ne m'ont plus jamais quitté entièrement depuis⁷⁰.

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 mal et les caisses de secours ne prennent pas toujours en charge ces maladies⁷¹.

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 attend longtemps avant de consulter un médecin, 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

68 Lefebvre 1995.

69 Quérel 1986.

70 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 6318, notes du patient, années 1920.

71 Pedroni 1995 ; Corbin 1987.

conséquent. 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 porte⁷². »

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 sur le gland » se traite tout d'abord « au moyen de tisanes et de compresses de camomille » pendant plusieurs semaines avant de venir consulter à la Clinique dermatologique et vénérienne de Lausanne « effrayé par l'œdème du prépuce⁷³ ». 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 militaire⁷⁴. 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 ». Il tente tout d'abord de se guérir en buvant « des tisanes de raisins d'ours et queues de cerises⁷⁵ » 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.

Plusieurs patients du docteur Bourguignon ont tout d'abord cherché à se guérir avec des produits pharmaceutiques avant de

72 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 469, lettre du patient adressée à Bourguignon, années 1920.

73 ACV SB/273/94-95 dossier n° 110, années 1910.

74 ACV SB/273/94-95 dossier n° 692, années 1940.

75 ACV SB/273/94-95 dossier n° 617, années 1940.

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 » et n'en obtient « aucun résultat⁷⁶ ». Suivant le conseil de son pharmacien, il se décide à consulter un endocrinologue. Un directeur d'agence de banque âgé de 53 ans souffrant d'impuissance génitale admet avoir « dépensé des sommes folles en médications de toute sorte sans résultats⁷⁷ ». À 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 pharmacien⁷⁸ » avant de se décider à consulter un médecin. À la même période, un typographe se trouvant « insuffisant dès les débuts de sa vie sexuelle » à 18 ans « s'est soigné avec toutes sortes de médicaments sans résultat⁷⁹ ».

Confinée 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-trice-s 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. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles n'aient pas existé. L'historienne Élodie Serna montre que médecins et non-médecins pratiquent la stérilisation masculine dans les réseaux anarchistes d'Europe entre les années 1920 et 1930. L'existence de cette médecine clandestine souligne le pouvoir d'agir des hommes quant à la gestion de leurs capacités reproductives ainsi que la réappropriation de la médecine au service des classes ouvrières souhaitant limiter la taille de leurs familles⁸⁰. Il est probable que ceux qui ont recours à des soins illégaux ne se

76 AM Fonds Bourguignon dossier n° 3416, examen médical, années 1940.

77 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 2786, examen médical, années 1940.

78 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3527, examen médical, années 1940.

79 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3831, examen médical, années 1940.

80 Serna 2021a.

sont 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 » de sa fertilité⁸¹.

Quelques dossiers recensés issus des archives cantonales vaudoises (ACV) montrent l'existence 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 [lui] demande, parce que cette intervention n'est pas autorisée en Angleterre, de stériliser un jeune garçon anormal âgé de 16 ans⁸² ». Similairement, dans les années 1930, un manoeuvre de 32 ans écrit au Service de 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 « stériliser » je me porterai beaucoup mieux et sans doute aurais-je moins de crises et pourrai-je améliorer mon état, notamment en ce qui concerne ma neurasthénie. (...)

81 Bayle 1954, 75.

82 ACV KVIIIIf343, lettre du docteur Niehans au docteur Payot, 1938.

Actuellement, je ne souffre que de mes nerfs et je serai heureux quand je pourrai être guéri, sinon amélioré⁸³ !

Comme le souligne Élodie Serna, l'idée d'une « amélioration » des corps masculins par l'opération de Steinach circule dans la culture populaire dans l'entre-deux-guerres⁸⁴. 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. 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 consulter les religieux, prolixes auteurs de conseils conjugaux et interlocuteurs privilégiés de la confiance⁸⁵. Jugés plus proches des femmes⁸⁶, les prêtres catholiques constituent aussi des interlocuteurs disponibles 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 Jean Viollet, un vicaire de la paroisse progressiste de Notre Dame du Rosaire 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 :

83 ACV KVIII343, lettre au Conseil de santé, 1936.

84 Serna 2021a.

85 Muller 2019.

86 Muller 2018.

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 Dieu⁸⁷.

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 ». 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 sensibilité⁸⁸. » 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, en suggérant de se tourner vers certains praticiens ou d'explorer certaines théories, 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 » et qui n'ose plus avoir de rapports sexuels depuis lors, par crainte de mettre sa santé en danger⁸⁹.

87 Sevegrand 1996.

88 Sevegrand 1996.

89 AEG Asile de Bel-Air dossier 18589, dossier médical, rapport d'expertise, années 1950.

Les femmes, entre soins formels et informels

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 recherches⁹⁰. Or, les pratiques des soins du corps ont longtemps été une prérogative féminine et si l'histoire de la médecine a souvent favorisé la mémoire de figures masculines, celle du *care* permet de révéler l'implication des femmes dans les pratiques de santé⁹¹. Traditionnellement chargées du soin des enfants et de la famille et d'assurer la « médecine familiale » ce sont les femmes qui, au 19^e siècle, appellent le médecin, s'entretiennent avec lui, voire qui font et défont sa réputation⁹². Les campagnes hygiénistes se sont appuyées sur les mères de famille comme intermédiaires chargées de maintenir les règles sanitaires au sein du foyer et de les enseigner aux enfants⁹³.

Les bonnes pratiques d'hygiène sont diffusées par le biais de manuels écrits à destination des jeunes mères bourgeoises par des médecins hygiénistes et des vulgarisateurs, principalement des hommes, mais aussi des doctresses. La multiplication de livres et journaux à destination des jeunes mères rencontre celle des manuels d'instruction des jeunes filles bourgeoises au mariage et à la conjugalité. 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 masculine⁹⁴. Ainsi, le recueil *Les maladies et les remèdes* publié en 1890 par l'éditrice et journaliste Louise d'Alcq (1840-1910), 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 :

90 Faure/Guillemain 2019.

91 Faure/Guillemain 2019 ; Léonard 1977b. Au sujet du rôle des femmes dans le travail humanitaire, voir notamment Martín-Moruno/Edgar/Leyder 2020.

92 Loux 1990 ; Léonard 1978.

93 Marland 2013 ; Thébaud 1986 ; Ehrenreich/English 1978.

94 Stewart 1997.

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 famille⁹⁵.

Les mères sont certes enjointes à préserver la santé morale de leurs fils en accordant une attention particulière à leur alimentation, leur exposition aux romans et tableaux suggestifs ou encore à leurs fréquentations, mais l'éducation sexuelle est d'abord envisagée comme une prérogative des pères et ce en des termes plus moraux que physiologiques⁹⁶. Dans son manuel d'éducation sexuelle adressée aux « mères de famille » la féministe Emma Pieczynska (1854-1927), par ailleurs étudiante en médecine à l'Université de Genève, souligne ainsi le rôle des femmes dans l'éducation morale des enfants. 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 : « 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 souffrir⁹⁷. »

Il faut noter que la Suisse est 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 publique⁹⁸. Des organisations féminines arrangent 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 famille⁹⁹. Celles-ci ne sont pas toujours perçues d'un très bon œil, comme en témoigne une remarque du chirurgien Edmond Lardy dans *La Revue médicale suisse* en 1922 :

95 D'Alq 1890, xiv.

96 Luca Barrusse/Praz 2015 ; Jablonka 2011.

97 Pieczynska 1900, 203.

98 Begert/Demirbas/Fauvel 2019.

99 Pedroni 1995.

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 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 hommes¹⁰⁰.

En 1905, l'encyclopédie de la doctoresse allemande Anna Fischer-Dückelmann (1856-1917), *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, Fischer-Dückelmann rencontre un véritable succès éditorial en même temps que la résistance de ses confrères allemands¹⁰¹. Elle fournit non seulement des instructions détaillées sur l'anatomie et la physiologie féminine (dont une représentation de la vulve, ce qui est inhabituel pour l'époque¹⁰²) 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 diriger [leurs fils]¹⁰³ ». 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 :

100 Lardy 1922, 179.

101 Mayer 2006.

102 Stewart 1997.

103 Fischer-Dückelmann 1905, 376.

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 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 pareils¹⁰⁴.

Afin d'éviter l'orchite et « préserver les garçonnetts d'une lésion grave pour l'avenir », 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 libres¹⁰⁵ ». 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. Le *Livre de la mère, hygiène et maladies de la première enfance* 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 vaseline¹⁰⁶ ». Tout en soulignant l'absence de connaissances médicales des domestiques, la fondatrice de l'école des mères Augusta Moll-Weiss (1863-1946) 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

104 Fischer-Dückelmann 1905, 263.

105 Fischer-Dückelmann 1905, 552.

106 Talbert 1886, 132.

à l'enfant¹⁰⁷. » 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 » croyant avoir affaire à une hernie¹⁰⁸.

Chargées du blanchissage du linge, il est probable que les mères ont souvent été les premières à constater les pollutions nocturnes de leurs fils. À la découverte de pollutions sur le linge, Fischer-Dückelmann recommande aux mères de « le confesser adroitement et de le [le fils] conduire chez le médecin¹⁰⁹ », ce qui semble avoir été le cas dans certaines familles. 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 adolescent. Le médecin lui avait prescrit un médicament et avait constaté la présence d'un phimosis sans néanmoins recommander d'opération¹¹⁰. 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 » et « lui en fait de vifs reproches ». Au bout de plusieurs années où le problème persiste et alors que ce dernier « ne prenait aucune précaution pour éviter de tacher son linge » elle se décide à consulter un médecin à ce sujet qui conseille d'effectuer une circoncision qui n'aboutit néanmoins sur aucune amélioration notable¹¹¹.

Sans connaître nécessairement de 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

107 Moll-Weiss 1897, 150-151.

108 Kummer 1890, 173.

109 Fischer-Dückelmann 1905, 611.

110 AEG Asile de Bel-Air, dossier 16295, rapport d'expertise, années 1950.

111 AEG Asile de Bel-Air, dossier 12187, rapport d'expertise, années 1940.

de nerfs lors de la nuit de noces et qui, frappé par la scène, ne parvient 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. (...) À 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 elle¹¹².

Dans sa thèse de médecine, Maxime de Palmas (1900 - ?) 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 impuissant¹¹³ ». Si la pudeur restreint la parole, il est probable néanmoins que les mères restent les interlocutrices des jeunes filles désillusionnées par le mariage et que les femmes sont des personnes à qui les hommes confient parfois leurs maux. Ainsi, le docteur Émile Laurent (1886-1929) souligne 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 conduit¹¹⁴ ». 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 pourrais 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 vice¹¹⁵. » Dans les années 1940, un jeune coursier à la SNCF se présente avec sa mère à la consultation pour impuissance et pour syphilis héréditaire¹¹⁶.

112 Cité par Sohn 1996, 782.

113 Palmas 1924, 34.

114 Laurent 1894, 34.

115 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 9750, curriculum vitæ du malade, années 1930.

116 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3953, examen médical, années 1940.

Parfois étendue à la relation de soin, la relation qui se tisse entre mère et fils est ainsi analysée par l'historienne Yvonne Knibiehler comme « une intimité ambiguë dont Freud discernera les formes pathologiques¹¹⁷ ».

Le maternage de la relation conjugale joue aussi un rôle important dans le suivi de la maladie et des pratiques de santé des époux. 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 inutile¹¹⁸. » 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 an¹¹⁹ » qu'un employé de 32 ans se décide à voir un docteur. Un manoeuvre 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 ça, malgré les conseils de sa femme¹²⁰ ». À l'Asile de Bel-Air, les femmes sont souvent des interlocutrices privilégiées des médecins pour détailler l'histoire sexuelle de leur mari, 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 si 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 quatre ou cinq ans, (...) il bave en s'endormant » ou encore, que si « [p]ar moments, il mange une syllabe en parlant (...) elle n'a remarqué aucun changement dans sa parole¹²¹ ». Plus

117 Knibiehler 2017.

118 Sevegrand 1996.

119 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 4445, examen médical, années 1950.

120 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 14550, années 1950.

121 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 2722, examen médical, années 1940.

tard, elle fait envoyer des chocolats pour remercier le médecin de son intervention auprès de son mari.

Le rôle traditionnellement joué par les femmes dans les soins et les œuvres religieuses¹²² les positionne parfois dans des situations de soin spécifiques qui leur accorde un accès aux problématiques intimes des hommes qui leur seraient autrement inaccessibles. Une femme catholique engagée dans sa paroisse explique ainsi à l'abbé Viollet en 1936 comment sa position 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 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 permis¹²³ ?

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

122 Léonard 1977b.

123 Sevegrand 1996.

qui a des scrupules de ses érections involontaires. Que conseiller à ces âmes troublées par ces accrocs, 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 malades¹²⁴.

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 ont le plus de contact avec les maladies masculines. En effet, pendant presque tout le 20^e siècle, la médecine reste une profession majoritairement masculine ; les premières femmes médecins diplômées à la fin du 19^e siècle s'orientent sur les maladies des femmes et des enfants¹²⁵. Les premières doctoresses ont vraisemblablement été peu en contact avec les corps masculins, a fortiori lorsqu'il s'agissait pour elles de se pencher sur des maladies de l'appareil génital.

Il est plausible que les infirmières ont eu plus souvent l'occasion de traiter des corps masculins, notamment lorsque les soins entraînent des opérations ou des traitements à l'hôpital. 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 masculinité¹²⁶. Chirurgien urinaire de guerre, Fernand Cathelin évoque ainsi le rôle de ces « [m]ères, femmes, sœurs

124 Sevegrand 1996.

125 Begert/Demirbas/Fauvel 2019 ; Pigcard-Micault 2013 ; Chaperon 2012.

126 Carden-Coyne 2014.

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 bras¹²⁷ ». En visite dans un hôpital antivénérien à Compiègne en 1917, l'urologue américain Hugh Young (1870-1945) rapporte avec étonnement : « À la clinique antivénérienne, certaines des infirmières étaient des femmes de haut rang social et des comtesses étaient occupées à effectuer des injections urétrales¹²⁸. »

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. L'existence et le recours à diverses stratégies de soin révèlent 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. Les hommes ne renoncent néanmoins pas à toute forme de soin. En plus des personnes recommandées par les proches ou de celles qui font figure d'autorité (telles que le pharmacien ou les religieux), ils peuvent aussi se tourner vers les petites annonces qui vantent, dans la presse, les vertus de divers médicaments, objets et soins par correspondance.

127 Cathelin 1919, 12.

128 Young 1940, 282.

Chapitre 2

Décrire la maladie et vendre son remède

Faire de la publicité et vendre par correspondance

Depuis la seconde moitié du 19^e siècle, les « spécialités » préparées et conditionnées à l'avance connaissent un succès fulgurant grâce à l'industrialisation des méthodes de production, menant à une importante augmentation de la vente des remèdes en Europe¹²⁹. L'industrie pharmaceutique prospère grâce aux importants budgets alloués à la promotion des produits par la publicité dans la presse. En effet, le développement de l'instruction, des progrès techniques de l'imprimerie ainsi que la rapidité des communications permettent une influence croissante de la presse dans la vie publique¹³⁰. Les réclames pharmaceutiques pour des pommades miracles, pastilles et autres traitements constituent ainsi 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 thérapeutiques¹³¹.

Au tournant du siècle, les publicités prétendant traiter les troubles sexuels et urinaires masculins par des produits divers sont régulièrement publiées à la quatrième page de la presse satirique, mais aussi au sein de quotidiens et hebdomadaires sociaux et politiques. Les entreprises pharmaceutiques ne sont d'ailleurs pas les seules à faire de la publicité à cette période : des

129 Marchand 2014.

130 Chupin/Hubé/Kaciaf 2012.

131 Martin 2012 ; 1992.

médecins diplômés pratiquent également la publicité dans les journaux et les annuaires de commerce pour attirer une clientèle spécifique. 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 souvient des usages d'alors :

À 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 coûteux¹³².

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 faire¹³³ ». 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 quotidiens¹³⁴. » Là où certains se contentent d'afficher leur retour de vacances ou leur spécialité, d'autres évoquent leurs succès médicaux ainsi que leur pratique de certains traitements. Un 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 de la varicocèle¹³⁵ ». L'inscription dans les bottins du commerce

132 Valensin 1974, 20-21.

133 Almeling 2020, 48.

134 Rieder 1997, 86.

135 *L'Impartial*, 13 juin 1894, 4.

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 d'un « Docteur Spécialiste » qui propose la « Guérison radicale des Maladies Secrètes » et affirme avoir guéri « plus de 100 000 [cas] (...) de l'impuissance virile et de ses dérivés¹³⁶ ».

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.

Le développement des services postaux et l'alphabétisation à la fin du 19^e siècle ouvrent la voie à de nouvelles méthodes de soins médicaux, sous la forme des consultations postales¹³⁷. Cette pratique s'inscrit dans un contexte qui voit la vente par correspondance devenir une technique couramment utilisée par le commerce organisé¹³⁸. Facile à mettre en œuvre pour les hommes qui n'ont pas aisément accès aux soins, elle permet également d'assurer la confidentialité en leur permettant 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 docteur William George Boller (? - ?) et édité par l'Institut de culture humaine en Belgique, suggère une

136 *Annuaire-almanach du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de l'administration ou Almanach des 500 000 adresses*, 1901, 2064.

137 Watson 2013.

138 Desagheer/Siouffi 1993.

responsabilisation individuelle de la santé des consommateurs et promet la possibilité de « se guérir soi-même par des moyens naturels excluant les médicaments¹³⁹ ».

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 E. Dumas (? - ?), représentant du vitalisme et prolifique auteur sur les problèmes sexuels masculins propose des consultations pour le traitement et la guérison de la blennorrhagie, de la goutte militaire et « en trois jours » de la syphilis et de l'impuissance¹⁴⁰. 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 » :

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 innocents¹⁴¹.

Généralement imprimés chez l'auteur, ces livrets dispensent des conseils d'hygiène et des informations sur un large ensemble de maladies. Ils proposent d'établir un diagnostic et de prescrire un traitement à distance par le biais de questionnaires remplis par le malade et des nouvelles techniques diagnostiques.

139 Boller 1910.

140 Dumas n.d. Le vitalisme est un courant philosophique qui affirme la spécificité du vivant. Il s'oppose à l'approche organiciste.

141 Péradon/Dumas 1899, 5.

C'est ainsi qu'un certain docteur Betray (? - ?) affirme pouvoir soigner à distance la syphilis, la blennorragie et 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 circonstances¹⁴².

Il s'agit non seulement d'éviter les regards indiscrets, mais également de déjouer la censure. *Le Catéchisme médical secret pour les messieurs seulement* du docteur Dumas rappelle ainsi l'analogie du confessionnal religieux et 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 indiscrets¹⁴³. »

La force de persuasion des discours publicitaires provient de la propension des lecteurs à s'autodiagnostiquer et à entrer dans un échange épistolaire et commercial avec ceux qui vendent les produits¹⁴⁴. C'est le cas par exemple de l'ouvrage *Neurasthénie des organes génitaux* du docteur Rumler, publié d'abord en allemand

142 Betray 1914, préface.

143 Dumas n.d.

144 Roussseau 1995.

puis en français et réédité de nombreuses fois, à grand renfort de publicité dans la presse romande. Les ouvrages de Rumler, vraisemblablement vendus pour promouvoir ses appareils électriques, sont envoyés à qui le demande et comprennent un questionnaire à remplir et à renvoyer au médecin ou plutôt à son successeur, le docteur Ringlemann¹⁴⁵. La brochure *Les maladies sexuelles contagieuses*, vendue au prix d'un franc cinquante, peut être achetée franco chez le docteur Ringelmann (? - ?) à Genève contre timbre-poste ou mandat postal ou chez l'éditeur à Paris et dans certaines librairies. La brochure spécifie ainsi que « chaque 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 » et que « tous les renseignements désirés seront donnés gratuitement par le médecin¹⁴⁶ ». 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 ? Êtes-vous fatigué après de légers efforts ? Êtes-vous habituellement gai, sérieux, triste ou mélancolique ? (...) Votre mémoire est-elle affaiblie ? (...) Éprouvez-vous de la répulsion pour la société, surtout féminine ? (...) Aimez-vous la solitude¹⁴⁷?

Le questionnaire de Rumler ayant un objectif diagnostique, l'invitation faite aux lecteurs d'identifier leurs malaises peut entretenir l'angoisse d'avoir une maladie et ce d'autant plus que les symptômes sont décrits de manière suffisamment vague. 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

145 Garibian 2017.

146 Rumler 1902, 375.

147 Rumler 1902, 379.

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 miracles¹⁴⁸ ». Mais 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 présenter comme de véritables confidents. Ce faisant, ils rappellent la possibilité du jugement d'autrui, participant à produire la même honte qu'ils disent vouloir traiter.

En tant que productions ayant pour objectif d'inviter les hommes à acheter un bien ou 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, dans tous les cas sélectionnées ou retravaillées) 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 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. Cherchant à rappeler la tradition orale et à faciliter l'identification du lecteur à ses propres référents discursifs, 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 corporelles¹⁴⁹. La rhétorique qui consiste à se dire seul praticien dans un marché saturé de charlatans est un élément fréquent des publicités des instituts et cliniques¹⁵⁰. 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 » :

148 Almeling 2020.

149 Goulet 1987.

150 Watson 2013 ; Fischer 2009.

Monsieur le docteur,

Je suis sous le ravissement que me cause le très beau résultat obtenu par votre méthode sur mon cas de *défaillance*. À l'âge de 46 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 le 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. À 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 tous¹⁵¹.

Le développement du marché par correspondance, via celui des services postaux, permet autant son internationalisation que sa démocratisation¹⁵². 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 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 1911. L'annonce évoque 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. » au prix

151 *La Médecine nouvelle*, 09 juillet 1904, 14.

152 Mortas 2020.

de 2 francs chez l'auteur ou auprès de l'éditeur installé à Paris. Elle ajoute d'autre part que « [l']Institut médical SILVANA du Dr RUMLER est ouvert toute l'année¹⁵³ ». 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 guérison¹⁵⁴ ». Dans l'une de ces brochure, la mention « Prière d'ajouter un timbre-poste de 25 cent pour la réponse à l'étranger et de 10 cent pour la Suisse¹⁵⁵ » 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 pays¹⁵⁶. »

De même, 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 » tout en soulignant que « (...) la correspondance ne porte aucun signe extérieur¹⁵⁷ ». 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 charlatanisme¹⁵⁸ » qui s'exerce dans certains cantons de Suisse alémanique, à l'instar du canton de Glaris et de celui d'Appenzell où sont localisées plusieurs polycliniques spécialisées dans le soin aux organes génito-urinaires.

153 *Le Rire*, 10 septembre 1904, 15.

154 *Le Matin*, 25 octobre 1913, 8.

155 Rumler 1902, 375.

156 Rumler 1902, p. 366.

157 « Prostate et maladies des voies urinaires », *Journal de Genève*, 14 juillet 1920, 3.

158 P.G. 1924, 47.

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 » « spécialiste » ou « académie » ou encore de termes induisant des spécialités, telle que « urologie » sert à donner un sentiment de sécurité aux lecteurs. Les noms de certains spécialistes français renommés, tels que Ricord ou Civiale, sont également utilisés pour donner un air de scientificité aux produits brevetés vendus à l'étranger, respectivement en Nouvelle-Zélande¹⁵⁹ et aux États-Unis¹⁶⁰.

De nombreuses entreprises et médecins américains font également de la publicité en France et en Suisse romande. Il faut dire qu'aucune loi ne punit l'exercice illégal de la médecine aux États-Unis. En 1904, un médecin de Détroit promet dans les pages du journal rennais *L'Ouest-Éclair* une « précieuse ordonnance, grâce à laquelle tout homme peut préparer son propre remède pour se guérir chez lui » pour soigner « 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 ». La publicité ne promet pas seulement de résoudre des troubles organiques, mais également de faire « un homme de vous » c'est-à-dire qu'elle « vous rend

FORMULE GRATUITE
pour rendre
L'HOMME VIGOREUX

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



Les millions d'hommes faibles ont pu trouver la guérison qu'ils cherchaient et avidement. Le médecin envers la formule, à être absolument gratuit, à tout homme qui lui écrit pour lui lui demander, et si elle sera, certes, un cadeau d'une valeur durable. Elle est destinée 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 capable, plein d'énergie et de bon humeur, active la circulation du sang dans les tissus musculaires, tonifie le système nerveux et suscite une parfaite confiance en soi dont tout homme devrait jouir. Elle rend au vieillard de 50 ans la vigueur de ses 20 ans, et redonne au jeune homme le désir de se créer des relations, le rend propice à son mariage et à la paternité. Un jour écrit pour donner des renseignements, et si vous êtes faibles pour obtenir une guérison gratuite, quel que soit votre âge ou les causes à qui vous êtes réduit à votre état actuel.

Si vous avez besoin d'un tel remède, envoyer, dès aujourd'hui votre nom et adresse, par carte postale de 10 centimes ou par lettre adressée à 25 centimes, à Dr Knapp Medical Co., 345, Hill Building, Detroit, Michigan (E.-U.-d.-A.), et sous enveloppe libre de tout signe extérieur, votre médecin vous enverra de suite, tel que promis, sa recette qui vous expliquera en détail de quelle façon préparer votre propre remède et comment le 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 n'est votre médecin, rien d'autre que vous seuls, plus tôt vous serez guéri.

Fig. 2 Publicité
« Formule gratuite pour rendre l'homme vigoureux » parue dans *L'Ouest-Éclair*, 28 avril 1904, 6.
Source : RetroNews-BnF

159 Watson 2013.

160 Thomas de la Peña 2003.

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 rend propre au mariage et à la paternité ». 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.

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-Uni¹⁶¹. 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 inquiétés¹⁶² ». 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

161 *La Cocarde*, 26 septembre 1904, 1.

162 *La Cocarde*, 30 mai 1904, 1.

gentleman 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 30 francs, c'est le type n°2 ; le n°3, 50 francs ; le n°4, 75 francs, le n°5, 100 francs ; le n°6 150 francs ; le n°7, 200 francs ; le n°8, 300 francs ; enfin, le n°9, 500 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 :

«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'inonder¹⁶³.

163 Révolte 1903, 2.

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 qualifications médicales¹⁶⁴. 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 radiologistes¹⁶⁵. 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 100 francs comptant au lieu de 200 francs qu'il voulait me la vendre à terme et il me l'a livrée. Comme à la réception elle ne fonctionnait pas, je la 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 crut au-dessus des lois¹⁶⁶.

Si ces cas d'escroquerie financière sont dénoncés dans la presse, je n'ai pas trouvé de trace 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 dévoiler le contenu des correspondances et de révéler à la famille la pratique de l'onanisme de leurs jeunes clients¹⁶⁷. D'un pays à l'autre cependant, les publicitaires adoptent des stratégies promotionnelles similaires pour représenter les corps et les

164 Watson 2013.

165 AN 101/511/354/BB/18/6583 Affaire MacLaughlin, dossier 70BL38.

166 AN 101/511/354/BB/18/6583 Dossier 70BL38, lettre du marchand de bois au ministre de la Justice, 1912.

167 Watson 2013.

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 masculinité¹⁶⁸.

Représenter les corps et les maladies masculines

De la fin du 19^e 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. Les brochures commerciales, tout comme les publicités, présentent des éléments auxquels le public aurait été réceptif et fournissent donc un aperçu de représentations autour de la sexualité masculine à cette période¹⁶⁹.

Les publicités reprennent à la fois les principales maladies portées par le discours médical tout en y ajoutant des représentations populaires sur la santé et s'inscrivent dans le style publicitaire du début du 20^e 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'image¹⁷⁰. La publicité pour les ceintures électriques en particulier abonde d'iconographies qui ont pour objectif de démontrer l'efficacité de l'électricité sur l'intégrité 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. Dans une

168 Mortas 2021.

169 O'Shea 2003.

170 Chauveau 2005.

annonce parue dans le *Journal de Genève* en 1904 pour la ceinture électrique nommée en clin d'œil Herculex, la publicité interpelle directement le lecteur en lui demandant : « Êtes-vous à bout d'espoir ? » L'illustration qui accompagne cette question 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, 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 stimulée par l'action de l'électricité. 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 masculins. L'image du corps régénéré est l'une des thématiques les plus fréquentes dans les publicités concernant la santé masculine¹⁷¹.

Dans les deux exemples cités plus haut, l'illustration 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 un 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 de la Grèce antique qui se développe au 19^e siècle en réponse aux transformations de la société industrielle¹⁷². La dissonance entre l'homme habillé et l'homme actif à demi dévêtu incarne la critique de la modernité et des effets délétères de la civilisation sur la virilité.

171 Pitsos 2011.

172 Mosse 1996.

Êtes-vous

A BOUT d'ESPOIR ?



Le surmenage ou l'abus de travail et des plaisirs dérobés 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: Névrosisme, Laxité, Faiblesse au bas du dos, Constipation, Rétrociements, Variabilité, etc...

Vous trouvez-vous dans un quelconque de ces cas précités ? Si oui, vous pouvez goûter 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 quoiqu'il ne soit 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. Usez

ATTACHE ÉLECTRIQUE SPÉCIALE

est fournie gratuitement avec chaque ceinture pour homme. On en ressent les bienfaits dès le premier jour.

LIVRE GRATUIT — Envoyez de suite pour recevoir gratuitement notre brochure descriptive, envoyée par la poste avec votre demande, l'"HERCULEX" est employée par les Femmes aussi bien que par les Hommes, contre les Hémorrhagies, Lumbago, Douleurs de Reins, de la Vessie, Mauvaise digestion, 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 sans médicament", priez de bien vouloir rappeler le titre de ce Journal.

Ecrire de suite au Dr S.-F. SANDEN, 15, rue de la Paix, PARIS

Fig. 3 Publicité pour la ceinture électrique « Herculex » parue dans le *Journal de Genève*, 21 avril 1904, 4. Source : *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 fournissons 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.**, uno 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 serons 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 Talbot, PARIS

Fig. 4 Publicité pour la ceinture électrique du Docteur Sanden parue dans le *Journal de Genève*, 21 septembre 1907, 7. Source : *Le Temps Archives*

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 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 public¹⁷³.

Une grande partie des publicités mobilise un langage général sur le corps en s'appuyant sur l'opposition entre jeunesse et vieillesse. Affichée en majuscules pour attirer l'attention du lecteur, la mention « La virilité rendue aux impuissants » évoque la relation entre la jeunesse et la performance sexuelle, en proposant « le rajeunissement des forces viriles¹⁷⁴ » par la méthode d'un docteur donnant des consultations à Paris. L'association entre vitalité et virilité établie dans les recherches sur le corps hormonal est reprise dans la publicité pour favoriser la « remise au travail » des corps. Les annonces et auteurs insistent d'autre part sur le fait que les remèdes n'ont pas d'influence sur la capacité de travail afin d'attirer les classes laborieuses.

Une partie de ces publicités mobilise un imaginaire exotique et colonial pour vendre toniques et aphrodisiaques. Dans le quotidien neuchâtelois *L'Impartial*, le docteur suisse Émile Kahlert (? - ?) vante ainsi sa « cure aux herbes et plantes indiennes, éprouvée par une expérience de douze ans dans l'Inde et en Égypte » pour traiter les « affections des nerfs, maladies sexuelles, faiblesses¹⁷⁵ ». L'origine « exotique » d'une partie de ces toniques, à l'instar de la yohimbine originaire d'un arbre

173 Thomas de la Peña 2003.

174 *Le Journal*, 14 août 1912, 3.

175 *L'Impartial*, 12 mars 1902, 5

ouest-africain, s'accompagne d'un imaginaire raciste sur l'hypermvirilité et l'appétit sexuel débridé des hommes colonisés. Associés à une semi-respectabilité à la fin du 19^e siècle, les aphrodisiaques sont vendus dans de nombreuses pharmacies commerciales jugées respectables¹⁷⁶. 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 leur fameuse assertion « 231 Arabes guéris sur 232 » 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 vibrerait une réelle indignation ! M. Fournier disait de ces traitements qu'ils blanchissent¹⁷⁷. » 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 dans les territoires colonisés¹⁷⁸.



Fig. 5 Publicité pour « l'injection Peyrad » parue dans *Le Régiment*, 29 juin 1922, 13.
Source : RetroNews-BnF

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 une diversité de troubles difficiles à traiter¹⁷⁹. L'opothérapie se développe rapidement au sein de laboratoires et d'officines où sont produites des pilules

176 Downham Moore/Pithavadian 2021.
177 Fiaux 1907, 424.
178 Rosenberg 2004.
179 Fischer 2010 ; Sengoopta 2006.

qui permettent d'éviter l'injection sous-cutanée et donc de faciliter l'automédication¹⁸⁰.

Les pharmaciens adaptent leurs outils de production et de diffusion pour s'engager dans la fabrication de produits d'opothérapie au tournant du siècle et ce notamment grâce à leur expérience dans la « chimie animale » comme pour la production de l'huile de foie de morue¹⁸¹. 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 sexuellement, 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 « liquides organiques selon la méthode Brown-Séquard » auprès d'une pharmacie genevoise¹⁸². 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. En 1893, deux pharmaciens genevois fondent ainsi une société nommée E. Perrottet & Cie qui commercialise « l'extrait organique de taureau¹⁸³ » sous la marque 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-Séquard¹⁸⁴ ».

Pour les petites firmes impliquées dans la production de l'organothérapie, les toniques sexuels sont un bon produit d'appel. 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-Séquard, dont *Force et santé : la vie prolongée au moyen de la méthode Brown-Séquard*, 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

180 Cherici 2014.

181 Marchand 2014.

182 « Pharmacie Dr A. Mazel », *Journal de Genève*, 14 mai 1893, 4.

183 *Feuille officielle suisse du commerce*, 1893, 1017.

184 « Méthode Brown-Séquard », *Journal de Genève*, 5 janvier 1894, 4.

spécial pour la commercialisation de l'extrait testiculaire issu du cobaye : « Depuis quelques mois (...) cet animal est devenu rare sur le marché (...) L'avenir, à présent, est, en effet, à l'élevage du cobaye, (...) comme les malades, hélas ! ne sont point près de faire défaut¹⁸⁵. » Le marché s'appuie sur les nouvelles méthodes industrielles, dont témoigne un article paru dans le quotidien *Le XIX^e siècle* qui décrit les « 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 cosmopolites¹⁸⁶ ».

L'intérêt culturel pour le produit détermine probablement une certaine demande, relayée par des chroniqueurs scientifiques qui le recommandent et cherchent à le détacher de ces associations sexuelles. Le récit de personnalités ayant recouvré leur jeunesse est utilisé pour souligner la teneur scientifique et sérieuse du produit. C'est le cas du naturaliste et médecin Carl Vogt (1817-1895) dont la guérison est décrite comme d'autant plus miraculeuse qu'il aurait initialement été sceptique face à la méthode Brown-Séquard. 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 76 ans, tous les soirs, jusqu'à minuit, ce qu'il avait cessé complètement de faire depuis plus d'un an (...) Un fait surtout m'a frappé. Depuis les injections de Séquardine, mon père supporte très allègrement 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 ! (...) Évidemment, 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 vont¹⁸⁷.

185 « Les philtres Brown-Séquard », *Le XIX^e siècle*, 29 mars 1891, 1.

186 « Les "séquardines" », *Le XIX^e siècle*, 1^{er} août 1892, 2.

187 « Brown-Séquard et Carl Vogt », *Le Figaro*, 17 mai 1893, 2.

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'emballage médiatique, il ne semble pourtant pas que les liquides orchitiques aient fait l'objet d'une longue commercialisation après le décès de Brown-Séquard. L'association du produit avec la sexualité explique sans doute les réticences à le commercialiser à large échelle¹⁸⁸. En 1891 déjà, le journal *Paris* commentant 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 composition¹⁸⁹ ?

D'autre part, les nombreuses critiques et l'engouement autour des filtres Brown-Séquard font que la technique est souvent associée au charlatanisme. En 1893, la question est discutée par la Société vaudoise de médecine. Le docteur Louis Bourget (1856-1913) y présente une série de tubes de « spermine » que l'industrie « offre avec grand renfort de réclames ». Ayant analysé la composition de ces tubes, il démontre que ceux-ci sont en réalité composés d'un « pur mélange de glycérine et eau à 20 francs la boîte de 10 tubes » et dénonce « une exploitation éhontée du public et du médecin¹⁹⁰ ».

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 l'identification de la testostérone, les entreprises commerciales prennent les devants sur la communauté scientifique en arguant que les troubles sexuels pourraient être traités par des produits hormonaux¹⁹¹. Ce qui était alors vendu sous le terme d'aphrodisiaques est désormais commercialisé comme hormones ou extraits de

188 Sinding 2003.

189 « Les derniers jours des herboristes », *Paris*, 12 mars 1891, 1.

190 *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893, 273.

191 McLaren 2007.

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 stimulant¹⁹².

Les maladies masculines les plus représentées dans les publicités sont l'impuissance, les maladies vénériennes, les affections des voies urinaires et plus globalement, l'épuisement et la neurasthénie. En comparaison, 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 reproduction¹⁹³. Dans le contexte américain, l'historienne Carolyn Thomas de la Peña estime que les transformations des rôles de genre au tournant du 20^e siècle, l'érotisation du couple et la redéfinition du mariage comme ouvrant le droit aux femmes au plaisir sexuel expliquent en partie les insécurités masculines qui font le succès des produits contre les difficultés sexuelles¹⁹⁴. Il est possible que l'accent mis sur le rôle du mari dans l'initiation au plaisir de sa femme ait participé au renouvellement de textes populaires sur les troubles sexuels masculins.

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 évoque l'amélioration de la virilité comme un enjeu *pour soi*, voire par rapport aux autres hommes. Rares sont les publicités qui évoquent ouvertement l'attente féminine, à l'instar du Super-Ormosana,

192 Marchand 2014.

193 Garibian 2018.

194 Thomas de la Peña 2003.

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 » 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 demande¹⁹⁵ ».

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 visé. 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 monter à cheval. La varicocèle, par exemple, est une maladie fréquente qui touche souvent les jeunes hommes, cibles idéales de la publicité¹⁹⁶. 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 camarades¹⁹⁷ ». Ainsi, une publicité pour l'*Élixir de Virginie* paru en 1895 dans le journal catholique *La Croix* souligne les désagréments qu'implique 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

195 *Détective*, 21 avril 1938, 5.

196 Watson 2013.

197 Vulliet 1917, 208.

LE RÉGIMENT

LES MICROBES des VOIES URINAIRES

Il en est des microbes pathogènes comme des hommes : ils n'ont pas tous la même force de résistance, de sorte que, suivant ceux à qui l'on a affaire, il est plus ou moins difficile de s'en débarrasser.

Parmi les plus « crampons », une mention spéciale est due au pernicieux *gonococcus*, découvert seulement en 1878, par le docteur allemand Neisser.

Il me suffira, pour l'identifier, de rappeler qu'il s'embouque généralement dans les voies urinaires, ou son ensemencement, dans certaines conditions, peut entraîner des conséquences désastreuses sur lesquelles on me pardonnera de glisser.

D'ailleurs, si les voies urinaires semblent le siège d'élection du *gonococcus*, cela ne l'empêche pas d'émigrer, le cas échéant, sur d'autres muqueuses, ou il s'empresse d'exercer avec la même ardeur sa coupable industrie : l'arthrite blennorrhagique, par exemple, et la conjonctivite dite lui sont directement imputables. Tous les intéressés — et Dieu sait qu'ils sont nombreux ! — n'auraient compris.

— « On sait bien comment ça commence », disait feu Ricord (qui devait s'y connaître) : « Dieu seul sait quand et comment ça finira ».

Le fait est, que, des années, parfois, après apparente guérison, la *gonococcus* « repique au tricot », avec le cortège des misères variées (cystites, prostatites, écoulements, rétrécissements, scléroses, infections, pyélites, etc.) qu'il traîne à sa suite, pour empoisonner la vie de ses victimes.

Nul autre microbe ne possède une pareille opiniâtreté, qui s'explique par trois raisons : 1^o l'extrême ténacité du *gonococcus* ; 2^o la carapace albumineuse qui le recouvre et le rend invulnérable à la plupart des antiseptiques ; 3^o la difficulté de l'atteindre dans l'épaisseur des tissus délicats et dans les anfractuosités des canalicules compliqués et lacineux où, de préférence, il élit domicile. Ajoutez à cela que les seuls organes sont tellement fragiles que les médicaments destinés à tuer le *gonococcus* risquent d'y provoquer d'irréparables ravages.

Par le fait, jusque hier, la thérapeutique était quasiment impuissante contre l'insaisissable ennemi.

Il n'en est plus de même heureusement aujourd'hui, grâce à un médicament nouveau, mais déjà bien connu des lecteurs du *Régiment*. J'ai nommé le Pagéol, qui totalise, condense et amplifie les vertus éprouvées du santalol, de la résorcine, des acides camphorique et cinnaïnique, sous les espèces d'un *sel nouveau*, le « halifostan », associé à celles des principes actifs de deux plantes exotiques, *Fabiana imbricata* et *Hysterococcus Baylabien*, dont les preuves d'efficacité ne sont plus à faire.

Désormais, les victimes du *gonococcus* peuvent se consoler et reprendre goût à l'existence, car le Pagéol est doué d'une mystérieuse affinité élective pour les tissus des organes géméo-urinaires, sur lesquels il exerce une influence spécifique particulièrement bienfaisante, dont le moindre mérite n'est pas de se faire immédiatement sentir.

Nul danger, par conséquent, que comme il arrive trop souvent en pareille matière, le remède soit pire que le mal. Non seulement le Pagéol neutralise l'agent infectieux, mais il stérilise, décongestionne et régénère les cellules infectées, cicatrise les ulcérations, tarit les exsudats, juggle les suppurations et remet tout en ordre.

Dr BOSSISSEVE

N.B. — On trouve le Pagéol dans toutes les bonnes pharmacies et aux Unions Édouard Dumoulin, 107, boulevard de la Mission-Miroir, à Courbevoie (Seine). On le trouve également, 10 francs, étranger, Franco 11 francs. La demi-bouteille franco, 6 fr. 50 ; étranger, franco 7 francs. Dépôts particuliers pour Paris : 15, place St-Hippolyte ; 121, rue Lafayette ; 57, boulevard Perreux.



LE MAJOR. — Du PAGÉOL, mon garçon, et dans huit jours, il n'y paraîtra plus.

**Cystites — Néphrites — Prostatites
Écoulements — Hypertrophie de la prostate
Métrites — Pyuries — Pyélites — Filaments
Catarrhe vésical — Albuminurie — Maladies
de la vessie et du rein.**

Le PAGÉOL guérit les affections de la prostate et de la vessie, les pyélites, les écoulements et la goutte militaire, la blennorrhagie, les filaments, l'incontinence d'urine, les rétrécissements, les congestions du rein et l'albuminurie. Il peut se prendre sans aucun danger en même temps que toute autre médication. Il n'a aucune action sur l'estomac.

Communications : Académie de Médecine (3 décembre 1912), Académie des Sciences (27 janvier 1913).

Fig. 6 Publicité pour le Pagéol parue dans *Le Régiment*, 9 novembre 1913, 14. Source : RetroNews-BnF

même remonter à cheval¹⁹⁸. » 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 de la bicyclette ou du cheval¹⁹⁹ ? »

L'environnement militaire, d'où la fameuse « goutte » tire d'ailleurs son nom²⁰⁰, est également représenté. À la promesse de confidentialité s'ajoute celle de la sympathie masculine qui s'inscrit dans le registre de la confiance. Une publicité pour un antiseptique urinaire, le Pagéol, 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. »

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 évoque cette fois l'univers des spécialistes urologues en représentant un médecin commentant l'anatomie de la prostate hypertrophiée sur un tableau noir. Bien que le produit soit indiqué pour une large variété de maladies, dont certaines attribuées aux femmes (la métrite, cette maladie inflammatoire de l'utérus, par exemple), la publicité vise les hommes d'un certain âge. Elle explicite ainsi : « Il est une catégorie de troubles particuliers aux hommes : ce sont ceux constituant les affections de la prostate. » Le texte explicatif des maladies de la prostate invite le lecteur à se considérer comme un potentiel malade, un malade en devenir, quand bien même il serait jeune, car « personne d'entre nous ne saurait affirmer qu'il ne sera pas un jour, un peu plus tôt, un peu plus tard, la triste victime d'un trouble quelconque de ses fonctions urinaires, trouble qu'il est de la plus haute importance

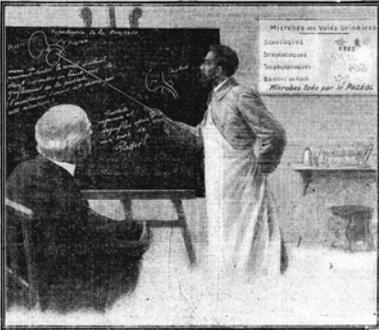
198 *La Croix*, 14 juillet 1895, 4.

199 *Le Petit Parisien*, 21 février 1913, 8.

200 La « goutte militaire » désigne une gonorrhée chronique.

PAGÉOL dégonfle la Prostate

LES MALADIES DE LA PROSTATE. — Les maladies de la prostate sont très communes chez les hommes âgés. Elles se caractérisent par une hypertrophie de la prostate, qui empêche le passage de l'urine. Les symptômes sont : la difficulté de l'émission, la fréquence des mictions, surtout la nuit, la douleur, le sang dans l'urine, etc. Le traitement est difficile et souvent inefficace. Le PAgéol agit directement sur la prostate, la ramollit et la fait régresser. Il est sans danger et ne provoque aucune complication. Il est le seul remède qui agit sur la prostate elle-même.



**Cystites
Néphrites
Prostatites
Echauffements
Ecoulements
Hypertrophie
de la Prostate
Métrites
Pyuries
Pyérites
Catarrhe vésical
Albuminurie
Maladies de la
vessie et du rein**

**La Prostate est hypertrophiée
Il importe de la dégonfler chez tous les hommes âgés.**

Le PAgéol tue les microbes des voies urinaires. Il désinfecte les empâtements rénaux et les cicatrices. Il réalise un progrès considérable et est de beaucoup le plus énergique de tous les antiseptiques urinaux. Il n'agit pas sur l'œdème et contrairement au Santal, il a une action bénéfique sur le rein.

Le PAgéOL désinfecte, désinfecte et élimine véritablement les foyers des voies urinaires, en ramenant au minimum les cellules. Il stérilise la vessie et ses canaux, tuant en une fois les microbes qui les habitent et en particulier le bacille gonococcique d'où est issue la plus grande partie des complications.

COMMUNICATION. Académie de Médecine de Marseille. Séance à l'Assemblée des Jours du 20 Janvier 1914.

Le PAgéOL évite la sonde.

Fig. 7 Publicité pour le PAgéol parue dans *Le Matin*, 29 juillet 1914, 7. Source : RetroNews-BnF

de réprimer sans retard ». Plus encore, la publicité le promet que « le PAgéOL évite la sonde » et les douleurs qui y sont associées.

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, rétention²⁰¹.

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.

201 *Journal de Genève*, 20 mai 1916, 5.

Plus globalement, de nombreuses publicités utilisent les termes de « maladies des voies urinaires » pour comprendre une variété de maladies, allant de la blennorrhagie à la prostatite et 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 symptômes²⁰². L'adoption d'un vocabulaire flou n'est néanmoins pas seulement une stratégie commerciale, mais aussi le reflet d'une compréhension contemporaine des maladies qui ne fait pas toujours de distinction nette entre les maladies vénériennes, urinaires et sexuelles²⁰³.

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, apostrophe ainsi : « Moi, HORATIO CARTER, je m'adresse aux hommes seulement » et sous-titre « J'ai une communication importante à faire à tous ceux qui ont perdu leur énergie physique. » 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 »



Fig. 8 Publicité pour les pilules « Horatio Carter » parue dans *Le Matin*, 6 janvier 1908, 6. Source : RetroNews-BnF

202 Goulet 1987.

203 Je remercie Ericka Johnson d'avoir attiré mon attention sur ce point.

et qui « est surtout efficace dans les cas où il s'agit de soigner et de réaffirmer la virilité en assainissant le système nerveux ». La promesse encore une fois est de « donner TOUT À FAIT GRATUITEMENT aux hommes faibles et nerveux la possibilité d'expérimenter ce produit qui (...) RENDRA SANTÉ ET BONHEUR AUX MALHEUREUX qui souffrent actuellement en secret ». Et tout ceci en comptant sur « le meilleur et LE PLUS DISCRET ACCUEIL ».

Peut-on néanmoins parler de spécialisation à la marge de la médecine officielle ? Malgré cette attention précise envers les hommes 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 Fischer²⁰⁴, 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, étant donné que le qualificatif de « maladies des femmes » désigne la différence, que la mention « appareil génito-urinaire » ou « voies urinaires » soit immédiatement comprise comme relevant du masculin²⁰⁵. Dans une publicité pour le Laboratoire des spécialités urologiques publiée dans le quotidien parisien et conservateur *Le Petit journal* en 1919, les « voies urinaires » 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.

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

204 Fischer 2009.

205 Almeling 2020.



Fig. 9 Publicité pour le « Laboratoire des spécialités urologiques » parue dans *Le Petit Journal*, 16 septembre 1919, 4. Source : RetroNews-BnF

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 », 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 plutôt 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 » 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 de malades ont été traités depuis treize 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. »



Fig. 10 Publicité pour l'« Institut Biorane Xair » parue dans *Le Phare de la Loire*, 10 juillet 1926, 8. Source : RetroNews-BnF

Tout en montrant l'existence d'une offre thérapeutique dédiée à la santé masculine à la marge de la médecine des élites, il est difficile de parler d'une spécialisation andrologique. 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 forment 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 ne sont pas sans provoquer des résistances des autorités morales, publiques et médicales qui dénoncent la mainmise des « charlatans » sur la santé sexuelle masculine.

Chapitre 3

Des charlatans et « honnêtes hommes »

Désigner le « charlatan » : contours d'une crispation

En 1916, l'écrivain Maurice de Waleffe (1874 - 1946) signe un article dans le périodique nationaliste de tendance républicaine *L'Œuvre* dans lequel il déplore la prolifération des publicités pharmaceutiques à la quatrième page des journaux :

Puisque pour quelque 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 édifice 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 peut 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 court²⁰⁶.

La dénonciation de la publicité médico-pharmaceutique
et de la publicité pour les maladies masculines en particulier,

206 Waleffe 1916, 1, italique ajouté.

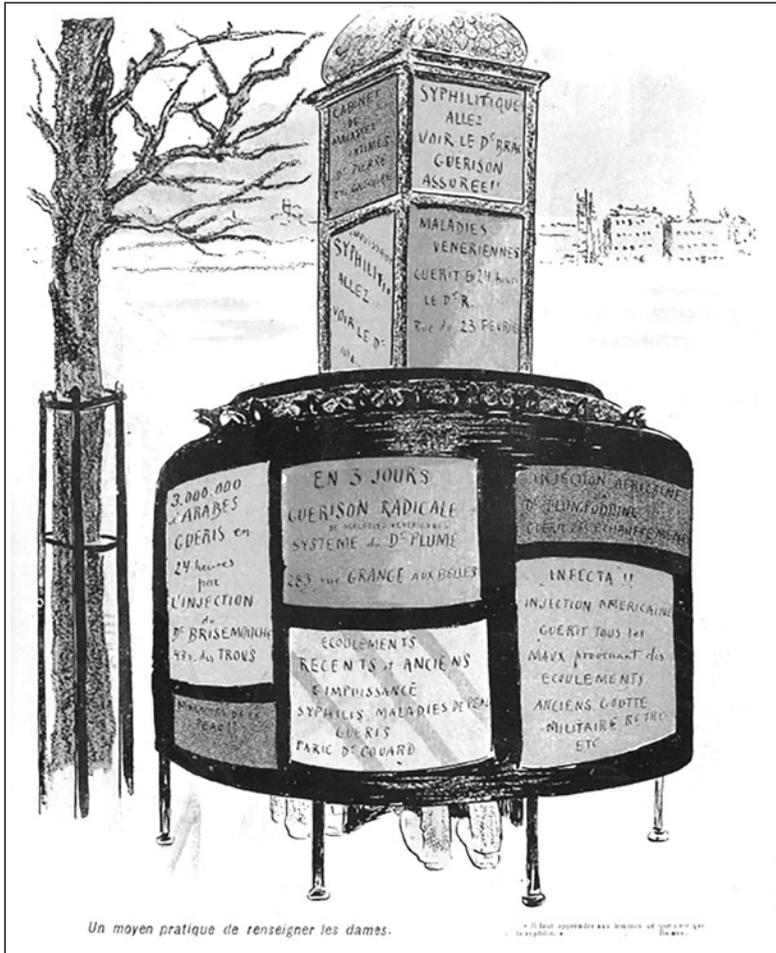


Fig. 11 Caricature intitulée « Un moyen pratique de renseigner les dames » publiée dans *L'Assiette au beurre*, 18 mars 1905, 3429. Source : Gallica-BnF

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* » 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 pervertir²⁰⁷ ». Dans un numéro spécial du magazine satirique *L'Assiette au beurre* dédié à la pièce de théâtre d'Eugène Brieux (1858- 1932) *Les avariés*, une illustration raille l'assertion qu'il « faut apprendre aux femmes ce qu'est la syphilis » en montrant les affiches publicitaires antivénéériennes qui couvrent les vespasiennes et promettent guérisons rapides et miraculeuses à la vue de tou-te-s.

En 1902, le docteur Émile Goubert (1852- 19 ?) 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 qui détourneraient les malades de consultations sérieuses et participeraient à la propagation des maladies vénériennes dans les familles par des hommes qui se croient guéris²⁰⁸. Le médecin et maire de Lyon Victor Augagneur (1855- 1931) suggère en 1905 à la Commission extraparlamentaire du régime des mœurs de faire qualifier la publicité pour le traitement des maladies vénériennes en un acte d'outrage aux bonnes mœurs. La discussion est animée : 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 profession²⁰⁹. 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 affichages. Si en 1905 les cahiers des charges intègrent un article prohibant « toute publicité relative au traitement des maladies

207 Yamane 1903, 486-487.

208 Lefebvre 1995.

209 Fiaux 1907.

vénériennes » il faudra néanmoins attendre la fin des années des contrats en cours, jusqu'aux années 1920, pour que les affiches d'urinoirs disparaissent²¹⁰.

Malgré les plaintes des ligues pour le relèvement de la moralité publique, il semblerait que les remèdes contre l'impuissance et la frigidity aient peu fait l'objet d'attention dans les procédures judiciaires sur les remèdes secrets ou les fraudes²¹¹. Si la loi du 16 mars 1898 adoptée en France condamne les écrits, affiches, dessins et autres supports susceptibles de contrarier les bonnes mœurs, elle est surtout appliquée contre la littérature érotique, les annonces prostitutionnelles et le militantisme néo-malthusien²¹². Ainsi, 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 néo-malthusien des annonces que des maladies sexuelles ou masculines. 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'] impuissance²¹³ », l'inquiétude du dénonciateur tient surtout au caractère néo-malthusien de l'« infâme réclame où sont annoncés certains produits d'une pharmacie de Genève pour *la limitation des naissances* ». 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-ci²¹⁴. La qualification de pornographie permet 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 néo-malthusien genevois

210 Lefebvre 1995.

211 Mortas 2020.

212 Chaperon 2012.

213 Archives d'État de Fribourg (AEF) 857 *La Suisse*, 19 octobre 1914.

214 AEF DPd 857 *La Suisse*, lettre de dénonciation, 19 octobre 1914.

dirigé par le député socialiste Valentin Grandjean (1872-1944). 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'impuissance²¹⁵ ?

Dans les cantons protestants de Vaud et de Genève, les lois visant à réprimer la littérature dite obscène ou contraire aux bonnes mœurs ciblent aussi principalement les conférenciers qui s'expriment au sujet du contrôle des naissances²¹⁶. Cette relative tolérance à l'égard des publicités pour les remèdes soignant les maladies sexuelles masculines s'explique par le fait que celles-ci ne sont pas perçues, au même titre que la propagande néo-malthusienne, comme un danger pour la nation.

Elles posent cependant la question de la réglementation de la publicité médicale et pharmaceutique. 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 » est étudié par le Conseil national suisse. 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 » vise les vénériens. L'inquiétude est tout aussi 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

215 *La Vie intime*, 11 juillet 1909, 2.

216 Garibian 2017.

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 promis²¹⁷.

La pratique de la publicité et sa dénonciation s'inscrivent dans un contexte de sentiment de crise de la profession médicale qui survient en Europe au tournant du siècle. L'augmentation du nombre de diplômés en médecine, qualifiée de « pléthore médicale » s'accompagne de la crainte de voir s'installer un « prolétariat intellectuel » en concurrence pour obtenir l'attention des patients²¹⁸. Une étude du journaliste Henry Bérenger (1867-1952) souligne ainsi en 1898 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 secrètes²¹⁹ ». Un article du *Journal de Genève* explique en 1904 que la profusion de charlatanisme provient de « 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 carrière²²⁰. »

La dénonciation de la pléthore médicale s'accompagne de celle de la multiplication jugée néfaste des catégories médicales ainsi que de la concurrence de nouvelles « branches » non contrôlées : homéopathes, magnétiseurs, herboristes itinérants ou pharmaciens qui outrepassent les compétences de leur métier. La crainte est non seulement que les patients soient les victimes

217 Rapport de la majorité de la commission du Conseil national 1880, 488-489.

218 Moulinier 2007 ; Darmon 1988.

219 *L'Éclair*, 25 janvier 1898, 1.

220 *Journal de Genève*, 19 décembre 1904, 1.

d'une masse confuse de soignants, mais aussi qu'ils ne parviennent pas à distinguer les « vrais médecins » – seuls capables, par leur éducation, de garantir l'honorabilité des traitements. La dénonciation de ces soins fait partie d'un arsenal rhétorique qui permet d'établir le monopole des médecins sur l'exercice médical²²¹. 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 Émile Laurent les décrit ainsi en 1894 :

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 mal²²².

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 posent problème. C'est aussi ce que 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. (...) 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

221 Barras 1999.

222 Laurent 1894, 33.

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 loi²²³.

Le fait de dépeindre les hommes qui se tournent vers les pharmaciens ou vers des « docteurs d'urinoir » comme étant dupés 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 syphiligraphie émergent et que leurs défenseurs cherchent à légitimer leur positionnement.

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 l'« ennemi intérieur » que constituent les maladies vénériennes et plus particulièrement la syphilis. 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 qui craignent la démobilisation et les dommages sur la natalité. 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 pour lutter contre la dégénérescence et la défaite. 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 hommes²²⁴.

D'abord orientée vers le contrôle de l'activité des prostituées, l'attention se porte sur les hommes dès janvier 1916, moment où le Service de santé installe des bordels près du front et prévoit des examens médicaux périodiques des organes

223 Guillaume 1996, 211-212.

224 Le Naour 2002b.

génitaux des soldats, qualifiés de « revue des queues » par ces derniers. À l'initiative de quelques médecins spécialistes, des établissements dermato-vénérologiques sont ouverts dans la zone de l'intérieur, loin du front, avec le soutien de l'État. Les dispensaires antivénériens appelés « services annexes des hôpitaux » permettent aux malades d'être soignés de manière ambulatoire et sans frais puisque l'État prend entièrement en charge les dépenses occasionnées. 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 français. En juillet 1916, le responsable du Service de santé militaire Justin Godart (1871 - 1956) 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 relatives à la lutte antivénérienne. Afin d'encourager les hommes à consulter, le rapport privilégie une publicité subtile dans la presse pour ces consultations en les nommant par exemple « consultations pour les maladies de la peau et des muqueuses » afin de ménager les préjugés sur des maladies jugées honteuses²²⁵.

Au-delà d'une 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 romande. 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 hommes. Dès la fin des années 1910, l'accent est mis sur l'importance de modifier non seulement la prise en charge, mais aussi les représentations autour des maladies vénériennes. 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

225 Le Naour 2002a ; 2002b.

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 autorités²²⁶.

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 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 distribué dans les dispensaires, l'affiche devient un support privilégié de communication²²⁷. 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 traiter²²⁸.

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 similaires – ironiquement – à celles des « charlatans » qu'ils dénoncent, notamment les promesses de gratuité, d'anonymat et la pratique même 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 vénériennes²²⁹. Ainsi, les brochures pour le Dispensaire de Clermont-Ferrand éditées en 1917 s'adressent directement aux malades récalcitrants, en leur garantissant « un maximum

226 Garibian 2017.

227 Quérel 1986.

228 ADG 5 M 153, 1916-1926, circulaire du Ministère de l'intérieur, 20 mai 1919, 3.

229 Pedroni 1995.

de discrétion, puisque vous serez reçus séparément, dans des cabinets isolés » et que « vous pourrez d'ailleurs vous mêler, sous un prétexte banal, aux consultants de médecine générale²³⁰ ».

À la fin de la Grande Guerre, en France comme en Suisse, les transformations de représentations des maladies 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) parviennent à raccourcir considérablement la période de contagiosité²³¹.

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 (1881 - 1955), chef d'un centre de dermato-vénérologie 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 contrepoison aux réclames charlatanesques²³² ». 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**²³³. » 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 nécessaires²³⁴. »

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

230 Ville de Clermont-Ferrand 1917.

231 Surkis 2007 ; Malherbe 2002.

232 ADG 5 M 153 1916-1926 Gougerot, *Un programme de lutte antivénéérienne*, n.d., 27.

233 *Bulletin de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale*, 1919, 139.

234 La Croix-Rouge suisse 1919, 107.

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 procurer²³⁵ ! » 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 à l'attention des soldats fait ainsi miroiter des atteintes sexuelles, professionnelles et familiales à la masculinité des soldats :

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 glorifie d'avoir eu plusieurs chaudes-pisses et la vérole ; tu le vois bien portant... en apparence²³⁶.

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-ball* et la publicité, le film de propagande devient également un outil particulièrement utile pour transmettre des messages aux jeunes gens²³⁷. 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 présentes. En 1928 paraît *Le baiser qui tue*, un film réalisé par le réalisateur et scénariste suisse Jean Choux (1887-1946) 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 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

235 ADG5 M 153 1916-1926, affiche *Protégez-vous contre la syphilis*, n.d.

236 ADG 5 M 153 1916-1926, Gougerot, *Un programme de lutte antivénérienne*, n.d.

237 Bonah 2015 ; Malherbe 2002 ; Quételet 1986.

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 se soignait pas. Il décide alors de se rengager et de se soigner et peut se marier honnêtement une fois le service terminé. 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 familiale²³⁸.

Désigner le « bon médecin » : la déontologie médicale en question

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 docteur A. Gauducheau (? - ?) 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 ». 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 ». Problème tant moral

que thérapeutique, il s'agit également de redorer l'image des praticiens qui traitent les maladies jugées honteuses 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 » faisant de cet état d'esprit l'« une des principales causes de l'échec de la prophylaxie antivénérienne ». 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 pornographes²³⁹ ».

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 envers les 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'ESPÉRER UNE SORTE DE SILENCE COMPLICE QUAND LA JUSTICE S'AVISE

239 Gauduchau 1921, 5.

D'INQUIÉTER – TROP RAPIDEMENT – CES VOLEURS DE SANTÉ. 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 pays²⁴⁰.

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 une préoccupation française, le contrôle de la publicité médicale et pharmaceutique constitue une inquiétude partagée par des professionnels suisses. En 1920, le gynécologue Maurice Muret (1870-1954), 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 [vénéérienne]²⁴¹ ». 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 déniaut à la presse politique ou littéraire le droit de publier des annonces d'ordre médical, dont le moins qu'on puisse dire des trois quarts d'entre elles c'est qu'elles sont mensongères²⁴².

240 Legueu 1923, 5.

241 Cité par Pedroni 1995, 176.

242 Guisan 1925, 422.

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 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 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 ». 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 profession. Les restrictions cantonales sont jugées 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 publique²⁴³ ». 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 proscrie « au médecin de faire de la publicité directement ou par personne interposée, sous quelque forme que ce soit²⁴⁴ ».

Le droit d'un médecin à faire de la publicité est jugé d'autant plus problématique si celle-ci porte sur des questions sexuelles. Une affaire rapportée en 1928 dans le *Bulletin professionnel des médecins suisses* illustre bien ces enjeux d'expertise médicale. Le médecin est condamné à une amende de 60 francs par le Tribunal de Genève pour avoir fait paraître cette annonce dans

243 Arrêt Gemuseus contre Cour de justice de Genève, 1928.

244 ACV SB 124 E 13/1/13 Règlement du 17 août 1954 sur la publicité dans l'exercice de la profession médicale.

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 génito-urinaires, (...) ». 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 » et qu'un « très grand nombre de médecins établis à Genève continuent à mentionner leurs spécialités sur leurs enseignes ». Le Tribunal fédéral considère que les annonces 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 ». 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 » car il « serait à craindre que le corps médical ne se discréditât gravement²⁴⁵ ».

En France, la pratique de la publicité pose problème dès lors qu'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 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 qu'« envisagée isolément, la publicité mensongère et la mise en scène quelque habile qu'elle soit, ne peuvent constituer la manœuvre frauduleuse²⁴⁶ ». 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

245 *Bulletin professionnel des médecins suisses*, 1928, 388.

246 AN 101/511/354/BB/18/6583 Affaire MacLaughlin, dossier 70BL38, lettre du procureur général au garde des Sceaux, 1913.

être exercée comme un commerce, mais comme un service et condamne les procédés de publicité et de réclame et le détournement de clientèle²⁴⁷.

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 diagnostiquée comme « 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, où le fléau vénérien avait augmenté dans des proportions considérables, elles ont été préjudiciables aux efforts des médecins des hôpitaux civils et militaires (...) avant 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

247 Villey 1986.

la clinique, une fois les conditions de paiement arrêtées, 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 premiers²⁴⁸.

Bien que le prévenu dispose d'un titre de docteur en médecine, le jugement énonce des faits censés attester d'une déontologie médicale déviant 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 l'absence de formation spécialisée du médecin qui a effectué les soins, trop âgé pour connaître les derniers développements de la science :

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 francs pour la clinique et aurait fait immédiatement la première piqûre d'arsénobenzol si D. avait eu de quoi la payer²⁴⁹.

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

248 *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1920, 366, italique ajouté.

249 *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1920, 366, italique ajouté.

Galtier-Boissière (1857-1919) 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 diagnostic²⁵⁰.

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 (1873-1930), 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 : « 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 exploiter²⁵¹. »

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 un traitement contre la faiblesse sexuelle. Un des patients du docteur Bourguignon souffrant d'impuissance et de « souffrance des yeux » explique ainsi

250 Galtier-Boissière 1923, 73.

251 Verger 1925, 14.

avoir décidé, après avoir consulté une série de médecins sans résultat, de solliciter le docteur Helan Jaworski (1880-19[?]) « à la suite de la lecture d'un article de journal » au milieu des années 1920²⁵². Titulaire d'un diplôme de médecine, Jaworski se fait connaître pour sa technique de « greffes sanguines » en injections sous-cutanées comme cure de rajeunissement²⁵³. 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 Helan 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 confrère²⁵⁴ ?

L'aspect « commercial » de la médecine est aussi au cœur des tentatives de lutte contre le charlatanisme en Suisse. Ainsi, le docteur Gustave Delay (1883-1937), chef du Service sanitaire cantonal, souligne « les dangers [journaliers] créés par le pharmacien qui traite les maladies contagieuses (maladies vénériennes) » et propose que le Service sanitaire vaudois puisse réaliser une surveillance « sur ce qui sort des officines bien plus que sur ce qui y entre ». Il estime même que les « charlatans » sont « des gens tarés (...) 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 maris²⁵⁵. »

252 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 1748, examen médical, 1933.

253 *Le Petit Troyen*, 16 mai 1922, 3.

254 Picard 1934, 286.

255 ACV SB 124 A/2/10/5, docteur Delay, *Des moyens de combattre le charlatanisme*, n.d.,

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 combattre « la publicité éhontée dans la presse (...) [qui] entraîne des ravages sur la santé publique et cause un préjudice énorme au corps médical²⁵⁶ ». 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. 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 ». Le texte suggère de contrôler l'utilisation de titres, de limiter la publicité médicale et pharmaceutique aux seules publications médicales et de l'interdire pour les maladies incurables ainsi que les maladies sexuelles : « Inutile de souligner les raisons qui s'imposent pour que les maladies vénériennes et l'impuissance sexuelle soient frappées par cette interdiction²⁵⁷. »

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. C'est avec les événements de 1939 et l'instauration du régime de Vichy 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.

En plus des restrictions des libertés, le régime de Vichy marque 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 naturel²⁵⁸ ». 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 la Haute-Garonne saisit le procureur général de Toulouse à propos des « nombreuses

256 *Bulletin professionnel des médecins suisses*, 1937, 245.

257 AN F/60/599, Proposition 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.

258 Thébaud 1998, 233.

réclames qui remplissent les colonnes des journaux non professionnels, des vertus plus ou moins éprouvées de médicaments charlatanesques²⁵⁹ ». À l'appui, le syndicat joint l'exemple d'une réclame dans le numéro spécial du journal *La Petite Gironde* de 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 précocement de rajeunir véritablement et durablement²⁶⁰ ».

**FORCE VIRILE
ET SANTÉ GÉNÉRALE**

**PEUT-ON RETROUVER LA JEUNESSE
SEXUELLE ?**

Oui, c'est maintenant possible grâce à la récente découverte des fonctions des GLANDES ENDOCRINES, des relations étroites de leurs sécrétions et de l'interaction des HORMONES les unes sur les autres, sur la SANTÉ et l'ÉQUILIBRE VITAL.

Les symptômes de vieillissement précoce, impuissance, neurasthénie, fatigue cérébrale, perte de mémoire, lassitude générale, etc., peuvent être supprimés grâce à l'absorption, sous forme de dragées, d'hormones prélevées sur des animaux jeunes.

Les derniers travaux scientifiques ont montré que ces hormones absorbées par l'homme étaient équivalentes à un apport de sérum humain jeune.

Vous devez vous documenter et demander la notice médicale sur les fonctions glandulaires aux Laboratoires Ormophyse, 183, route de Montrouge, Malakoff (Seine), ainsi que l'envoi discret d'un échantillon de dragées.

Fig. 12 Publicité pour l'Ormophyse parue dans *Le Matin*, 18 janvier 1938, 5. Source : RetroNews-BnF

Le procureur général transmet la plainte au garde des sceaux et au ministre de la Justice, à Vichy, en insistant sur « les dangers certains » de ces réclames qui « attribu[ent] aux produits qu'elles recommandent des vertus plus ou moins imaginaires et (...) favoris[ent] la démoralisation sexuelle ». Il conclut sur la nécessité 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 ». 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

259 AN BB/18/3321, lettre du Syndicat des médecins de la Haute-Garonne au procureur général, 9 décembre 1940.

260 AN BB/18/3321, « Jeunesse sexuelle » réclame envoyée par le Syndicat des médecins de Haute-Garonne à titre documentaire.

à l'exercice de la pharmacie ou de tout autre délit²⁶¹ ». Jusqu'en 1941 en effet, la mise en vente d'une spécialité pharmaceutique n'est soumise à aucune formalité particulière. 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 adresse²⁶². En Suisse, la convention intercantonale sur le contrôle des remèdes secrets et spécialités pharmaceutiques est reprise avec un règlement en mars 1934 et attribuée à l'Office intercantonal du contrôle des médicaments (OICM) 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 produit²⁶³ ».

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 ACV 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 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 Américain se rend sur les conseils de son médecin à la Clinique de Niehans qui lui diagnostique de la nervosité, une « impotence » et une sclérose coronaire pour lesquelles il

261 AN BB/18/3321, rapport du procureur de la République au procureur général, 16 août 1941.

262 Bonnemain/Bonnemain 2002.

263 AEF DPd 848 à 457, Convention intercantonale sur le contrôle des remèdes secrets 1941, 1.

prescrit des injections de « cellules jeunes de Hypotalamus, cellules mûres de Testis et de Placenta, cellules fœtales de Cœur²⁶⁴ ». Se plaignant que Niehans l'ait intimidé pour exiger de lui une somme plus importante que prévu, le patient témoigne :

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, entre autres, 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 2000 francs 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 longtemps²⁶⁵.

Se prononçant sur cette plainte, la Chambre des médecins tire ses conclusions :

Faire six 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 médical²⁶⁶.

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 à prendre soin de l'état émotionnel de leurs patients.

264 ACV SB 124 J 5/10 dossier 197, note de Paul Niehans, 1953.

265 ACV SB 124 J 5/10 dossier 197, lettre du patient à la Chambre des médecins, 1953, 3.

266 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, 9.

L'importance de prendre en compte les sentiments des patients est de plus en plus mentionnée et se traduit par une réflexion sur l'accueil de leur parole. Nombreux sont les médecins, à l'instar d'Auguste Forel, qui enjoignent leurs collègues à la patience, à la neutralité et à la compréhension face à des patients effrayés ou honteux d'aborder des questions liées à la sexualité :

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 hypocondre 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 détresse²⁶⁷.

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 (1872-1933) 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 qui est méprisée par 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 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,

267 Forel 1906, 467.

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 intelligence²⁶⁸.

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 malade²⁶⁹ ».

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. L'importance de la relation médecin-patient dans la construction des identités professionnelles nous amène donc à nous 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 ?

268 Le Fur 1912, 2-3.

269 Cité par Pedroni 1995, 174.

Partie III

**Corps, sexualités et
masculinités dans 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 réclamer 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 de dossiers d'hommes internés pour délits et crimes sexuels dans les cantons de Vaud et de 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 central, au détriment de la psychopathologie et des maladies vénériennes¹. 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 1985. Porter propose de porter l'attention sur les expériences des malades, notamment à partir du langage dans lequel s'exprime la souffrance pour mieux saisir les perceptions qu'ils ont d'eux-mêmes, la compréhension qu'ils ont de leur esprit et de leur corps, mais aussi la signification qu'ils attribuent à leur maladie². Bien qu'évidemment modelées

1 Béjin 1982.

2 Porter 1985.

et limitées par le cadre dans lequel 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 est évident que les voix des patients dans les dossiers médicaux sont restreintes. Il est tout d'abord probable que les hommes ont choisi avec soin ce qu'ils devaient dire afin d'obtenir ce qu'ils voulaient de leurs interactions avec les médecins³. Les hommes institutionnalisés de manière coercitive en institution asilaire n'ont d'ailleurs peu ou pas d'autres choix que de coopérer dans l'espoir d'être libérés. 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 d'un champ d'action très limité. Souvent 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. 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 par 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, les patients et les technologies⁴.

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.

3 Hanafi 2015.

4 Janett *et al.* 2021.

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 connivence et de solidarité 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 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

La fabrique de l'impuissance au cabinet du docteur Bourguignon

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 $\frac{1}{2}$ et depuis cinq 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 six 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 injections hypodermiques et « andocrinol » (deux 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 névropathique⁵.

5 AM Fonds Bourguignon dossier n° 469, lettre du patient, années 1920.

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. Leurs parcours de soins révèlent 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 opothérapeutiques.

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 minces 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 soit d'ailleurs toujours possible d'identifier s'il suggère un 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 permettent 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 ont 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 de 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. 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 » 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 (1881-1966), alors chef de clinique des maladies mentales à l'Asile clinique Sainte-Anne, qui le recommande une année plus tard auprès de 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)⁶.

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 accueillie par le laboratoire s'y rend pour des maladies nerveuses, un certain nombre, envoyés par le service de chirurgie de l'hôpital, souffrent de cancers, de tuberculose, de fibromes et d'affections articulaires. À partir de 1941, Bourguignon n'y reçoit des patient-e-s que lorsqu'ils et elles s'inscrivent dans le cadre de ses recherches⁷. En parallèle à son activité hospitalière, il exerce dans un cabinet situé dans le V^e 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.

6 AM Fonds Bourguignon dossier n° 2492, lettre de Charpentier à Bourguignon, années 1930.

7 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.

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 noté à la demi-année près, le poids au demi-kilo. Le neurophysiologiste consigne 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'ensuivent 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'onanisme⁸ » à qui il recommande à la fin des années 1920 de faire exécuter un « bain statique et douche statique avec étincelage tout le long de la colonne vertébrale⁹ ». 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

8 AM Fonds Bourguignon dossier n° 1223, examen médical, années 1920.

9 AM Fonds Bourguignon dossier n° 1223, lettre de Bourguignon à un confrère, années 1920.

la majorité de ses patients impuissants. Figure importante de l'endocrinologie et de la sexologie française à la veille de la Seconde Guerre mondiale, Laroche est 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 mâle¹⁰ ». 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 mâles¹¹.

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 1935¹². En 1938, les laboratoires Cruet commercialisent en France le Testoviron comme une « hormone mâle pure » destinée à être prescrite par les généralistes, neurologistes, psychiatres, chirurgiens et urologues, dermatologues et gynécologues, en somme par « tous les médecins¹³ ». En Suisse, les laboratoires Ciba, basés à Bâle, commercialisent dès la fin des années 1930 l'Androstine comme un « extrait testiculaire total » et du propionate de testostérone sous le nom de Perandren¹⁴. 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 ces résultats :

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

10 Laroche/Bompard 1938.

11 AM dossier biographique de Guy Laroche, Roche 1985.

12 Hoberman 2005. L'infantilisme renvoie à l'état d'un adulte qui présente des traits propres à l'enfance, notamment un retard de puberté.

13 Laboratoires Cruet 1938, 13.

14 Franck 1939, 102.

plupart des cas d'impuissance masculine le facteur psychique est prépondérant et représente presque toujours la cause principale, sinon la cause unique du mal¹⁵.

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 partenaire¹⁶ ». Les craintes d'un usage récréatif « aphrodisiaque » des hormones sexuelles et de l'association avec les thérapies de « rajeunissement » 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 (1907-1982) souligne ainsi le décalage entre les perceptions des 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 médical¹⁷.

Similairement, les endocrinologues France Moricard (? - ?) 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 physiothérapeutiques¹⁸ ».

Or, les dossiers de Bourguignon révèlent au contraire qu'une écrasante majorité des patients qui consultent dans les années 1940 ont tout d'abord été traités par un traitement

15 Naillat 1938, 50-51.

16 Laboratoires Cruet 1938, 28.

17 Junet 1940, 1143.

18 Moricard/Moricard 1943, 363.

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 masculinité¹⁹ ». 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 celui des usages non seulement thérapeutiques, mais aussi diagnostiques des thérapies hormonales. Ainsi, comme le suggère le médecin Georges Bickel (1895 - 1982) en 1951, certains médecins ont recours à cette médication comme outil diagnostique :

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 climatère 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 psychothérapeutique, éventuellement associé à une médication tonique générale²⁰.

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 sont disponibles à la clinique dès

19 Sengoopta 2006 ; Oudshoorn 1994.

20 Bickel 1951, 275.

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 mâles²¹.

À la fin des années 1940, le dosage urinaire des 17-cétostéroïdes (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, consiste à mesurer l'élimination urinaire des androgènes et des stéroïdes ayant une fonction cétone en position 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 par d'autres glandes endocrines : elle constitue à la fois un test de l'activité surrénale et de l'activité testiculaire chez l'homme²². 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-e-s²³ 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 fréquents en pratique, d'impuissance sexuelle psychogène²⁴ ».

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 » qu'un accoucheur-gynécologue de 48 ans, patient de Bourguignon, procède au « dosage des hormones mâles dans l'urine²⁵ » 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

21 Cabau 1947.

22 Lichtwitz/Barbier/Mouton 1947.

23 Janett *et al.* 2021.

24 Bickel 1951, 275.

25 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3933, examen médical, années 1940.

le souligne le psychiatre Marcel Eck (1907-1989) en 1956 : « Le dosage, maintenant classique, des 17-CS, ne livre à peu près jamais d'indication valable dans les cas d'impuissance²⁶. »

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 à un cas perçu comme autrement difficile à résoudre. La gynécologue Hélène Michel-Wolfromm (1914-1969) 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, mal gré, d'exercer eux-mêmes leur psychothérapie²⁷.

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 sont généralement réalisés 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 résultat. L'homme se tourne par la suite vers d'autres spécialistes des voies urinaires qui lui

26 Eck 1956, 24.

27 *La Revue de médecine*, 1965, 634.

prescrivent de la yohimbine devant l'absence d'anomalie et d'infection génito-urinaire²⁸. 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 ». 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 nerveux²⁹ ». Un entrepreneur en constructions résidant en Égypte explique avoir consulté l'urologue Roger Couvelaire (1903-1986) 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 » et lui propose plutôt diverses médications, parmi lesquelles le Stérandryl³⁰.

Plutôt que d'une claire distinction de traitement entre spécialités, il est vraisemblable que les urologues recourent aussi souvent 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'AFU de 1953 afin de « protéger l'impuissant normalement constitué d'une noyade dans les extraits de testicules taurins³¹ ».

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 psychogène³². Les psychanalystes sont d'ailleurs visiblement absents des itinéraires thérapeutiques des hommes qui consultent Bourguignon : un seul de la centaine de dossiers consultés 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

28 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3780, examen médical, années 1940.

29 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3991, examen médical, années 1940.

30 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3627, examen médical, années 1940.

31 AFU 1953, 1.

32 Carol 2011 ; Bonetti 2007 ; O'Neill 2003 ; Giami 1999 ; Béjin 1982.

psychanalystes, mais suggère aussi le succès limité de la psychanalyse dans le paysage médical français jusqu'aux années 1950³³.

Identifier l'origine de l'impuissance

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 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 Lapicque (1866-1952)³⁴. 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 régénératifs³⁵ ».

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 nerveux. 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 mondiale³⁶. Peu

33 Ohayon 1999.

34 Chauchard 1960.

35 Dupont 1994, 7.

36 Dupont 1994, 7.

impliqué dans celles-ci, Bourguignon semble 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 de la Société d'électro-radiologie médicale³⁷.

Avec la chronaxie, Bourguignon établit des standards de normalité et de pathologie dans le système optique³⁸, la crise de tétanie³⁹ ou encore la sclérose latérale amyotrophique⁴⁰. En 1924, avec le psychiatre et le psychanalyste Paul Schiff (1891-1947), il emploie la chronaxie comme un instrument permettant de déterminer « dans quelle mesure l'asthénie musculaire et l'incapacité au travail (...) ont une base physiologique objectivement décelable⁴¹ ». 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 mesure 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 » et donc que « la chronaxie du nerf vestibulaire constitue (...) une véritable caractéristique de l'individu⁴² ». Dans un courrier adressé à un confrère, il décrit la méthode qu'il emploie :

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'oreille⁴³.

37 AM dossier biographique de Georges Bourguignon, notice biographique de Témerson 1963.

38 Bourguignon/Déjean 1925.

39 Bourguignon/Haldane 1925.

40 Bourguignon 1925.

41 Bourguignon/Schiff 1924.

42 Bourguignon 1931, 250.

43 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3571, examen médical, années 1940.

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 12^o et 17^o et ceux qui ont une grande chronaxie vestibulaire, comprise entre 17^o et 22^o (...). 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 infectieuses⁴⁴.

En établissant ces standards de mesure, Bourguignon traduit les « personnalités émotives » en un phénomène objectivement mesurable par la chronaxie vestibulaire, établissant donc simultanément cette dernière comme la condition nécessaire à leur connaissance. De la sorte, l'examen des chronaxies vestibulaires « matérialise » l'émotivité par un assemblage des corps, des connaissances et des technologies qui permet de la rendre perceptible et mesurable⁴⁵. 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

44 Bourguignon 1933, 422.

45 Waidzunas/Epstein 2015.

chronaxies alors que l'impuissance les augmente⁴⁶ ». 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 vestibulaires⁴⁷ ». Lorsque d'autres observations ou instruments de mesure 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 sujets. Il explique ceci au médecin d'un patient présentant une sclérose du testicule :

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 impuissance⁴⁸.

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 ». Si jusqu'à présent « le malade ne s'est pas tourmenté de cette stérilité, actuellement il s'en tourmente parce que sa femme désire vivement avoir un enfant et qu'il voudrait la contenter. » 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 » et a découvert posséder « des spermatozoïdes rares et peu vigoureux⁴⁹ ». Après avoir essayé un traitement par injection de Stérandryl et d'acéto-stérandryl pendant plusieurs mois, il se tourne vers Laroche qui l'oriente alors vers Bourguignon pour obtenir ses

46 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3805, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

47 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3225, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

48 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3627, lettre de Bourguignon au médecin, années 1940.

49 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3750, examen médical, années 1940.

chronaxies vestibulaires. Ces dernières se révélant « normales, à la limite supérieure de la normale » 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 résultats⁵⁰.

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 normal⁵¹ ». 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 stérilité. 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 ait en plus un trouble nerveux à la base de l'impuissance. Chez les animaux j'aurai le trouble hormonal

50 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3750, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

51 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3628, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

pur. Il faudrait ensuite avoir des hommes à testicules atrophiés ou enlevés sans qu'il y ait d'impuissance⁵².

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 prostatique. 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 « [1] examen de la spermatogenèse a montré des spermatozoïdes peu nombreux, mais très mobiles » ce qui affirme, pour lui, que « [1]a cause de l'impuissance paraît donc être nerveuse et non glandulaire⁵³ ». Le fait que Bourguignon et d'autres médecins dont 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 décennie, 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 vestibulaires est autant l'outil diagnostique d'un trouble qu'un 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

52 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3630, lettre de Bourguignon à Laroche, années 1940.

53 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3402, examen médical, années 1940.

d'un malade de passage, il explique comment faire la diélectrolyse transcérébro-médullaire :

On met un pôle positif bifurqué sur les deux yeux fermés et le pôle négatif sur l'interstice occipito-vertébral juste sous la bosse occipitale. Le pôle positif, constitué par deux boules de coton hydrophile placées sur les deux yeux, s'encastrant 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 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 trente minutes⁵⁴.

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 ». Il demande ainsi à Bourguignon des instructions : « 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'appareil⁵⁵. »

Pourtant le traitement semble rarement s'avérer efficace et nombreux sont les hommes qui, parfois après plusieurs années de soin, rapportent leur déception. L'un déplore n'avoir « jusqu'à ce jour aucun résultat. Nous avons donc tout essayé sans obtenir

54 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 4233, lettre de Bourguignon à un confrère, années 1950.

55 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3262, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

d'amélioration⁵⁶. » Un fonctionnaire écrit à Bourguignon qu'« [é] tant donné qu'il a été malheureusement absolument inefficace, je ne crois pas utile de le poursuivre⁵⁷ ». 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'améliore⁵⁸ ». Il arrive également fréquemment que les patients cessent tout simplement de se présenter aux sessions et abandonnent ainsi le traitement sans plus donner de nouvelles.

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 incontrôlables⁵⁹. 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 l'incapacité à contrôler son corps et ses émotions. C'est le cas d'un ouvrier de 23 ans qui se plaint de pratiquer la masturbation environ deux fois par mois ; « dans la nuit, il le fait presque en dehors de sa volonté ». Son éjaculation « extrêmement prématuré[e] » provoque chez lui des « idées d'infériorité, d'insuffisance intellectuelle⁶⁰ ». De la sorte, l'émotivité jugée « exagérée » est également rattachée au contrôle du corps : un homme ne serait « plus maître de lui » et « pleurerait facilement à la moindre contrariété ou à la moindre discussion et il est obligé de faire un gros effort pour retenir ses

56 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 2786, lettre du patient à l'infirmière en chef du service de la Salpêtrière, années 1940.

57 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3780, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

58 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3806, examen médical, années 1940.

59 Stephens 2008 ; Pott 2000.

60 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 4082, examen médical, années 1950.

larmes⁶¹ ». Un employé de 42 ans se plaint quant à lui, d'avoir « [p]our la moindre démarche «le cœur [qui] bat⁶² ».

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 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 sens⁶³.

Il est révélateur ici de constater le décalage entre sa description et ce Bourguignon note dans le dossier : celui-ci inscrit qu'il est « obsédé par l'idée que la guérisseuse lui a lésé les organes sexuels ou leur centre ». Il considère que la « guérisseuse lui a posé des questions d'ordre sexuel et l'a suggestionné » ce qui s'est manifesté le soir même par l'apparition brusque d'une impuissance complète, de douleurs dans les testicules et d'érections nocturnes⁶⁴.

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 à

61 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3199, examen médical, années 1940.

62 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3502, examen médical, années 1940.

63 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 2786, lettre du patient à l'infirmière en chef du service de la Salpêtrière, années 1940.

64 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 2786, examen médical, années 1940.

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 » et des « sensations de fatigue dans la tête⁶⁵ ». Un commerçant de 33 ans affirme ressentir encore et toujours « le même vide dans la tête⁶⁶ ». Preuve de l'intégration du vocabulaire médical, un autre homme évoque « l'état de déséquilibre nerveux⁶⁷ » dont il souffre. Certains évoquent quant à eux une dépression dont l'intensité est « extrême⁶⁸ » ou l'origine « nerveuse⁶⁹ ». 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, la sensibilité trop grande de mes nerfs ». Son « cerveau travaille sans arrêt » et tout « effort brusque ou une petite émotion [lui] donne alors des tremblements nerveux ». 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 esprit⁷⁰. » Il prépare plusieurs questions à l'attention du neurophysiologiste : que faire lors des 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 mémoire⁷¹ ». Quant à un étudiant incapable de fixer son attention et gêné dans son travail, il explique que « cela l'empoisonne⁷² ». Moins prolixes et moins disposés à parler de leurs souffrances, les hommes

65 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 1748, examen médical, années 1930.

66 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 2737, examen médical, années 1940.

67 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3125, examen médical, années 1940.

68 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3126, examen médical, années 1940.

69 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 2786, lettre du patient à l'infirmière en chef de la Salpêtrière, années 1940.

70 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 1851, note du patient, années 1930.

71 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3145, examen médical, années 1940.

72 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3818, examen médical, années 1940.

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 bile⁷³ ». Pour d'autres, cela passe plutôt par l'humeur, à l'instar d'un électricien qui explique « qu'il s'énerve si une petite chose ne va pas⁷⁴ ».

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'expérience⁷⁵. 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 n'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 évènement mon cœur batte à tout rompre. Donc l'émotion coupe-t-elle tous les effets⁷⁶ ?

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 « confiance en lui » et qu'il a de « l'appréhension et de l'anxiété⁷⁷ ». Bourguignon évoque souvent le fait, principalement chez les hommes les plus jeunes, que l'impuissance tourne à l'« obsession ». C'est le cas par exemple d'un

73 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3725, examen médical, années 1940.

74 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3416, examen médical, années 1940.

75 Bourke 2003.

76 Association pour l'autobiographie et le patrimoine autobiographique (APA) 3690.20 Le Gall 1960, 42.

77 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3502, examen médical, années 1940.

jeune agriculteur italien qui ne parvient pas à avoir de rapports sexuels sans que « [I]a femme [ne] s'aperçoive de la faiblesse de l'érection » et qui avoue que « s'il en avait le courage, il se tuerait⁷⁸ ». 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 de « continuité dans la volonté. Il a toujours le même complexe d'infériorité. Cependant il a moins d'anxiété, il est moins angoissé⁷⁹. » Parmi les hommes qui décrivent des effets bénéfiques de la diélectrolyse, certains soulignent plutôt une régénération corporelle, à l'instar d'un homme de 32 ans qui dit « se sent[ir] plus de vitalité » : son entourage a trouvé en lui « un changement formidable⁸⁰ ». Un clerc d'avoué de 34 ans explique quant à lui ressentir une « plus grande activité des glandes⁸¹ ».

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 d'avec l'épouse sont autant 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 femme⁸².

78 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 1223, examen médical, années 1920.

79 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 4084, examen médical, années 1950.

80 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3408, examen médical, années 1940.

81 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3148, examen médical, années 1940.

82 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 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 chose⁸³ » 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 » et qui est devenu à la suite de cela « nerveux, irritable, impressionnable⁸⁴ ». Produits pour une majorité d'entre eux dans les années 1940, ils font très souvent allusion à des expériences liées à la Seconde Guerre mondiale. 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 identité⁸⁵ ». 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 sur des familles nombreuses⁸⁶. Un homme de 60 ans est « très frappé par la défaite et par l'absence de nouvelles de son fils, prisonnier⁸⁷ ». Un ajusteur de 37 ans « très occupé et préoccupé par la guerre » est devenu « sombre et renfermé » et a perdu le goût « au travail et en particulier pour les travaux fins de bijouterie qu'il aimait⁸⁸ ». 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 ». Bourguignon note que s'il ne « paraît

83 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 469, examen médical, années 1920.

84 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 638, examen médical, années 1920.

85 Capdevila 2002, 103.

86 Olivier 2005.

87 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3262, examen médical, années 1940.

88 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3165, examen médical, années 1940.

pas d'être particulièrement frappé des événements (...) il se sent fatigué depuis la guerre⁸⁹ ».

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 » découvre la diminution de sa puissance sexuelle⁹⁰. 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 ». 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 retour⁹¹ ».

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 normes⁹². La présence de 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 20^e siècle, à une maladie de civilisation qui affecte particulièrement la masculinité. 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 siècle⁹³. D'autre part, il est probable que les symptômes gastriques aient fourni une raison « respectable » pour consulter un médecin et évoquer des difficultés pénibles à verbaliser⁹⁴. Ceci est particulièrement le cas chez les patients issus de classes

89 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3402, examen médical, années 1940.

90 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3416, examen médical, années 1940.

91 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 4458, examen médical, années 1950.

92 Bourke 2003.

93 Forth 2005.

94 Hagggett 2015.

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 portée 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 vigilance particulière dans les dossiers. Ceci répond à un contexte plus large d'inquiétude quant aux 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 spermatogénèse⁹⁵ ». 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'expliquer⁹⁶. »

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 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 » 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 kg et pesait 65 kg et son impuissance avait complètement disparu⁹⁷. » Similairement, un commissaire adjoint

95 Kiffer 1945, 4.

96 Valensin 1974, 93.

97 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3134, examen médical, années 1940.

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 érections⁹⁸. » 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 sexuelle⁹⁹ ». Laroche recommande parfois aux impuissants une alimentation particulière. Ainsi, à un patient ayant « une potentialité faible sexuelle, malgré son activité intellectuelle et physique » 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 bonne¹⁰⁰ ».

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. La faible présence de la masturbation comme facteur explicatif est 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 des questions à propos de la fréquence, la durée des érections, mais aussi des premières initiations sexuelles et des 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 que les hommes entretiennent avec leurs partenaires. Il est d'ailleurs vraisemblable que Bourguignon ne pose même pas de question à ce sujet, à en juger par le peu

98 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 4458, examen médical, années 1950.

99 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 4135, examen medical, années 1950.

100 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3805, lettre de Laroche au médecin du malade, années 1940.

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 fait un mariage d'amour » et qui craint de n'avoir jamais réussi à avoir de rapports¹⁰¹. De même, c'est parce que « [m]arié depuis peu, [il est] impuissant à remplir [s]es devoirs » qu'un coursier à la SNCF de 26 ans sollicite un rendez-vous auprès de Bourguignon¹⁰². 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 femme¹⁰³ ».

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 qui l'ont frappé¹⁰⁴ ». 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 fermes¹⁰⁵ ». Un clerc d'avoué qui avait « eu des érections, faibles, pendant la nuit à cinq ou six reprises » pense ainsi s'améliorer avec la deuxième série de diélectrolyse, car il « a eu une demi-érection suivie d'éjaculation, mais l'éjaculation ayant été prématurée, il n'a pu avoir le rapport qu'il cherchait avec sa femme ». Même s'il n'a pas d'érection qui permet la pénétration vaginale, Bourguignon juge néanmoins qu'il y a « amélioration

101 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 4004, examen médical, années 1940.

102 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3953, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

103 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3953, examen médical, années 1940.

104 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3126, examen médical, années 1940.

105 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3294, examen médical, années 1940.

sexuelle, mais encore insuffisante » et ce notamment, car « il a des éjaculations plus fréquentes¹⁰⁶ ».

La maladie comme la guérison se mesurent 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 déplétion¹⁰⁷. 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 cet installateur d'électricité de 43 ans, car « il a plus souvent des érections la nuit et que son sperme est plus consistant¹⁰⁸ ».

La définition même de ce qui 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'éjaculation. Le terme recouvre une large variété d'expériences : l'absence de désir, 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 corps normé sexuellement pénétrant. Défini selon des modalités masculines, l'acte sexuel débute par la prise d'initiative, l'érection, la pénétration, puis se conclut par l'éjaculation. Le plaisir, prend quant à lui une place de plus en plus importante. Même lorsque le corps parvient à « performer » l'absence de désir et de plaisir 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 » mais ne ressent ni « désir ni (...) plaisir¹⁰⁹ ».

106 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3148, examen médical, années 1940.

107 Higier 1932.

108 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3294, examen médical, années 1940.

109 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3567, examen médical, années 1940.

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 en trouble causé par des facteurs exogènes (sous-alimentation, continence forcée, fatigue) ou en 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 sur 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.

Les sexualités « déviantes » dans les pratiques asilaires romandes

Des techniques d'investigation du corps et de l'inconscient

Au contraire de la sexualité conjugale, principalement petite-bourgeoise, abordée au 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 dans 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 sexuelle¹¹⁰.

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 à une castration d'après la loi de 1928, 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'institution asilaire, de la sphère pénale) ainsi que la manière dont les demandes de castration et de stérilisation y sont négociées. Créés

110 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 Garibian 2021.

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 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 de Bel-Air et leur délit ou le crime commis constitue le plus souvent 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 pouls, 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, comme chez cet 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 séminales¹¹¹.

À ceci s'ajoutent des commentaires sur leur comportement : l'un est « bien bâti, docile, poli¹¹² », d'autres sont « calmes¹¹³ », ont une « attitude effacée, parle[nt] à voix basse¹¹⁴ » ou montrent de la « [n]ervosité, un peu d'angoisse. Léger tremblement des

111 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 12263, rapport d'expertise, années 1940.

112 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 9750, observations cliniques, années 1930.

113 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 10444, observations cliniques, années 1930.

114 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 11217, observations cliniques, années 1930.

mains¹¹⁵. » 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 vie¹¹⁶ », l'autre « serait poussé à montrer ses parties génitales par une force plus forte que sa volonté¹¹⁷ ».

Le dossier se poursuit avec un entretien avec le psychiatre en charge de l'Asile de Bel-Air, 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 ? À 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 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 (1886-1955), devenu privat-docent de psychopathologie à l'Université de Genève en 1920. La psychanalyse permet alors de redorer l'image d'une psychiatrie de plus en plus associée à une médecine asilaire qui confine plus qu'elle ne soigne. Elle apporte aussi de nouvelles perspectives sur les « perversions sexuelles » dont l'origine doit désormais être recherchée dans le refoulement ou l'insatisfaction de l'instinct sexuel¹¹⁸.

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' « exhibition¹¹⁹ »,

115 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 12187, observations cliniques, années 1940.

116 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 11217, observations cliniques, années 1930.

117 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 11325, observations cliniques, années 1930.

118 Garibian 2017.

119 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 11325, rapport d'expertise, années 1930.

ne pas rêver du tout¹²⁰, être entourés de femmes qu'ils ne parviennent pas à atteindre¹²¹. D'autres ont des « rêves terrifiants » : « un chemin au bord d'un précipice, cherche l'équilibre sur une corde, assiste à un accident de tramway, court après un train qu'il ne peut rattraper¹²² ». 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)¹²³ ». 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 » est ainsi comprise comme la preuve corporelle d'un désir homosexuel.

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-même¹²⁴. 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 de Bel-Air. En explorant la production des subjectivités, des masculinités et des corps dans le contexte de la clinique asilaire, je propose ainsi de compléter les travaux sur la prise en charge des sexualités « déviantes » en Suisse¹²⁵.

Si elles commencent par la parole du patient, les techniques de véridiction s'étendent à la parole des autres (les proches) ainsi qu'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

120 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 12187, présentation clinique, années 1940.

121 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 12598, rapport d'expertise, années 1940.

122 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 6319, feuille d'examen, années 1920.

123 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 11413 et 11696, rapport d'expertise, années 1930.

124 Massonet 2014 ; Foucault 2013.

125 Serna 2021a ; Delessert 2021 ; Garibian 2017 ; Heller/Jeanmonod/Gasser 2002.

ou apprenti maçon¹²⁶ » devant la difficulté du métier, un autre « serait timide¹²⁷ ».

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 Suisse¹²⁸. Pratiquée sur des hommes internés pour délits et crimes sexuels, l'opération est généralement présentée comme une alternative à l'internement à vie. Plusieurs travaux d'historien-ne-s ont d'ailleurs montré que si le consentement des intéressés est *a priori* nécessaire avant de procéder à l'opération, il est parfois obtenu par le biais de menaces et de chantages¹²⁹. Or, si la castration est présentée comme le moyen, pour les internés, de sortir de l'institution, une grande partie des opérés ne bénéficient pas de cette liberté et demeurent enfermés de manière temporaire ou indéfiniment¹³⁰.

En ce sens, les disparités cantonales sont marquées en Suisse romande, où les castrations dites thérapeutiques sont principalement pratiquées à Genève sans qu'elles soient pour autant systématiquement préconisées. Là où l'école genevoise adopte plutôt une perspective anatomo-pathologique sur les sexualités « déviantes » les partisans de l'hygiène mentale mobilisent principalement les théories psychanalytiques dans leurs écrits sur la « sexualité normale¹³¹ ». Ainsi, théories biologiques et psychanalytiques des sexualités « normales » et « anormales » coexistent dans les discours psychiatriques tout au long du 20^e siècle¹³². 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 les excitations d'origine

126 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 10901, observations cliniques, années 1930.

127 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 12598, observations cliniques, années 1940.

128 Delessert 2019.

129 Serna 2021a ; Garibian 2017 ; Heller/Jeanmonod/Gasser 2002.

130 Serna 2021a.

131 Garibian 2017.

132 Delessert 2021.

physique, sur lesquelles la castration peut agir, des excitations d'origine « cérébrale » dont « la femme » est un des exemples les plus typiques¹³³. Cette distinction suit également une logique de classe : la sexualité étant alors considérée comme plus bestiale chez les prolétaires qu'elle ne l'est dans les classes aisées. À la sexualité « glandulaire » des classes modestes s'opposerait celle « cérébrale » de la bourgeoisie¹³⁴. Ceci s'explique aussi par le fait que le traitement pénal des délits et crimes à caractère sexuel, tout comme les demandes de stérilisation, concernent principalement les hommes des classes les plus modestes, les autres échappant le plus souvent à la plainte, à l'enquête ou à la justice.

Opérés à la Clinique chirurgicale de Genève, les hommes retournent par la suite à l'Asile de Bel-Air. 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 1930, 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 vif¹³⁵. » Faisant planer le spectre d'une sexualité débordante, l'accumulation des analyses histologiques demeure néanmoins peu concluante. Le chirurgien genevois Albert Jentzer (1886-1964), 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 pathologique¹³⁶ ? »

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

133 Cité dans Garibian 2017.

134 Serna 2021a.

135 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 11413 et 11696, feuille de traitement de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal de Genève, années 1940.

136 Jentzer 1938, 6.

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 » est ainsi interprétée comme le signe que « l'impulsion hormonale à entretenir une activité sexuelle est forte¹³⁷ ». 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 (1915-1995) 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 sexuels¹³⁸ ». Le dosage est également employé comme « regard moléculaire de surveillance¹³⁹ » permettant de fournir une preuve « scientifique » de la (non)-dangerosité des internés auprès du Conseil de surveillance psychiatrique (CSP) afin de justifier leur sortie de l'Asile de Bel-Air. 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) » ce qui confirme « qu'il ne connaît plus aucune excitation sexuelle et que la vue des enfants le laisse parfaitement indifférent¹⁴⁰ ».

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, Gaston Garrone (1924-1991) et Mutrux recommandent ainsi les traitements psychothérapeutiques, parfois associés à des méthodes pour inhiber la

137 AEG Asile de Bel-Air, dossier 16173, lettre du psychiatre au juge d'instruction, années 1950.

138 Mutrux 1965, 17.

139 Yetis 2014, 53.

140 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 19462-19644-20121, rapport médical de Mutrux, années 1960.

sécrétion hormonale¹⁴¹. La psychothérapie – alors souvent synonyme d’approche psychanalytique¹⁴² – est ainsi de plus en plus proposée aux hommes internés¹⁴³. 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 1960-1961¹⁴⁴. Confiée en 1959 à Julian de Ajuriaguerra (1911-1993), de formation psychanalytique, neurologue et pédopsychiatre, la direction de la clinique de Bel-Air favorise la convergence des perspectives à la fois organicistes et psychanalytiques¹⁴⁵.

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 (1884-1922) dans les années 1920, la méthode consistant à interpréter des taches d’encre est devenue dans plusieurs pays occidentaux l’une des principales méthodes d’investigation de l’inconscient et de l’homosexualité au milieu du siècle¹⁴⁶. Effectuée et analysée à la clinique par des examinateur-trice-s 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 inculqué 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, 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.

141 Garrone/Mutruix 1953, 10003.

142 Fussinger 2008.

143 Garibian 2017.

144 Fussinger 2008.

145 Aguirre Oar/Guimon Ugatechea 1996.

146 Hegarty 2003.

(...) 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 exclue¹⁴⁷.

Elle en conclut qu'il est « en proie à une obsession sexuelle d'une rare intensité et qu'il est incapable de dominer ». 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 général¹⁴⁸. » 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 autres¹⁴⁹ ». 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'infériorité¹⁵⁰. »

La castration « thérapeutique » et ses effets sur les corps

Envisagée par les psychiatres qui la suggèrent comme une méthode permettant d'« éteindre l'appétit sexuel¹⁵¹ », la castration est également investie de représentations par les hommes, leurs familles, les médecins, mais aussi l'institution judiciaire et les municipalités qui souhaitent 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

147 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 19720-20709, examen de Rorschach, années 1960.

148 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 20990, examen de Rorschach, années 1960.

149 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 18589, examen médical, années 1950.

150 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 14482-14705-16202, notes manuscrites de Julian de Ajuriaguerra, années 1960.

151 ACV K VIII f 341, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités (n° 610), lettre du Dr Preisy au service sanitaire, années 1930, 2.

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 « 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 limiter¹⁵². À Genève, elle est également liée à l'influence de certaines personnalités, à l'instar du professeur de médecine légale François Naville (1883-1968) qui publie, dirige des thèses sur le sujet et recommande fréquemment la castration dans ses expertises à cette période. Si le médecin-directeur en charge des institutions asilaires 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 psychiatrie, il se trouve parfois en opposition au médecin chargé de l'expertise¹⁵³. Ainsi, dans un courrier qu'il adresse à Naville dans les années 1930, Charles Ladame (1871-1949), alors directeur de l'Asile de Bel-Air, souligne sa désapprobation au sujet du traitement d'un homme interné à Bel-Air dans 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 réclament¹⁵⁴.

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 (1887-1970) invite ainsi ses confrères à se rappeler que

152 Sengoopta 2006.

153 Heller/Jeanmonod/Gasser 2002.

154 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 10444, lettre de Ladame à Naville, années 1930.

« la plupart des hommes préférerait la mort à l'affront incontestable d'être châtrés¹⁵⁵ ».

Lorsqu'elles ne sont pas émises par les médecins chargés de l'expertise légale, les demandes de stérilisation proviennent parfois des personnes représentant légalement les hommes sous tutelle, mais aussi des communes d'origine des patients qui, lorsque ces derniers sont en situation de pauvreté ou de difficulté mentale, 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 fin¹⁵⁶ ». 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 ». 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 sexuel¹⁵⁷ ». 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

155 ACV K VIII f 342, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités (n° 610), arrêté du Conseil de santé, années 1930.

156 ACV K VIII f343, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités, lettre de la municipalité au Service sanitaire vaudois, années 1930. Oligophrène» désigne à l'époque des personnes souffrant d'un retard mental.

157 ACV K VIII f343, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités, lettre du chef de Service sanitaire au préfet du district, années 1930.

cet internement durera à perpétuité et par conséquent deviendra par trop onéreux pour ses communes d'origine¹⁵⁸.

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 dames¹⁵⁹ ». 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'agressivité¹⁶⁰. Ici, la castration et/ou la stérilisation sont appréhendées comme une méthode de prise en charge de la santé mentale et soulèvent l'espoir d'une régénération sociale de l'individu improductif¹⁶¹.

La « thérapeutique » offerte par la castration se mesure d'ailleurs tant en termes de non-récidive que d'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 fenêtres 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 faible¹⁶².

158 ACV K VIII f343, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités, lettre de la municipalité au Service sanitaire vaudois, années 1930.

159 ACV K VIII f343, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités, copie de déclaration médicale de la municipalité, années 1930.

160 Carol 2011.

161 Serna 2021a.

162 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 11652, observations médicales, années 1940.

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 » 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 sexuelle¹⁶³ ». Il est d'ailleurs difficile de savoir à quel point les hommes sont informés de cette différence, bien qu'un médecin de l'Asile de Cery dans les années 1940 déclare insister sur ces précisions : « 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 fécondation¹⁶⁴ ».

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 qu'il dise qu'il aimerait mieux monter sur l'échafaud¹⁶⁵ ». 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 amoindries¹⁶⁶ ». Un manœuvre interné pour fétichisme explique quant à lui qu'il « craint qu'on le sache par la suite qu'il est châtré¹⁶⁷ ». La crainte d'un retentissement sur les capacités intellectuelles et physiques

163 ACV K VIII f343, rapport rédigé par les médecins de Cery, années 1930.

164 ACV K VIII f345, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités, rapport d'expertise, années 1940.

165 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, 3.

166 ACV KVIII f 343, Stérilisation et castration des aliénés : cas traités, rapport d'expertise, années 1930.

167 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 14550, rapport d'expertise, années 1950.

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]¹⁶⁸ ».

Il n'est donc pas surprenant que de nombreux patients s'inquiètent des conséquences intellectuelles de la castration. Un homme interné dans les années 1920 pour exhibitionnisme évoque cette inquiétude : « 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 cerveau¹⁶⁹. » De même, 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 dus à l'opération me déciderait¹⁷⁰. » 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 ne pourra pas te donner une place de confiance, en plus tout le monde entendra à ta voix que tu es 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 ses droits et l'homme castré ne peut plus rien (...) Tu as meilleur temps de supporter ta peine jusqu'au bout, jusqu'à la condamnation. Tu auras fait ta peine, personne ne peut rien contre toi ou n'a pas le droit, tu conserves ta voix d'homme normal, tu pourras recommencer une vie nouvelle avec honneur et devenir honorable citoyen. Tu pourras occuper chez un 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 ouvres la bouche¹⁷¹.

168 ACV SB 124 G 10-2, boîte no.1, rapport d'expertise, années 1950, 5.

169 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 9381, notes du malades, n.d.

170 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 16173, lettre du patient, années 1950.

171 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 16173, lettre de la mère du patient à ce dernier, années 1950.

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 aiguë) 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 patients. 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 « normale¹⁷² ». Elle est aussi introduite comme une méthode censée permettre aux hommes de contrôler leurs 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 pédophiles¹⁷³ ». À la Clinique psychiatrique de Bel-Air, la castration 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 une thérapie à base d'œstrogènes parmi les plus populaires et les moins chères¹⁷⁴. Principalement prescrit chez la femme pour prévenir les fausses couches et les accouchements prématurés¹⁷⁵, le médicament est utilisé chez l'homme dans le traitement du cancer de la prostate, de l'homosexualité ainsi que pour combattre le priapisme ou les manifestations d'hypergénitalisme mâle¹⁷⁶. Associés à la féminité,

172 Cité par Garibian 2017.

173 AEG Archives de Bel-Air, dossier n° 17396, rapport d'expertise, années 1960

174 Sengoopta 2006.

175 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 génital, chez les enfants nés de mères ayant été traitées au Stilboestrol. Colavolpe Severi 2019.

176 Daubresse/Scribe 1948. Le priapisme renvoie à une érection douloureuse et prolongée survenant sans excitation sexuelle.

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 celui de provoquer des gonflements des tissus mammaires et de l'impuissance sexuelle, 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.

Les scripts sexuels et les rôles de genre dans la construction de la « déviance »

Les sexualités « anormales » se construisent ainsi en relation à un script sexuel qui se révèle dans les dossiers, notamment au 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 défaillante. C'est en évoquant son incapacité à se satisfaire comme les autres hommes qu'un homme interné pour exhibitionnisme explique son passage à l'acte : « 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 peuvent¹⁷⁷ ». 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 succès¹⁷⁸ ».

177 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 6319, notes du patient, années 1920.

178 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 12187, rapport d'expertise, années 1940.

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 femmes¹⁷⁹. Le docteur Aimé Amram évoque ainsi le cas d'un employé de commerce de 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 Gabon¹⁸⁰. » 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 où elle est présentée comme un facteur favorisant la perversité sexuelle des hommes. 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) » 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 irrésistibles¹⁸¹ ».

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 violence. Les séjours en territoire colonisé 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 colonisés¹⁸². Ainsi, chez un menuisier interné à la même période,

179 Vann 2017 ; Stoler 2013.

180 Amram 1932, 51.

181 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 17827, rapport d'expertise, années 1950.

182 Bouyahia 2011.

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 passés 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. (...) À son retour à Genève, (...) 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 personnelle¹⁸³.

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 « amies¹⁸⁴ ». 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 vénériennes¹⁸⁵. »

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 et l'impuissance sont citées comme des facteurs pouvant provoquer des comportements délictueux.

183 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 16173, rapport d'expertise, années 1950.

184 Révenin 2015.

185 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 16173, rapport d'expertise, années 1950.

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 l'en avaient empêché. Je pense que probablement sa timidité et sa gaucherie y étaient pour quelque chose aussi¹⁸⁶.

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 ». Le fait que le désir de s'exhiber persiste « malgré le changement des conditions physiologiques réalisé dans sa vie sexuelle par son mariage et malgré les répressions morales et sociales » est le signe chez lui d'une « anomalie sexuelle constitutionnelle¹⁸⁷ ». 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 sexuel¹⁸⁸ ».

Dans le contexte américain, Herbst Lewis note que les femmes qui se plient avec réticence au coït conjugal sont accusées

186 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 10901, rapport d'expertise, années 1930.

187 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 9381, rapport d'expertise, années 1920.

188 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 20990, rapport d'expertise, années 1960.

d'être à l'origine ou de contribuer aux troubles sexuels de leur époux¹⁸⁹. 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 derniers 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 prétextes 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 longues¹⁹⁰.

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 entreprenantes, trop désirantes, sous peine de remettre en cause l'ordre sexuel. C'est le cas par exemple de la 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 » car, « experte dans la question », elle « exigeait des rapports fréquents et des positions particulières. Ils pratiquaient entre autres la fellation¹⁹¹. » En plus de la sexualité orale, considérée « comme une simple spécialité de prostituées¹⁹² », il est mentionné que cette jeune femme se serait tournée vers la prostitution après leur divorce. Son comportement sexuel est d'autre part présenté par la mère du patient – qui la tient pour

189 Herbst Lewis 2010.

190 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 16173, rapport d'expertise, années 1950.

191 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 18786, observations cliniques, années 1950.

192 Bozon 2001, 244.

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 à 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 empressées¹⁹³.

Le comportement sexuel féminin constitue ainsi une base à partir de 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 y est pour quelque chose dans la perversion de son mari¹⁹⁴. » C’est d’ailleurs parce qu’elle « a déclaré qu’elle chercherait à satisfaire dorénavant les demandes de son

193 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 18786, rapport d’expertise de Mutrux, années 1950.

194 AEG Asile de Bel-Air, dossiers n° 12222 et 13087, observations cliniques, années 1940.

mari » 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 être 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 vite¹⁹⁵ ». 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 plaisir¹⁹⁶. »

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 privilèges¹⁹⁷. Les « scripts sexuels » que révèlent leurs discours montrent ainsi que la sexualité n'est qu'un vecteur par lequel ils expriment leurs rôles sociaux¹⁹⁸. 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 quelque temps ma femme sortait beaucoup et ne voulait pas sortir avec moi elle disait qu'il ne fallait pas laisser 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 voulait pas.

Je travaillais tous ce que je pouvais 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 disais rien.

Et vers le début de juillet cette année j'ai recommencé à prendre du linge de dame.

195 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 15538, observations cliniques, années 1950.

196 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 16885, observations cliniques, années 1950.

197 Virgili 2011.

198 Gagnon 2008.

Je ne pouvais pas avoir de relation régulière avec ma femme elle se plaint toujours qu'elle a mal ou qu'elle a des pertes blanches¹⁹⁹.

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 sexuel. Il attribue ainsi l'origine de ses troubles à la déstabilisation des rôles de genre dans son foyer, soulignant que « si j'avais eu plus de caractère et que j'aurai mené mon ménage à la place que ce soit ma femme rien de ceci ne serait arrivé ». Similairement, un menuisier interné pour attentats à la pudeur des enfants attribue son « exacerbation sexuelle » à la monotonie conjugale et à la frigidité de son épouse :

Pourquoi fallut-il que tout cela se cristallise en la forme la plus monstrueuse. À bien réfléchir dans mon ménage il n'y a eu 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. (...) 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 incidente. 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 ma libido à des extravagances sexuelles monstrueuses.

Je crois que ma femme l'a ressenti aussi, sans en vouloir le reconnaître franchement avec elle-même. Toujours (par son éducation) en perpétuelle 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. Balancés entre ces deux extrêmes, exprimées par des caresses ou des rebuffades amoureuse ou agressives comme la soupape d'un compresseur, nous détruisions nos nerfs par ces continuels « troubles

199 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 15538, curriculum vitæ du patient, années 1950.

pulsatoires ». (...) Jusqu'au moment où ma femme tomba malade et moi me laissai à commettre mes « erreurs²⁰⁰ ».

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. Contribuant 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 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 chro-naxie 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 objectif, mesurable²⁰¹. Les dossiers révèlent ainsi la progressive

200 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 16173, lettre du patient, années 1950.

201 Waidzunus/Epstein 2015.

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 « frigidité » 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.

Chapitre 2

Les masculinités dans les interactions médicales

La relation médecin-patient : des rapports entre hommes

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 patients²⁰². 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 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 publique.

Le plus souvent, les interactions médicales sont des relations entre hommes. La médecine est, jusqu'à la fin du 20^e siècle, une profession principalement masculine, par ailleurs construite par une culture, des normes et des codes associés à la masculinité²⁰³. La formation médicale et plus particulièrement l'internat, est ainsi le lieu de l'apprentissage d'une « masculinité médicale » dont témoigne l'urologue Maurice Comey (1926 - 2017) dans son autobiographie :

202 Belmas/Nonnis-Vigilante 2013.

203 Lorraine/Nye 2015 ; Gavrus 2011 ; Golinski 2002 ; Dyhouse 1998 ; Nye 1997.

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 garde²⁰⁴.

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) fait aussi intervenir une série d'autres personnages : infirmières et infirmiers, aides-soignantes, famille et autres proches²⁰⁵. Évoquant le cas d'un opéré de la prostate dans son autobiographie, l'urologue Roger Couvelaire souligne ainsi l'importance de la place des proches dans l'interaction médicale :

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 naissaient 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 blessante²⁰⁶.

En même temps qu'il évoque la gestion des proches, cet extrait présente les représentations associées au « bon » médecin,

204 Camey 2011, 35.

205 Wilde 2007.

206 Couvelaire 1979, 116 ; 119-120.

c'est-à-dire celui capable d'empathie et de pitié. Déstabilisant la notion souvent présentée dans la littérature que la masculinité hégémonique se définit par le rejet de l'émotivité et de l'affectif²⁰⁷, 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-ne-s 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 objectif²⁰⁸ ». La fabrique des sources – publications médicales et dossiers de patients – contribue ainsi à cet effacement du caractère incarné de ceux qui produisent les connaissances.

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 (...) veut me couper les couilles, je lui couperai les siennes avec les dents²⁰⁹. » Rares néanmoins sont les cas où les corps des praticiens apparaissent 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

207 Voir par exemple Reeser/Gottzén 2018.

208 Daston/Galison 2012.

209 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 110921 et 10987, lettre non signée à la direction de l'Asile de Cery, années 1930.

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 patients. Les diverses formes d'écriture – ponctuation, ratures, soulignage – en disent parfois plus long que les mots, tel ce point d'exclamation à propos d'un patient qui « [n]e savait pas qu'on pouvait se masturber tout seul ! » qui souligne ainsi l'incrédulité vis-à-vis de ce qui est attendu d'un jeune homme en matière de connaissance sexuelle dans les années 1950²¹⁰.

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 connivence masculines entretenues avec des hommes auxquels ils portent une certaine estime, à l'instar de cet « ingénieur, charmant homme » recommandé par le psychiatre René Charpentier auprès de Bourguignon²¹¹. Cette appréciation se lit 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 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 » comme étant « des plus brillants » : il se 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-il²¹². » L'urologue Mariot-Max Palazzoli évoque quant à lui le cas d'un patient à la « constitution sexuelle exceptionnelle [qui] a pu renouveler ses rapports plusieurs fois, au point que sa puissance sexuelle devient légendaire (...) (À la suite d'un pari il put un jour satisfaire six femmes différentes dans le même après-midi)²¹³. »

210 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 18589, examen médical, années 1950.

211 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 2492, lettre de Charpentier à Bourguignon, années 1930.

212 Palmas 1924, 21.

213 Palazzoli 1951, 166.

Les exemples de patients héroïques que présente l'urologue Roger Couvelaire dans son autobiographie font aussi preuve de virilité par leur responsabilité, leur courage et leur absence de crainte face à la mort, tel ce 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'hormone²¹⁴.

Ces rapports de connivence ne s'établissent vraisemblablement qu'entre pairs, entre hommes blancs qui disposent d'un capital économique et culturel proche – ce qui est d'autant plus le cas lorsque les patients sont aussi des confrères. Le récit du succès masculin en matière de séduction et la capacité à entretenir des rapports hétérosexuels fréquents sont autant d'éléments permettant de « s'apprécier entre hommes²¹⁵ » et d'établir une « complicité hétéronormative²¹⁶ ». Ainsi, Georges Valensin présente les échanges complices avec certains de ses patients alors que la France est occupée par l'Allemagne nazie :

Selon bien des jeunes gens que je soignais c'était une période bénie pour les déflorations, pour peu qu'un mâle soit

214 Couvelaire 1979, 102.

215 Gourarier 2017.

216 Vörös 2014.

entre-prenant et beau parleur (...) 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 péniennes²¹⁷.

Le récit masculin confronte parfois les médecins à leur propre masculinité. Difficile de ne pas voir de projection masculine derrière un rapport d'expertise qui souligne l'« attitude provocante » d'une belle-fille victime d'agression sexuelle et la « tentation que peut subir chaque homme en état d'abstinence sexuelle²¹⁸ ». Chargé de réaliser une insémination artificielle avec le sperme d'un donneur au début des années 1960, le gynécologue Jean Cohen (1929-2007) 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 elle²¹⁹. »

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 » :

Il me dit : « Docteur, je pense que vous pouvez me rendre le plus grand service que l'on ait jamais pu me rendre de ma vie. »

Je pense, bien entendu, à un cancer de la 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, 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

217 Valensin 1974, 32-33.

218 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 15485, rapport d'expertise, années 1950.

219 Cohen 1981, 140.

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 secret²²⁰ ! »

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 maîtresse. Dans son ouvrage *Connaissance sensuelle de l'homme* paru en 1960, le docteur Noël Lamare (? - ?) évoque des hommes poussés à consulter un médecin par leur femme, lasse de l'abstinence sexuelle de leur couple et qui « 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 hommes²²¹. »

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. 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

220 Comey 2011, 63-64.

221 Lamare 1960, 292.

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 médicale²²².

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 prise en considération des violences sexuelles. Les femmes apparaissent comme toile de fond de la vie sexuelle des hommes, des prétextes de leur « réussite » ou de leur « échec²²³ ». 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 (...) 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 complète²²⁴.

Si l'épouse « ne lui reproche à aucun moment son insuffisance » elle finit par demander le divorce pour non-consommation du mariage puis quitte le domicile conjugal pour retourner chez ses parents. C'est à ce moment-là que le patient se rend chez Palazzoli :

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 ressentis 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

222 Eck 1956, 37.

223 Margolin 2021.

224 Palazzoli 1946, 122.

éventuelles ou de lui-même. Étant 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 préoccupation²²⁵.

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 genitalité active²²⁶. » Dans ce récit médical, le consentement ou les conditions de réalisation de l'acte sexuel importent peu, tant que l'érection permettant la pénétration a lieu et permet le rétablissement de la confiance masculine.

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 anormale²²⁷ ». 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 dévirlisation 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 précoce²²⁸ ». 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

225 Palazzoli 1946, 123.

226 Palazzoli 1946, 124.

227 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3831, examen médical, années 1950.

228 Palazzoli 1946, 34.

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 impotent²²⁹ ?

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 soi²³⁰ ». Dans le journal qu'il rédige dans les années 1960 un jeune homme s'inquiète en ces termes 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. 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 handicapé²³¹.

Il attribue son absence de vie sexuelle à une trop grande émotivité : « À 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 relative²³² ».

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 (...) en vue pour un mariage ou des essais solitaires » afin de ne pas s'inquiéter inutilement²³³. Tout comme les Britanniques étudiés par Lesley A. Hall, il est possible que de nombreux Français et Suisses impuissants aient tout d'abord

229 APA 106 (1), Sicca Venier, *Sans fard. Journal d'exil (1945-1949)*, page non indiquée.

230 Bozon 2001, 248.

231 APA 3690.20, Yves Le Gall, *Mes vingt ans*, 42.

232 APA 3690.20, Yves Le Gall, *Mes vingt ans*, 43.

233 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3527, examen médical, années 1940.

recherché auprès des médecins un réconfort émotionnel et un traitement anodin dans le but principal de recouvrer confiance en eux²³⁴. C'est bien 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'eût 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 ragaillard²³⁵.

Dans la même démarche, un entrepreneur marseillais explique 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 raison²³⁶».

« Réparer » et protéger la masculinité des patients

Ce qui apparaît comme des connivences est probablement aussi lié à des tactiques employées pour contrer la position de vulnérabilité dans laquelle se retrouvent les patients vis-à-vis d'autres hommes. 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

234 Hall 1991.

235 APA 2676, Yves Jéhenne, *La corde de sol. Chronique d'une année 1971*, 204-205.

236 Droit/Gallien 1974, 92.

au malade d'accepter le diagnostic d'une impuissance d'origine psychique²³⁷. De la même manière, le médecin français Georges Guillon (? - ?) explique procéder à des dosages hormonaux pour rassurer ses patients impuissants sur leur constitution physique :

Les seuls impuissants que j'ai rencontrés avaient suivi un traitement endocrinien. Ils avaient consulté leur médecin traitant qui, réflexe automatique, avait dit : « Testostérone dans les fesses ! » À 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 superbes²³⁸ ».

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 patients. 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 satisfaisante vient encore peser de toute sa rigueur dans le plateau de la psychothérapie roborative²³⁹.

L'attention portée au sentiment de virilité des patients indique que de nombreux médecins pratiquent ce que les sociologues Anselm Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Suczek et Carolyn Wiener désignent sous le terme d'*awareness of context work* c'est-à-dire un travail « au service de la protection et du

237 Herbst Lewis 2010.

238 *La Revue de médecine*, 1965, 634.

239 Eck 1956, 28-29.

maintien de l'identité du patient²⁴⁰ ». Cela implique notamment le fait de taire, de transmettre ou de transformer des informations médicales afin de préserver le patient. Dans son autobiographie, un « protobiologiste » explique ainsi comment transmettre un diagnostic de syphilis :

À l'Institut Fournier²⁴¹, 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 anxiété²⁴².

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 de diagnostic. Le fait de ne pas divulguer une stérilité est recommandé par la littérature spécialisée jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Dans son étude du fonctionnement d'une consultation de stérilité, en 1946, le docteur André-Raymond Chauvin (? - ?) explique ainsi comment se comporter :

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 mari²⁴³.

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. C'est le cas d'un des patients de Bourguignon

240 Strauss *et al.* 1982, 265.

241 Il s'agit de la Ligue nationale française contre le péril vénérien fondée en 1923 par Alfred Fournier.

242 APA 1161-1, Raunet 1992, 18-19.

243 Chauvin 1946, 57.

qui effectue un examen de sperme dans les années 1940 dont le résultat indique une « insuffisance de la spermatogénèse ». 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 deux heures ». Souffrant également de rapports « très rapides et suivis d'une énorme fatigue », 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 traitement²⁴⁴ ». Jusqu'en 1956, l'urologue suisse Richard Weyeneth (? - ?) estime 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 féconder²⁴⁵. »

En même temps qu'ils ménagent 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 (1893 - 1981) 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.

244 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3330, examen médical, années 1940.

245 Weyeneth 1956, 21.

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.

Il découvrira un monde nouveau, n'est-ce pas une des plus grandes joies... et quelle fierté pour lui d'en être l'auteur²⁴⁶ !

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 20^e siècle, Leslie Margolin montre que la frigidité féminine est mobilisée par certains médecins pour dédouaner les hommes de leurs défaillances sexuelles, telles que l'impuissance, l'éjaculation précoce ou l'incapacité à procurer du plaisir à leurs partenaires²⁴⁷. 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 (1921-2004) 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 idéale²⁴⁸ ». Palazzoli évoque quant à lui le cas d'un ingénieur marié avec « une femme de 24 ans, fort jolie²⁴⁹ » tandis qu'une autre femme « laide, d'une maigreur squelettique²⁵⁰ » serait la cause de l'impuissance de celui-ci. Dans le courrier adressé à la

246 Bayle/Gouygou 1953, 15-16.

247 Margolin 2017.

248 Torris 1954, 100.

249 Palazzoli 1951, 13.

250 Palazzoli 1951, 144.

journaliste française Ménie Grégoire (1919-2014) se trouve ainsi le témoignage d'un homme qui explique être allé consulter son médecin de famille par dépit que sa femme ne jouisse pas lors de la pénétration. Celui-ci lui a rétorqué : « Mon pauvre, vous n'êtes pas le seul » avant de prescrire des cachets à sa femme²⁵¹. La cause des problèmes sexuels est d'ailleurs parfois attribuée à la femme sans que le partenaire masculin ne soit inquiété, comme en témoigne une femme dans une enquête sur la vie sexuelle des Français-e-s :

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 la faute de l'homme. Alors Jacques a commencé à me dire que si je n'éprouvais pas de plaisir, c'était 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 de question. (...) Puisque le médecin m'avait donné des médicaments, c'était bien la preuve que ça venait de moi, que je n'étais pas normale²⁵².

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 mettent à mal l'entente sexuelle avec leur femme²⁵³. 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'orgasme²⁵⁴.

L'inquiétude de nombreux patients qui sollicitent un rendez-vous révèle la valorisation du plaisir féminin en essor depuis l'entre-deux-guerres²⁵⁵. Ainsi, un homme de 37 ans explique

251 Cité par Gauthier 1999, 131.

252 Droit/Gallien 1974, 266.

253 Béjin 2007.

254 Grunt-Mejer 2021.

255 Rusterholz 2019 ; Garibian 2017 ; Carol 2011 ; Rebreyend 2008.

« qu'en raison de la lenteur des réactions de sa femme, il retardait depuis longtemps l'éjaculation volontairement²⁵⁶ ». C'est à la perspective d'un mariage et par souci de leur future femme, que plusieurs jeunes hommes prennent 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'obsède²⁵⁷. »

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 femme²⁵⁸ ». Dans le courrier adressé à Ménie Grégoire dans les années 1960, un ouvrier belge de 20 ans s'inquiète également de son éjaculation précoce : « Je lâche tout trop vite (...) Rien que de rentrer, je sens déjà que ça va très vite, ça ne dure même pas deux minutes et je ne sais pas me retenir. » Il craint ainsi de décevoir sa partenaire : « Une femme voudrait au moins que ça dure plusieurs minutes, même une demi-heure²⁵⁹. » Le désir des femmes elles-mêmes (du moins quand elles sont mariées) est d'ailleurs de 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'éjaculation²⁶⁰. »

La norme du plaisir partagé et de l'orgasme mutuel du couple marié qui se consolide dans la seconde moitié du 20^e siècle se traduit par un renouvellement de la masculinité hégémonique,

256 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3165, examen médical, années 1940.

257 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3571, examen médical, années 1940.

258 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3416, examen médical, années 1940.

259 Cité par Gauthier 1999, 131.

260 Camey 2011, 63.

requalifiée autour de la capacité des hommes à « faire jouir » leur partenaire²⁶¹. En ce sens, certains médecins, à l'instar de Palazzoli, n'hésitent pas à conseiller à leurs patients d'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 quinze 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 comprendre²⁶².

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 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

261 Rebreyend 2008.

262 Palazzoli 1951, 40.

chirurgicalement et on fait maintenant de la dilatation du vagin sous anesthésie²⁶³.

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 » 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 » et qui est qualifiée de « nerveuse » tandis que lui « n'est pas allé voir le médecin²⁶⁴ ». Chargées dans leur chair de faciliter la performance sexuelle masculine, les femmes subissent des interventions invasives sur leur corps qui révèlent le caractère disciplinaire des thérapies sexuelles ainsi que la centralité d'un « droit au plaisir » masculin²⁶⁵.

Des relations masculines comme rapports de pouvoir

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 commune. D'aucuns présentent des réticences à se confier, notamment en raison du désintérêt des médecins qu'ils rencontrent lorsqu'ils se plaignent de troubles sexuels²⁶⁶. À en croire les médecins Henri Bricaire (1914-2004) 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 lui²⁶⁷ ». Dans le courrier adressé à la chroniqueuse Mémie Grégoire, l'historienne Marie-Véronique Gauthier note aussi qu'un grand nombre d'hommes inquiets de

263 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3552, examen médical, années 1940.

264 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 23375, observations cliniques, années 1960.

265 Margolin 2021.

266 Hall 1991.

267 Bricaire/Dreyfus-Moreau 1964, 6.

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 problèmes. L'un d'eux déplore ainsi s'être entretenu avec un médecin qui s'est contenté de « sourire » à ses questions « comme d'habitude²⁶⁸ ». Dans son autobiographie, un jeune homme impuissant écrit quant à lui : « J'irai voir un médecin bien que je n'espère rien de lui²⁶⁹. »

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 colonial²⁷⁰. 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 patient²⁷¹ ».

En Algérie coloniale, où les maternités et consultations gynécologiques profitent principalement aux femmes européennes²⁷², la consultation de stérilité d'Alger, gérée par le professeur d'obstétrique Amédée Laffont (1883-1976) reçoit notamment des hommes algériens, comme en témoigne un article de *L'Algérie médicale* :

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

268 Cité par Gauthier 1999, 129.

269 APA 3690.20, Yves Le Gall, *Mes vingt ans*, 45-46.

270 Voir notamment Arena/Farré 2021.

271 Fredj 2015.

272 Fredj 2011.

une ou deux générations encore ; avoir des enfants est pour lui la chose la plus magnifique (et la plus utile qui soit)²⁷³.

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. Dès les années 1930, il est communément admis qu'il faut examiner le sperme des hommes des couples stériles²⁷⁴. Or, si le docteur Louis Devraigne (1876-1946), médecin chef de la consultation de stérilité à Lariboisière, estime que les « tous les maris (...) se prêtent très volontiers aux examens nécessaires²⁷⁵ », la plupart des spécialistes déplore plutôt leur réticence à se laisser examiner. Quelques années plus tôt, l'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 responsabilité²⁷⁶. »

Les résistances masculines posent d'autant plus problème que, comme le montre Lesley A. Hall, la figure du « bon » patient est construite à partir de traits traditionnellement associés à la féminité, telle que la soumission aux exigences des traitements et recherches médicales²⁷⁷. En matière de stérilité, certains médecins privilégient donc d'abord de s'entretenir avec les épouses, comme l'explique le docteur Jules Lévi-Valensin (? - ?) 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-ci²⁷⁸.

273 Marchand 1937, 113.

274 Marsh/Ronner 1996.

275 Devraigne 1935, 16.

276 Allard 1930, 1-2.

277 Hall 1991.

278 Lévi-Valensin 1939, 52

D'autres craignent que l'examen systématique des hommes ne mette à mal la relation qu'ils entretiennent avec leurs patientes, comme l'explique le gynécologue André Chalier (1882-1973) en 1935 :

À 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 cela²⁷⁹.

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 Mabille (1904-1952) 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 hommes sont tellement moins courageux que leurs femmes !), l'examen est simple, rapide. Une larme sous microscope²⁸⁰.

En représentant le refus de se plier à des examens et traitements comme un signe de lâcheté et de faiblesse, ces discours

279 Chalier 1936, 389-390

280 AN 197601723/27, dossier « Eugénique et stérilité », Mabille 1931.

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. Elle s'articule aussi à la valorisation de la figure du « père de famille » opposée à celle du célibataire égoïste.

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 tout entière²⁸¹. 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 soigner²⁸². Le fait de rappeler à l'ordre les « mauvais » malades participe aussi d'une volonté de redéfinir les comportements acceptables et tolérables. Ainsi, le médecin vaudois Jules Bonjour (1868-1949) 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 forcer²⁸³ !

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

281 Harsin 1989.

282 Quérel 1986.

283 Bonjour 1930, 431.

Couvelaire se souvient 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 uréïque 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 opérateur²⁸⁴ ? »

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'« hypocondriaque ». 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, consignante 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 hypocondriaques²⁸⁵.

284 Couvelaire 1979, 100.

285 Palazzoli 1951, 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 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 barrages²⁸⁶. »

Résistances et tactiques de pouvoir des hommes internés

Devant l'asymétrie de pouvoir de l'interaction médicale, les hommes adoptent des tactiques pour obtenir ce qu'ils recherchent. Celles-ci sont particulièrement visibles dans le dispositif disciplinaire de l'institution asilaire où ils développent des discours cherchant à contester leur étiquetage de « déviant » ou « dangereux » en collaborant plutôt qu'en contrant ouvertement l'institution.

Le cas des émotions attendues des internés à Bel-Air est à ce titre un exemple frappant de l'imbrication de ces rapports de pouvoir. Il est non seulement demandé aux 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 thérapeutique. 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. Mais on ne peut cependant s'empêcher de

286 Couvelaire 1979, 108.

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 médecin²⁸⁷.

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. État d'âme hélas extrêmement compliqué, difficile à expliquer et à comprendre pour tous ceux qui n'éprouvent pas de sentiments similaires et qui sont assez heureux d'être bien équilibrés sous tous les rapports²⁸⁸.

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 permettent aux patients qui possèdent un capital culturel et une certaine connaissance médicale de mobiliser un langage expert pour faire valoir leur volonté d'être « guéris ». 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. À présent, une

287 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 10901, rapport d'expertise, années 1930.

288 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 6319, lettre du patient, années 1920.

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 pas²⁸⁹.

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 psychanalyse, son activité sexuelle ne suscite plus de remords en lui. Il sait que ce sont des « pulsions » irrésistibles ; il s'y abandonne, semble-t-il avec plus de facilité²⁹⁰.

Certains patients, qui risquent la castration ou l'interne-ment 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 l'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 possession, 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 foyer²⁹¹ !

289 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 13215, lettre du patient à un docteur ami, années 1940.

290 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 13215, rapport d'expertise, années 1940.

291 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 16173, lettre du patient, années 1950.

La plupart des patients de Bel-Air tente 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 non pas à travers la résistance et la subversion des normes imposées, mais plutôt par leur acceptation et leur « habitation²⁹² ». 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 dominantes²⁹³ ». 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'institution asilaire 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 asilaires. Ainsi, les pratiques des patients sont orientées par le public (ici, les médecins) auquel ils s'adressent, puisque leur masculinité doit être reconnue par d'autres pour déterminer leur position sociale au sein des hiérarchies de masculinité. 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 :

Jusqua cette datte de mon arrestation jai toujours bien travailler et mes patrons sont content de moi. J'ai fait mon servise militaire dans les bataillons Genevois sans aucune plainte. (...) J'ai été un bon mari et poli envers ma femme aussi j'espère d'être guerri le plus vite possible et de pouvoir reprendre mon travaille et de me refaire une nouvelle vie (*sic*)²⁹⁴.

292 Fidolini 2017 ; Mahmood 2009.

293 Fidolini 2017, 8.

294 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 11268, curriculum vitae du patient, années 1930.

Il présente la castration comme une solution souhaitable à ses problèmes, qui « le débarrassera de ses «mauvaises idées²⁹⁵ ». De même, 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-il²⁹⁶. » 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 société²⁹⁷. Demander la castration permet ainsi de justifier la fin d'un internement, comme l'explique un ancien de la Légion étrangère, interné à 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 fini 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 donnent comme bon travailleur, poli et honnête et que les seuls griefs contre moi sont mes rechutes. (...) Dieu ne veut pas la mort du pécheur, mais sa conversion²⁹⁸.

La présentation d'une masculinité « acceptable » est ainsi définie par le fait d'avoir un emploi, d'être jugé bon travailleur

295 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 11268, rapport d'expertise, années 1930.

296 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 10444, rapport d'expertise, années 1930.

297 Myhre/Thomassen 2014.

298 ACV K VIII f342, lettre de l'interné, années 1930.

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 interné 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 tarée²⁹⁹.

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 ». 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'institution asilaire 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 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 de 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 ma faute. J'ai demandé à plusieurs reprises à parler à M. 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 personne³⁰⁰.

299 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 12187, rapport d'expertise, années 1940.

300 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 10901, lettre du patient au CSP, années 1930.

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 menaçant du début de chapitre demande grâce en mettant en avant 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 contents³⁰¹. »

Le mariage, l'hétérosexualité et la famille sont en effet présentés comme des formes de « normalisation » des parcours psychiatriques³⁰². 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 pouvoir une fois se marier et fonder une famille³⁰³ ». 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 castration³⁰⁴ ».

Le désir de fonder une famille ne saurait néanmoins être uniquement rapporté à une tactique rhétorique. Le courrier 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 famille³⁰⁵. 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 discerner ne peuvent contracter un mariage, de même que celles atteintes de maladies mentales et ce même si elles sont capables

301 AEG Asile de Bel-Air, dossiers n° 110921 et 10987, lettre du patient au directeur de l'Asile, années 1930.

302 Myhre/Thomassen 2014.

303 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 10901, rapport d'expertise, années 1930.

304 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 14771, observations cliniques, années 1950.

305 Gauthier 1999.

de discernement³⁰⁶. Un homme stérilisé sous le coup de la loi vaudoise de 1928 explique ainsi sa situation 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 serai heureux et vous n'aurez plus de plainte vu que je suis capable de gagner ma vie sans être à la charge de l'État et de ma commune surtout en ce moment où les travaux de la terre manquent de bras (...) car si j'ai accepté l'opération c'est dans l'espoir de pouvoir être au plus tôt avec ma future femme qui se réjouit que je sois chez elle pour lui mettre le jardin en ordre³⁰⁷.

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 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 domestiques³⁰⁸. 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 » qui s'occupe beaucoup de ses enfants et qui « [l]'a beaucoup respectée³⁰⁹ ». Similairement, une femme, dont le mari est interné pour homosexualité, remercie le directeur de l'Asile de Bel-Air 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'a jamais cessé de manifester à l'égard de son 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

306 Garibian 2017.

307 ACV KVIII f345, lettre de l'homme au président du Service de santé, années 1940.

308 Rusterholz 2015a.

309 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 16836, observations cliniques, années 1950.

la famille et chacun des enfants (...) tient à vous exprimer toute sa reconnaissance³¹⁰.

En intercédaient au nom de leurs partenaires, les femmes qui témoignent auprès de la structure psychiatrique participent ainsi à la « fabrique » du genre et des masculinités. Les institutions asilaires, 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.

La gestion de l'intime dans les interactions médicales

De la gêne à l'homoérotisme : gérer le tabou sexuel

Dans un livre qu'il publie en 1960, 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-e-s. Les hommes « loin de posséder la science du mensonge, le savoir-mentir de la femme, savoir-mentir auquel s'ajoute une propension naturelle à la mythomanie » seraient en effet plus fiables, plus faciles à gérer :

Il lui [à l'homme] 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 possible³¹¹.

310 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 19720-20709, lettre de l'épouse à Sylvain Mutrux, années 1960.

311 Lamare 1960, 68.

En définissant les hommes comme des patients plus « simples » à gérer, il établit une mesure du travail sentimental nécessaire pour « faire parler » les patient-e-s. 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 médical a longtemps été décrite comme une caractéristique féminine³¹². L'historien Jean-Claude Bologne oppose d'ailleurs une pudeur masculine « sentimentale » à une pudeur féminine corporelle³¹³. Mais plutôt que de la tenir pour acquise, je reprends l'interrogation de l'historienne Nahema Hanafi lorsqu'elle demande : « La surreprésentation de la pudeur des femmes ne répond-elle pas (...) à l'exercice masculin des professions de santé³¹⁴ ? »

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 maladie³¹⁵ » pour évoquer son impuissance. Il s'inquiète de ne pas savoir « comment faire *cela*³¹⁶ ». Dans les 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). Les médecins eux-mêmes emploient des euphémismes pour parler de la sexualité aux familles d'internés, à l'instar d'un médecin qui demande à la mère d'un patient si celui-ci faisait de « vilaines manières³¹⁷ ».

312 Hanafi 2012.

313 Bologne 1997.

314 Hanafi 2012, 15.

315 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3606, lettre du patient à Bourguignon, années 1940.

316 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3606, examen médical, années 1940.

317 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 11219, lettre de Montmollin à la mère du patient, années 1930.

La gêne 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 faire³¹⁸ ». Au sujet d'un autre patient, il fait cette description :

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 confesser³¹⁹.

Le tabou lié à la sexualité est géré par l'adoption d'un vocabulaire adapté, éloigné du langage de l'érotisme et du registre familier. Il s'agit pour les professionnels tant d'assurer leur respectabilité professionnelle que d'éviter toute malaise lors de la consultation³²⁰. 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 interne pourtant « parfaitement docile et lucide » dont le dossier note qu'il est « vulgaire dans ses propos (...) raconte son aventure sexuelle crûment. Sans gêne. " On s'est sucé la queue "³²¹. » 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 partenaire³²².

318 Palazzoli 1946, 64.

319 Palazzoli 1946, 68.

320 Gouilhers 2017.

321 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 7480, observations cliniques, années 1920.

322 Bricaire/Dreyfus-Moreau 1964, 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 ». Il explique alors que « le praticien, après l'avoir examiné, l'a masturbé. [Le patient] y est retourné trois fois et des faits semblables se sont reproduits³²³. »

Signe de la pudeur « sentimentale » masculine, l'attention portée à la parole ou à la divulgation d'informations jugées délicates contraste fortement avec celle portée au corps. Cela ne signifie pas pour autant que les examens corporels ne font pas l'objet de honte. Dans son étude sur l'infertilité masculine, la sociologue Liberty Walter Barnes montre que l'examen des testicules, consistant à évaluer la taille et à palper le scrotum et imaginé comme désagréable pour les hommes, fait l'objet de diverses tactiques employées pour assurer le confort du patient. L'interaction médicale constitue en effet l'un des rares espaces où le fait de toucher les parties génitales d'un autre homme (préssumé hétérosexuel) est socialement acceptable. Les médecins adoptent ainsi des procédés 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, efficaces³²⁴.

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

323 AEG Asile de Bel-Air, dossier n° 19720-20709, rapport d'expertise de Sylvain Mutrux, années 1960.

324 Barnes 2014.

l'examen vaginal ne se retrouve pas dans les examens génitaux masculins, plutôt caractérisés par une subjectivité « désaffectée » des urologues³²⁵. Si la douleur est parfois mentionnée, le confort ou la gêne des patients sont absentes de la littérature urologique étudiée. Ainsi, c'est pour limiter les douleurs des malades que l'*Encyclopédie française d'urologie* recommande de pratiquer les massages de la prostate en décubitus dorsal (étendu sur le dos, sur le plan horizontal) plutôt qu'en position génu-pectorale (les fesses relevées et le haut du corps à plat) ou debout devant une table³²⁶. Il n'est pas difficile cependant d'imaginer que la posture comporte des états de vulnérabilité, de gêne et de pudeur. 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 prostatiques³²⁷. Cette 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 les commente 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 homosexuelle³²⁸.

À l'hôpital, où le toucher rectal est appris aux étudiant-e-s 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 aux praticiens de voir les corps nus et d'accéder au sexe des hommes, en l'observant et le touchant, sans pour autant que ces actes soient interprétés de manière sexuelle³²⁹. La journaliste Muriel Reed (? - ?) qui suit le quotidien d'étudiant-e-s

325 Gleisner/Johnson 2021.

326 André 1923.

327 McLaren 2007.

328 Valensin 1964, 68-69.

329 Gouilhers 2017.

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 enfin 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'opération. 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... À ta place, j'aurais agité mes pognes³³⁰.

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 période. La gêne à « farfouiller » 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 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 masculines³³¹. »

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. À la fin du 19^e siècle, l'analyse microscopique du sperme se répand grâce à la diffusion de l'équipement nécessaire et des compétences acquises par une jeune génération de médecins au cours de leurs études³³². 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 sperme. Dès 1926, une biologie systématique du sperme est décrite par deux gynécologues new-yorkais qui montrent l'existence de près de 50 différentes cellules du sperme et encouragent la recherche à s'intéresser

331 Cité par Laugier/Hunziker/Harms 2002, 29.

332 Benninghaus 2012.

aux relations entre la morphologie, les variations biologiques et les cellules épithéliales du sperme. Ces recherches soulignent l'importance, non plus uniquement de constater la présence ou l'absence des spermatozoïdes, mais aussi de les catégoriser. Auteur d'une première monographie considérable sur l'examen du sperme, le médecin suisse Charles 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)³³³. Ainsi, la mesure de la santé reproductive masculine se concentre de plus en plus sur la mesure de la « performance éjaculatoire » : le volume des spermatozoïdes, leur concentration et nombre, leur vélocité et mobilité, leur forme et leur taille deviennent des critères standards à partir desquels est mesurée la santé masculine³³⁴. 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 à la masculinité des patients³³⁵.

Sous le microscope, le sperme se transforme d'un fluide corporel porteur de multiples significations sociales à un objet scientifique. Cette transformation du sperme en objet médical est assurée par l'intermédiaire du microscope qui définit dans sa configuration une « certaine partition du monde physique et social » et devient le médiateur de la relation entretenue avec le « réel³³⁶ ». 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, taille des organes génitaux) et de la capacité à avoir des relations sexuelles aboutissant à une éjaculation intravaginale 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 à la procréation humaine. Le dispositif de l'examen du sperme

333 Kampf 2012.

334 Daniels 2006.

335 Bell 2016.

336 Akrich 1987, 49.

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 verre, déposé sur des lames de microscopes avant de faire l'objet d'une observation experte³³⁷. 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 mari³³⁸.

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, Jean Seguy (189 ? - 19 ?) et Jeanne Vimeux (? - ?) déplorent que la plupart des gynécologues « se contente d'un examen trop superficiel (...) il leur suffit d'apprendre que le sperme en question contient des spermatozoïdes vivants ». 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. Trop épais pour être porté immédiatement sous le microscope, le sperme nécessite un travail de préparation : il faut d'abord laisser « la boîte à l'étuve à 37° pendant cinq à dix minutes pour homogénéiser et fluidifier le mélange (...) Quand le sperme est devenu fluide et homogène, on examine au microscope une goutte³³⁹. »

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'« endigument » 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'étudient³⁴⁰. 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 masculin. Les conseils pour améliorer la « production » de spermatozoïdes, tels que l'abstinence sexuelle avant les

337 Benninghaus 2012.

338 Bajeux 2020.

339 Seguy/Vimeux 1932, 683

340 Mohr 2016.

examens de sperme, permettent en même temps d'accommoder d'anciennes représentations du sperme comme nécessaire à la santé et à la vigueur masculines³⁴¹.

Entre les représentations symboliques du sperme, les termes techniques et l'expérience vécue des usagers subsiste toutefois un abîme³⁴². 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 distinction. 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 tard³⁴³. » 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 perdues³⁴⁴ ». 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. (...) 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 26 berges et déjà cruellement vide de sperme³⁴⁵.

341 Pfeffer 1993.

342 Giami 2011.

343 Cité par Saussure 1929, 672.

344 Odier 1933, 40.

345 APA 106 (1) Venier, 15 - 16.

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 urologique, car il a remarqué depuis longtemps que lors de l'éjaculation, le sperme était parfois liquide et de faible quantité³⁴⁶ ». Similairement, c'est parce qu'il « a commencé à avoir des éjaculations rapides, puis (...) s'est aperçu qu'il n'émettait presque plus de sperme » que se décide à consulter un entrepreneur de 36 ans dans les années 1940³⁴⁷.

Le sperme est donc investi de différentes significations, notamment d'ordre sexuel, qui peuvent déstabiliser le dispositif médical au laboratoire. La moralité de la masturbation est certes fréquemment discutée dans la littérature médicale, notamment du point de vue 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 la consultation de stérilité de 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 rapport³⁴⁸.

346 Aalam 1953, 5-6.

347 AM Fonds Bourguignon, dossier n° 3627, examen médical, années 1940.

348 Chauvin 1946, 51.

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 récipient³⁴⁹.

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 pudeur. Alors qu'elles ne constituent qu'un effectif minoritaire des cohortes de médecine à ce moment, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, plusieurs femmes rédigent des thèses sur l'analyse du sperme. C'est le cas d'Yvette Bergerot-Blondel (1913 - ?) qui écrit une thèse en 1946 portant sur la valeur diagnostique des examens de sperme à partir de l'examen « systématique et détaillé » du liquide séminal de 150 sujets dont les femmes sont prises en charge à la consultation de stérilité de la Maternité de Port-Royal³⁵⁰. Trois années plus tard, Odette Morin (1915 - ?) 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 » mis à sa disposition à la consultation de stérilité de l'École de puériculture³⁵¹. 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 cette situation : « Je travaillais derrière le microscope, je ne consultais pas : à l'époque il était inconcevable qu'une femme reçoive un homme venant pour un spermogramme³⁵² ... » 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

349 Barnes 2014.

350 Bergerot-Blondel 1946, 1.

351 Morin 1949, 2.

352 Cité par Cahen/van Wijland 2016, 71.

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 liens 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 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 solidarité qui lient certains médecins à leurs patients participent à l'invisibilisation des difficultés sexuelles ou reproductives masculines, que cela 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. La médicalisation des corps masculins passe 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. Aux côtés d'un registre de compréhension psychanalytique qui définit les troubles sexuels comme des troubles relevant de la virilité se trouvent des examens organicistes qui réduisent les « paramètres de la maladie aux niveaux dits fondamentaux : ceux de la cellule, des molécules et des macromolécules³⁵³ ». 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.

353 Gaudillière 2002, 13.

Partie IV

**Les Trente Glorieuses :
entre médecines « du couple »
et médecine du masculin**

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 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, 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 dans un contexte scientifique de plus en plus globalisé. 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 fertilité¹.

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 après 1945. 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 soulève 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 ?

1 Clarke 1998.

Chapitre 1

Des médecines de la stérilité masculine

Disciplinariser la reproduction

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 démesurée². 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 nations³. 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. La création de programmes de planification familiale dans les pays en développement est possible grâce au soutien, bien qu'ambivalent, d'organisations internationales, telles que l'OMS nouvellement créée en 1948.

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 renouvelée⁴. Au

2 Connelly 2008.

3 Clarke 1998.

4 Clarke 1998.

lendemain de la guerre, la médecine de la stérilité ne représente pourtant toujours qu'un secteur marginal de la scène médicale française et suisse. Créée en 1941 par le chirurgien, biologiste et eugéniste Alexis Carrel (1873-1944), la Fondation française pour l'étude des problèmes humains participe à financer les recherches sur le sujet. 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 (1897-1986) à l'École de puériculture, Jacques Varangot (1909-1985) à l'Hôpital Port-Royal, Raoul Palmer (1904-1985) à l'Hôpital Broca ainsi que Louis Portes (1891-1950) à la Clinique Baudelocque⁵. 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 (...) en moi un sentiment de révolte contre le conservatisme général des accoucheurs des années 1950 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 naturel⁶.

Les recherches en matière de stérilité, notamment masculine, sont principalement menées à l'étranger. En Allemagne, 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 connaissances⁷. 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 procréer⁸.

5 Cahen 2013.

6 Cohen 1981, 125.

7 Vienne 2006 ; Gaudillière 2003.

8 Hofer 2012.

Ce développement de la scène médicale allemande explique d'ailleurs peut-être les contrastes professionnels dont la Suisse est le terrain. 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, la nationalité palestinienne. En 1938, il entre à l'Université de Bâle, dans le service de gynécologie, en clinique et en recherche. Soulignant l'importance de la prise en charge de la stérilité « en matière de politique démographique » 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 stérilité⁹. 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 guerre¹⁰. 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 pourrons bientôt mettre en place un tel institut – mais je ne peux pas me consacrer pleinement à cette tâche en étant toujours marqué de la « tache jaune » de l'étranger¹¹.

9 Archives du canton de Bâle-Stadt (ACB) 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.

10 Hofer 2012.

11 ACB 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, 2.

Ses demandes étant déboutées par la Police des étrangers, il repart au lendemain de la guerre pour s'installer à Jérusalem où il poursuit l'essentiel de sa carrière.

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) occupent une place pionnière dans la recherche sur la sexualité et la reproduction tant par « leur antériorité dans le domaine du contrôle des naissances, du fait de financements qu'ils offrent à la recherche et aux organisations transnationales¹² ». 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 Angeles¹³ ». La Libération marque ainsi l'essor de réseaux de recherche franco-américains et une multiplication des voyages outre-Atlantique.

En matière de sciences reproductives, les travaux anglo-saxons sont étroitement liés au mouvement pour le planning familial. Le fait d'étudier côte à côte infertilité et contraception relève 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 familial¹⁴. C'est également grâce au financement de la militante et fondatrice de l'American Birth Control League Margaret Sanger (1879-1966) 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 Hotchkiss (1903-1989). Hotchkiss participe à faire de la stérilité masculine une juridiction de l'urologie tout en collaborant avec d'autres spécialistes,

12 Pavard 2012a, 162.

13 Gaudillière 2002, 8.

14 Beers 2021.

comme le physiologiste John MacLeod (1876-1935), spécialiste du métabolisme du sperme¹⁵.

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 soldats de retour au pays fait craindre une incidence sur leur capacité à devenir pères. Les nouveaux espoirs thérapeutiques qui se dessinent stimulent aussi les recherches : injections de testostérone pour accroître la production de spermatozoïdes, amélioration du traitement chirurgical des varicocèles et développement de l'insémination artificielle¹⁶.

Les travaux américains constituent une source de légitimation pour les médecins et spécialistes français et romands, en particulier pour des urologues jusqu'alors peu intéressés par la reproduction humaine. 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 américains. 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 aux 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 des voies spermatiques et de permettre le passage des spermatozoïdes bloqués. 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 bijouterie¹⁷ ». Lorsqu'ils présentent leurs travaux devant l'Académie nationale de médecine en 1944, les deux urologues soulignent la

15 Amelar 2006.

16 Marsh/Ronner 1996.

17 Chevassu/Bayle 1944, 712.

nécessité politique et démographique de rechercher les causes masculines de stérilité :

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 mari¹⁸.

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 étudiés. Il obtient la même année un Prix de l'Académie de médecine pour son mémoire sur la « stérilité masculine et son traitement¹⁹ ». Ce voyage outre-Atlantique n'a laissé que peu de traces qui permettraient d'en 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 au sein de la profession médicale française.

C'est aux États-Unis qu'il découvre notamment l'usage diagnostique de la biopsie testiculaire. 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 spermatogénèse. 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 la direction de l'institution :

La recherche de la stérilité masculine est inséparable de celle relative à la stérilité féminine. De légères interventions ou

18 Chevassu/Bayle 1944, 707.

19 Bayle 1945.

recherches, telles que biopsies testiculaires et ponctions entraînent une courte hospitalisation des sujets examinés. Les recherches de ce genre pratiquées couramment aux USA où M. le Dr Bayle chargé de mission du ministère vient de se documenter, ne sont pas encore connues en France²⁰.

En 1947, Portes demande l'autorisation à l'Administration générale de l'Assistance publique d'hospitaliser « pour une période fort brève d'ailleurs, quelques hommes²¹ » 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 ». L'inspecteur adjoint note ainsi :

Si en effet il est donné suite à cette demande, c'est une chambre à trois 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'infirmier réservées aux élèves sages-femmes. Les locaux sanitaires (WC) seront communs²².

Il suggère ainsi de « tenter cette expérience à titre provisoire (six mois) et en limitant le nombre de lits à trois ». Malgré le préavis favorable au nom de « l'intérêt des examens dont il s'agit » 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

20 AAPHP 9L72 Services hospitaliers, service du docteur Louis Portes, Maternité Port-Royal, traitement de la stérilité masculine, rapport au directeur général, 9 avril 1947.

21 AAPHP Services hospitaliers, service du docteur Louis Portes, Maternité Port-Royal, traitement de la stérilité masculine, lettre du professeur Louis Portes, 13 mars 1947.

22 AAPHP 9L72 Services hospitaliers, service du docteur Louis Portes, Maternité Port-Royal, traitement de la stérilité masculine, lettre de l'inspecteur adjoint de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, 26 mars 1947.

besoins des malades de Paris et du département de la Seine²³ ». Une seconde lettre révèle pourtant que c'est surtout la question de la pudeur qui pose problème :

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 réservées aux sages-femmes. Les locaux sanitaires WC eussent été communs.

Dans ces conditions il me semble impossible d'autoriser l'hospitalisation de malades de sexe masculin²⁴.

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 des 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 examens²⁵ ».

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'AFU pour la première fois en 1953 avec la présentation d'un rapport rédigé par Bayle en collaboration avec l'histologiste Charles Gouygou (1919-1977). 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

23 AAPHP 9L72 Services hospitaliers, service du docteur Louis Portes, Maternité Port-Royal, traitement de la stérilité masculine, lettre du directeur général de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, non datée.

24 AAPHP 9L72 Services hospitaliers, service du docteur Louis Portes, Maternité Port-Royal, traitement de la stérilité masculine, lettre du directeur général à la directrice du groupe hospitalier Maternité-Cochin, le 22 mai 1947.

25 AAPHP 9L72 Services hospitaliers, service du docteur Louis Portes, Maternité Port-Royal, traitement de la stérilité masculine, rapport au directeur général, 9 avril 1947.

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 urologistes²⁶. » À 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 conduite²⁷ ». Quelques années plus tard, Bayle explique d'ailleurs avoir travaillé avec Gouygou dans « la même indigence matérielle (...) On ne pouvait trouver de plus petite équipe²⁸ ».

La mise à l'agenda de la stérilité masculine témoigne cependant de volontés de transformer la spécialité de l'intérieur. 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 (1892 - 1973), 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 qu'²⁹« inhumain²⁹ ».

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 masculines³⁰ »,

26 Bayle/Gouygou 1953, 2.

27 Cahen 2013, 220.

28 AFU 1958, lv.

29 AFU 1953, 437.

30 AFU 1953, 430.

la plupart des urologues qui réagissent au rapport présente leurs résultats opératoires sur des cas qu'ils ont déjà l'habitude de prendre en charge, tels que les varicocèles ou encore les orchites.

Le rapport de Bayle et Gouygou amorce pourtant une redéfinition de la stérilité masculine en 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, ensemencement 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 du gynécologue³¹. 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 Amérique³² ».

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 avant de faire bientôt consensus parmi les médecins³³. En 1951, le gynécologue allemand Harald Siebke (1899-1965), alors directeur de l'Hôpital universitaire pour femmes de Bonn, publie à ce sujet un article qui fait 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 celle-ci. Pour ce faire, il propose d'impliquer aux côtés du gynécologue un « andrologue » ou « médecin pour hommes » [*Männerarzt*], en équivalence du

31 Bayle/Gouygou 1953, 13.

32 Dalsace 1932, 167.

33 Marsh/Ronner 1996.

« médecin pour femmes » [*Frauenarzt*]³⁴. 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 masculine³⁵. Si l'appel rencontre un certain écho, c'est aussi que les premières utilisations du terme « andrologie » sont méconnues : Siebke est alors considéré comme l'inventeur du terme, redéfini autour de la stérilité masculine³⁶. Le médecin 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-allemande³⁷.

Le terme est en tout cas repris par quelques spécialistes français. Dans sa préface de la troisième édition du livre de Mariot-Max Palazzoli *Les déficiences génitales chez l'homme*, parue en 1951, l'urologue Bernard Fey (1890 - 1968) décrit l'andrologie comme un sous-champ de l'urologie qu'il compare à la gynécologie :

Il y a trente 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

34 Wöllmann 2004.

35 Almeling 2020.

36 Voir par exemple Eliasson 1978a ; Schirren 1985.

37 Wöllmann 2004.

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, 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 urinaires³⁸.

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 maladies. 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 » dont il remercie le gynécologue Raoul Palmer d'avoir été le « trait d'union³⁹ ». Dans un discours d'introduction du Congrès de l'AFU en 1958, il s'inclut dans ce « nous andrologues » et présente l'étude de « la fécondité encore peu défrichée chez l'homme » comme le « vaste terrain de l'andrologie⁴⁰ ».

Le terme, s'il demeure très peu employé, désigne néanmoins l'émergence d'une offre de soin naissante : c'est ainsi que l'emploi Bernard Fey pour désigner la consultation de stérilité masculine qu'il dispense à l'Hôpital Cochin⁴¹. Au début des années 1950, la médecine de la stérilité se déploie, bien qu'inégalement sur le territoire français⁴². La plupart des centres spécialisés sont situés à Paris et parmi ceux-ci, seule une minorité dispose de consultations hebdomadaires dédiées aux hommes stériles.

38 Fey 1951, 1-2.

39 AFU 1953, 462.

40 AFU 1958, xlv.

41 *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris*, 1957.

42 Cahen 2013.

En plus de Cochin où exerce Bernard Fey, c'est le cas du service de gynécologie du professeur Paul Funck-Bretano (1898-1962) à l'Hôpital Broca et du service de l'urologue Pierre Aboulker (1906-1976) à l'Hôpital Saint-Louis⁴³. Leur activité demeure néanmoins marginale et l'offre de soin restreinte, notamment en comparaison des consultations à l'attention des femmes.

Des médecins responsables 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 contrecœur*, obligés par leur partenaire et, somme toute, assez souvent, un peu "vexés" par leur insuffisance ». Le plus souvent, ils sont adressés « par la consultation des femmes, soit parce que l'examen de [leur] partenaire s'avère négatif, soit parce qu'avant de procéder chez elle à certaines explorations, il est logique de s'assurer auparavant de la validité fécondante de son mari ». Les deux médecins en concluent qu'il demeure « exceptionnel (...) qu'un homme s'enquière spontanément de son pouvoir fécondant⁴⁴ ». 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 artificielle. 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 » 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 rôle⁴⁵ ».

43 *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris*, 1957.

44 Marcel/Bagros/Despax 1956, 349.

45 Bayle/Gouygou 1953, 16.

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 sollicité par ses collègues gynécologues que l'urologue Richard Weyeneth commence à publier sur la stérilité masculine au tournant des années 1950. Originaire de Soleure, il se spécialise en urologie au St Hedwigskrankenhaus de Berlin avant de devenir privat-docent puis, chef du service d'urologie à l'Université de Genève en 1956⁴⁶. 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 » dont les causes de la stérilité ne peuvent être étudiées que par la « collaboration étroite entre l'urologue et le gynécologue⁴⁷ ». Il échange régulièrement avec le gynécologue et spécialiste de la stérilité Hubert de Watteville (1907-1984) et considère que la stérilité masculine constitue 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 reproduction⁴⁸ ».

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-guerre⁴⁹ ». 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.

46 Naville/Mayer 1994.

47 Weyeneth 1950, 397.

48 Weyeneth 1956, 21.

49 Cahen/van Wijland 2016.

Le développement de l'insémination artificielle

Une méthode de traitement connaît pourtant un essor 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 est incontournable. 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 20^e siècle. 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 à l'élevage industriel⁵⁰. 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 économique⁵¹. 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 vivant. Parmi les nouvelles pratiques agronomes se trouve l'insémination artificielle qui consiste à introduire du sperme dans l'utérus sans qu'il 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 »⁵².

Redécouverte à la fin du conflit, la pratique est rapidement adoptée par les éleveurs français dont le cheptel avait été

50 Wilmot 2007 ; Clarke 1998.

51 Gaudillière 2007.

52 Betta 2017.

disséminé pendant la guerre. En France, la notion d'un contrôle génétique national du bétail va de pair avec l'organisation professionnelle des métiers agricoles⁵³. 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 (1919 - 2003). La biologie de la reproduction y occupe une place importante, comme l'évoque 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 artificielle⁵⁴. »

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. La station consacrée à la physiologie de la reproduction, confiée à l'ingénieur agronome Robert Ortavant (1924 - 2011), déploie un programme de recherche sur la reproduction masculine pour répondre à l'absence de connaissances sur la spermatogénèse :

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 du 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 spermatogénèse, mettant en œuvre les techniques cytologiques et physiologiques (l'action des hormones) dont on pouvait disposer à l'époque⁵⁵.

53 Vissac 2002 cité dans Gaudillière 2007.

54 Archorales-INRA Cassettes DAT n°87, entretien avec Charles Thibault, Jouy-en-Josas, le 11 avril 1996, 49.

55 Archorales-INRA Cassettes DAT n°87, entretien avec Charles Thibault, Jouy-en-Josas, le 11 avril 1996, p. 53.

En Suisse, l'insémination artificielle rencontre au contraire de plus grandes résistances, notamment en raison de la dépendance économique d'une partie de la population alpestre envers la vente de taureaux reproducteurs⁵⁶. 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. C'est 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, suivi par un centre ouvert à Brugg, en Argovie, deux ans plus tard. 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 agronomes. 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 ans.

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 milieux⁵⁷. Ces derniers se rencontrent lors de congrès, qui rassemblent des 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 biologistes⁵⁸.

Chez l'être humain, 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

56 Gueissaz 1953.

57 Gaudillière 2007.

58 Cahen 2013 ; Clarke 2007.

politiques qui se cristallisent autour de la question de l'insémination artificielle pratiquée avec le sperme de donneur (IAD).

Pour comprendre la nature des enjeux posés par l'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 mondiale. La question entre 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 1943. 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 humain⁵⁹.

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'IAD. 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 pénal. 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, M^{me} « 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 mari. En mars 1949, la Chambre des lords s'empare de cette question et organise un débat au sujet du statut des enfants nés par insémination artificielle dans les cas de nullité du mariage⁶⁰.

59 Andrew 2016.

60 Andrew 2016.

En France comme en Suisse « l'affaire L » est commentée dans les journaux et dans la presse médicale. 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 sperme⁶¹. Mais le débat britannique trouve aussi des échos du côté de la scène politique française. En mai 1949, le sénateur de la Seine Jacques Debû-Bridel (1902-1993), élu du Rassemblement du peuple français, 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 ». Voici son questionnement :

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 approfondi⁶².

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 ». 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 ».

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-Unis⁶³. » Aux États-Unis en effet, l'IAD est proposée dès le lendemain de la

61 Betta 2017.

62 AN 19760173/27 Dossier « Insémination artificielle », question écrite n°22 posée le 17 mai 1949.

63 AN 19760173/27 Dossier « Insémination artificielle », note à l'attention du directeur général, 24 juin 1949.

guerre aux couples dont l'homme a été blessé au combat dans le cadre d'une politique plus large de protection du mariage et de réhabilitation des anciens combattants⁶⁴. 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 réalisées par les Américains, tel le transport par avion aux USA de semence de combattants du Pacifique en vue de féconder leurs épouses⁶⁵ ».

Réalisée avec le sperme du mari ou avec celui d'un donneur, l'insémination est légale en France, mais elle pose 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 paternité. 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 » 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. » 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 procréation⁶⁶.

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 utiles⁶⁷. » Laissée à l'appréciation des médecins, la question de la légitimité de l'IAD fait pourtant l'objet de débats au sein de

64 Gurtler 2013.

65 AN 19760173/27 Dossier « Insémination artificielle », note à l'attention du directeur général, 24 juin 1949.

66 Andrew 2016.

67 AN 19760173/27 Dossier « Insémination artificielle », note de E.R. non datée.

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, indemne de toute maladie transmissible et ressembler en tout point au mari⁶⁸. 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 :

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 manifesterait 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 conserver⁶⁹.

Malgré des prises de position difficilement conciliables, un certain consensus émerge au sein de la communauté médicale lors du 17^e 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 acceptée, l'Église catholique concédant par ailleurs qu'elle puisse être pratiquée au sein du couple pour « faciliter l'acte naturel⁷⁰ ».

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, un homme demande le divorce de son épouse, qu'il accuse d'adultère, car elle aurait eu recours à une IAD sans son consentement. 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

68 Palmer 1946.

69 Guillon 1956, 254.

70 Cité dans Betta 2017, 190.

ambassades pour connaître les réponses en la matière 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 que le droit privé a eu à connaître en ce domaine ». 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 mariage⁷¹ ».

La proposition de réglementer l'usage de l'insémination artificielle est alors discutée depuis quelque 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 prématurées⁷². »

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 Broca. Étant donné que les donneurs, recrutés par relations ou petites annonces, sont rémunérés, il est vraisemblable que seuls les couples relativement aisés ont accès à l'IAD⁷³. 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 français. Mais c'est surtout dans les cabinets privés de médecins que se pratique l'IAD en toute confidentialité. À la demande d'un confrère devant s'absenter de manière inattendue, le gynécologue Jean Cohen

71 AN 19760179/27 Dossier « Insémination artificielle », lettre de Max Querrien, le 7 septembre 1959.

72 AN 19760179/27 Dossier « Insémination artificielle », rapport de Robert Merger, janvier 1959.

73 Cahen/van Wijland 2016 ; Cahen 2013.

se souvient 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 dans 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 bute 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. (...) À 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 mari⁷⁴.

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 : « Alerte à l'insémination artificielle : la science a-t-elle le droit de créer des enfants sans amour⁷⁵ ? ». 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, du métissage interracial et de mise en lumière de défaillances masculines⁷⁶. Accompagnant l'article, quelques vers formulent sous forme de plaisanterie ces inquiétudes viriles et raciales :

74 Cohen 1981, 140-141.

75 *Curieux*, 1951, 10.

76 Andrew 2016.

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 nègre⁷⁷.

Tout comme en France, l'insémination artificielle est légale en Suisse où elle ne fait l'objet d'aucune réglementation. L'enquête du *Curieux* la présente cependant comme une pratique étrangère, américaine, britannique, mais aussi de plus en plus française, à laquelle est opposée la « sagesse suisse » :

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'« IAD » 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

77 Blag 1951, 10.

intervenir qu'avec la seule participation du mari. Peut-être est-ce là la véritable attitude à adopter⁷⁸.

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 lui-même n'est pas jugé « contraire aux bonnes mœurs » et ce notamment en raison du fait qu'il « met du reste le lecteur en garde contre les conséquences de l'insémination artificielle ». 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 » :

Sans prendre position sur le sujet traité, ces personnes [qui se sont plaintes] 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 milieux⁷⁹.

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*

78 *Curieux*, 1951, 10.

79 ACV S 128/167 Censure cinématographique et littérature immorale (1910-1959), « Publicité du journal *Curieux* », lettre du chef de Département au rédacteur en chef du journal *Curieux*, 16 novembre 1951.

coeundi [impuissance sexuelle] avec sperme normal, la méthode peut rendre de réels services ». Quant à l'AD, il convient que « cette méthode ne soit pas approuvée par la majorité des gynécologues européens et ce procédé est lourd de conséquences psychologiques et légales ne devrait être utilisé de nos jours qu'avec la plus grande réserve⁸⁰ ».

Tout comme en France, il est probable néanmoins que certains médecins aient pratiqué en toute discrétion des inséminations artificielles à la demande de 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 (1871 - 1957), directeur de la maternité :

Il y a deux ans aujourd'hui que j'ai été opérée 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 témoigné 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 remise 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 vingt 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 (*sic*). 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 artificielle⁸¹ ?

80 Watteville 1958, 1154.

81 Archives des Hôpitaux universitaires de Genève (AHUG), Classeur non inventorié, « Correspondance. Lettres reçues janvier 1941 », lettre au docteur Koenig.

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 souffrance.

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 sur recommandation médicale, à un moment où de nombreux médecins ignorent le procédé ou le jugent immoral⁸². 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 a un certain temps. Cela ne signifie nullement que nous y soyons favorables⁸³. » 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 (1908-1989) souligne que « le public en parle et en reparle à telle enseigne que le corps médical se doit, à son tour, d'en examiner tout d'abord la légitimité de principe, puis les indications⁸⁴ ». Là où l'insémination artificielle était jusqu'alors pratiquée dans le secret du cabinet médical, 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 monde⁸⁵ ».

Au même moment où éclatent de nouvelles affaires en Grande-Bretagne, les médecins suisses cherchent à rétablir la juridiction médicale autour du problème et à discuter de la

82 Andrew 2016.

83 Mick 1953, 6.

84 Thélin 1958, 1162.

85 Thélin 1948, 167.

légitimité et des indications de cette pratique. En 1958, la revue médicale *Praxis* dédie un numéro 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'opposent au don de sperme. Le professeur de théologie de l'Université de Genève Franz Jehan Leenhardt (1902-1990) considère quant à lui que l'IAD risque de provoquer des difficultés psychologiques pour l'homme « relégué au rôle de figurant » : « 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 homme⁸⁶. » En même temps qu'ils s'inquiètent des conséquences psychologiques pour l'enfant à naître, de nombreux médecins craignent que l'IAD ne mette à mal une identité masculine déjà ternie par la révélation de la stérilité⁸⁷.

La crainte tient aussi à ce que la pratique ne soit pas aux seules mains des médecins, mais laissée à l'appréciation de l'État. 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 qu'il *peut être tenté de favoriser d'une manière excessive l'IAD* ». 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 USA 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'État qui en est réduit à ces moyens de lutte contre une paucinalité inquiétante est bien près de s'engager sur des voies dangereuses : en effet, pourquoi ne pas profiter

86 Leenhardt 1958, 1172.

87 Betta 2017.

des circonstances pour améliorer la race en substituant plus ou moins discrètement ou officiellement, au sperme conjugal, celui d'un étalon de belle venue⁸⁸ ?

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 psychologiques⁸⁹ ». La crainte d'un contrôle de la population par l'État se pose d'autant plus que sont « découverts » les effets du glycérol, qui permettent une congélation « lente » des spermatozoïdes. Aux États-Unis, la cryoconservation de sperme humain aboutit là l'ouverture de banques commerciales de sperme dès le milieu des années 1960. 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 établies les premières réglementations encadrant les techniques de procréation médicalement assistée (PMA).

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 pour 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 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

88 Thélin 1958, 169.

89 Betta 2021, 79.

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 en 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 encore 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 la circulation de nouvelles méthodes médicales de contraception dans les années 1960.

Chapitre 2

« Tout pour la femme, y compris l'homme » : le couple devant la médecine

Une offre médicale orientée vers les femmes

Le planning familial, entre contraception et stérilité

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 humaine⁹⁰. Mise sur le marché américain en 1957, la première pilule contraceptive Enovid est tout d'abord autorisée pour le traitement des « troubles gynécologiques » avant d'être diffusée comme une méthode de contraception à l'intention des femmes. 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 de contrôle de la fécondité jugée « démesurée » des femmes noires américaines et de celles du « tiers-monde ».

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

90 Clarke 1998.

création de l'association Maternité heureuse en mars 1956, devenue le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) à partir de 1961. 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 (1916-1994) dépose avec la sociologue Évelyne Sullerot (1924-2017) les statuts de l'association avec pour objectif de ramener en France l'expérience des mouvements anglo-saxons. En mettant initialement l'accent sur la maternité choisie, l'association se défend de toute forme de malthusianisme dans un contexte politique français traditionnellement nataliste et marqué par la forte opposition des mouvements catholiques à la contraception tout au long des années 1950⁹¹. 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 Antilles⁹².

En métropole, la promotion de la contraception est une démarche militante. En 1961, la branche grenobloise du MFPF ouvre une clinique de planification familiale avec l'objectif d'informer les couples et de distribuer des dispositifs contraceptifs. La loi interdit certes la promotion de la contraception, mais laisse le droit aux praticiens de délivrer des informations à leurs patient-e-s dans la confidentialité de leur cabinet⁹³. 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 ses instances dirigeantes qui deviennent de plus en plus paritaires⁹⁴. En janvier 1962 un Collège médical pour l'étude du contrôle de la fertilité et la lutte contre

91 Pavard 2012b.

92 Zancarini-Fournel 2020 ; Paris 2020 ; Vergès 2017.

93 Chauveau 2003.

94 Pavard 2012b.

l'avortement est créé pour constituer un fonds de connaissances sur la contraception et faire promotion de la cause au sein de la profession médicale, en réaction notamment aux menaces de sanction proférées par le Conseil de l'Ordre des médecins⁹⁵.

Pour les médecins de MFPPF, 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 MFPPF. Les médecins qui défendent la contraception médicale revendiquent aussi l'exercice d'une médecine « humaniste » qui se déploie autour de trois volets de la reproduction féminine : maîtrise de la fécondité, méthode de l'accouchement sans douleur et traitement hormonal de la stérilité « involontaire⁹⁶ ».

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 : le couple sain, hétérosexuel, qui procrée lorsque les conditions lui sont favorables. Fondées pour répondre aux inquiétudes au sujet du nombre de divorces, les consultations médico-sociales de mariage qui s'établissent en Suisse romande sont, au début des années 1960, rattachées à des Églises⁹⁷. 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 la condamnation de l'Église en matière de contrôle des naissances, sans nécessairement avoir de réel impact sur les pratiques contraceptives des couples⁹⁸.

Si la vente et la promotion de la contraception sont interdites en France (et ce jusqu'à la loi Neuwirth de 1967), la pilule

95 Pavard 2012b ; Garcia 2011 ; Liotard-Schneider 2010.

96 Garcia 2011.

97 Garibian 2017.

98 Rusterholz 2015b.

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 promotion⁹⁹. 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 (1906-1981). Tout comme ses confrères français, Geisendorf est un fervent adepte de l'accouchement sans douleur et considère que la contraception est la solution au problème des avortements clandestins¹⁰⁰. 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 conjugale. Espace d'information dédié aux couples, le CIFERN ne délivre pas de contraception ; pour obtenir une prescription médicale, les couples doivent se rendre au Centre de planning familial nouvellement créé¹⁰¹.

Le 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 Ford, il dispense des contraceptifs et accueille également les couples stériles. Le directeur du centre, le gynécologue Jacques Meylan (1929 - ?), est d'ailleurs spécialiste de la stérilité qu'il a étudiée à Paris auprès de Palmer et à New York au Margaret Sanger Research Bureau. Il s'agit de l'une des seules structures à offrir un traitement spécialisé en matière de stérilité en Suisse et pour cette raison, le centre connaît un certain succès avec près de 500 couples venus consulter lors de ses deux premières années d'existence¹⁰². La plupart consultent sur le conseil de leur gynécologue après l'échec d'une première série de traitements. Sans surprise, il

99 Rusterholz 2015b.

100 Vuille 2015 ; Burgnard 2015.

101 Burgnard 2015 ; Rusterholz 2015b.

102 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.

s'agit en majorité de couples relativement aisés (les hommes sont ingénieurs, journalistes, professeurs), même si certains couples d'extraction plus modeste (maçons, mécaniciens, chauffeurs-livreurs...) consultent également. Certains traitements contre la stérilité sont en effet remboursés par les caisses maladie, mais ce n'est pas le cas de tous, à l'instar de l'insémination artificielle.

Plusieurs couples traversent des frontières cantonales, voire nationales, pour se rendre au Centre genevois de planning familial (CESAI), à l'instar de ce couple italien qui écrit à Meylan dans les années 1970 pour prévoir leur voyage :

Le Consulat général suisse [d'une ville d'Italie du Nord] m'a signalé que chez Vôte 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 nôtre médecin de famille, je désire venir chez Vous avec mon mari. Afin de programmer nôtre visite, je desirer connaître : - s'il est nécessaire une inscription faite d'avance ; - combien de jours – à peu près – sont nécessaires pur les examens.

Je vous remercie de Vôte réponse et Vous salue (*sic*)¹⁰³.

À la fois rattaché à la Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique et à la Policlinique universitaire de gynécologie, le CSAI demeure ancré dans les pratiques des gynécologues : il fournit d'ailleurs la moitié des consultations de la policlinique. Lieu d'accueil des couples, 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 varicocèle¹⁰⁴ ». Lorsque le financement arrive à échéance en 1968, Meylan demande sa pérennisation

103 AEG ME 12 Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1974 n°1, 3^e dossier, lettre de la patiente à Meylan.

104 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, 7.

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 familiale¹⁰⁵ ». 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 Bâle. 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 gynécologie.

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 participent donc à redéfinir la gynécologie comme une spécialité portant sur la fécondité et la gestion de la fertilité. La mise sur le marché de la pilule anticonceptionnelle et du stérilet participe à la féminisation de la contraception. Avec des divergences régionales et confessionnelles les méthodes dites médicales remplacent graduellement le coït interrompu ou les méthodes qui reposent sur la surveillance des cycles menstruels et l'abstinence (méthode Ogino, méthode des températures)¹⁰⁶.

D'après la militante du MFPP Catherine Valabrègue (1917-1999), 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 virilité¹⁰⁷. » En France en effet, le retrait

105 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, 1.

106 Thomé/Rouzaud-Cornabas 2017 ; Rusterholz 2017 ; Burgnard 2015.

107 Valabrègue 1968, 54.

est considéré comme une responsabilité masculine envers sa partenaire¹⁰⁸. Mais s'il 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 sexuel¹⁰⁹. De fait, parmi les méthodes de contraception dites « masculines » en vigueur (préservatif, retrait, vasectomie), seule la vasectomie implique un suivi médical.

En France, la stérilisation (notamment masculine) est considérée par le Conseil de l'Ordre des médecins comme une mutilation qui met en cause la responsabilité des chirurgiens. Par conséquent, la vasectomie n'y est pratiquée qu'exceptionnellement¹¹⁰. En Suisse romande, la prévalence de la vasectomie témoigne au contraire d'une certaine ouverture des médecins et gynécologues. Guère pratiquée dans les cantons catholiques, elle l'est davantage dans les régions protestantes à l'instar du canton de Vaud où son usage eugénique fait que les médecins et les hôpitaux sont vraisemblablement plus habitués à pratiquer l'opération¹¹¹. L'usage de la vasectomie implique une plus grande égalité dans le « travail contraceptif » du couple. L'opération est généralement recommandée par des gynécologues ou des médecins de famille, comme l'expliquent deux femmes interrogées par l'historienne Caroline 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. »

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 bien¹¹². »

108 Thomé 2017.

109 Thomé/Rouzaud-Cornabas 2017.

110 Ventola 2017.

111 Rusterholz 2017.

112 Rusterholz 2017, 211 ; 409.

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 décide de se faire opérer. Les femmes demeurent, quant à elles, les principales interlocutrices des médecins et gynécologues en matière de contraception¹¹³.

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 Netter (1910-2012)¹¹⁴. La médicalisation de la contraception permet l'émergence d'une « norme gynécologique » qui enjoint les femmes à consulter régulièrement pour le suivi gynécologique, la contraception et le dépistage. En Suisse également, 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 patiente. L'objectif est à la fois de protéger la décence publique en médicalisant l'information, mais aussi et surtout d'étendre leur juridiction à une nouvelle patientèle¹¹⁵.

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'informations au sujet de la sexualité et de la reproduction. Ils et elles deviennent ainsi des interlocuteur-trice-s de référence pour les femmes qui se questionnent vis-à-vis de leur vie sexuelle ou reproductive. 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 relationnelles¹¹⁶. Dans les deux pays, les

113 Rusterholz 2017, 211 ; 409.

114 Koechlin 2021.

115 Rusterholz 2017.

116 Koechlin 2021.

médecins engagé-e-s dans le planning familial se distinguent ainsi par la place accordée à la psychologie et notamment aux aspects « psychosomatiques » de leur pratique. 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 féminin. 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 assortis. Entretenant des liens étroits avec la psychanalyse, des médecins engagés pour la cause contraceptive tels que Jean Dalsace, Hélène Michel-Wolfromm et Suzanne Képès (1918-2005) se définissent d'ailleurs d'abord comme sexologues¹¹⁷.

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 double dès 1970 d'une dimension sexologique avec l'engagement du psychiatre Willy Pasini (1938 -) comme chargé de recherche¹¹⁸. 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 l'accomplissement d'actes techniques est davantage valorisé que l'écoute du patient.

117 Garcia 2011.

118 Burgnard 2015 ; Rieder 2007.

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 les 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. Pourtant, si le planning familial renvoie un idéal de communication égalitaire entre les partenaires, la plupart de ses membres déplore en même temps le désinvestissement des hommes vis-à-vis du travail contraceptif¹¹⁹.

Les lettres envoyées au planning familial révèlent d'ailleurs les différences d'aspiration 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 sexuelle. 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'adultère¹²⁰ ». 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 » ou une autre qui déplore : « La privation complète a amené un tel déséquilibre chez mon mari qu'il faut sérieusement inventer quelque chose¹²¹. »

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 à la frustration sexuelle et à l'impuissance chez l'homme. Dans son livre *La grand'peur d'aimer (sic)* 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 :

119 Burgnard 2015 ; More 2004.

120 More 2004, 87.

121 Rendu/Rendu 1967 cité par Liotard-Schneider 2010, 426.

- 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 enfant¹²².

Dans un souci de promouvoir la respectabilité de la contraception, ses promoteurs et promotrices redéfinissent la sexualité selon une orientation conjugale. Le désir et le plaisir sexuels sont ainsi d'abord évoqués au nom de l'harmonie conjugale, plutôt que de l'épanouissement des individus¹²³. 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. En Suisse comme en France, médecins et journalistes favorables à la contraception la décrivent plutôt comme une manière d'assurer le bien-être de l'enfant à naître (car « désiré ») et la paix des ménages, cantonnant ainsi les femmes à l'espace familial¹²⁴. La contraception médicale alimente la construction d'une identité féminine fondée sur la maternité plutôt qu'elle ne la déstabilise¹²⁵.

Il faut dire que 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 nucléaire. 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,

122 Lagroua Weill-Hallé 1961, 91.

123 Thomé 2017.

124 Rusterholz/Praz 2016 ; Garcia 2011 ; Pavard 2009.

125 Bajos/Ferrand 2004.

qu'elles travaillent de manière rémunérée ou au foyer¹²⁶. Ce « malaise conjugal » que la féministe américaine Betty Friedan (1921-2006) 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 1960¹²⁷. Mais il s'exprime aussi au sein du cabinet médical. En 1965, la doctoresse Hélène Michel-Wolfromm présente ainsi un cours de « psychopathologie sexuelle » à l'Hôpital Broca, avec l'objectif de former les « jeunes gynécologues [qui] ne savent quoi dire aux femmes qui s'entendent mal avec leur mari¹²⁸ » car il n'est pas rare que ces derniers soient confrontés à « un problème de sexologie masculine¹²⁹ ». 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 MFPPF 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'épuisent¹³⁰.

Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé évoque ainsi le cas d'une patiente de 32 ans qui, après avoir commencé à prendre la pilule, retourne la voir pour se plaindre de l'absence de désir de son mari :

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 ? (...)

126 Rebreyend 2008.

127 Burgnard 2015 ; Rebreyend 2011.

128 *La Revue de médecine*, 1965, 587.

129 *La Revue de médecine*, 1965, 621.

130 Valabrègue 1968, 58.

Le docteur : Votre mari viendrait-il me voir ?

M^{me} 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 réussir¹³¹.

Il n'est pas rare que les femmes demandent conseil ou consultent à l'insu de leur mari afin de ménager leurs sentiments ou d'éviter une dispute pouvant se révéler parfois violente. Lagroua Weill-Hallé rapporte ces échanges avec une autre patiente :

M^{me} 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 ?

M^{me} A. : Docteur, c'est inutile de le lui demander, cela ferait une dispute de plus.

Le docteur : Vous vous disputez ?

M^{me} 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 voilà¹³².

Le désintérêt de certains hommes à procurer du plaisir à leur partenaire est de plus en plus vécu comme une rupture du langage amoureux¹³³. C'est ainsi qu'une femme interrogée dans une grande enquête sur la sexualité des Français-e-s 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 28 ans comme mon mari. Alors il m'a dit : « Vous êtes jeunes, vous êtes nouveaux mariés, c'est pas normal,

131 Lagroua Weill-Hallé 1966, 163.

132 Lagroua Weill-Hallé 1966, 68.

133 Rebreyend 2008.

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 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 normal¹³⁴.

L'expression de cette frustration révèle la rupture du contrat tacite qui attribue 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 objet de nouvelles revendications. La décennie marque une accélération des transformations sociales et politiques, parmi lesquelles la disparition progressive du modèle de la mère au foyer, rendue possible par l'investissement des femmes dans le salariat ainsi que par le développement des outils électroménagers permettant de réduire le travail domestique. 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 développent les réflexions de la Nouvelle Gauche. À cela s'ajoute la revendication d'une subjectivité féminine qui se déploie dans les espaces féminins par le biais d'un dépassement de l'autodévalorisation et de la culpabilité¹³⁵.

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 pouvoir¹³⁶. En plus du travail domestique « gratuit » s'exprime la frustration de l'inégale charge de « faire » l'intimité émotionnelle afin

134 Droit/Gallien 1971, 222-223.

135 Chaperon 1995.

136 Cardon 2003.

de maintenir le sentiment amoureux. Plutôt que de sauver leur ménage à tout prix, certaines refusent de rester en couple avec un partenaire inattentif qui ne veut pas 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 fou¹³⁷.

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 psychanalytique et individualiste¹³⁸. 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 1970. 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 conjugales¹³⁹. C'est le cas d'une auditrice dont Ménie Grégoire lit la lettre à l'antenne en 1970 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. À 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

137 Lagroua Weill-Hallé 1961, 104.

138 Castel/Le Cerf 1980.

139 Cardon 2003.

corps et de cœur, lui ne me désire pas. Il faut que je sois forte pour deux, mais comment¹⁴⁰ ?

L'épanouissement sexuel n'est ici pas revendiqué pour elle-même, mais fait partie d'un travail de gestion de la relation conjugale dans lequel la patience est conjuguée aux notions de sacrifice et de devoir¹⁴¹. En définissant l'absence de désir de son mari comme une « impuissance » dont il porte seul la responsabilité, Ménie Grégoire invite au contraire 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 perdue et vous en souffrirez¹⁴².

Tout en ayant pour fonction ici de déculpabiliser l'auditrice, l'injonction au soin révèle aussi la nouvelle place qu'occupe le discours sexologique dans la société des années 1970 et du lien qu'il entretient avec les valeurs d'émancipation et d'épanouissement¹⁴³. 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 :

140 Archives départementales de l'Indre-et-Loire (ADIL) 66J563 « Impuissance ».

141 Cardon 2003 ; Sohn 2000.

142 ADIL 66J563 « Impuissance ».

143 Cardon 2003.

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 trois 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 traumatisé. 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 taraude. 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.

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 ouvert¹⁴⁴.

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. 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

144 ADIL 66J528 « Stérilité masculine ».

en appelant les hommes à assumer et exprimer leur vulnérabilité que Ménie Grégoire répond :

Ce qui m'a frappée dans cet énorme courrier que vous m'avez envoyé, chers auditeurs et que j'ai lu attentivement, ce qui m'a frappée 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 ? 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 crains 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 avancer¹⁴⁵.

Cette dénonciation du tabou de la vulnérabilité masculine accompagne aussi la reconfiguration des rapports sociaux de genre en 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 genre¹⁴⁶. »

145 ADIL 66J528 « Stérilité masculine ».

146 Zancarini-Fournel 2002, 139.

Des hommes dans des espaces féminins

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 lendemain¹⁴⁷.

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 « aparté » 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 soutien¹⁴⁸.

147 *La Revue de médecine*, 1965, 622.

148 *La Revue de médecine*, 1965, 622.

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 s'impliquer et à assister aux accouchements. 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 médicales¹⁴⁹ ». La demande émane d'ailleurs parfois des hommes eux-mêmes en réponse à un sentiment de perte de contrôle ou d'exclusion, dont témoigne 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 partenaire¹⁵⁰. »

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 de ces derniers :

J'ai mis plusieurs années à le comprendre, puis à l'admettre. (...) Je voulais qu'ils [les couples] 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 affective¹⁵¹.

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

149 Vuille 2015, 52.

150 Valabrègue 1968, 55.

151 Cohen 1981, 129.

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 ambigu¹⁵² ? »

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. D'après Catherine Valabrègue, il n'est pas rare que certains accoucheurs résistent à la présence des maris lors de l'accouchement : « Certains ne l'avouent pas, mais ils 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 indispensable¹⁵³. » Il faut dire que pour les médecins eux-mêmes, le rôle ambivalent de l'homme, entre absence et contrôle, est aussi une source d'inconfort, comme en témoigne Jean Cohen :

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 jamais¹⁵⁴.

L'attitude attendue de l'homme n'est pourtant pas sans ambivalence 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 patiente-s 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

152 Cohen 1981, 130.

153 Valabrègue 1968, 138.

154 Cohen 1981, 129.

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'abandonne¹⁵⁵ ». Ce dernier n'est cependant pas réfractaire aux soins : il se plie à trois spermogrammes qui seront utilisés pour procéder à une insémination artificielle. 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'exemple de l'une d'elles qui explique suspendre les investigations pour « sauvegarder son ménage » à la suite de troubles conjugaux survenus après un examen de sperme « médiocre » et des tentatives d'insémination artificielle qui ont suivi¹⁵⁶.

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 solution¹⁵⁷. 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. » 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 consulter¹⁵⁸. »

À l'inverse, le qualificatif « oppositionnel » fait plutôt référence aux hommes dont le comportement ne permet pas le bon

155 AEG ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1971, 5^e dossier.

156 AEG ME12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1971, 7^e dossier.

157 Andrew 2016.

158 AEG ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1975 n° 2, premier dossier, lettre du patient.

déroulement des soins. C'est le cas par exemple 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 ». 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. » Après plusieurs séances de suivi où il reçoit des conseils « techniques » de la part du sexologue, son épouse tombe finalement enceinte¹⁵⁹. D'autres refusent néanmoins plus ouvertement le suivi médical, ce qui semble susciter une certaine irritation des médecins ce dont témoignent leurs annotations : « Le mari de la patiente refuse de subir un examen de sperme, malgré les explications réitérées !! Selon le couple, il s'intéresse peu de savoir si sa femme est stérile ou non¹⁶⁰. » Il n'est pas rare que soit déploré 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. Adressé au Centre par le gynécologue de sa femme, ce dernier 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. » 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 ». Après plusieurs tentatives de rendez-vous manqués, c'est donc sur son seul témoignage qu'est construit le profil médical du patient. Le sexologue note qu'il possède « de gros complexes d'infériorité vis-à-vis de sa femme [et qu'il] ne se considère pas comme un homme "normal" » ce qui se traduit par une personnalité « phobique, avec des attitudes à éviter tous conflits ». 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 mari¹⁶¹ ».

159 AEG ME 12 Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1971, 2^e dossier.

160 AEG ME 12 Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1972, 10^e dossier.

161 AEG ME 12 Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1967 n°1, 9^e dossier.

Mais il arrive que les hommes soient complètement absents des dossiers, soit parce qu'ils diffèrent des rendez-vous à plusieurs reprises, soit parce qu'ils décident d'abandonner les investigations et les traitements. 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 indiqué¹⁶². » 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 M^{mc} (...) n'a pas réussi à convaincre son mari) examiner M. (...), ni non plus examiner son sperme¹⁶³. »

Le déplacement de la responsabilité du médecin (« je n'ai pu ») à celle de la patiente (« ou du moins M^{mc} (...) 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 rencontre. 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 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 préexistantes¹⁶⁴. 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

162 AEG ME 12 Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1965-1966, 6^e dossier, lettre du gynécologue à Meylan.

163 AEG ME 12 Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1965-1966, 6^e dossier, lettre de Meylan au gynécologue.

164 Berg 1996.

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 ; frigidité primaire ; orgasme rare ; orgasme par masturbation ; frigidité secondaire. »

Cet intérêt pour le plaisir sexuel des couples s'explique principalement par l'attention portée par les médecins à l'harmonie conjugale : si la frigidité n'implique pas la stérilité, elle peut néanmoins amener un couple à raréfier les rapports sexuels. Cette question révèle aussi un intérêt renouvelé pour les effets psychologiques de la stérilité¹⁶⁵. 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 idéales¹⁶⁶.

Au CESAI, 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 partenaires se sont résolus à leur stérilité. L'insémination artificielle est en effet vraisemblablement refusée aux couples chez qui sont soupçonnées des tensions pouvant provoquer, à terme, des complications psychologiques. De fait, les médecins occupent 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

165 Gameiro/Boivin 2017.

166 Claes 2022.

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 succès¹⁶⁷.

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. » Signe de son accord, Meylan note d'ailleurs à son sujet que le patient est « parfaitement résigné et équilibré¹⁶⁸ ».

La division genrée du travail de patient-e

Afin de comprendre la place réservée aux hommes dans les institutions médicales dédiées à la stérilité, je propose de la considérer au prisme de la répartition genrée du travail effectué par les patient-e-s en marge des consultations : prise de rendez-vous, recherche d'information, description des symptômes, transmission d'informations et mise à disposition de son corps pour l'examen¹⁶⁹. 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

167 AEG ME 12 Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1967 n°2, lettre du patient à Meylan.

168 AEG ME 12, Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1967 n° 2, 4^e dossier, feuille de suivi du patient.

169 Thievenaz 2017 ; Unruh/Pratt 2008.

évoquer des problèmes sexuels, mais rencontre visiblement des difficultés à les formuler à voix haute : il peine à trouver ses mots, demande régulièrement confirmation d'informations auprès de sa femme, se perd dans des détails a priori sans importance. Il suscite par conséquent un certain agacement du médecin à l'antenne qui l'interrompt à plusieurs reprises pour recadrer la conversation sur son absence de désir sexuel. Affirmant que l'absence de désir serait apparue suite à une consultation pour soigner ses douleurs de dos, il finit par expliquer :

Auditeur : De ce jour-là ça a été vraiment une catastrophe et depuis ce temps-là, c'est fini.

Docteur : Depuis ce jour-là, la sexualité a complètement capoté ?

Auditeur : Ah oui !

Ménié Grégoire : Vous vous êtes mariés quand même ?

Auditeur : Oui, oui. On lui a fait la réflexion quand même, enfin c'est ma femme qui lui a dit.

Ménié Grégoire : 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 ! »

Ménié Grégoire : Oh ! [*indignée*] Quel âge a-t-il ?

L'épouse : À 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.

Ménié Grégoire : 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 !

Ménié Grégoire : 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.

Auditeur : Moi j'étais pas heureux parce que dans le fond...

Ménie Grégoire : Vous l'avez cru ou pas ?

Auditeur : Ah non du tout !

Ménie Grégoire : Bon.

Auditeur : 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 désir 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. 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 piqûre et l'impuissance étant écartée, la piste d'une origine psychologique ou nerveuse finit par être retenue en raison du comportement jugé hypocondriaque de l'auditeur :

Auditeur : La dernière fois que j'ai vu le médecin, il en revenait pas, j'avais 16.10 [de tension].

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.

Ménie Grégoire : 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 pas dire que ça soit bien.

Ménie Grégoire : Docteur, j'aimerais bien qu'on aide ce monsieur et cette dame, puisque 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 !

Ménie Grégoire : 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 neuf chances sur dix pour que le problème sexuel s'arrange en même temps que le reste.

Ménie Grégoire : En même temps que l'angoisse.

Docteur : Car c'est un grand anxieux et c'est un homme qui maximise ses problèmes.

(...)

Ménie Grégoire : 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 monsieur¹⁷⁰.

Ce long extrait est certes un cas isolé et il est fort probable que les dynamiques de prise de parole sont 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

170 ADIL Fonds Ménie Grégoire 66J2526 « Une impuissance secondaire ».

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-même. La délégation du « travail de patiente » auprès des femmes est aussi révélatrice 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. 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 dès lors 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 masculine¹⁷¹ ». Dans la préface qu'il rédige, Raoul Palmer définit quant à lui ainsi la gynécologie : « Tout pour la femme y compris l'homme¹⁷². »

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 les dossiers médicaux, là où les hommes sont généralement désignés dans

171 Cohen 1972, 1-2.

172 Cohen 1972, v.

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 douze à treize 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 obligée par conscience professionnelle de l'envoyer à quelqu'un, je l'enverrai sous pli fermé avec une enveloppe écrite à la main au seul mari¹⁷³.

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 amour¹⁷⁴. » 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 (1923-2018) :

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 infécondité¹⁷⁵.

Le cadrage des femmes en 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 la date présumée de l'ovulation, consiste à étudier la réaction de la glaire cervicale vis-à-vis des spermatozoïdes

173 *La Revue médicale*, 1965, 629.

174 ADIL 66J528 « Stérilité masculine »

175 Cahen/van Wijland 2016, 52-53.

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 masculin¹⁷⁶ ». 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 populaires. 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 manger¹⁷⁷. 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 menstruations. Ainsi, les relevés de température sont fréquemment joints dans les correspondances échangées avec les médecins du Centre genevois : « M^{me} (...) 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, merci¹⁷⁸. »

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 italien qui écrit à Meylan pour lui indiquer le résultat de l'insémination artificielle effectuée à Genève :

Enfin, – 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

176 Cohen 1972, v.

177 Pfeffer 1993.

178 AEG ME 12 Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1967 n°1, 9^e dossier.

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 répétera 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 (sic)¹⁷⁹.

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 » 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 facile¹⁸⁰ ». 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, dix 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 examens¹⁸¹.

179 AEG ME 12 Centre d'étude de la stérilité et des avortements involontaires, boîte 1974 n° 1, 3^e dossier, lettre du patient.

180 Cohen 1972, vii.

181 *La Revue de médecine*, 1965, 629.

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 soupçonnées d'agir de manière « obsessionnelle » en réduisant leurs partenaires à la passivité¹⁸². 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 utiles. 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 »¹⁸³.

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 patiente-s 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'information avec les médecins. Ce 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 masculines.

182 Claes 2022.

183 Barnes 2014.

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 contrecarrer¹.

Au-delà du manque d'infrastructures et de financement, 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 ».

En effet, alors que le sperme devient central dans le développement de techniques de 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 féminin² ». La focalisation de

1 « La lutte contre la stérilité », *Le Monde*, 1971.

2 Moreau 2009, 6.

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 (1938-2022) : « [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 Paris³. »

Les laboratoires qui procèdent à des spermogrammes ne sont pas nombreux : en dehors de quelques centres spécialisés, la plupart d'entre eux demande encore aux patients de récolter leur sperme à domicile et de le rapporter dans un court délai pour procéder à l'analyse, ce qui altère la qualité de l'examen⁴. 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 possible⁵... » Lorsqu'il commence à travailler à l'Hôpital Kremlin-Bicêtre, 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 créneau⁶ ». 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 fertiles. Il n'existe d'autre part pas de standards internationaux de classification qui s'accordent sur la concentration de spermatozoïdes « sains » nécessaire pour assurer le pouvoir fécondant du sperme⁷.

3 Moreau 2009, 2.

4 Cahen/van Wijland 2016.

5 Adler 1977, 57.

6 Cahen/van Wijland 2016, 44.

7 Kampf 2012.

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 échangeables, c'est-à-dire comparables, pour commencer, les résultats d'examens⁸ ». Le groupe est coordonné par l'endocrinologue suédois Rune Eliasson (1927-2020), 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 trouve le professeur belge Omer Steeno (19 ? -) 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 de Leuven en 1966. Un autre endocrinologue, le Néerlandais Gerhardus Hellinga (1906-1991), fondateur d'un groupe de travail d'andrologie réunissant des urologues, médecins et pathologistes flamands et néerlandais se joint à la rencontre⁹. Mais c'est du côté de la République fédérale d'Allemagne que proviennent la plupart des participants et que se trouve le vivier d'andrologie le plus important : le dermatologue Hans Niermann (1922-1987) vient de Münster et les dermatologues Wolfgang Meyhöfer (1922-2022) et H. G. Bosse (19 ?- ?) de Giessen, où ils ont fondé l'un des premiers services allemands d'andrologie au sein de la Clinique de dermatologie en 1968¹⁰. Deux autres andrologues, Carl Schirren (1922-2017) et J.O. Toyosi (19 ?- ?), 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 [Société allemande pour l'étude de la fertilité et de la stérilité] qui réunit des chercheur-euse-s en médecine vétérinaire et humaine. Le développement de l'andrologie est permis par le

8 Schirren 1972, 178.

9 Kremer 1991.

10 Hundeiker/Illig 1982.

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'international¹¹. L'andrologie se développe notamment à Hambourg où Carl Schirren a fondé un laboratoire spécialisé. Issu d'une famille de dermatologues, il 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 dermatologie¹². Après un séjour de recherche à Cambridge auprès du spécialiste de la biochimie du sperme Thaddeus Mann (1908-1993), 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 stérilité¹³. Peu de temps après, en 1969, il fonde un nouveau journal dédié 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 du développement de l'andrologie. En plus de créer des associations professionnelles dans leurs propres pays, les nouveaux andrologues échangent des informations, visitent leurs laboratoires respectifs et se réunissent lors de congrès et symposiums internationaux. 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 questions 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

11 Wöllmann 2007.

12 Hofer 2012.

13 Almeling 2020.

chercheur-euse-s et médecins issus de différents pays qui n'ont pas toujours l'opportunité d'écrire dans une langue étrangère. 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 possibles par la traduction simultanée des orateur-trice-s 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 ». 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, histochimiques 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 marginale¹⁴.

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'andrologues¹⁵ ». En même temps, il s'oppose à la sécession de l'andrologie.

La plupart des médecins qui se 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

14 Schirren 1969, 167.

15 European Congress on Sterility 1969, 150.

venant de plusieurs disciplines autour du système reproductif masculin : le terme n'est pas tant un marqueur de différence disciplinaire qu'une interface permettant de faciliter la production de connaissances. Rares sont d'ailleurs les praticiens à s'autoproclamer 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 (1928-2008), considèrent au contraire que la spécialisation serait dommageable à la nature « interdisciplinaire » de la discipline¹⁶.

En plus de réseaux du nord de l'Europe (Suède, Allemagne, Belgique et Pays-Bas), l'andrologie se développe parallèlement dans les pays hispanophones. En Espagne, le docteur et urologue Antoni Puigvert (1905-1990) est l'un des premiers à ouvrir un service d'andrologie à Barcelone en 1958. En 1969, il fonde avec l'andrologue argentin Roberto Mancini (19 ?- ?) un Comité international 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 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 1970. Deux années plus tard, une réunion est organisée sous l'égide du CIDA à Barcelone pour encourager les échanges, rencontre à l'occasion de laquelle Eliasson est élu président. Pendant ses premières années, les activités du CIDA sont financées par la fondation créée par Puigvert et gérée par un conseil d'administration¹⁷.

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 programme une série de rencontres ayant pour objectif d'encourager

16 Almeling 2020.

17 Rajpert-De Meyts *et al.* 2012.

la recherche en andrologie. 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 (1922-2011) à Nouzilly en 1973¹⁸.



Fig. 13 Symposium international à Nouzilly, 4 - 7 novembre 1973 : « The biology of spermatozoa », organisé par Elsayed Saad Eldin Hafez et Charles Thibault (deuxième depuis la gauche). © Archives départementales de l'Indre-et-Loire, 1799W8 Livret en hommage au Pr Charles Thibault, 1

Organisé sous l'égide de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, l'INSERM, le symposium a pour objectif de « clarifier les problèmes liés au transport et à la survie des spermatozoïdes » dans un contexte où se répand l'utilisation de « stéroïdes synthétiques et de stérilets dans la régulation de la reproduction chez la femelle humaine et chez les mammifères domestiques¹⁹ ». Le symposium rassemble principalement des biologistes de la reproduction animale, mais aussi quelques médecins spécialistes de la reproduction humaine venu-e-s des États-Unis, du Chili et de la Suède (dont Eliasson).

18 Hafez 1978.

19 Hafez/Thibault 1975, vii.

Moins impliqués que leurs confrères allemands, espagnols et du nord de l'Europe, les médecins et biologistes français et suisses font néanmoins partie de réseaux plus larges 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, quelle que 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 support²⁰.

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 de l'essor 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 monte un 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

20 Archives des HUG, Classeur non inventorié « Travaux du professeur Watteville et Curriculum Vitæ », discours séance inaugurale III^e Congrès, 3.

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 public²¹.

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 infertile²².

Pour constituer une équipe pluridisciplinaire, David s'appuie notamment sur la médecine animale en recrutant le biologiste Pierre Jouannet (1942 -) qui travaille alors avec Charles Thibault à la Station de physiologie animale de l'INRA. D'autres spécialistes, urologues, biologistes ou gynécologues, rejoignent les centres des CECOS qui se déploient sur le territoire français dans les années qui suivent²³.

21 Cahen/van Wijland 2016, 352.

22 Moreau 2009, 8.

23 Cahen/van Wijland 2016.

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 en Suisse alémanique, notamment dans les revues consacrées à la médecine vétérinaire, 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 », la Faculté de médecine de Bâle souligne que « sa participation à l'enseignement, notamment dans le cadre de la formation continue des assistants, est vivement souhaitée²⁴ ». 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, l'andrologie se développe initialement au sein de la dermatologie. À Zurich, le docteur Friz Otto (19 ? - ?), professeur adjoint de dermatologie et de vénéréologie, suit une spécialisation en dermato-oncologie et en andrologie²⁵. À Berne, Alfred Krebs (1923 - 2011) met en place des consultations d'andrologie dans son service de dermatologie au tournant des années 1970²⁶. 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 1970²⁷.

Les médecins et chercheur-euse-s qui s'intéressent à la reproduction masculine en France et en Suisse romande ne se décrivent pas comme « andrologues » mais participent à des

24 ACB UNI-REG 5d 2-1 (1) 155 Joël, Charles A., dossier personnel, lettre du doyen au rectorat, 21 janvier 1972.

25 *Schulblatt des Kantons Zürich*, 1974, 1024.

26 Boschung/Yawalkur/Braathen 2002.

27 Campana *et al.* 1980.

échanges et à 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 lyonnais Michel Cognat (19 ?- ?) se rend à plusieurs reprises aux États-Unis pour se former au sujet des traitements de la stérilité, notamment auprès de John MacLeod, spécialiste de la biochimie du sperme, à New York. En 1972, il se rend également au Centre d'infertilité masculine pour échanger avec Robert Schoysman (1928-2016) et Andrée Schoysman-Deboeck (19 ?- ?), fondateur-trice-s de la première banque de sperme belge²⁸. 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 Lyon²⁹.

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)³⁰. » 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 moments³¹. »

28 Pour plus d'informations sur le couple Schoysman, voir Claes 2022.

29 Cognat 2002.

30 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 (années 1970), daté du 31 juillet 1971, 8.

31 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.

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'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 préparées des directives pour des essais cliniques³². 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 la régulation de la fertilité masculine. 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 le développement des méthodes contraceptives masculines. 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 du Sud global et des groupes féministes de pays du Nord global. 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 stérilisation³³. Cette préoccupation rencontre celle des mouvements féministes occidentaux dans les années 1970 qui demandent une meilleure répartition du travail reproductif dans les couples hétérosexuels.

Ainsi, la constitution de réseaux d'andrologie ne peut 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 un savoir biomédical sur la reproduction et la génétique qui rend possible

32 Waites 2003.

33 Oudshoorn 2003. L'historienne Élodie Serna souligne l'importance des voyages dans le développement de nouvelles méthodes de contraception masculine, et évoque la médecin Marta Vöggl qui étudie en Inde une « méthode de stérilisation masculine temporaire » par les bains chauds, voir Serna 2021b.

d'appréhender les corps masculins comme des corps marqués par la différence de genre³⁴. En France, la contraception masculine apparaît comme un terrain privilégié de l'action collective pour les quelques groupes d'hommes proches des milieux féministes³⁵. À compter de 1979 plusieurs groupes de parole se constituent et aboutissent sur l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine. Composé d'une poignée de militants, le collectif entend tester de manière expérimentale de nouvelles formes de contraception masculine telles que les injections hormonales ou les slips chauffants³⁶.

Au-delà de la question de son acceptabilité, le développement d'une « pilule masculine » est limité par des difficultés de recrutement d'hommes pour les essais cliniques, par des problèmes éthiques, de financement, mais aussi par la structure des réseaux d'andrologie principalement concentrés sur l'étude de l'infertilité masculine³⁷. 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, comme l'infertilité, l'immunologie ou la migration des spermatozoïdes dans le tractus féminin³⁸. C'est d'ailleurs là l'un des reproches formulés par Eliasson à l'occasion du premier Congrès international d'andrologie organisé par CIDA à Barcelone en juillet 1976 :

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 (...) 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 ne peuvent les traiter sans coopération (...) 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

34 Almeling 2020.

35 Jacquemart 2006.

36 Desjeux 2010.

37 Oudshoorn 2003.

38 Waites 2003 ; Diczfalusy 1986.

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 considéré 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 masculins³⁹.

Comme le souligne l'historienne Antje Kampf, l'andrologie se développe surtout autour de l'étude du sperme, ce qui limite sa portée. Si le travail de classification et de standardisation du sperme permet de conférer un statut professionnel à la discipline, il crée aussi le risque que celle-ci ne soit réduite à une simple science de laboratoire⁴⁰. C'est ainsi que Rune Eliasson souligne dès 1978 que « le progrès en andrologie ne sera possible que si la définition de la fertilité masculine est tout à fait détachée des propriétés du sperme⁴¹ ».

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 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'OMS⁴².

39 Eliasson 1978a, 8-9.

40 Kampf 2012.

41 Eliasson 1978b, 105.

42 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.

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 (1927-2018), le biologiste de la reproduction Jean-Claude Czyba (1934-2016) et l'urologue Alain Jardin (19 ?-) signent un éditorial dans une revue de gynécologie-obstétrique en ce sens :

L'andrologie n'a pas de spécialistes, 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 références 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'associent 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 formation⁴³.

43 Czyba 1998, 355.

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 andrologie. Pensée comme un espace de rencontre de spécialistes provenant de France, de 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 plus tardivement encore. Preuve que les débats sur le statut de la discipline persistent, le dermatologue et andrologue Christian Sigg (1950 -) explique les conflits qui l'opposent aux gynécologues de la Société suisse de fertilité, stérilité et planning familial, lesquels ne souhaitent pas voir émerger de société savante concurrente. Jusqu'en 2013, Sigg déplorait par ailleurs que « la formation, la recherche et la clinique [aient] été 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 nom⁴⁴. »

44 Sigg 2013, 370-371.

Conclusion

Ce récit a commencé par la description d'une absence : celle de l'andrologie. En partant de ce constat, l'ambition de ce livre 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 19^e siècle, il 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 où l'histoire de l'andrologie n'avait jusque là 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 livre 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 19^e siècle. D'abord justifiée par la nécessité de soigner des maladies considérées comme principalement masculines, tels que les calculs urinaires et les rétrécissements de l'urètre, la spécialité ne s'est pourtant pas définie comme une science de la masculinité. 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 18^e siècle en 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 et ne s'accompagne pas 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. Forgé 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 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 y ait d'équivalence avec des maladies « spéciales » à la masculinité qui nécessiteraient des formes de spécialisation. Certes, il existe bien des maladies propres aux hommes, mais elles ne forment pas la base de revendications de spécialisations, qu'elles se situent au sein de la médecine officielle ou à sa marge.

Ce constat permet de remettre en question un récit décrivant l'histoire de l'andrologie comme celle d'un « échec ». Dans les contextes de la France et de la Suisse romande, ce récit de l'échec me paraît 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 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 seconde 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 à 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 domination¹.

Plutôt que de se concentrer uniquement sur l'échec d'une science dédiée à la masculinité, l'objectif de ce livre consistait à mettre en évidence les formes de pratiques, de connaissances et de prises en charge de la santé masculine durant cette période. 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 masculin². Sortir du registre de l'échec permet ainsi de montrer que, plutôt que d'être négligée, la santé masculine a fait l'objet d'attentions médicales, de rivalités professionnelles et de pratiques de genre

1 Voir notamment Dorlin 2006 ; Gardey/Löwy 2000 ; Schiebinger 1993 ; Moscucci 1991.

2 O'Neill 2003.

tout au long du 20^e siècle. L'absence de spécialisation ne signifie pas pour autant une absence de pratiques et de discours sur les spécificités sexuelles et reproductives des hommes. Les quatre grandes parties qui structurent ce livre ont ainsi été construites afin de mettre en lumière les différentes facettes de ces « médecines du masculin ». 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 19^e siècle pour aboutir à la fin de la Seconde Guerre mondiale, les deux premières parties décrivent 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 a montré 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 reproductrice. 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 que par 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 étudier les pratiques de santé des hommes ainsi que les enjeux professionnels autour de la publicité. Elle a montré 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 demandes 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 ou géographiques, les hommes font preuve de capacité d'agir dans leur décision d'avoir recours à un médecin ou de chercher des soins auprès de proches, de pharmaciens, par l'automédication ou encore par la correspondance. Il faut dire que, 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 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 antivénéérienne 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 a porté 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 pratique qui, sans se réclamer 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. Le fait de s'intéresser aux activités de la clinique permet de considérer le rôle des pratiques quotidiennes et des rapports de masculinités sur la production de connaissances. 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 a repris le fil tiré 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 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 à la conservation du sperme en France comme en Suisse. Cet intérêt renouvelé pour le sperme humain a ouvert 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.

En s'intéressant aux pratiques et aux savoirs médicaux à long terme, ce livre interroge aussi 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 20^e siècle. L'étude de ces mutations permet de comprendre comment celles-ci ont permis ou limité le développement de regards spécialisés sur le masculin.

Il me semble important de revenir sur le processus de médicalisation de la sexualité. Entamée dès la fin du 19^e siècle, la redéfinition de la sexualité comme relevant de la juridiction de la médecine est un long processus qui traverse le 20^e siècle. 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 » notamment chez le couple marié³. Comme le souligne Alain Giami, la médicalisation de la sexualité passe aussi par « l'appropriation médicale de la dissociation entre activité procréative et non procréative⁴ ». Ainsi, le déploiement de l'andrologie à la fin des années 1960 comme une science de l'infertilité masculine est l'aboutissement de décennies de dissociation entre les capacités sexuelles et reproductives masculines ainsi que d'une longue histoire de la biomédicalisation.

L'invention du biomédical avec l'essor du laboratoire dans la médecine clinique à la fin du 19^e siècle marque ainsi de nouvelles étapes de fragmentation des corps masculins. Si l'analyse microscopique du sperme se répand comme outil diagnostique à la fin du siècle, la fertilité masculine demeure longtemps étroitement associée à 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

3 Giami 1998.

4 Giami 2009, 235.

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 masculines. Avant d'être défini comme 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. Bien que la stérilité soit dissociée de l'impuissance sexuelle dès la seconde moitié du 19^e siècle, l'association fécondité-santé-sexualité-masculinité persiste dans les représentations des médecins comme de leurs patients; jugée en blessure de l'identité virile, la stérilité masculine se voit écartée des recherches et des innovations thérapeutiques.

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. 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. D'autre part, 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 reproduction⁵.

5 Voir notamment Barnes 2014 ainsi que la recherche en cours d'Irène-Lucile Hertzog, Lucile Ruault et Élise de la Rochebrochard.

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 d'un « 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, avec le risque d'être limitée à une science de laboratoire⁶.

Revenir sur 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 rendu 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 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

6 Kampf 2012.

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 reste à écrire, ces conclusions fournissent donc des pistes pour comprendre la marginalisation que connaît cette branche médicale depuis plus de cinquante ans. En montrant que les savoirs et pratiques médicales ont longtemps été le support d'une définition normée de la virilité, ce livre contribue aussi à une discussion contemporaine plus large sur le moindre recours des hommes aux soins de santé. Le constat que les hommes tardent à consulter lorsqu'ils rencontrent un problème de santé a en effet principalement 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, ce livre souligne aussi l'importance des rapports entre médecins et patients, de la socialisation médicale et de l'offre thérapeutique dans la prise en charge des hommes se plaignant de difficultés sexuelles ou reproductives.

Faut-il pour autant que se déploie une spécialité de la santé masculine pour enjoindre les hommes à davantage prendre soin de leur santé et contrer les discriminations ? Avec la chercheuse Ericka Johnson, je m'interroge sur la pertinence d'une organisation de soins basée sur une vision binaire des corps et des identités (gynécologie pour les femmes, andrologie pour les hommes) qui risquerait non seulement d'exclure les personnes trans, intersexes et non binaires, mais aussi de réduire le champ d'action thérapeutique⁷. La solution ne serait-elle pas dans le développement d'une médecine féministe qui déconstruise les rapports de genre et prenne réellement en compte les rapports de pouvoir dans leurs intersections ?

7 Johnson 2021.

Sources et bibliographie

Archives

Archives nationales (AN), Paris

Fonds du Service législatif, courrier, documentation, Troisième République, Comité de libération nationale et Gouvernement provisoire de la République française, Quatrième République, Afrique du Nord (1935-1947)

Dossier F/60/599 Santé publique : organisation générale du Ministère, textes officiels et correspondance diverse

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

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), Paris

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), Lyon

Fonds des Hospices civils de Lyon

Dossier AC/4/KP/7 Décisions de l'Administration centrale concernant la répartition des services

Dossier AC/1/L/23 Hôpital de l'Antiquaille

Dossier AC/2/OP/113 Hôpital Édouard 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 (ADIL), Tours

Fonds de l'INRA (1962-2011)

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 publiques et hygiène

Dossier 5 M 153 Lutte antivénéérienne (1916 - 1926)

Association pour l'autobiographie et le patrimoine autobiographique (APA), Ambérieu-en-Bugey3690.20 Yves Le Gall, *Mes vingt ans*106 (1) Sicca Venier, *Sans fard. Journal d'exil (1945-1949)*2676 Yves Jéhene, *La corde de sol. Chronique d'une année 1971*1161-1 Maurice Raunet, *Souvenirs d'un protobiologiste*

Archives d'État de Genève (AEG), Genève

Versement CHAEG 1998va013 Dossiers de patient-e-s de l'Asile de Bel-Air
ME 12 Dossiers de patient-e-s 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), Genève

Non référencé, Classeur, Travaux du professeur H. de Watteville et corres-
pondance, 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 (ACBS), Bâle

Fonds Zentrale Verwaltung (1917-2013)

Dossier UNI-REG 5d 2-1 (1) 155, Joël, Charles A., privat-docent d'an-
drologie

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

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), Lausanne

Procès-verbaux des séances du Conseil de la Faculté de médecine

Archives d'État de Fribourg (AEF), Fribourg

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/>

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.arcinfo.ch/pages/archives-historiques-1157597>

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/>

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, 1857-1908.

Guide Rosenwald : Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique, Paris, Lucien Rosenwald Éditeur, 1887-1997.

Indicateur vaudois. Livre d'adresses de Lausanne et du canton de Vaud, Lausanne, Société suisse d'édition, 1895-1935.

Indicateur des adresses Genève-Ville & Communes, Genève, Société Anonyme Suisse de Publicité, 1904-1932.

Tout Paris, Paris, La Fare, 1885-1939.

Dictionnaires

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

Garnier, Marcel/Valery Delamare/Jean Delamare, *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, Paris, Maloine, 1909.

Méric, Henry de, *Dictionnaire des termes de médecine français-anglais*, Londres, Baillière, Tindall and Cox, 1899.

Sources imprimées

A

Adler, Jacqueline, *L'adoption vécue* (Paris 1977)

Albuquerque, José de, « Une branche nouvelle de la sexologie, l'andrologie », *Bulletin de la Société de sexologie* 8 (1936) 506-550.

Amram, Aimé, « Contribution à l'étude de l'impuissance sexuelle », thèse de la Faculté de médecine de Paris (Paris 1932)

Anonyme, « An onomatological suggestion », *American journal of dermatology and genito-urinary diseases* 14 (1910) 300-301.

Anonyme, « Andrology », *The British medical journal* 1 (1924) 386.

Anonyme, « The American Andrological and Syphilographical Association », *The New York medical journal* 51 (1890) 658.

Anonyme, « À propos des infirmières d'hygiène sociale. Vœux pour la création d'assistants d'hygiène sociale dans les consultations et services antivenériens », *Bulletin de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale* 1 (1923) 133-138.

Anonyme, « Andrology as a specialty », *Journal of the American medical association* 17 (1891) 691.

Anonyme, « Andrology », *Medical record* 37 (1890) 711.

Anonyme, « Andrology », *The Dublin journal of medical science* 93 (1892) 227.

Anonyme, « Archivos brasileiros de andrologia seu aparelhamento em Janeiro próximo », *Jornal de andrologia* 7 (1938) 8.

Anonyme, « Chronique judiciaire. Vaud. Exercice illégal de la médecine », *Bulletin des médecins suisses* 3 (1922) 180.

Anonyme, « Commentaire de M. Leroy-d'Étiolles, Urologie. Traité des angusties ou rétrécissements de l'urètre, et de leur traitement rationnel », *Journal de chirurgie* 3 (1845) 377.

Anonyme, « Jugement du Tribunal fédéral (du 23 mars 1928) », *Bulletin professionnel des médecins suisses* 32 (1928) 388.

Anonyme, « La réglementation de la question des spécialistes », *Bulletin des médecins suisses* 49 (1935) 653-655.

Anonyme, « Medical news », *The British medical journal* 1 (1890) 152.

Anonyme, « Nécrologie », *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie* 29 (1923) 257-266.

- Anonyme, « Société vaudoise de médecine, séance du 4 mars 1893 », *Revue médicale de la Suisse romande* 4 (1893) 273.
- Anonyme, « Edred M. Corner, Male diseases in general practice. An introduction to andrology », *New York medical journal* 91 (1910) 880-881.
- Arnaud-Moulin, H., « Docteur Paul Hamonic », *Le Public*, 30 juillet 1902, 1.
- Association française d'urologie, *Procès-verbaux, mémoires et discussions* (Paris 1896)
- Association française d'urologie, *Procès-verbaux, mémoires et discussions* (Paris 1953)
- Auvard, Alfred, *Traité pratique de gynécologie* (Paris 1894)

B

- Bergerot-Blondel, Yvette, « Valeur diagnostique des examens de sperme dans les stérilités conjugales », thèse de la Faculté de médecine de Paris (Paris 1946)
- Bertholet, Édouard, *Hérédité et alcoolisme* (Lausanne 1932)
- Betray, A., *L'homme et la femme devant l'amour. Moyens d'éviter les maladies vénériennes. Les remèdes qui guérissent. Écoulements, goutte militaire, rétrécissements. Syphilis. Le mariage des avariés. L'impuissance virile. La femme syphilitique. Pertes blanches et métrite* (Paris 1914)
- Bickel, Georges, « La testostérone et ses applications chez l'homme » in : Clinique thérapeutique universitaire de Genève, *Cinquième journée de thérapeutique clinique* (Genève 1951) 245-291.
- Boller, William George, *Vigueur virile. Guide médical de poche* (Bruxelles 1910)
- Bonjour, Jules, « Considérations sur les troubles sexuels », *Revue médicale de la Suisse romande* 7 (1930) 422-433.
- Bourguignon, Georges, « La chronaxie dans la sclérose latérale amyotrophique », *Revue neurologique annuelle* (1925) 808-818.
- Bourguignon, Georges/René Déjean, « Double chronaxie du système optique de l'homme », *Compte rendu de l'Académie des sciences* 180 (1925) 169.
- Bourguignon, Georges/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) 321.
- Bourguignon, Georges/Paul Schiff, « La chronaxie chez les asthéniques », *L'Encéphale* 19 (1924) 247.
- « Les trois chronaxies vestibulaires et les trois canaux semi-circulaires chez l'homme normal », *Archives d'électricité médicale* 41 (1933) 422.
- « 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), 250.
- Bricaire, Henri/Jacqueline Dreyfus-Moreau, *Les impuissances sexuelles et leur traitement*, (Paris 1964)
- Buret, Frédéric, « Rapports sur les travaux de la Société pendant l'année 1898 », *La France médicale et Paris médical* (1899) 57.

C

- Cabau née Philippon, Nicole**, « Contribution à l'étude des implants sous-cutanés d'hormone mâle », thèse de la Faculté de médecine de Paris (Paris 1947)
- Cahen, Fabrice/Jérôme van Wijland**, *Inventer le don de sperme. Entretiens avec Georges David, fondateur des Cecos* (Paris 2016)
- Camey, Maurice**, *Chirurgien de l'impossible. 54 ans à l'Association française d'urologie* (Paris 2011)
- Campana, A. et al.** « Present status of sperm banks in Switzerland », in : Georges David/Wendel S. Price (éds), *Human artificial insemination and semen preservation* (New York et Londres 1980), 35-40.
- Carrara, Sérgio/Marcos Carvalho**, *Meu encontro com os outros : memorias de José de Albuquerque, pioneiro da sexologia no Brasil* (Rio de Janeiro 2016)
- Cathelin, Fernand**, *Chirurgie urinaire de guerre* (Paris 1919)
- Cinq années de pratique et d'enseignement à l'Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire* (Paris 1913)
- Chalier, André**, « Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique* 5 (1936) 389-390.
- Chastellux, François-Jean de**, *De la félicité publique, ou Considérations sur le sort des hommes dans les différentes époques de l'histoire* (Paris 1776)
- Chauvin, André-Raymond**, « Fonctionnement d'une consultation de stérilité », thèse de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux (Bordeaux 1946)
- Chevassu, Maurice/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 épидidymaire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 37-38 (1944) 707-713.
- Civiale, Jean**, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires* (Paris 1837)
- Cohen, Jean**, *Les mains de la vie. La conception et la naissance maîtrisées. Histoire d'une conquête* (Paris 1981)
- Les stérilités masculines en pratique gynécologique* (Paris 1972)
- Corner, Edred M.**, *Male diseases in general practice. An introduction to andrology* (Londres 1910)
- Couvelaire, Roger**, *Chirurgien contre le vent* (Paris 1979)
- Czyba, J. C.**, « Pour l'andrologie », *Andrologie* 8 (1998) 355-356.

D

- D'Alq, Louise**, *Les maladies et les remèdes* (Paris 1890)
- Dalsace, Jean**, « La fécondité masculine (Note sur 66 examens de sperme) », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique* 27 (1932) 166-167.
- Daubresse, E./H. Scribe**, « Le Stilboestrol et ses applications cliniques dans diverses maladies par la méthode d'implantation », in : E. Daubresse et al. (éds), *Le Stilboestrol*, (Bruxelles et Paris 1948)

Delbet, Paul, *Sur la néphrectomie. Orbite & stérilité. Instruments pour la prostatectomie périnéale. Spéculum endo-vésical* (Clermont Oise 1903)

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) 16.

Droit, Roger-Pol/Antoine Gallien, *La réalité sexuelle. Enquête sur la misère sexuelle en France* (Paris 1974)

Dumas, E., *Catéchisme médical secret pour les messieurs seulement* (Paris n.d.)

E

Eck, Marcel, « L'impuissance psychique », *Cahiers Laënnec* 4 (1956) 23-50.

Eliasson, Rune, « Opening remarks », *International Journal of andrology* supplementum 1 (1978a) 7.

« Prospects in andrological research », *International Journal of andrology* 1 (1978b) 102-107.

European Congress on Sterility, *Abstracta II ESCO Dubrovnik* (Belgrade 1969)

F

Fiaux, Louis, *La Police des mœurs devant la commission extra-parlementaire du régime des mœurs* (Paris 1907)

Forel, Auguste, *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés* (Paris 1906)

Fournier, Alfred, *Pour nos fils quand ils auront 18 ans. Quelques conseils d'un médecin* (Paris 1902)

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* 5 (1939) 102-106.

Frenk, Edgar, « Dermatologie lausannoise 1915-1950. Souvenirs de Sœur Henriette Dufey », *Dermatologica helvetica* 4 (1998) 7-9.

Funck-Brentano Louis/Edouard Plauchu, *Traitement de la stérilité chez la femme* (Paris 1912)

G

Galtier-Boissière, Émile, *Pour se préserver des maladies vénériennes* (Paris 1923)

Garrone, Gaston/Sylvain Mutrux, « Examens endocriniens dans quelques anomalies du comportement sexuel », *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 86 (1953) 1003.

Guillon, Georges, « Problèmes posés par l'insémination hétérologue », *Gynécologie pratique. Revue internationale de gynécologie* 3 (1956) 247-256.

Guisan, « La publicité médico-pharmaceutique dans la grande presse », *Bulletin professionnel des médecins suisses* 47 (1925) 421 - 422.

Hafez, Elsayed Saad Eldin/Charles Thibault, *The biology of spermatozoa. Transport, survival and fertilizing ability* (Bâle 1975)

H

Hartmann, Henri, *Organes génito-urinaires de l'homme* (Paris 1904)

Higier, Stanislas, *Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles. Introduction à la clinique de l'impuissance* (Paris 1932)

Hikmet/Félix Regnault, « Les cunuques de Constantinople », *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris* 5 (1901) 234 - 240.

Huysman, Joris Karl, *À vau-l'eau* (Ligaran 2015)

J

Jamieson, James, « Sex, in health and disease », *The Australian medical Journal* 9 (1887) 145.

Jentzer, Albert, « Invertis et exhibitionnistes psychopathes guéris par la castration », *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 18 (1938) 6.

Junet, Robert, « Gynandromorphisme par insuffisance testiculaire chez un adolescent : Efficacité du traitement par le propionate de testostéron (Perandren) », *Revue médicale de la Suisse romande* 60 (1940) 1142 - 1151.

K

Kersey, J. H., « Some reflections on the present status of gynecology », *Transactions of the Iowa state medical society. Forty-first annual session, X* (1892) 176 - 178.

Kiffer, Bernard, « Contribution à l'étude du diagnostic de la stérilité masculine. Étude de 18 biopsies testiculaires », thèse de la Faculté de médecine de Paris (Paris 1945)

Kummer, Ernest-Frédéric, « Hydrocèle biloculaire du cordon spermatique chez un garçon de 3 ½ ans. Excision, guérison », *Revue médicale de la Suisse romande* 10 (1890) 173 - 175.

L

Laboratoires Cruet, *Testoviron. Hormone mâle pure* (Paris 1938)

Lagroua Weill-Hallé, Marie-Andrée, *La contraception au service de l'amour* (Paris 1966)

La grand'peur d'aimer. Journal d'une femme médecin (Paris 1961)

Laignel-Lavastine, Maxime, « Le sympathique en andrologie », *Annales médico-psychologiques* 1 (1933) 537 - 564.

- Lamare, Noël**, *Connaissance sensuelle de l'homme* (Paris 1960)
- Lambert, Gustave**, *Étude 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 1862)
- Lardy, Edmond**, « Propagande antivénéérienne », *Revue médicale de la Suisse romande* 43 (1923) 179-183.
- Laroche, Guy/Étienne Bompard**, « Essais de traitement de l'impuissance sexuelle masculine par l'hormone mâle », *Le Progrès médical* 15 (1938) 530-534.
- Laurent, Émile**, *La médecine des âmes* (Paris 1894)
- Le Fur, René**, *L'impuissance génitale et son traitement* (Clermont 1912)
- Leenhardt, Franz Jehan**, « Réflexions sur l'insémination artificielle », *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin – Revue suisse de médecine* 48 (1958) 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* 22 (1931) 483-508.
- « Maladies des voies urinaires inférieures. Urètre, prostate, vessie », in : P. Brouardel/A. Gilbert (éds), *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, t. xxii, Maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme (Paris 1907)
- Leroy d'Étiolles, Jean-Jacques-Joseph**, *Exposé des titres scientifiques du Dr Leroy d'Étiolles* (Paris 1854)
- Plainte en diffamation et en calomnie portée contre le docteur Civiola* (Rue Dainette 1847)
- Lévi-Valensin, Jules**, « De la fécondation artificielle », thèse de la Faculté de médecine de l'Université d'Alger (Alger 1939)

M

- Marcel, J.-E./M. Bagros/Despax**, « Nos impressions sur la stérilité masculine », *Gynécologie pratique : revue internationale de gynécologie* 7 (1956) 349-359.
- Marchand, H.**, « La prostitution indigène à Alger », *L'Algérie médicale* 119 (1937) 103-114.
- Millant, Richard**, *Les eunuques à travers les âges* (Paris 1908)
- Moreau, Jean-François**, *L'internat de Paris*, 55 (2008/2009)
- Moricard, France/René Moricard**, *Hormonologie sexuelle humaine. Physiologie, pathologie, thérapeutique* (Paris 1943)
- Morin, Odette**, Contribution à l'étude chimique du sperme au cours de la stérilité, thèse de la Faculté de médecine de Paris (Paris 1949)
- Mutruix, Sylvain**, « L'état alcoolique dangereux au point de vue sexuel », dans *Rapport de médecine légale présenté au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française* (Paris 1965)

N

Naillat, Roger, « L'hormone mâle. Mise au point des indications thérapeutiques actuelles », thèse de la Faculté de médecine de Paris (Paris 1938)

Niehans, Paul, *20 ans de transplantation de glandes endocrines (août 1927-1947)* (Berne 1947)

L'hypertrophie de la prostate et la ligature de Steinach II (Vevey 1937)

Les glandes endocrines et les méthodes de rajeunissement (Bâle 1929)

O

Odier, Charles, « La théorie de Freud et son évolution. Aperçu général et considérations méthodologiques », *Revue française de psychanalyse* 1 (1933) 18-60.

P

P.G., « Le fructueux métier du charlatanisme », *La Croix rouge*, 32 (1824) 67-68.

Palazzoli, Mariot Max, *Déficiences sexuelles masculines d'origine émotive* (Paris 1946)

Les déficiences génitales chez l'homme (Paris 1951)

Palmas, Maxime de, « L'impuissance génitale émotive », thèse de la Faculté de médecine et pharmacie de l'Université de Bordeaux (Bordeaux 1924)

Palmer, Raoul, « L'insémination artificielle. Aspects médicaux de la question », *Cahiers Laënnec* 2 (1946) 7-10.

Péradon et Dumas, « Le livre bleu », *La Médecine nouvelle*, 3 juin 1899, 5.

Perrin, Théodore, *Leçons cliniques d'urologie* (Lausanne 1913)

Picard, P., « Les cures de rajeunissement », *L'Algérie médicale* 4 (1934) 286.

Pieczynska, Emma, *Aux mères de famille. L'école de la pureté* (Paris 1900)

Pillet, E., *Guide clinique d'urologie médico-chirurgicale* (Paris 1916)

Pinel, Charles, « Stérilité », *La médecine nouvelle. Journal d'électrothérapie et de métalothérapie* 30 (1893) 1-3.

Porcheron, Louis, *Les villes d'eaux, les stations climatiques françaises* (Paris 1911)

Pousson, Alfred, « Du dyspermatisme », *Annales des maladies des organes génito-urinaires* 17 (1899) 375-385.

Powell, John Wesley, « Classification of the sciences », *American Anthropologist* 3 (1901) 604.

R

Ramuz, Charles Ferdinand, *Paris. Notes d'un Vaudois* (Paris 1941)

Reed, Muriel, *Muriel chez...* (Paris 1960)

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

Rumler, Georges, *Les maladies sexuelles contagieuses ainsi que les principes fondamentaux de leur traitement* (Genève 1902)

S

Sänger, Max, « De la blennorrhagie chez la femme », *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 33 (1890) 278.

Saint-Edmé, Germain Sarrut B., *Biographie des hommes du jour* 3 (Paris 1837)

Saloz, Charles, « La sénescence et les opérations de rajeunissement », *Revue médicale de la Suisse romande*, 50 (1930) 861-873.

Saussure, R. de, « Fragments d'analyse d'un pervers sexuel », *Revue française de psychanalyse* 3 (1929) 631-689.

Schirren, Carl, « Andrology origin and development of a special discipline in medicine reflection and view in the future », *Andrologia* 17 (1985) 117-125.

« II. ESCO-Kongreß in Dubrovnik », *Andrologia* 1 (1969) 167-168.

« Le traitement des oligo-asthéo-spermies par la mestérolone. Étude critique », in : Société nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité, *Fécondité et stérilité du mâle. Acquisitions récentes* (Paris 1972) 177-182.

Seguy, Jean/Jeanne Vimeux, « Comment pratiquer l'examen de sperme dans les cas de stérilité », *Revue médicale française* 12 (1932) 683-687.

Sevegrand, Martine, *L'amour en toutes lettres. Questions à l'abbé Viollet sur la sexualité (1924-1943)* (Paris 1996)

T

Talbert, Dr, *Le livre de la mère. Hygiène et maladies de la première enfance* (Paris 1886)

Thélin, Marc-Henri, « L'insémination artificielle », *Médecine et hygiène* 123 (1948) 167-169.

« L'insémination artificielle », *Praxis. Revue suisse de médecine* 48 (1958) 1162-1163.

Torris, Georges, *L'acte médical et le caractère du malade* (Paris 1954)

V

Valabrègue, Catherine, *La condition masculine* (Paris 1968)

Valensin, Georges, *Je suis un avorteur* (Paris 1974)

La prostate. Grandeurs et servitudes (Paris 1964)

Vergier, Henri, « L'élimination des indésirables par un ordre des médecins », *L'Association médicale* 1 (1925) 14.

Ville de Clermont-Ferrand, *Traitement des maladies vénériennes, blennorrhagie, chancres mous, balanites, syphilis* (Clermont-Ferrand 1917)

Voronoff, Serge, *Quarante-trois greffes du singe à l'homme* (Paris 1924)

Vulliet, Henri, « La chirurgie à l'ESE d'Olten », *Revue médicale de la Suisse romande*, 37 (1917) 208 - 209.

« Quelques remarques sur la chirurgie des voies spermatiques », *Revue médicale de la Suisse romande*, 24 (1904) 27 - 34.

W

Walker, Kenneth M., *Diseases of the male organs of generation* (Londres 1923)

Watteville, Hubert de, « Le problème de l'insémination artificielle », *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin – Revue suisse de médecine* 48 (1958) 1154.

Weiss, Augusta, *La femme, la mère, l'enfant. Guide à l'usage des mères* (Paris 1897)

Weyeneth, Richard, « Diagnostic de la stérilité masculine », *Praxis. Schweizerische Rundschau der Medizin* 39 (1950) 397 - 408.

« Étiopathogénie et diagnostic de la stérilité masculine », *Praxis. Revue suisse de médecine* 2 (1956) 21 - 34.

Y

Yamane, Dr, « L'éducation physique au Japon », *La Jeune mère* 443 (1903) 486 - 487.

Young, Hugh, *A surgeon's autobiography* (Harcourt 1940)

Z

Zambaco Pacha, Démétrius Alexandre, *Les eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis* (Paris 1911)

Littérature secondaire

A

Abbott, Andrew, *The system of professions* (Chicago et Londres 1988)

Akrich, Madeleine, « Comment décrire les objets techniques ? », *Techniques & culture* 9 (1987) 49-64.

Almeling, Rene, *Guynecology. The missing science of men's reproductive health* (Oakland 2020)

Amelar, Richard D., « Hotchkiss and MacLeod : An historical perspective », *Journal of andrology* 27 (2006) 494-501.

Andrew, Hayley Hope, « The reluctant stork : Science, fertility, and the family in Britain, 1943-1960 », thèse de doctorat en histoire, York University (Toronto 2016)

Arena, Francesca, « Le genre nous tuera-t-il ? Médecine, histoire, santé », *Implications philosophiques* (2021) 1-20.

Arena, Francesca/Sébastien Farré (éds), *Santé, genre et sexualité. Les masculinités au regard du (post)-colonial* (Chêne-Bourg 2021)

Audoin-Rouzeau, Stéphane, « La grande guerre et l'histoire de la virilité », in : Alain Corbin (éd.), *Histoire de la virilité*. t.2. Le triomphe de la virilité. Le 19^e siècle (Paris 2011) 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) 49-52.

B

Bajeux, Camille, « Managing masculinities. Doctors, men, and men's partners facing male infertility in France and French-speaking Switzerland (c. 1890–1970) », *Norma* 15 (2020) 235-250.

Bajos, Nathalie/Michèle Ferrand, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé* 22 (2004) 117-142.

Barnes, Liberty Walther, *Conceiving masculinity. Male infertility, medicine and identity* (Philadelphie 2014)

Barras, Vincent, « Histoire du médecin de 1880 à la fin du 20^e siècle », in : Louis Callebat (éd.), *Histoire du médecin* (Paris 1999) 269-307.

- Beers, Laura**, « Both feminist and practical politics : The incorporation of infertility treatment into family planning in Britain, 1930s–1950s », *Journal of British studies* 60 (2021) 563-584.
- Begert, Lucie/Izel Demirbas/Aude Fauvel**, « Terre promise ou terre interdite ? La Suisse : l'eldorado ambigu des premières femmes médecins, 1867-1939 », *Revue d'histoire des sciences humaines* 35 (2019) 59-96.
- Béjin, André**, « L'éjaculation prématurée selon les médecins et les sexologues français de 1830 à 1960 », *Sexologies* 16 (2007) 195-202.
« Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *Communications* 35 (1982) 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* 38 (2016) 706-720.
- Belmas, Élisabeth/Serenella Nonnis-Vigilante**, *Les relations médecin-malade des temps modernes à l'époque contemporaine* (Villeneuve d'Ascq 2013)
- Benninghaus, Christina**, « "The archenemy of fertility" : Gonorrhoea and infertility, Germany 1870-1935 », in : Simon Szreter (éd.), *The hidden affliction. Sexually transmitted infections and infertility in history* (New York 2019) 305-340.
« Beyond constructivism ? : Gender, medicine and the early history of sperm analysis, Germany 1870-1900 », *Gender & history* 24 (2012) 647-676.
- Benvindo, Bruno**, « Instables masculinités », *Sextant*, 27 (2009) 7-11.
- Berg Marc**, « Practices of reading and writing : The constitutive role of the patient record in medical work », *Sociology of health and illness* 18 (1996) 499-524.
- Betta, Emmanuel**, « Entre doutes, fascination et anxiété : insémination artificielle avant Huxley », in : Doris Bonnet/Fabrice Cahen/Virginie Rozéc (éds), *Procréation et imaginaires collectifs. Fictions, mythes et représentations de la PMA* (Paris 2021), 73-82.
L'autre genèse. Histoire de la fécondation artificielle (Paris 2017)
- Björkman, Maria/Alma Persson**, « What's in a gland ? Sexuality, reproduction and the prostate in early twentieth-century medicine », *Gender & history* 32 (2020) 621-636.
- Bonah, Christian**, « "A word from man to man". Interwar venereal disease education films for military audiences in France », *Gesnerus* 72 (2015) 15-38.
- Bonetti, Emmanuelle**, « L'impuissance et son traitement : Comment le médicament modifie la définition de la maladie », *Annales* 62 (2007) 327-351.
- Borgeaux, Charles**, *Histoire de l'Université de Genève*. t. 4 (Genève 1959)
- Bourke, Joanna**, « Fear and anxiety : Writing about emotion in modern history », *History workshop journal* 55 (2003) 111-133.
- Bouyahia, Malek**, « Genre, sexualité et médecine coloniale. Impensés de l'identité "indigène" », *Cahiers du genre*, 50 (2011) 91-110.
- Bozon, Michel**, « Sexualité et conjugalité », in : Thierry Blöss (éd.), *La dialectique des rapports hommes-femmes* (Paris 2001) 239-259.

Brod, Harry/Michael Kaufman, *Theorizing masculinities* (Thousand Oaks et Londres 1994)

Burgnard, Sylvie, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociobistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970* (Berne 2015)

C

Cahen, Fabrice, « Obstacles to the establishment of a policy to combat infertility in France, c. 1920-1950 », in : Gayle Davis et Tracey Loughran (éds), *The Palgrave handbook of infertility in history. Approaches, contexts, and perspectives* (Londres 2017) 199-220.

« Éléments pour une histoire de la lutte contre la stérilité involontaire (France, 1920-1982) », *Annales de démographie historique* 126 (2013) 209-228.

Cahen, Fabrice/Adrien Minard, « Fecundity in a world of scourges. Venereal diseases, criminal abortion, and acquired infertility in France, circa 1880-1950 », in : Simon Szreter (éd.), *The hidden affliction. Sexually transmitted infections and infertility in history* (New York 2019) 341-372.

Capdevila, Luc, « L'identité masculine et les fatigues de la guerre (1914-1945) », *Vingtième siècle : Revue d'histoire* 75 (2002) 97-108.

Cardon, Dominique, « Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Menie Grégoire », *Temps des médias* 1 (2003) 77-94.

Carol, Anne, « La virilité face à la médecine », in : Jean-Jacques Courtine (éd.), *Histoire de la virilité. La virilité en crise ? Les 20^e-21^e siècles* 3 (Paris 2011) 31-70.

Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation, 19^e-20^e siècle (Paris 1995)

Carrara, Sérgio, « Une science dérisoire : L'andrologie au Brésil entre les deux guerres », *Vibrant* 1 (2004) 256-274.

Castel, Robert/Jean-François Le Cerf, « Le phénomène "psy" et la société française », *Le Débat* 1 (1980) 32-45.

Chaperon, Sylvie, « The revival of sexuality studies in France in the late 1950s », in : Gert Hekma/Alain Giami (éds), *Sexual Revolutions* (Londres 2014) 141-154.

Les origines de la sexologie (1850-1900) (Paris 2012)

« Les fondements du savoir psychiatrique sur la sexualité déviante au 19^e siècle », *Recherches en psychanalyse* 10 (2010a) 2022.

« Sexologie et féminisme au début du 20^e siècle », *L'Esprit du temps* 58 (2010b) 67-81.

« La radicalisation des mouvements féminins français de 1960 à 1970 », *Vingtième Siècle, revue d'histoire* 48 (1995) 61-74.

Chauveau, Sophie, « Marché et publicité des médicaments », in : Christian Bonah/Anne Rasmussen (éds), *Histoire du médicament au 19^e et 20^e siècles* (Paris 2005), 189-214.

Cherici, Céline, « Serge Voronoff (1866-1951) : savant maudit ou génie de son époque ? » *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie* 21 (2014) 57-69.

- Childers, Kristen Stromberg**, « Paternity and the politics of citizenship in interwar France », *Journal of family history* 26 (2001) 90-111.
- Chupin, Ivan/Nicolas Hubé/Nicolas Kaciaf**, *Histoire politique et économique des médias en France* (Paris 2012)
- Claes, Tinne**, « Obedient men and obsessive women : Donor insemination, gender and psychology in Belgium », *Gender & history* 34 (2022) 514 - 533.
- Clarke, Adele E.**, *Disciplining reproduction. Modernity, American life sciences, and « the problems of sex »* (Berkeley 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* 38 (2007) 340-357.
- Connell, Raewyn W.**, *Masculinities* (Berkeley 2005)
- Connelly, Matthew**, *Fatal misconception. The struggle to control world population* (Cambridge et Londres 2008)
- Cook, Hera**, « Sex and the doctors : The medicalization of sexuality as a two-way process in early to mid-twentieth-century Britain », in : Willem de Blécourt/ Cornelia Osborne (éds), *Cultural approaches to the history of medicine* (New York 2004) 192-211.
- Corbin, Alain**, « La nécessaire manifestation de l'énergie sexuelle », in : Alain Corbin (éd.), *Histoire de la virilité. Le triomphe de la virilité. Le 19^e siècle 2* (Paris 2011a) 127-157.
- « L'injonction de la virilité, source d'anxiété et d'angoisse », in : Alain Corbin (éd.), *Histoire de la virilité. Le triomphe de la virilité. Le 19^e siècle 2* (Paris 2011b) 357-374.
- Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au 19^e siècle* (Paris 1987)
- « L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption. Contribution à l'histoire de l'hérédité morbide », *Romantisme* 31 (1981) 131-150.
- Courtine, Jean-Jacques**, *Histoire de la virilité* La virilité en crise ? Les 20^e et 21^e siècle 3 (Paris 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* 64 (2009) 518-548.

D

- Daniels, Cynthia R.**, *Exposing men. The science and politics of male reproduction* (New York 2006)
- Darmon, Pierre**, *La vie quotidienne du médecin parisien en 1900* (Paris 1988)
- Daston, Lorraine/Peter Galison**, *Objectivité* (Nazareth et Waregem 2012)

Delessert, Thierry, *Sortons du ghetto. Histoire politique des homosexualités en Suisse, 1950-1990* (Zurich et Genève 2021)

« Des testicules au cerveau. Convertir chirurgicalement un corps homosexuel (1916-1960) », in : Hélène Martin/Marta Roca i Escoda (éds), *Sexuer le corps. Huit études sur des pratiques médicales d'hier et d'aujourd'hui* (Lausanne 2019) 17-32.

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* 100 (2010) 110-114.

Diczfalusy, E., « World Health Organization. Special programme of research, development and research training in human reproduction. The first fifteen years : A review », *Contraception* 34 (1986) 3-119.

Dorlin, Elsa, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française* (Paris 2006)

Dose, Ralph, « The World League for Sexual Reform : Some possible approaches », *Journal of the history of sexuality* 12 (2003) 1-15.

Dyhouse, Carol, « Women students and the London Medical Schools, 1914-39 : The anatomy of a masculine culture », *Gender & history* 10 (1998) 110-132.

E

Ehrenreich, Barbara/Deirdre English, *For her own good. Two centuries of the experts' advice to women* (New York 1978)

F

Farge, Arlette, *Le goût de l'archive* (Paris 1989)

Faure, Olivier/Hervé Guillemain, « Pour une autre histoire des pratiques médicales alternatives », *Histoire, médecine et santé* 14 (2019) 9-28.

Featherstone, Lisa, « Pathologising white male sexuality in late nineteenth-century Australia through the medical prism of excess and constraint », *Australian historical studies* 41 (2010) 337-351.

Fidolini, Vulca, « Habiter l'ordre hétéronormatif et la masculinité par le mariage », *Genre, sexualité et société* 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* 17 (2010) 77.

« 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* 11 (1995) 240-242.

Fischer, Suzanne M., « Diseases of men : Sexual health and medical expertise in advertising Medical institutes », 1900-1930, thèse de doctorat en histoire, University of Minnesota (Minneapolis 2009)

Forth, Christopher E., « Civilization and its discontents : Modernity, manhood and the body in the early Third Republic », in : Christopher E. Forth/Bertrand Taithe (éds), *French masculinities. History, culture and politics* (New York 2007) 85-102.

« Guts and manhood : The culture of the abdomen in modern France », in : Christopher E. Forth/Ivan Crozier (éds), *Body parts. Critical explorations on corporality* (Laham 2005) 191-206.

« Neurasthenia and manhood in fin-de-siècle France », in : Marijke Gijswijt-Hofstra/Roy Porter (éds), *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War* (Amsterdam 2001) 329-361.

Foucault, Michel, *L'origine de l'herméneutique de soin* (Paris 2013)

Fredj, Claire, « Retrouver le patient colonisé. Les soins aux "indigènes" dans l'Algérie coloniale (fin 19^e siècle-années 1930) », *Histoire, médecine et santé* 7 (2015) 37-50.

« Encadrer la naissance dans l'Algérie coloniale. Personnels de santé et assistance à la mère et à l'enfant "indigènes" (19^e-début du 20^e siècle) », *Annales de démographie historique* 2 (2011) 169-203.

Frenk, Edgar, « Le service de dermatologie et de vénéréologie du Centre hospitalier universitaire vaudois », in : Edgar Frenk (éd.), *Dermatologie und Venerologie in der Schweiz* (Neuchâtel 2002) 49-64.

Fussinger, Catherine, « Psychiatres et psychanalystes dans les années 1950. Tentations, tentatives et compromis : le cas suisse », in : Jacques Arveiller (éd.), *Psychiatries dans l'histoire* (Caen 2008) 171-188.

Fussinger, Catherine/Chantal Ostorero, « La question sexuelle ». Des seuils de tolérance en réélaboration », *Équinoxe* 22 (1998) 101-114.

G

Gagnon, John H., *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir* (Paris 2008)

Garcia, Sandrine, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants* (Paris 2011)

Gardey, Delphine/Ilana Löwy, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin* (Paris 2000)

Garibian, Taline, « Medicine and the paradox of the decriminalization of homosexuality in Switzerland : Toward a new system of coercion (1940-1960) », in : Alain Giami/Sharman Levinson (éds), *Histories of sexuality. Between science and politics* (Cham 2021) 103-117.

« Les patient-e-s du docteur Forel. Une consultation de sexologie épistolaire », *Histoire, médecine et santé* 12 (2018) 57-72.

« De la question sexuelle à la sexologie médicale : une histoire des savoirs sur les sexualités (Suisse romande, 1890-1970) », thèse de doctorat, Université de Lausanne/Université Toulouse Jean-Jaurès (Toulouse/Lausanne 2017)

Gaudillière Jean-Paul, *La médecine et les sciences : 19^e-20^e siècles* (Paris 2008)

- « The farm and the clinic : An inquiry into the making of our biotechnological modernity », *Studies in history and philosophy of biological and biomedical sciences* 38 (2007) 521-529.
- « On ne naît pas homme ... À propos de la construction biologique du masculin », *Mouvements* 1 (2004) 15-23.
- « La fabrique moléculaire du genre : hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule », *Cahiers du genre* 34 (2003) 57.
- Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)* (Paris 2002)
- Gauthier, Marie-Véronique**, *Le cœur et le corps - Du masculin dans les années 1960* (Paris 1999)
- Gavrus, Delia Elena**, « Men of strong opinions : Identity, self-representation, and the performance of neurosurgery, 1919-1950 », thèse de doctorat en histoire, University of Toronto (Toronto 2011)
- Gerbod, Paul**, « Les "fièvres thermales" en France au 19^e siècle », *Revue historique* 277 (1987) 309-334.
- Giami, Alain**, « Le "glauque" ou la production de sperme infertile », *Ethnologie française* (2011) 41-48.
- « Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité », in : Sanni Yaya (éd.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-antropologiques et éthiques* (Montréal 2009) 225-249.
- « La médicalisation de la sexualité : aspects sociologiques et historiques », in : Alain Giami/Laurence Piétri (éds), *Les traitements de l'impuissance* (Paris 1999) 173-186.
- « La médicalisation de la sexualité : Aspects sociologiques et historiques », *Andrologie* 8 (1998) 383-390.
- Gieryn, Thomas F.**, *Cultural boundaries of science : Credibility on the line* (Chicago 1999)
- Gleisner, Jenny/Ericka Johnson**, « Caring for affective subjects produced in intimate healthcare examinations », *Health* 0 (2021) 1-20.
- Goens, J.**, « Impact littéraire de la campagne de propagande antivénérienne du tournant du siècle », *Vesalius* 2 (1996) 126-131.
- Golinski, Jan**, « The care of the self and the masculine birth of science », *History of science* 40 (2002) 125-145.
- Gouilhers, Solène**, « Gouverner par le risque : une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande », thèse de doctorat en sociologie, Université de Genève (Genève 2017)
- Goulet, Denis**, *Le commerce des maladies. La publicité des remèdes au début du siècle* (Ville Saint-Laurent 1987)
- Gourarier, Mélanie**, *Alpha mâle. Séduire les femmes pour s'apprécier entre hommes* (Paris 2017)
- Griffin, Ben**, « Hegemonic masculinity as an historical problem », *Gender & history* 30 (2018) 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* 0 (2021) 1-18.

Gurtler, Bridget E., « Synthetic conception : Artificial insemination and the transformation of reproduction and family in nineteenth and twentieth century America », thèse de doctorat en histoire, Rutgers University (New Brunswick 2013)

H

Haggett, Ali, *A history of male psychological disorders in Britain, 1945–1980* (Londres 2015)

Hall, Lesley A., *Hidden anxieties. Male sexuality, 1900-1950* (Cambridge 1991)

Hamamah, Samir/Salomé Berlioux, *Rapport sur les causes d'infertilité. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité* (Paris 2022)

Hanafi, Nahema, « Testicules, masculinités et normes de genre. Les récits scientifiques français sur les castrats italiens au siècle des Lumières », *Histoire, médecine et santé* 25 (à paraître)

« Je décharge quelquefois sans bander parfaitement... « : évocations masculines de la sexualité avec le médecin Samuel-Auguste Tissot », *Dix-huitième siècle* 47 (2015) 103-118.

« Pudeurs des souffrants et pudeurs médicales », *Histoire, médecine et santé* 1 (2012) 9-18.

Hanley, Anne, « "The great foe to the reproduction of the race" : Diagnosing and treating infertility caused by venereal diseases, 1880-1914 », in : Gayle Davis/Tracey Loughran (éds), *The Palgrave handbook of infertility in history. Approaches, contexts, and perspectives* (Londres 2017) 335-358.

Harsin, Jill, « Syphilis, wives, and physicians : Medical ethics and the family in late nineteenth- century France », *French historical studies* 16 (1989) 72-95.

Hegarty, Peter, « Homosexual signs and heterosexual silences : Rorschach research on male homosexuality from 1921 to 1969 », *Journal of the history of sexuality* 12 (2003) 400-423.

Heller, Geneviève/Gilles Jeanmonod/Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au 20^e siècle* (Chêne-Bourg 2002)

Herbst Lewis, Carolyn, *Prescription for heterosexuality. Sexual citizenship in the Cold War era* (Chapel Hill 2010)

Hilde van Baal, Anne, « J'ai vu une femme publique ». Sexuality, venereal disease and homeopathy in nineteenth-century Ghent : The tale of the patient », in : Robert Jütte (éd.), *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* (Stuttgart 2002) 179-196.

Hoberman, John, *Testosterone dreams. Rejuvenation, aphrodisia, doping* (Berkeley 2005)

Hofer, Hans-Georg, « Der Frauenarzt und die Sterilität des Mannes : Über das Verhältnis von Gynäkologie und Andrologie in den 1950^{er} Jahren », in : Christoph

Anthuber *et al.* (eds), *Herausforderungen. 100 Jahre Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde* (Stuttgart 2012) 186-196.

Huss, Marie-Monique, « Pronatalism in the inter-war period in France », *Journal of contemporary history* 25 (1990) 39-68.

J

Jablónka, Ivan, « L'enfance ou le "voyage vers la virilité" », in : Alain Corbin (éd.), *Histoire de la virilité. Le triomphe de la virilité. Le 19^e siècle 2* (Paris 2011) 33-61.

Jacquemart, Alban, « Quand le militantisme trouble l'identité de genre », *Terrains & travaux* 10 (2006) 77-90.

Janett, Mirjam *et al.*, « Doctors, families and the industry in the clinic : The management of "intersex" children in Swiss paediatric medicine (1945-1970) », *Medical History* 65 (2021) 286-305.

Johnson, Ericka, *A cultural biography of the prostate* (Cambridge 2021)

K

Kampf, Antje, « Tales of healthy men : Male reproductive bodies in biomedicine from "Lebensborn" to sperm banks », *Health* 17 (2012) 20-36.

Kernahan, Peter J., « Surgery becomes a specialty : Professional boundaries and surgery » in : Thomas Schlich (éd.), *The Palgrave handbook of the history of surgery* (Londres 2018) 95-114.

Knibiehler, Yvonne, *Histoire des mères et de la maternité en Occident* (Paris 2017)

« L'éducation sexuelle des filles au 20^e siècle », *Clio. Femmes, genre, histoire* 4 (1996) 139 - 160.

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

L

Laqueur Thomas W., *Solitary sex. A cultural history of masturbation* (New York 2003)

Laugier, Paul/Nicolas Hunziker/Monika Harms, « La Clinique de dermatologie de Genève », in : Edgar Frenk (éd.), *Dermatologie und Venerologie in der Schweiz* (Neuchâtel 2002) 27-48.

Lefebvre, Thierry, « Paris, ville syphilitique : note d'un Vaudois », *Revue d'histoire de la pharmacie* 332 (2001) 584-585.

« Syphilis et automédication au tournant du siècle », *Revue d'histoire de la pharmacie* 83 (1995) 43-51.

Léonard, Jacques, « Les guérisseurs en France au 19^e siècle », *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 27 (1980) 501-516.

La France médicale au 19^e siècle (Paris 1978)

La vie quotidienne du médecin de province au 19^e siècle (Paris 1977a)

« Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent, en France au 19^e siècle », *Annales. Histoire, sciences sociales* 32 (1977b) 887-907.

Liotard-Schneider, Frédérique, « Les experts de l'intime et les femmes, médecins et démographes en France de 1945 à 1975 », thèse de doctorat en histoire, Université Paris Ouest-Nanterre La Défense (Paris 2010)

Loux, Françoise, « La médecine familiale dans la France rurale (note de recherche) », *Culture et clinique* 14 (1990) 83-92.

Luca Barrusse, Virginie de, « Le genre de l'éducation à la sexualité des jeunes gens (1900-1940) », *Cahiers du genre* 49 (2010) 155-182.

Luca Barrusse, Virginie de/Anne-Françoise Praz, « The emergence of sex education : A Franco-Swiss comparison, 1900-1930 », *Journal of the history of sexuality* 24 (2015) 46-74.

M

Mahmood, Saba, *Politique de la piété. Le féminisme à l'épreuve du renouveau islamique* (Paris 2009)

Malherbe, Nicole, *Péril vénérien. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Lausanne et à Neuchâtel avant l'apparition du Sida* (Neuchâtel 2002)

Marchand, André, « Opothérapie : émergence et développement d'une technique thérapeutique (France, 1889-1940) », thèse de doctorat en histoire des techniques, Conservatoire national des arts et métiers (Paris 2014)

Margolin, Leslie, *The etherized wife. Privilege and power in sex therapy discourse* (Oxford 2021)

« Sexual frigidity : The social construction of masculine privilege and feminine pathology », *Journal of gender studies* 26 (2017) 583-594.

Marland, Hilary, « "The diffusion of useful information" : Household practice, domestic medical guides and medical pluralism in nineteenth-century Britain », in : Robert Jütte (éd.), *Medical pluralism. Past - present - future* (Stuttgart 2013) 81-100.

Marsh, Margaret/Wanda Ronner, *The empty cradle. Infertility in America from colonial times to the present* (Baltimore et Londres 1996)

Martín-Moruno, Dolores/Brenda Lynn Edgar/Marie Leyder, « Feminist perspectives on the history of humanitarian relief (1870-1945) », *Medicine, conflict and survival* 36 (2020) 2-18.

Martin, Marc, *Les tasses. Toilettes publiques - Affaires privées* (Paris 2019)

Histoire de la publicité en France (Nanterre 2012)

Trois siècles de publicité en France (Paris 1992)

Mazaleigue-Labaste, Julie, « Perversions parisiennes », *Histoire, médecine et santé* 12 (2018) 19-38.

Les déséquilibres de l'amour. La genèse du concept de perversion sexuelle de la Révolution française à Freud (Montreuil-sous-Bois 2014)

- McLaren, Angus**, *Impotence. A cultural history* (Chicago et Londres 2007)
The trials of masculinity. Policing sexual boundaries, 1870-1930 (Chicago et Londres 1997)
- Micale, Mark S.**, *Hysterical men. The hidden history of male nervous illness* (Cambridge et Londres 2008)
- Mohr, Sebastian**, « Containing sperm – managing legitimacy : Lust, disgust, and hybridity at Danish sperm banks », *Journal of contemporary ethnography* 45 (2016) 319-342.
- 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* 14 (2012) 121-142.
- Moore Downham, Alison M./Rashmi Pithavadian**, « Aphrodisiacs in the global history of medical thought », *Journal of global history* 16 (2021) 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* 207 (2004) 75-95.
- Mortas, Pauline**, « Forces viriles immédiatement retrouvées ». La fabrique des masculinités par les publicités contre l'impuissance dans la presse sous la III^e République », *Le Temps des médias* 36 (2021) 62-83.
 « Hot stuff. Anatomy of the sex market at the dawn of the twentieth century », *French History* 34 (2020) 213-234.
- Moscucci, Ornella**, *The science of woman. Gynaecology and gender in England 1800-1929* (Cambridge 1990)
- Mosse, George L.**, *The image of man. The creation of modern masculinity* (Oxford et New York 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* 31 (2012) 31-50.
- Moulinié, Véronique**, *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang* (Paris 1998)
- Muller, Caroline**, *Au plus près des âmes et des corps. Une histoire intime des catholiques au 19^e siècle* (Paris 2019)
- Muller, Caroline**, « Prêtre, homme, autre ? Relire l'histoire de l'anticléricalisme par le genre », in : Caroline Muller/Nicolas Guyard (éds), *Les sources du sacré. Nouvelles approches du fait religieux* (Lyon 2018) 121-138.
- Myhre, Eivind/Øyvind Thomassen**, « The construction of an accepted masculinity : Castration in high security psychiatric institutions in Norway 1923-1945 », in : Ingrid Lander/Signe Rayn/Nina Jon (éds), *Masculinities in the criminological field. Control, vulnerability and risk-taking* (Farnham et Burlington 2014) 89-112.

N

Naour, Jean-Yves Le, *Misères et tourments de la chair. Les mœurs sexuelles des Français, 1914-1918* (Paris 2002a)

« Sur le front intérieur du péril vénérien (1914-1918) », *Annales de démographie historique* 103 (2002b) 107-120.

Naville, Marcel/Roger Mayer, *Histoire de la Société médicale de Genève (1823-1993)* (Genève 1994)

Nye, Robert A, « Medicine and science as masculine "fields of honor" », *Osiris* 12 (1997) 60-79.

Masculinity and male codes of honor in modern France (Oxford et New York 1993)

« Honor, impotence, and male sexuality in nineteenth-century French medicine », *French historical studies* 16 (1989) 48-71.

O

O'Neill, Timothy H., « The invisible man ? : Problematising gender and male medicine in Britain and America, 1800-1950 », thèse de doctorat en histoire, University of Manchester (Manchester 2003)

O'Shea, Christopher D., « Visions of masculinity : Home-health advice literature, medical discourse and male sexuality in English-Canada, 1870-1914 », thèse de doctorat en histoire, University of Guelph (Guelph 2003)

Ohayon, Annick, « L'émergence d'un mouvement sexologique français (1929-1939), entre hygiénisme, eugénisme et psychanalyse », *PSN-Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences* 1 (2003) 50-61.

L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France (1919-1969) (Paris 1999)

Olivier, Cyril, *Le vice ou la vertu. Vichy et les politiques de la sexualité* (Toulouse 2005)

Oosterhuis, Harry, « Medical science and the modernisation of sexuality », in : Franz X. Eder/Lesley A. Hall/Gert Hekma (éds), *Sexual cultures in Europe. National histories* (Manchester et New York 1999) 221-241.

Oudshoorn, Nelly, *The male pill : A biography of a technology in the making* (Durham 2003)

« Menopause, only for women ? The social construction of menopause as an exclusively female condition », *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 18 (1997) 137-144.

Beyond the natural body. An archeology of sex hormones (Londres et New York 1994)

P

Paris, Myriam, *Nous qui versions la vie goutte à goutte. Féminismes, économie reproductive et pouvoir colonial à la Réunion* (Paris 2020)

Pavard, Bibia, « Du birth control au Planning familial (1955-1960) : un transfert militant », *Histoire@Politique* 18 (2012a) 162-178.

Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979) (Rennes 2012b)

« Contraception et avortement dans *Marie-Claire* (1955-1975) : De la méthode des températures à la méthode Karman », *Temps des médias* 12 (2009) 100-113.

Pedroni, Matteo, « Radiographie de la peur : 40 ans de lutte contre la syphilis à Lausanne (1890-1930) », *Revue historique vaudoise* 103 (1995) 139-186.

Pfeffer, Naomi, *The stork and the syringe. A political history of reproductive medicine* (Cambridge 1993)

Pigeard-Micault, Natalie, « Nature féminine » et doctoresses (1868-1930) », *Histoire, médecine et santé* 3 (2013) 83-100.

Pinell, Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales* 156-157 (2005) 3-17.

Pitsos, Nicolas, « Le moteur humain en panne s'affiche : le corps épuisé au tournant du 19^e siècle », in : Laurence Guignard/Pascal Raggi/Etienne Thévenin (éds), *Corps et machines à l'âge industriel* (Rennes 2011) 291-303.

Plessis, Rory du, « Madness, masturbation and masculinity in the casebooks of the Grahamstown Lunatic Asylum, 1890-1907 », *Gender questions* 7 (2019) 1890-1907.

Porter, Roy, « The patient's view : Doing medical history from below », *Theory and society* 14 (1985) 175-198.

Praz, Anne-Françoise, « L'éducation sexuelle, entre médecine, morale et pédagogie : débats transnationaux et réalisations locales (Suisse romande 1890-1930) », *Paedagogia historica* 50 (2014) 165-181.

De l'enfant utile à l'enfant précieux. Filles et garçons dans les cantons de Vaud et Fribourg (1860-1930) (Lausanne 2005)

Q

Quétel, Claude, *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis* (Paris 1986)

R

Rajpert-De Meyts, Eva et al., « Goodbye *International Journal of Andrology*, welcome *Andrology* ! », *International journal of andrology* 35 (2012) 769-774.

Rasmussen, Anne, « Internationalismes au début du 20^e siècle », in : Stéphane Audoin-Rouzeau/Jean-Jacques Becker (éds), *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918* (Paris 2004) 71-82.

Rebreyend, Anne-Claire, « May 68 and the changes in private life : A "sexual liberation" ? » in : Julian Jackson/Anna-Louise Milne/James S. Williams (éds), *May 68. Rethinking France's last revolution* (New York 2011) 148-160.

Intimités amoureuses, France 1920-1975 (Toulouse 2008)

Reeser, Todd W./Lucas Gottzén, « Masculinity and affect : New possibilities, new agendas », *Norma* 13 (2018) 145-157.

Révenin, Régis, *Une histoire des garçons et des filles. Amour, genre, sexualité dans la France d'après-guerre* (Paris 2015)

Rhoades, Michelle K., « Renegotiating French masculinity : Medicine and venereal disease during the Great War », *French historical studies* 29 (2006) 1914-1945.

Rieder, Philip, *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876-1920)* (Lausanne 2009)

À l'orée de la vie : Cent ans de gynécologie et d'obstétrique à la Maternité de Genève (Genève 2007)

« Médecins et patients à Genève : offre et consommations thérapeutiques à l'époque moderne », *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 52-1 (2005) p. 39-63.

« La Maternité de Genève (1874-1907), une nouvelle porte d'entrée dans la vie ? », *Gesnerus* 57 (1999) 51-76.

« Entre liberté et contrôle, les privés-docents et l'enseignement de la médecine à Genève entre 1876 et 1917 », *Gesnerus* 54 (1997) 74-95.

Robinson Emily, « Touching the void : Affective history and the impossible », *Rethinking history* 14 (2010) 503-520.

Rodriguez, Eva, « La différence sexuelle au cabinet des anthropologues parisiens à la fin du 19^e siècle », *Émulations : Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales* 15 (2018) 73-86.

Ronsin, Francis, *La grève des ventres. Propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (19^e-20^e siècles)* (Paris 1980)

Rosen, George, *The specialization of medicine with particular reference to ophthalmology* (New York 1944)

Rosenberg, Clifford, « The colonial politics of health care provision in interwar Paris », *French historical studies* 27 (2004) 637-668.

Rosenman, Ellen Bayuk, « Body doubles : The spermatorrhea panic », *Journal of the history of sexuality* 12 (2003) 365-399.

Rousseau, Guido, « La santé par correspondance : Un mode de mise en marché des médicaments brevetés au début du siècle », *Histoire sociale / Social history* 28 (1995) 1-26.

Roux, Alexandra, « Par amour des femmes ? La pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale », thèse de doctorat en sociologie, EHESS (Paris 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* 30 (2019) 375-398.

« Deux enfants, c'est déjà pas mal ». *Famille et fécondité en Suisse (1955-1970)* (Lausanne 2017)

« Fathers in 1960s Switzerland : A silent revolution ? » *Gender & history* 27 (2015a) 828-843.

« Reproductive behavior and contraceptive practices in comparative perspective, Switzerland (1955-1970) », *The History of the family* 20 (2015b) 41-68.

Rusterholz, Caroline/Anne-Françoise Praz, « Une transition au féminin ? Modèles de parentalité et fécondité en Suisse (1955-1970) », *Genre, sexualité et société* 16 (2016) 0-19.

S

Saudan, Guy, *La médecine à Lausanne du 16^e au 20^e siècle* (Denges 1991)

Schiebinger, Londa, *Nature's body. Gender in the making of modern science* (New Brunswick 1993)

Sédat, Jacques, « La réception de Freud en France durant la première moitié du 20^e siècle. Le freudisme à l'épreuve de l'esprit latin », *Topique* 115 (2011) 51-68.

Sengoopta, Chandak, *The most secret quintessence of life : Sex, glands, and hormones, 1850-1950* (Chicago et Londres 2006)

« Dr Steinach coming to make old young ! : Sex glands, vasectomy and the quest for rejuvenation in the roaring twenties », *Endeavour* 27 (2003) 122-126.

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

Sigg, Christian, « Andrology », in : Société suisse de dermatologie et de vénéréologie (éd.), *Spirit and soul of Swiss dermatology and venereology 1913-2013* (Neuchâtel 2013) 370-371.

Sinding, Christiane, « Le sexe des hormones : L'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles », *Cahiers du genre* 34 (2003) 39-56.

Sohn, Anne-Marie, « Sois un homme ! » La construction de la masculinité au 19^e siècle (Paris 2009)

« Les individus-femmes entre négation du moi et narcissisme. Les auditrices de Mémie Grégoire (1967-1968) », in : Geneviève Dreyfus-Armand *et al.* (eds), *Les années 68 : Le temps de la contestation* (Paris 2000) 179-197.

Cbrysalides. Femmes dans la vie privée (19^e-20^e siècles) (Paris 1996)

Stephens, Elizabeth, « Pathologizing leaky male bodies : Spermatorrhea in nineteenth-century British medicine and popular anatomical museums », *Journal of the history of sexuality* 17 (2008) 421-438.

Stewart, Mary Lynn, « "Science is always chaste" : Sex education and sexual initiation in France, 1880s-1930s », *Journal of contemporary history* 32 (1997) 381-394.

Stolberg, Michael, « An unmanly vice : Self-pollution, anxiety, and the body in the eighteenth century », *Social history of medicine* 13 (2000) 1-22.

Stora-Lamarre, Annie, *L'enfer de la III^e République. Censeurs et pornographes (1881-1914)* (Paris 1990)

Strauss, Anselm *et al.*, « Sentimental work in the technologized hospital », *Sociology of health and illness* 4 (1982) 254-278.

Surkis, Judith, « Enemies within : Venereal disease and the defense of French masculinity between the wars », in : Christopher E. Forth/Bertrand Taithe (éds), *French masculinities. History, culture and politics* (New York 2007) 103-133.

Sutton, Katie, *Sex between body and mind : Psychoanalysis and sexology in the German-speaking world 1890s-1930s* (Ann Arbor 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 », thèse de doctorat en histoire, University of Florida (Gainesville 2017)

T

Tamagne, Florence, « La Ligue mondiale pour la réforme sexuelle : La science au service de l'émancipation sexuelle ? » *Clio. Histoire, femmes et sociétés* 22 (2005) 101-121.

Tesnière, Valérie/Alina Cantau, « Les revues médicales depuis 1800 », *Revue de synthèse* 135 (2014) 203-219.

Thébaud, Françoise, « Deuxième guerre, femmes et rapports de sexe. Essai d'historiographie », *Bijdragen tot de Eigentijdse Geschiedenis* 32 (1998) 227-248.

Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres (Lyon 1986)

Thievenaz, Joris, « L'analyse des activités du patient : Une occasion de réinterroger la notion de travail », *Éducation et socialisation* 44 (2017) 1 - 15

Thomas de la Peña, Carolyn, *The body electric. How strange machines built the modern American* (New York 2003)

Thomé, Cécile, « La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960-années 2010) », thèse de doctorat en sociologie, EHESS (Paris 2019)

Thomé, Cécile/Mylène Rouzaud-Cornabas, « Comment ne pas faire d'enfants ? : La contraception, un travail féminin invisibilisé », *Recherches sociologiques et anthropologiques* 48 (2017) 117-137.

Tosh, John, « Hegemonic masculinity and the history of gender », in : Stefan Dudink/Karen Hagemann/John Tosh (éds), *Masculinities in politics and war. Gendering modern history* (Manchester et New York 2004) 41-60.

U

Unruh, Kenton T./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" », *Conference proceedings. Ethnographic praxis in industry conference* 23 (2008) 40-50.

V

Valier, Helen, *A history of prostate cancer. Cancer, men and medicine* (Londres 2016)

- Vann, Michael G., « Sex and the colonial city : Mapping masculinity, whiteness, and desire in French occupied Hanoi », *Journal of world history* 28 (2017) 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 », thèse de doctorat en sociologie. Université Paris-Saclay/Université Paris-Sud (Paris 2017)
- « Où est mon andrologue ? Le tabou masculin en santé sexuelle et reproductive », mémoire de l'Institut d'études politiques de Grenoble (Grenoble 2011)
- 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* 14 (2006) 222-230.
- Villey, Raymond, *Histoire du secret médical* (Paris 1986)
- Vörös, Florian, « Partager l'intimité des publics : genre, sexualité et complicité hégémonique dans une enquête en réception », *Sciences de la société* 92 (2014) 193-207.
- Vuille, Marilène, « L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980 », *Travail, genre et sociétés* 34 (2015) 39-56.

W

- Waidzunus, Tom/Steven Epstein, « "For men arousal is orientation" : Bodily truthing, technosexual scripts, and the materialization of sexualities through the phallogometric test », *Social studies of science* 45 (2015) 187-213.
- Waites, Geoffrey M.H., « Development of methods of male contraception : Impact of the World Health Organization Task Force », *Fertility and sterility* 80 (2003) 1-15.
- Watson, Lindsay R., « Tom Tiddler's ground : Irregular medical practitioners and male sexual problems in New Zealand, 1858-1908 », *Medical history* 57 (2013) 537-558.
- Weiner, Dora B./Michael J. Sauter, « The city of Paris and the rise of clinical medicine », *Osiris* 18 (2003) 23-42.
- Weisz, George, *Divide and conquer. A comparative history of medical specialization* (Oxford et New York 2006)
- « Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone », *Actes de la recherche en sciences sociales* 156-157 (2005) 37-51.
- « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social history of medicine* 7 (1994) 177-211.
- Wilde, Sally, « The elephants in the doctor-patient relationship : Patients' clinical interactions and the changing surgical landscape of the 1890s », *Health and history* 9 (2007) 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* 38 (2007) 303-315.

Wöllmann, Torsten, « Zur Medikalisierung von Männlichkeiten Das Beispiel Andrologie », in : Mechthild Bereswill/Michael Meuser/Sylka Scholz (éds), *Dimensionen der Kategorie Geschlecht : Der Fall Männlichkeit* (Münster 2007) 169-185.

« Andrologie und Macht : Die medizinische Neuerfindung des Männerkörpers », in : Ilse Lenz/Lisa Mense/Charlotte Ullrich (éds), *Reflexive Körper ? Zur Modernisierung von Sexualität und Reproduktion* (Opladen 2004) 255-280.

Z

Zancarini-Fournel, Michelle, « Contraception et avortement dans les Antilles françaises (Guadeloupe et Martinique, 1964-1975) », *Clio. Femmes, genre, histoire* 50 (2020) 87-108.

« Genre et politique : Les années 1968 », *Vingtième siècle : Revue d'histoire* 75 (2002) 133-143.

Zorgniotti, Adrian W., « AUA members, branches, and sections : Early politics (1902-1919) », *Urology* 23 (1988) 478-481.

« The creation of the American urologist, 1902-1912 », *Bulletin of the New York Academy of medicine* 52 (1976) 283-292.

Travaux non-publiés

Serna, Élodie, « 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 (Paris 2021b).

Index des noms de personnes

A

Aboulker, Pierre, 335
Ajuriaguerra, Julian de, 255, 256
Albarrán, Joaquín, 38, 39, 130
Albuquerque, José Oliveira Pereira de, 110-114, 423, 425
Amram, Aimé, 97, 264, 423
Ancel, Paul, 105
Augagneur, Victor, 187
Auvard, Alfred, 87, 424

B

Bayle, Henri, 286, 327-332, 334, 335, 425
Beard, George Miller, 94, 437
Belaïsch, Jean, 401
Bérenger, Henry, 190
Bergerot-Blondel, Yvette, 316, 424
Bertholet, Édouard, 91, 424
Bickel, Georges, 225, 424
Boin, Pol, 105
Boller, William George, 157, 424
Bompard, Étienne, 223, 428
Bonjour, Jules, 295, 424
Bosse, H.G., 389
Bourguignon, Georges, 18, 21, 39, 44, 124, 130, 132, 133, 136, 137, 139, 150, 204, 215, 216, 219-224, 226-237, 239, 240, 241, 243-248, 264, 271, 273, 276, 279, 282, 285, 286, 289, 306, 411, 420, 424
Boven, William, 257, 301
Bricaire, Henri, 291, 307, 424
Brioux, Eugène, 187
Brown-Séguard, Charles-Édouard, 99, 100, 104, 172-175
Buret, Frédéric, 79, 424

C

Camey, Maurice, 273, 278, 289, 425
Carrel, Alexis, 324
Cathelin, Fernand, 62, 63, 80, 152, 425
Chalier, André, 294, 425
Charpentier, René, 221, 276
Chaſtellux, François de, 66
Chauvin, André-Raymond, 285, 315, 425
Chevassu, Maurice, 97, 327, 425
Choux, Jean, 196

Civiale, Jean, 50, 51, 53, 54, 56, 164, 425, 428, 432
Claude, Henri, 77, 97, 124, 444
Cognat, Michel, 397
Cohen, Jean, 278, 324, 344, 372, 373, 382, 425
Corner, Edred Moss, 72, 73, 74, 424, 425
Couvlaire, Roger, 228, 274, 277, 296, 297, 425
Czyba, Jean-Claude, 401, 425
Czyglik, Françoise, 316

D

Dabout, Eugène, 109, 422
Dalsace, Jean, 99, 332, 355, 361, 420, 425
David, Georges, 383, 387, 388, 394, 395, 425
Debù-Bridel, Jacques, 341
Delamare, Jean, 65, 75, 422
Delamare, Valery, 65, 75, 422
Delay, Gustave, 205, 421
Delbet, Paul, 88, 426
Devraigne, Louis, 293, 426
Dind, Émile, 64
Dreyfus-Moreau, Jacqueline, 291, 307, 371, 424
Dumas, E., 158, 159, 426, 429

E

Eck, Marcel, 227, 279, 284, 426
Eliasson, Rune, 389, 392, 393, 397-400, 426

F

Fey, Bernard, 333, 334, 335
Fischer-Dückelmann, Anna, 146, 148
Flournoy, Henri, 250
Forel, Auguste, 98, 122, 126, 176, 210, 426, 437
Fournier, Alfred, 91, 123, 172, 285, 426
Foveau de Courmelles, François Victor, 77
Friedan, Betty, 364
Funck-Brentano, Louis, 426
Fürſtenheim, Ernst, 68

G

Galtier-Boissière, Émile, 204, 426
 Garnier, Marcel, 65, 75, 422
 Garrone, Gaëtan, 254, 426
 Gauducheau, A., 197
 Geisendorf, William, 356, 358
 Godart, Justin, 193, 206
 Goizet, Louis-Henri, 173
 Goubert, Émile, 187
 Gougerot, Henri, 195, 285
 Gouyguo, Charles, 330, 331, 332, 335
 Grandjean, Valentin, 189
 Grégoire, Ménéie, 19, 288, 289, 291, 303, 367, 368, 370, 378-381, 383, 420, 434, 446
 Gschwend, J., 95
 Guépin, Ange-Jean, 79
 Guillon, Georges, 284, 343, 383, 385, 426
 Guyon, Félix, 56, 79, 428

H

Hafez, Elsayed Saad Eldin, 393, 427
 Hamonic, Paul, 76-79, 82, 109, 112, 424
 Hartmann, Henri, 80, 427
 Hellinga, Gerhardus, 389
 Herriot, Édouard, 61, 420
 Higier, Stanislas, 97, 246, 427
 Hotchkiss, Robert Sherman, 326, 432
 Huysmans, Joris Karl, 134

I

Iriart d'Etchepare, Louis d', 135

J

Jamieson, James, 68, 427
 Janet, Jules, 88
 Jardin, Alain, 401
 Jaworski, Helan, 205
 Jentzer, Albert, 253, 427
 Joël, Charles, 312, 325, 396, 421
 Jouannet, Pierre, 395
 Junet, Robert, 224, 427

K

Kahlert, Émile, 171
 Keyes, Edward Lawrence, 70
 Kiffer, Bernard, 243, 427
 Koenig, René, 348
 Krebs, Albert, 396
 Kummer, Ernest-Frédéric, 57, 148, 427

L

Lacomme, Maurice, 324
 Ladame, Charles, 257
 Laffont, Amédée, 292
 Lagroua Weill-Hallé, Marie-Andrée, 354, 362, 364, 365, 367, 427
 Laharpe, Francisque, 129
 Laignel-Lavaštine, Maxime, 110, 427
 Lallemand, Claude-François, 93, 126, 210
 Lamare, Noël, 279, 305, 306, 428
 Lambert, Gustave, 67, 428
 Lapique, Louis, 229
 Lardy, Edmond, 135, 145, 428
 Laroche, Guy, 132, 136, 222, 223, 229, 230, 232, 233, 234, 243, 244, 286, 420, 428
 Laurent, Émile, 149, 191, 428
 Le Fur, René, 210, 428
 Leenhardt, Franz Jehan, 350, 428
 Legueu, Félix, 80, 198, 428
 Leroy d'Étiolles, Jean-Jacques-Joseph, 50, 51, 52, 428
 Levi-Valensin, Jules, 293

M

Mabille, Pierre, 294
 MacLeod, John, 327, 397, 432
 Magnan, Valentin, 90
 Mancini, Roberto, 392
 Mann, Thaddeus, 390, 448
 Martin, Édouard, 57, 436, 441
 Méric, Henry de, 75, 422
 Meyhöfer, Wolfgang, 389
 Meylan, Jacques, 356, 357, 374, 376, 377, 378, 384, 397
 Michel-Wolffromm, Hélène, 227, 361, 364, 371
 Michon, Louis, 331
 Millant, Richard, 100-103, 419, 428
 Moll-Weiss, Augusta, 147
 Moreau, Jean-François, 388, 428
 Morel, Benoît-August, 90
 Moricard, France, 224, 428
 Moricard, René, 224, 428
 Morin, Odette, 316, 428
 Muret, Maurice, 199
 Mutrux, Sylvain, 254, 262, 268, 426, 428

N

Naillat, Roger, 223, 429
 Naumann, Moritz Ernst, 68
 Naville, François, 257, 266, 269, 443

Netter, Albert, 360
 Niehans, Paul, 105, 141, 208, 209,
 421, 429
 Niermann, Hans, 389

O

Ortavant, Robert, 338
 Otto, Friz, 396

P

Palazzoli, Mariot-Max, 97, 276, 280,
 281, 287, 290, 296, 307, 333, 429
 Palmas, Maxime de, 149, 276, 429
 Palmer, Raoul, 324, 334, 343, 344,
 355, 356, 382, 384, 385, 386, 429
 Pasini, Willy, 361
 Perrier, Charles, 57
 Perrin, Émile, 56, 58, 63, 429
 Perrin, Théodore, 56, 58, 63, 429
 Pieczynska, Emma, 145, 429
 Pinel, Charles, 87, 429
 Porcheron, Louis, 129, 429
 Portes, Louis, 324, 328, 329, 330
 Pousson, Alfred, 126, 429
 Powell, John Wesley, 67, 429
 Pozzi, Samuel, 56
 Puigvert, Antoni, 392

R

Ramuz, Charles Ferdinand 134, 429
 Rapin, Oscar, 55
 Reed, Muriel, 309, 429
 Reverdin, Auguste, 57
 Revilliod, Eugène, 79, 429
 Ricord, Philippe, 54, 70, 164
 Ringelmann, ?, 95, 160, 163
 Rochet, Victor, 61
 Rorschach, Hermann, 255, 439
 Roux, César, 57, 445
 Ruggli, Paul, 252
 Rumler, Georges, 95, 159, 160, 162,
 430

S

Saloz, Charles-Eugène, 107, 430
 Sanger, Margaret, 326, 354, 356
 Sängler, Max, 82, 430
 Schiff, Paul, 230, 424
 Schirren, Carl, 389, 390, 391, 430
 Schoysman-Deboeck, Andrée, 397
 Schoysman, Robert, 397
 Seguy, Jean, 313, 430
 Siebke, Harald, 332, 333

Sigg, Christian, 402, 446
 Stall, Sylvanus, 122
 Starling, Ernest, 100
 Steeno, Omer, 389
 Steinach, Eugen, 104, 105, 142, 204,
 429, 446
 Steinberger, Emil, 392
 Sullerot, Évelyne, 354

T

Thélin, Marc-Henri, 349, 350, 430
 Thibault, Charles, 338, 393, 395, 420,
 427
 Tillaux, Paul, 76
 Torris, Georges, 287, 430
 Toulouse, Édouard, 99, 206, 437, 443,
 444
 Toyosi, J.O., 389

V

Valabrègue, Catherine, 358, 364, 372,
 373, 430
 Valensin, Georges, 124, 127, 156, 243,
 277, 309, 430
 Van Keebergen, Georges, 331
 Varangot, Jacques, 324, 387
 Vaucher, Alfred, 55
 Verger, Henri, 204, 430
 Vimeux, Jeanne, 313, 430
 Viollet, Jean, 142, 143, 151, 430
 Vogt, Carl, 174
 Voronoff, Serge, 101, 103-107, 204,
 420, 431, 434, 436
 Vulliet, Henri, 89, 177, 431

W

Waleffe, Maurice de, 185
 Walker, Kenneth, 109, 431
 Watteville, Hubert de, 336, 347, 394,
 397, 421, 431
 Weyeneth, Richard, 286, 336, 347,
 431

Y

Young, Hugh, 153, 431

Z

Zambaco, Démétrius Alexandre,
 101, 102, 431

Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé*

Soigner la virilité. Une histoire de la santé masculine

C. Bajoux, avec une préface par Delphine Gardey, 464 p., 2024

La folie du suicide. La mort volontaire comme objet médical en France au 19^e siècle

E. Yampolsky, avec une préface par Marc Renneville, 432 p., 2023

L'Âme machine. L'invention de l'esprit moderne

G. Makari, titre original : *Soul Machine. The Invention of the Modern Mind*, traduction française par A.-S. Homassel, avec une postface par R. Marion-Veyron, 750 p., 2023

Cet ouvrage n'est pas disponible en format électronique

Le laboratoire des esprits animaux. Modéliser le trouble mental à l'ère de la psychopharmacologie

L. Gerber, 324 p., 2022

Les médecins qui comptent. Médecine populationnelle au 19^e siècle à Genève

Ch. Ruffieux, 305 p., 2022

Les deux langages de la modernité. Jean Starobinski entre littérature et science

A. Trucchio, 250 p., 2021

Le mouvement peut-il guérir ? Les usages médicaux de la gymnastique au 19^e siècle

G. Quin, 352 p., 2019

Visages. Histoires, représentations, créations

Édité par L. Guido, M. Hennard Dutheil de la Rochère, B. Maire, F. Panese et N. Roelens, avec un prélude de J.-J. Courtine, XXII et 410 p., 2017

L'Usage du sexe. Lettres au Dr Tissot, auteur de « L'Onanisme » (1760)

Édition, introduction et notes par P. Singy, X et 278 p., 2014

L'Imprimé scientifique. Enjeux matériels et intellectuels

Édité par M. Nicoli, 186 p., 2014

Les mots du corps. Expérience de la maladie dans des lettres de patients à un médecin du 18^e siècle : Samuel Auguste Tissot

S. Pilloud, avec une préface par O. Faure, XVIII et 374 p., 2013

Maladies en lettres, 17^e-21^e siècles

Édité par V. Barras et M. Dinges, 266 p., 2013

Le compas & le bistouri. Architectures de la médecine et du tourisme curatif.

L'exemple vaudois (1760-1940)

D. Lüthi, avec une préface par A.-M. Châtelet, XXII et 548 p., 2012

Body, Disease and Treatment in a Changing World. Latin Texts and Contexts in Ancient and Medieval Medicine

Édité par D. R. Langslow et B. Maire, XVIII et 404 p., 2010

Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876-1920)

Ph. Rieder, XII et 392 p., 2009

Le style des gestes. Corporéité et kinésie dans le récit littéraire

G. Bolens, avec une préface par A. Berthoz, XIV et 156 p., 2008

La médecine dans l'Antiquité grecque et romaine

H. King et V. Dasen, XII et 130 p., 2008

L'Ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)

P.-Y. Donzé, avec une préface par J. V. Pickstone, XX et 369 p., 2007

Medicina, soror philosophiae. Regards sur la littérature et les textes médicaux antiques (1975-2005)

Ph. Mudry. Édité par B. Maire, avec une préface par J. Pigeaud, XXIV et 545 p., 2006

La formation des infirmiers en psychiatrie. Histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie 1961-1996 (ECVIP)

J. Pedroletti, VIII et 231 p., 2004

Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande

P.-Y. Donzé, 388 p., 2003

Visions du rêve

Édité par V. Barras, J. Gasser, Ph. Junod, Ph. Kaenel et O. Mottaz,
288 p., 2002

Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débat sur l'eugénisme. Pratique de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au 20^e siècle

G. Heller, G. Jeanmonod et J. Gasser, 482 p., 2002

Médecins voyageurs. Théorie et pratique du voyage médical au début du 19^e siècle

D. Vaj, 348 p., 2002

La médecine à Genève jusqu'à la fin du 18^e siècle

L. Gautier, réédition, avec une préface par J. Starobinski et une introduction
par V. Barras et M. Louis-Courvoisier, 746 p., 2001

*L'Avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815**Politique, institutions et savoirs*

O. Keel, 544 p., 2001

*Soigner et consoler. La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime
(Genève 1750-1820)*

M. Louis-Courvoisier, 336 p., 2000

* Sauf mention contraire, ces ouvrages sont également disponibles en accès libre
www.chuv.ch/bhms

Sources en perspectives

Galien, Tempéraments. Traité sur la composition des corps

Édition bilingue grec-français

Introduction, traduction et notes par V. Barras et T. Birchler, 334 p., 2022

Walter B. Cannon, Conférences sur les émotions et l'homéostasie, Paris, 1930

Édition, introduction et notes par M. Arminjon, 400 p., 2020

C. G. Jung, Comptes rendus critiques de la psychologie francophone

Introduction, traduction et notes par F. Serina, 204 p., 2020

Maqari, Le Recueil des vertus de la médecine ancienne. La médecine gréco-arabe en Mauritanie

Édition, introduction et notes par B. Graz, V. Barras, A.-M. Moulin et

C. Fortier, 361 p., 2017

Archives du corps et de la santé au 18^e siècle : les lettres de patients au

Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797)

S. Pilloud, M. Louis-Courvoisier et V. Barras

Base de données en ligne : www.chuv.ch/iuhmsp/ihtm_bbms 2013

Documenter l'histoire de la santé et de la maladie au siècle des Lumières : les consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797)

S. Pilloud, 50 p., 2013

Samuel Auguste Tissot, De la Médecine civile ou de la Police de la Médecine

Édition par M. Nicoli, introduction par D. Tosato-Rigo et M. Nicoli,

LXX et 160 p., 2009

Gabriel Tarde, « Sur le sommeil. Ou plutôt sur les rêves ». Et autres textes inédits

Édition, introduction et notes par J. Carroy et L. Salmon,

VIII et 228 p., 2009

Se soigner par les plantes. Les « Remèdes » de Gargile Martial

Édition, traduction et notes par B. Maire avec un avant-propos

par K. Hostettmann et un dossier iconographique par M. Fuchs, XXXVI et

136 p., 2007

Hors-série*

Le Chablais aux petits soins. Histoire sanitaire d'une région entre Vaud et Valais
A. Cochand, 120 p., 2023

Pierre Decker, médecin et collectionneur
G. Monney, C. Noverraz et V. Barras, 240 p., 2021

Histoire de la médecine par Jean Starobinski
Édition établie par V. Barras
En co-édition avec Héros-Limite, 110 p., 2020

La Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie au tournant du nouveau millénaire
M. Kaba, 200 p., 2020

L'Hôpital Riviera-Chablais. Enjeux et défis d'une collaboration intercantonale
M. Kaba et A. Cochand, 308 p., 2019

Une histoire de l'orthopédie. L'Hôpital orthopédique de la Suisse romande dans le contexte international (18^e-21^e siècle)
M. Kaba, 284 p., 2018

La Maternité de Lausanne. Un patrimoine pour la vie
Édité par R. Fuschetto, 112 p., 2017

75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne. Du Bercaïl au Centre psychotérapeutique
T. Garibian, avec un avant-propos par J.-M. Henny, une préface par F. Ansermet et une postface par O. Halfon et Ph. Nendaz, XVIII et 130 p., 2015

Anatomies. De Vésale au virtuel
Édité par V. Barras
En co-édition avec T. Schaap éditeur, 104 p., 2014

Migration et système de santé vaudois, du 19^e siècle à nos jours
M. Garibian et V. Barras, XVI et 72 p., 2012

L'Hôpital de l'enfance de Lausanne. Histoire d'une institution pionnière de la pédiatrie suisse
M. Tavera et V. Barras, XII et 188 p., 2011

*Sauf mention contraire, ces ouvrages ne sont pas en accès libre.

À paraître

Écrits d'histoire de la médecine et des sciences de la vie

Roselyne Rey

Éditions et introduction par Vincent Barras et Anne-Lise Rey

Collection Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

Au cours de sa très courte carrière, Roselyne Rey (1951-1995) a été l'une des historiennes de la médecine et des sciences les plus brillantes de son temps. Cet ouvrage recueille ses principaux articles, devenus introuvables pour la plupart, abordant des sujets aussi innovants et variés que les rapports entre littérature et médecine, entre philosophie et sciences de la vie, l'émergence de la biologie ou de la psychiatrie moderne, gardant toute leur acuité au croisement de l'histoire scientifique et culturelle.

Écrire les rêves 19-20^e siècles

Jacqueline Carroy

Collection Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

Ce livre consacré à l'écriture des rêves au 19^e et 20^e siècle se consulte comme un abécédaire historique illustré, ludique et savant, à la manière de ce qu'étaient autrefois les *Clefs des songes* et autres livres d'interprétation des rêves. Il traite de la façon dont les sciences humaines et sociales, dès leur émergence au 19^e siècle, se sont emparées des songes. On y trouve des entrées telles que « Haschich, rêve, folie, hystérie », « Pollutions nocturnes, sexe », « Songes de guerre », ou encore « Prémonitions », qui montrent que nous vivons aussi nos rêves comme des objets culturels, politiques et sociaux.

Encres, traces, papiers. L'art d'écrire à l'asile de Marsens, 1875-1900

Jessica Schupbach

Collection Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

À l'image d'autres archives psychiatriques, celles de l'ancien asile suisse de Marsens (Fribourg) contiennent d'innombrables écrits rédigés par les patients, leurs proches, les médecins, les instances publiques. Parmi ces textes, de nombreuses lettres de patients, révélatrices d'un savoir-faire et d'une culture marquante de l'écrit, ne sont jamais parvenues à leurs destinataires. Dans quel contexte, au sens large, ces écrits ont-ils été produits ? Quels sont leurs traits communs ? Quels paramètres, à la fois médicaux, institutionnels et culturels, ont-ils conditionné les pratiques de l'époque ? Ce livre invite le lecteur à explorer les débuts de cet asile, à l'écoute des traces laissées par ses acteurs.

Direction Laurence Monnais

Coordination scientifique Vincent Barras

Responsable éditoriale Alba Brizzi

Réalisation graphique Pierre Stringa

Relecture Isabelle Sbrissa

Diffusion promotion Médecine & Hygiène / Georg

L'Institut des humanités en médecine (CHUV-Faculté de biologie et de médecine/Université de Lausanne) édite BHMS, Bibliothèque d'Histoire de la Médecine et de la Santé.

BHMS comprend trois collections :

- Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé
- Sources en perspective
- Hors-série

BHMS publie des travaux, essais et documents relatifs à l'histoire de la médecine et des sciences de la vie, de l'Antiquité à l'époque contemporaine. BHMS entend contribuer au dialogue interdisciplinaire et transversal entre sciences humaines, médecine et sciences du vivant.

Ses publications, expertisées par des spécialistes, s'adressent aussi bien aux chercheuses et chercheurs, universitaires et professionnel-le-s concerné-e-s, qu'à un public élargi, soucieux d'alimenter sa réflexion sur les questions les plus actuelles à partir d'études et de documents historiques.

BHMS est diffusée par Médecine & Hygiène/Georg et ses ouvrages sont disponibles dans toutes les librairies ou en ligne sur les plateformes habituelles.

Éditions BHMS

c/o CHUV

Institut des humanités en médecine

Av. de Provence 82

CH-1006 Lausanne

T. +41 (0) 21 314 70 50

bhms@chuv.ch

www.chuv.ch/bhms

Soigner la virilité. Une histoire de la santé masculine a été achevé
d'imprimer en mars 2024 par
l'imprimerie Tipolitografia Saccardo snc, Ornavasso (VB), Italie.
Dépôt légal : mars 2024

Faut-il une spécialité équivalente à la gynécologie pour les hommes? *Soigner la virilité* aborde les manières d'imaginer et de négocier une « science de la masculinité » entre la fin du 19^e siècle, lorsque le terme « andrologie » est employé pour la première fois, et les années 1970, à l'heure des premières organisations professionnelles dédiées à la santé sexuelle et reproductive des hommes. Ce livre offre un éclairage neuf sur le rôle de la médecine et des médecins dans la construction sociale et politique du genre et sur les mécanismes contemporains de production des inégalités en matière de santé.

Camille Bajoux est docteure en études genre, spécialiste de l'histoire du genre, de la médecine et des masculinités. Elle est actuellement chargée de projet à la Fondation pour l'égalité de genre à Genève. En 2023 elle a reçu le prix Henry-E. Sigerist pour la promotion de la relève en histoire de la médecine et des sciences naturelles.



29 €