



Nos sexes sont politiques

MANUEL ILLUSTRÉ
D'ANATOMIE GÉNITALE

Nos sexes sont politiques

MANUEL ILLUSTRÉ
D'ANATOMIE GÉNITALE

Sommaire

Note d'intention	6	2. Anatomie externe	20
Préambule	7		
Comment parler du sexe anatomique dans une perspective féministe ?		3 Diversité de sexes - Position debout	21
		4 Diversité de sexes - Position allongée	22
		5 Une vulve	23
		6 Un dicklit	24
		Poils	24
		Bourses et lèvres poilues	24
		Clitoris, dicklit et pénis, les parties externes	25
		• Capuchons et glands	
		• Freins	
		• Glandes du capuchon	
		• Couronnes du pénis ou du dicklit	
		• Prothèses, gode et pisse debout	
		• Lèvres du clitoris et du dicklit	
		Anus	27
		Cœur de la vulve	28
		• Orifices urinaire et de la prostate	
		• Orifice du vagin	
		• Hymens	
		7 Différents types d'hymen	29
1. Diversité des développements sexuels	10		
Des mots inclusifs des personnes trans et intersexes ?	11		
• Quand on est trans ou intersexe...			
• Parlons de mots quand on se rencontre en entretien ou en consultation			
• De la limite de rapporter le nom des organes aux clitoris, pénis ou dicklit			
Sexe embryonnaire	13		
1 Les développements du sexe embryonnaire externe	14		
2 Les développements du sexe embryonnaire interne	16		
Dyadisme et intersexuation	13		
• Les termes médicaux pour parler des personnes intersexes			

3. Anatomie interne 32

8 Clitoris et pénis interne et externe	33
Tout est interconnecté	34
Clitoris, dicklit et pénis, les parties internes	34
• Corps, pilier et bulbe du clitoris, dicklit ou pénis	
• Le clito fait du cheval	
9 Clitoris au repos	35
10 Clitoris en érection avec circlusion vaginale	35
11 Clitoris et éponge périnéale	35
• Glandes du clitoris, du dicklit et du pénis	
• Cyprine du pénis, du dicklit et du clitoris	
Muscles du périnée	37
12 Les muscles du périnée superficiel	37
• Les muscles du clitoris, du pénis et du dicklit	
• Centre du périnée	
• Le périnée : une quinzaine de muscles	
13 Les muscles du périnée superficiels et profonds	38
14 Sexe interne - Norme anatomique du masculin	39
15 Sexe interne - Norme anatomique du féminin	40
16 Sexe interne excité - Norme anatomique du féminin	41
17 Des sexes internes intersexes	42
Vagin	43
• Le point G : une zone de plaisir dans le vagin qui fait débat	
• Perline du vagin	
• Sécrétions vaginales	
Glandes séminales	45
Prostate	45
Éjaculation	46
• État des lieux des recherches sur l'éjaculation du clitoris ou du dicklit	
Utérus	47
18 Différentes positions d'utérus	47
19 Utérus, trompes et ovaires	48
• Col de l'utérus et pertes blanches	
• Trompes	
Gonades et gamètes	50
• Ovaires	
• Testicules (et épидидyme)	
• Ovotestis	
Canaux de l'aîne	51
Canal anal et rectum	51
• Lubrification anale	

4. Modifications génitales des personnes trans et intersexes 52

Assignation et mutilation des personnes intersexes	53
Transitions hormonales	53
• Bloqueurs de puberté	
• Transition hormonale des femmes trans, des personnes MtF, MtX, ou transfem	
• Transition hormonale des hommes trans, personnes FtM, FtX, ou transmasc	
20 Modifications génitales d'un homme trans suite à la prise de testostérone et hystérectomie	54
Réassignations chirurgicales des organes génitaux	55
• Chirurgie de réassignation des femmes trans ou personnes transfem, MtF ou MtX	
21 Exemple de chirurgie de réassignation chez une femme trans	56
• Chirurgies de réassignation des hommes trans, personnes transmasc, MtF ou MtX	
22 Exemples de phalloplasties	57
23 Exemples de métaïdoïoplasties	58

Références 60

Remerciements	62
----------------------	-----------

Note d'intention

Le texte est à destination des intervenant-es du Planning Familial, et il est écrit au nom du Planning Familial. Je remercie la confédération de m'avoir donné cette confiance. Mais, à mon grand regret, les contraintes de temps ne nous ont pas permis de faire réellement exister un portage collectif du texte. Je porte principalement la responsabilité de ce texte et l'utilisation du pronom « nous » dans la suite de cette brochure est donc contestable. J'en profite pour préciser que derrière ce « je » se cache une CCF cis et dyadique, qui n'a pas de formation médicale.*

J'espère que beaucoup d'entre nous s'y retrouveront malgré tout, et aussi qu'il pourra déclencher des discussions pour porter par la suite plus collectivement un discours qui nous est propre sur l'anatomie génitale. Tout retour critique est le bienvenu, je suis convaincue que le texte peut être amélioré pour plus d'inclusivité des réalités et diversités de chacun-e (en particulier ce qui concerne les personnes intersexes, excisées et ménopausées). Certaines informations partagées ici seront sûrement à remettre en question.

Vous pouvez écrire à : raphaelle@leplanning13.org

* Voir définitions p.11

Préambule

Comment parler du sexe anatomique dans une perspective féministe ?

Le sexe ne fait pas le genre

Un des grands apports du féminisme a été de différencier le sexe du genre : le genre, la dimension sociale du féminin et du masculin, ne doit pas être confondu avec le sexe qui désignerait la dimension biologique distinguant les « femelles » des « mâles ». Les rôles de genre ne sont pas déterminés biologiquement : rien dans leur nature n'assigne les femmes à s'occuper des enfants tout comme rien n'assigne les hommes à aller à la chasse.

Le rôle reproductif et la force physique sont pourtant les deux arguments généralement invoqués pour fonder en nature la différence entre les hommes et les femmes, en la justifiant à partir du corps sexué : la femme aurait un utérus pour porter des enfants et des rondeurs pour l'accueillir en son sein, l'homme plus de muscles et d'agressivité grâce à sa testostérone, ce qui le prédisposerait à la chasse.

On pourrait effectivement se dire que, s'il fallait faire des catégories entre les humain-es, avoir un utérus pourrait marquer une différence : c'est la condition pour être une gestatrice, ou un gestateur. Mais un utérus potentiellement enceint ne concerne qu'une minorité de personnes : celles qui ne sont pas ménopausées mais pubères, pas stériles (ce qui exclut une partie non négligeable des personnes intersexes^A) ni stérilisées, celles qui ont accès à la PMA, ou qui pratiquent le coït en vue d'une grossesse, celles qui ont des pratiques à risque de grossesse, ou qui subissent ces « pratiques » (viol)...

La classe sociale à laquelle nous avons affaire, celle des « femmes »^B, ne se réduit donc pas à la question de la gestation. Par exemple, une femme ménopausée peut être mère, ou grand-mère, elle peut fournir un travail domestique, et un servage sexuel (le « devoir conjugal ») à son conjoint. À ce titre elle n'échappera pas à la classe des femmes. Les lesbiennes, et les personnes intersexes ou trans considérées par la société comme femmes, bien qu'elles ne s'inscrivent pas forcément

dans une démarche de gestation, partagent beaucoup des assignations des femmes cis^C hétérosexuelles : être moins payées que la classe des hommes, être reléguées au travail du *care*, exclues des sphères de pouvoir...

Le critère pour déterminer cette « classe des femmes » ce n'est donc pas tellement le travail de gestation, c'est la réponse à la question « dans l'intérêt de qui est-ce que je travaille ? », « au service de qui est mon sexe ? », et « à qui est censé appartenir mon corps ? ».

Le sexe est une construction sociale

Les sexes sont composés d'une telle multitude d'organes, de glandes, de tissus, de poils... qu'on en vient à douter qu'il est judicieux d'essayer de nommer cet ensemble avec un seul mot – le sexe. Qu'est-ce qui nous pousse à mettre sous le même mot une multiplicité d'organes, d'hormones, de chromosomes ? Quel est le point commun entre le mont de Vénus, ce coussinet poilu situé sous le nombril, le rectum qui stocke les matières fécales, l'utérus, la matrice des êtres humain-es, et le clitoris, l'organe qui, pour beaucoup, est une source de plaisir privilégié ? Aucun – si ce n'est qu'ils sont tous l'objet d'une volonté d'appropriation par une société hétéro-patriarcale.

Nous lisons les différences (pseudo)anatomiques entre les humain-es à travers une grille de lecture qui aurait pu être tout autre. Il en existe d'ailleurs d'autres, dont une particulièrement efficiente dans notre société, celle de la race. Nous rangeons les personnes selon leur sexe mais aussi selon certains critères physiques qui les associent à une race. Aujourd'hui (presque) tout le monde s'accorde à dire que la « race » n'est pas une catégorie scientifique. Or, d'un point de vue biologique, le « sexe » n'existe pas plus que la « race ». Le reconnaître n'en supprime malheureusement pas moins sa réalité sociale. Nous croyons que le sexe existe en soi, pourtant ce n'est qu'un concept, un choix social de découpage de nos corps.

A. Voir définition p.11

B. Par « classe des femmes » on entend : toutes les personnes qui sont considérées par la société comme femmes, quelle que soit

la diversité de leurs expériences de ce traitement et de leurs identités (femmes cis, femmes trans, homme trans ou personnes non-binaires).

C. Voir définition p.11

Les sciences bio-médicales, lieu privilégié du sexage

Il semblerait que c'est à partir du XVIII^e siècle, avec l'essor de la biologie et de la médecine, que s'est effectuée une « sexualisation » du genre qui était jusque-là pensé en termes d'identité culturelle beaucoup plus qu'en termes de caractéristiques physiques. On assiste alors à la biologisation et à la sexualisation du genre ainsi qu'à la différenciation des sexes (le sexage).¹ Le genre désormais se fait sexe. Car rien de tel pour justifier une domination, en l'occurrence la domination patriarcale, que de la fonder « en nature », en l'occurrence sur la base d'un élément biologique qui serait le « sexe ».

C'est aussi à cette époque que les sciences biomédicales occidentales commencent à produire des classifications du vivant. C'est ce qui a justifié toutes sortes d'expérimentations, de violences sur les corps non seulement des femmes mais aussi des personnes racisées (et en particulier des femmes racisées), des personnes intersexes, trans^A, homosexuelles... La médecine cherche pour ainsi dire à « créer ces corps » en essayant de fonder scientifiquement une différence essentielle avec les autres corps, ceux de la norme.

Le savoir médical fait autorité, il nous fait croire que le discours anatomique est objectif. Pourtant il est frappant de voir à quel point des personnes de la même époque, avec la même formation, ne vont pas voir les mêmes choses en disséquant un même corps, ou en regardant une échographie. Selon le scientifique qui parle, une glande existe ou n'existe pas, un tissu est rattaché à tel organe ou à tel autre, il est déclaré fonctionnel, ou pas... La médecine est une science contestable, elle comporte des biais. Malgré cela, les discours qui sont produits par les scientifiques peuvent s'avérer précieux, ils peuvent parfois nous donner des clefs de compréhension de nos corps et nos ressentis. Mais, à l'inverse, ils peuvent générer beaucoup de violence en normalisant, excluant, niant le vécu des personnes.

Ce manuel s'est formé à partir de trois types de discours : des articles scientifiques ou universitaires, des récits d'expériences des personnes, et enfin des analyses critiques féministes, intersexes, trans. Il est indispensable de lire ce manuel avec ce regard critique. On espère qu'il sera reçu non pas comme un nouveau discours autoritaire, mais comme une invitation à la critique et à la poursuite du travail non seulement de recherche mais aussi de déconstruction du discours anatomique.

La binarité des sexes est une construction sociale

Non seulement le sexe en tant qu'unité anatomique n'existe pas en soi, mais la binarité des sexes n'existe pas non plus à l'état de nature. Aujourd'hui encore, des scientifiques essaient vainement de définir, de tracer une frontière hermétique entre les sexes biologiques dits « femelles » et « mâles », en vain. La binarité des sexes n'existe pas en nature, mais elle existe par contre socialement. C'est elle qui justifie l'assignation de genre des personnes intersexes qui ne rentrent pas dans cette norme du féminin et du masculin, si besoin à coups de scalpel et d'hormones de synthèse. Ce que nous appelons le « sexe » renvoie

en fait à tout un travail de sexuation des corps qui concerne aussi les personnes dyadiques^B : on citera en exemple les différences d'alimentation dès l'enfance qui permettent à la classe des hommes de développer une stature plus grande, les différences de tâches assignées qui leur permettent de développer leur musculature, les normes de la féminité qui poussent la classe des femmes à s'adonner aux régimes, épilations, maquillage, etc. Tout est fait pour creuser l'écart, comme si la différence n'était pas si « naturelle et évidente » que ça !

Autre grain de sable, et pas des moindres, dans les rouages de la police du sexe et du genre, une personne trans féminine peut avoir un pénis, et une personne trans masculine avoir un clitoris, on peut même avoir un pénis ou un clitoris et ne se reconnaître ni homme ni femme, ou se reconnaître comme les deux ou un peu des deux. Dès lors, parler de « sexe féminin » ou de « sexe masculin » devient une aberration.

Comment, donc, pouvons-nous nommer le sexe ?

Beaucoup de personnes optent pour ne nommer qu'un des organes, souvent le vagin, ce qui semble un choix réducteur et symptomatique de la volonté de réduire ce sexe à un organe pénétrable par un pénis. D'autres, en réaction, se démènent pour imposer le terme « vulve » dans le vocabulaire courant, au détriment des organes internes. Alors on en vient à parler de « chatte » ou « foufoune », puisque ces mots permettent d'englober le sexe externe et interne. Mais il exclut les personnes masculines, alors on finit par utiliser un mot qui semble plus neutre sur le plan du genre, et on parle tout simplement de « sexes ».

Mais peut-on mettre sur le même plan les sexes de la norme anatomique du masculin et du féminin ? Ceux considérés comme dyadiques, et ceux considérés comme intersexes ? Notre société ne traite pas les organes de la même manière en fonction du genre qu'elle lui assigne. Dès lors, n'utiliser qu'un seul mot pour parler de tous les sexes, n'est-ce pas invisibiliser l'impact qu'a le patriarcat sur nos corps ?

Des représentations du sexe porteuses d'oppression

La représentation du « sexe femelle » est souvent réduite à un vagin qui prend les traits d'une « gaine à pénis », surmonté d'un utérus surdimensionné. Pas de clitoris, pas de vulve. Dessin symbole de l'assignation des « femmes » au coït et à la reproduction. Rien d'étonnant, donc, que la chatte en soit si souvent réduite à sa capacité reproductive. Rien d'étonnant, donc, qu'elle soit perçue comme l'objet du plaisir de « l'homme »^C. Le propre de l'objet est de ne pas avoir de subjectivité, il est unique, archétypal, il ne peut pas présenter de diversités d'apparences, de caractères, de désirs et de déplaisirs. C'est pourquoi, depuis plus de cinquante ans, des féministes trans, cis, intersexes et dyadiques, s'appliquent à lui rendre sa diversité. Iels s'appliquent ainsi à se réapproprier leurs sexes. Ce manuel souhaite participer à ce travail de longue haleine. Il privilégie les illustrations, car dans notre travail d'éducation aux sexualités, nous manquons cruellement de représentations féministes.

Pour résumer

Le sexe est finalement à analyser au crible du concept de genre : il n'y a pas d'un côté le sexe associé à la nature et de l'autre le genre qui renverrait à la culture. Le sexe est une construction sociale, la binarité des sexes aussi. Les sexes dont il sera question ici sont ceux de personnes qui ont des identités de genre et de sexualité diverses. Il serait réducteur de parler du sexe de la femme (sous-entendu cis et dyadique). Il n'y a pas un sexe, ni deux. Cet ouvrage s'attache à déconstruire cette unité et cette binarité dans une optique féministe. C'est pourquoi nous avons décidé de parler ici de manière privilégiée des sexes assignés à la féminité, des sexes minorisés, objets d'oppression par une société patriarcale, dyadique, cis et hétérosexuelle. Ces sexes peinent à être catégorisés, rangés sous un seul mot, et c'est tant mieux, car nous les souhaitons multiples, sujets de résistances et de créativité !

Les enjeux du vocabulaire

Les anatomistes ont eu la fâcheuse tendance à donner leurs noms aux parties du sexe qu'ils ont « découvertes ». On pourrait comparer cette attitude à Christophe Colomb qui prétend découvrir l'Amérique, comme si ce continent n'existait pas tant que des occidentaux n'avaient pas mis le pied dessus. Fallope, Skene, Bartholin, le Point G (pour Grafenberg), Pawlick, Tyson, Halban^p sont autant de médecins anatomistes qui ont donné leurs noms à des parties du sexe. Nous avons décidé de ne pas utiliser ces noms dans cet ouvrage. Cela ne veut pas dire que nous ne pouvons pas être reconnaissant-es à certain-es scientifiques de nous avoir apporté des études éclairantes, souvent précieuses.

Parfois aussi les mots habituellement utilisés nous ont paru renvoyer trop à une culture phallocratique, coïto-centrée (voir, par exemple, « le vestibule » auquel nous avons préféré les termes « cœur de la vulve »).

Certains organes ont plusieurs noms « officiels » (parfois jusqu'à cinq noms !) : cela met en évidence à quel point les études sur l'anatomie des sexes estampillés « féminins » par le corps médical sont peu abouties : aucun lexique commun n'a été établi.

Dans cet ouvrage, nous avons voulu privilégier les mots simples, ceux qui semblent plus faciles à retenir, ou qui invitent à un imaginaire *body positive* (par exemple « pertes blanches » plutôt que « glaire cervicale ») - et nous assumons une part de subjectivité dans ces choix. Nous avons souhaité aussi privilégier les mots créés par le mouvement féministe plutôt que par les scientifiques.

Pour que la lectrice, ou le lecteur, s'y retrouve, il y aura des focus sur la terminologie, en pied de page de ce manuel, qui reviendront sur les différentes appellations qui sont associées à certains organes dont les noms peuvent prêter à confusion. Les mots signalés dans le corps du texte par des astérisques sont explicités dans les focus terminologiques.

A. Voir définition p.11

B. Voir définition p.11

C. Entendre ici « l'homme » comme l'archétype du sujet du patriarcat, évidemment cis, dya-

dique et hétérosexuel, comme le protagoniste de la classe des hommes.

D. Halban pratiquait l'abaissement chirurgical du clitoris

(réduction de l'espace entre le gland du clitoris et l'orifice urinaire), supposée permettre aux femmes soi-disant frigides d'éprouver du plaisir lors du coït.

Il a notamment opéré trois fois Marie Bonaparte, sans succès.

1

Diversité des développements sexuels

Des mots inclusifs des personnes trans et intersexes ?

Définitions

PERSONNE INTERSEXE Personne née avec des caractères sexuels (génitaux, gonadiques, hormonaux ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions typiques du masculin ou du féminin. Les personnes intersexes subissent une invalidation médicale ou sociale de leurs corps sexués qui ne se situe donc pas toujours au niveau de l'anatomie des organes génitaux.

On n'utilise pas le terme « hermaphrodite » car il désigne chez les animaux ceux qui possèdent en même temps un système reproducteur mâle et femelle fonctionnel, ce qui n'existe pas chez les êtres humains. De plus ce terme est exotisant et fétichisant.

PERSONNE DYADIQUE Personne qui n'est pas intersexe.

→ Être intersexe ou dyadique n'est pas localisé sur le corps, c'est une situation, une expérience fondamentalement sociale.

PERSONNE TRANS Personne qui ne s'identifie pas au genre qui lui a été assigné à la naissance. Que la personne choisisse ou non d'avoir recours à des traitements médicaux et/ou à des interventions chirurgicales et/ou à un changement de la mention de genre sur l'état civil.

Utiliser les mots « personnes trans » plutôt que « transgenre »/« transexuel-le », c'est éviter de focaliser sur les organes génitaux des personnes, et ne pas induire l'idée que certain-es aient « jusqu'au bout » et d'autres non, ni que « aller jusqu'au bout » serait faire une intervention chirurgicale.

Les personnes trans n'utilisent pas toutes les mêmes mots pour parler d'elles. Par exemple, on peut parler de femme trans, personne transféminine, transfem, MtoF (de l'anglais *male to female*) ou MtX (*male to unknown*)... Ces deux dernières expressions ont pour avantage d'inclure plus clairement les personnes non binaires mais le désavantage de mettre l'accent sur le sexe assigné à la naissance. On essaiera ici de varier les expressions pour qu'un maximum de personnes puisse s'y retrouver.

PERSONNE CIS Personne non trans, personne dont l'identité de genre est en accord avec le genre auquel elle a été assignée à la naissance.

Quand on est trans ou intersexe...

Les parties génitales peuvent prendre plein de formes différentes, de même que les termes qu'on utilise pour en parler. On pourrait dire que c'est la même chose pour les personnes cis et dyadiques. Mais les choix, ou non-choix, des termes utilisés par les personnes trans ou intersexes mettent en lumière que les termes avec lesquels on désigne les organes génitaux sont tellement porteurs de genre qu'ils sont souvent inutilisables pour les personnes qui ne sont pas conformes aux normes du genre.

- Certaines personnes trans ou intersexes emploient les mêmes mots que beaucoup de personnes cis et dyadiques emploient pour parler de leur sexe – que ce soit pour décrire leur forme anatomique (*je suis une femme avec un pénis*) ou pour reprendre les termes habituellement associés à son

genre (*je suis un mec, donc j'ai un sexe de mec, donc le nom consacré pour désigner la partie proéminente de mon sexe est « bite », même si je vois bien que j'ai ce qu'il est coutume d'appeler un clitoris*).

La plupart des personnes intersexes utilisent des termes classiques. En effet, pour beaucoup d'intersexes c'est important qu'on reconnaisse qu'aussi atypiques qu'ils sont, leurs organes génitaux n'en sont pas moins « de vrai-e-s vulves/pénis/vagins » (avec une correspondance avec le genre d'assignation), etc.

- D'autres ont imaginé des mots ou expressions spécifiques pour parler d'organes génitaux trans et intersexes : dicklit, bille, gode-sans-ceinture, trou frontal...

- Certain-es utilisent un langage non-spécifique : sexe, organes sexuels, parties, entrejambes, truc, machin...²

Parlons de mots quand on se rencontre en entretien ou en consultation

Parfois, c'est un peu compliqué de parler des organes génitaux d'une personne, surtout pour une personne qui conçoit son corps d'une façon qui n'est pas celle qu'on nous inculque généralement. Trouver un vocabulaire commun qui met à l'aise la personne qu'on reçoit est un bon début pour faciliter ces échanges. Les mots sont puissants, et peuvent autant refléter une entente que véhiculer des préjugés : ça peut être la grosse douche froide quand un-e professionnel-le parle à un usager de cunnilingus sur son clitoris alors que lui, ce qu'il pratique c'est une fellation sur son pénis, ou l'inverse. Il se peut même que, pour le ou la professionnel-le, ce que l'usager nomme pénis ressemble trait pour trait à un clitoris. En règle générale, il faudrait reprendre les mots que la personne emploie pour son propre corps, même si ça peut demander un effort d'apprendre de nouveaux mots ou de changer sa façon de voir le corps de la personne.

Comment savoir quels mots les personnes préfèrent ? Il vaut mieux préférer écouter attentivement quand iel parle, ou lui poser directement la question. Il y a sinon aussi la possibilité d'utiliser des mots neutres comme « sexe », « sexe oral », etc.³ On peut faire fausse route quand on présume quels organes la personne va avoir, ou quand on suppose que si la personne se définit comme homosexuelle c'est qu'elle a des rapports sexuels avec quelqu'un-e qui a les mêmes organes génitaux qu'elle.

Savoir qu'il existe des variations intersexes, c'est aussi, lors des entretiens ou des consultations, éviter de manifester de la surprise, de la fascination, du dégoût ou une curiosité déplacée quand on reçoit une personne intersexe. On peut dire qu'on va se renseigner et revenir vers la personne ensuite avec davantage de tranquillité. Gardons en tête qu'avoir un organe ne présuppose pas du développement qu'il va avoir, ni de sa fonctionnalité : on peut avoir un utérus mais jamais de règles, avoir un pénis mais pas de sperme...

De la limite de rapporter le nom des organes aux clitoris, pénis, et dicklit

On a choisi d'utiliser les mêmes mots pour parler des organes qu'on retrouvait dans tous les sexes : par exemple prostate ou cyprine. Pour parler des différences anatomiques qu'il y a entre les différentes prostates par exemple, on a choisi de distinguer les « prostates du pénis » et les « prostates du clitoris ou du dicklit ». Ce choix a ses limites : il peut être excluant des personnes trans qui font des opérations chirurgicales. Par exemple, une femme trans qui a fait une vulvo-plastie peut avoir une « prostate du pénis » et un clitoris. Cela peut aussi être excluant de certaines personnes intersexes. Par exemple, une personne née avec ce qu'on appelle ici une « prostate du pénis », et un clitoris/pénis/dicklit dont la taille ne correspond pas à la norme du clitoris et du pénis, et qui subit des opérations pour que son sexe ressemble plus à un clitoris.

L'énumération quasi systématique du clitoris/pénis/dicklit peut aussi faire penser qu'il existe trois sexes, ce qui est à l'opposé de notre démarche.

Cela implique aussi de mettre le clitoris, pénis, ou dicklit au centre du sexe, ce qui est questionnable. Nous espérons pouvoir ultérieurement mener une réflexion collective de fond pour résoudre ces enjeux de vocabulaire de la manière la plus inclusive possible.

Malgré tout le soin que nous avons mis ici à tenter de décloisonner le dimorphisme sexuel^A et à diversifier les descriptions anatomiques, celles-ci restent encore trop souvent normatives et excluant des variations intersexes, et des personnes trans.

Sauf quand cela est spécifiquement précisé, nous décrivons ici des anatomies telles qu'elles se présentent sans interventions chirurgicales.

A. Le dimorphisme sexuel est l'ensemble des différences morphologiques plus ou moins marquées entre les individus dits « mâle » et « femelles » d'une

même espèce. La perception binaire que nous avons des corps à travers le concept de dimorphisme sexuel est une construction sociale.

Sexe embryonnaire

Au stade embryonnaire, pendant les 6 premières semaines de grossesse, tout·es les humain·es ont le même sexe. À partir de la 7^{ème} semaine, les ouvrages médicaux disent que le sexe va se développer plutôt comme « femelle » ou plutôt comme « mâle ». C'est parce que nous vivons dans le mythe de la binarité des sexes : nous croyons qu'il n'existe que deux sexes

quand, en réalité, il existe beaucoup plus de variations. Mais quelles que soient ces variations, les organes ont toujours un « ancêtre » embryonnaire commun.

Sur les illustrations 1 et 2 pages suivantes, le code couleur permet de comprendre ces développements multiples à partir d'un seul et même sexe.

Dyadisme et intersexuation

Il existe tout un tas de tentatives de définitions scientifiques du sexe biologique, mais force est de constater que la science n'arrive pas à s'entendre sur une seule et même définition.

Les scientifiques retiennent en général comme critère déterminant les chromosomes, les gonades, les hormones et l'anatomie. Par sexe anatomique, on entend la forme que prennent les organes génitaux internes et externes à la naissance mais aussi plus tard à la puberté ainsi que les caractéristiques sexuelles secondaires qui se développent, ou pas, à la puberté (par exemple les seins). Ce manuel ne parlera que des organes génitaux. Notre société voudrait nous faire croire à une binarité des sexes qui impliquerait que les personnes ayant un pénis ont des chromosomes XY, ont des testicules, produisent du sperme et beaucoup de testostérone. L'autre sexe serait XX, avec des ovaires, un vagin et utérus, une production d'ovules, d'œstrogène et de progestérone mais pas de testostérone. Certain·es scientifiques complexifient le tableau, comme dans les classifications DSD^A ou OMS. Mais il s'agit toujours de classer les sexes, d'essayer de les ranger dans des cases, de définir une norme et de pathologiser ceux qui n'y entrent pas. Une des classifications les plus connues est celle de Prader qui propose une échelle « de virilisation » où le degré 0 est la norme du féminin et le degré 6 est la norme du masculin (on remarque que l'association du 0 à la femelle n'est pas anodin, le mâle étant toujours considéré comme ayant quelque chose de plus que la femelle).

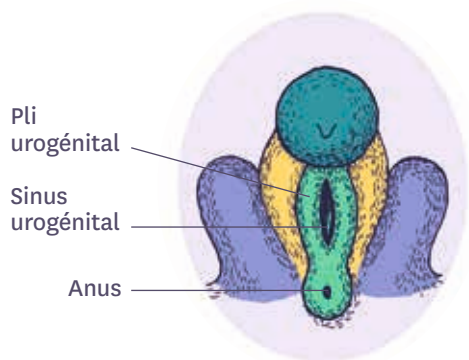
En réalité, c'est bien plus complexe que cela, il existe une très grande diversité de développements sexuels, tellement qu'il en devient absurde d'essayer d'en faire des classifications, voire même de les compter. Loé Petit, activiste intersexe,

explique : « Il faudrait arrêter de parler d'un axe avec deux pôles masculins/féminins, dont on serait plus ou moins proches, en fonction de notre "degré de variation". L'image la plus exacte serait une constellation. Nos variations peuvent porter sur divers niveaux : chromosomiques, hormonaux, génitaux, gonadiques... Ce qui fait que nous avons des anatomies extrêmement variées. Il est impossible de nous classer sur une échelle de "féminin" à "masculin". Certain·e·s d'entre nous n'ont rien qui puisse s'apparenter même théoriquement ou visuellement à "l'autre sexe" (selon la mythologie patriarcale) ; il·les n'en sont pas moins non conformes, et subiront des mutilations et des violences médicales. »⁴

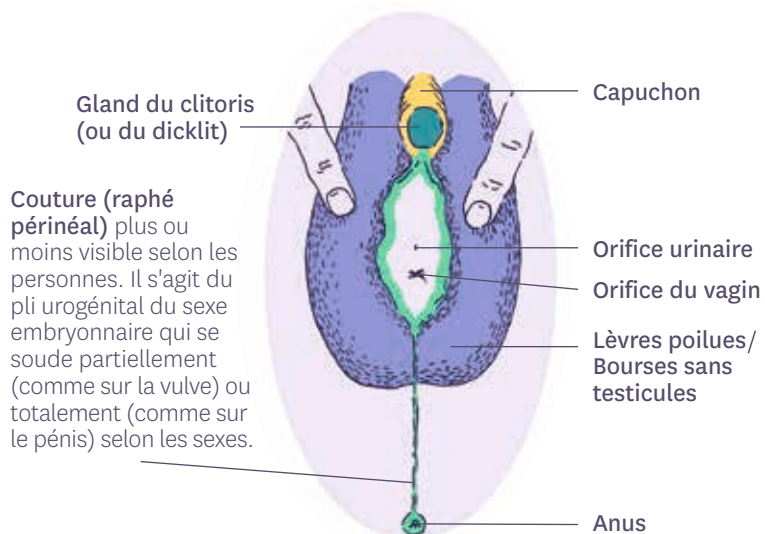
En tant qu'intervenant·es du Planning Familial, nous parlons souvent du sexe anatomique et de la puberté dans nos interventions d'éducation à la sexualité et en entretien. Comment faire pour que nos propos et nos outils n'excluent pas les personnes intersexes ? Dans ce manuel, nous proposons quelques représentations de sexes qui ne sont pas dans la norme dyadique, mais la présentation de ces 3 ou 4 sexes est très très loin de donner une idée exhaustive de l'infinité des sexes existants. Si on utilise ces images en intervention, il faudrait penser à préciser qu'il existe beaucoup plus de sexes intersexes que ceux représentés ici. C'est pourquoi, même s'il est impossible d'être exhaustif·ve, on espère avoir l'occasion d'étoffer ces illustrations lors d'une prochaine publication de ce manuel.

A. Disorder of sex development, trouble du développement sexuel.

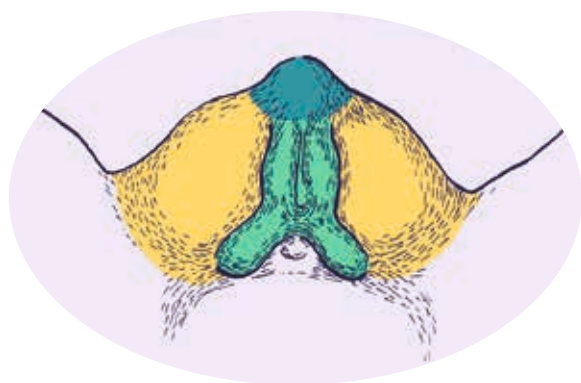
① LES DÉVELOPPEMENTS DU SEXE EMBRYONNAIRE EXTERNE



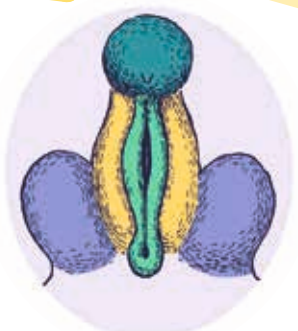
B Un sexe embryonnaire (2,5 mois) désigné comme "femelle" dans une perspective binaire



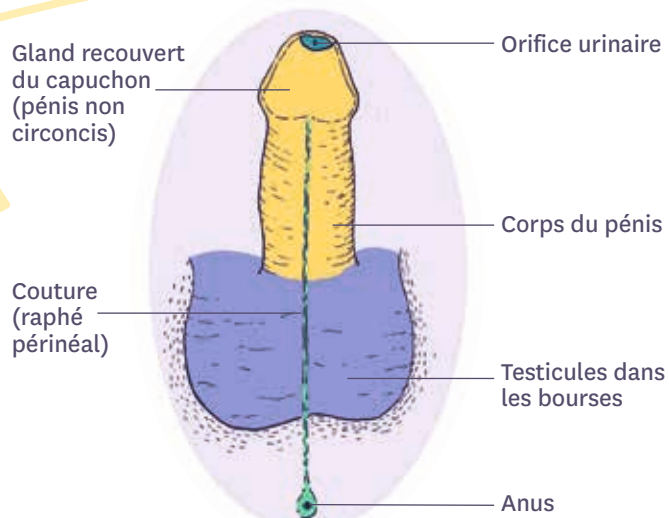
F Un sexe adulte intersexe



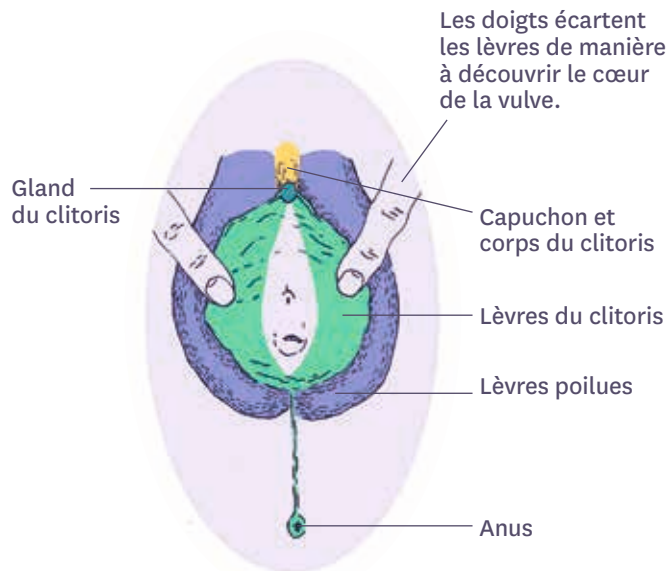
**A Un sexe embryonnaire indifférencié (moins de 2,5 mois)
Tubercule génital : sexe embryonnaire**



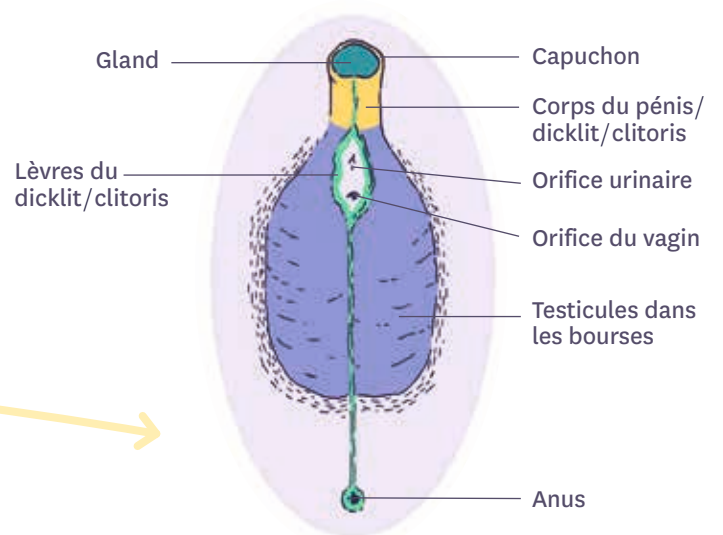
C Un sexe embryonnaire (2,5 mois) désigné comme "mâle" dans une perspective binaire



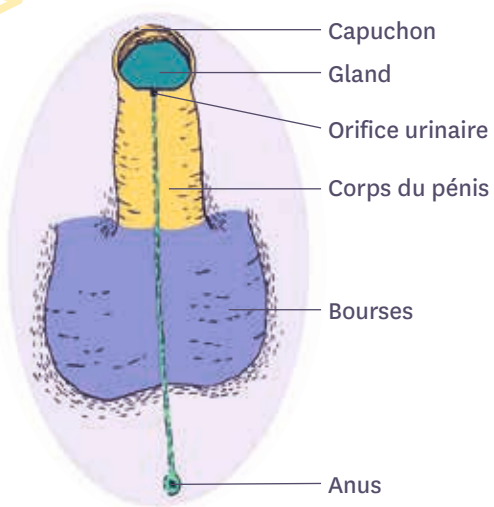
E Un pénis adulte dans les standards médicaux actuels



G) Une vulve adulte dans les standards médicaux actuels

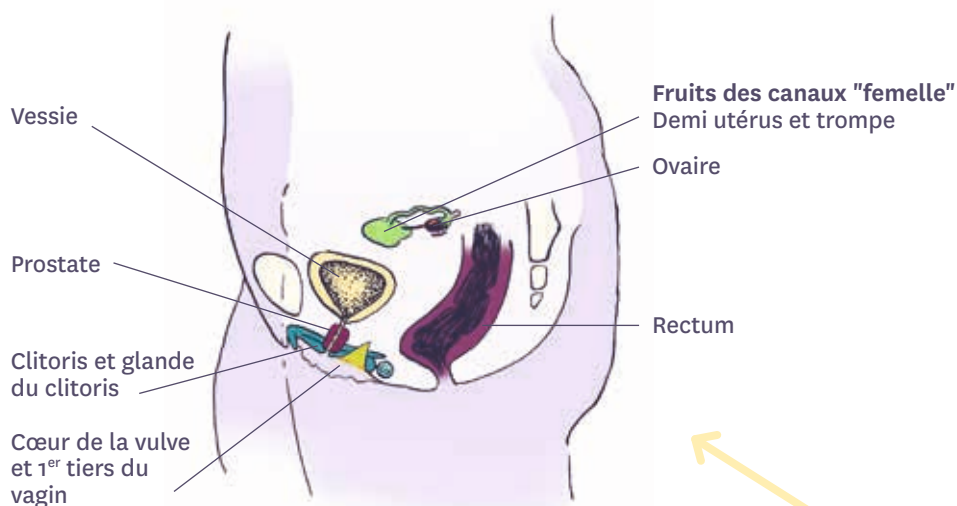


H) Un sexe adulte intersexe

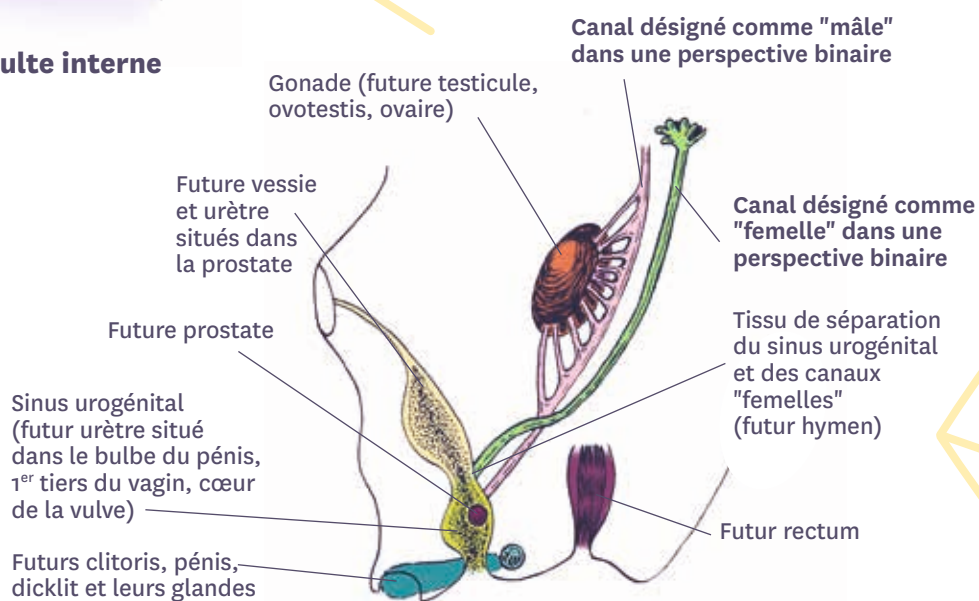


D) Un sexe adulte intersexe

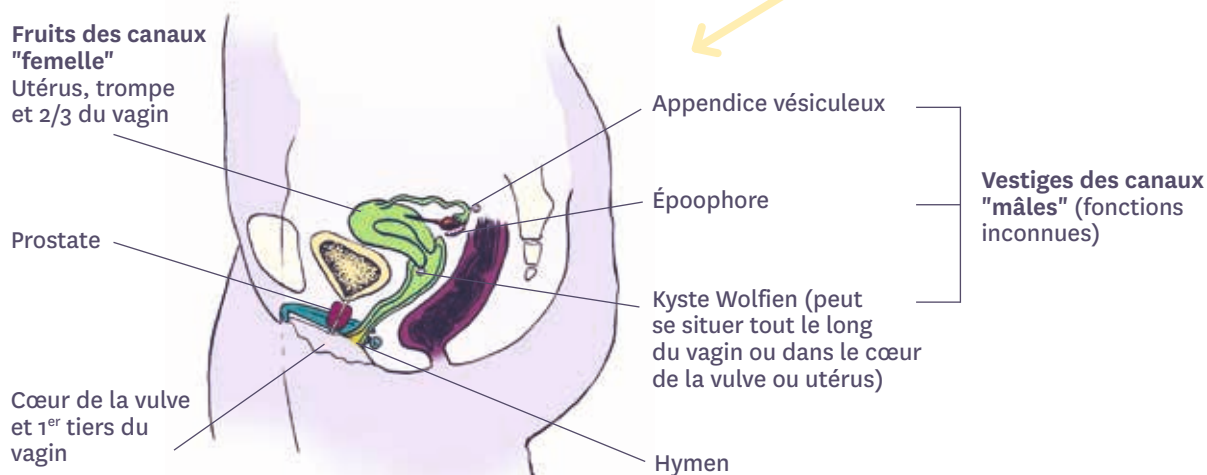
② LES DÉVELOPPEMENTS DU SEXE EMBRYONNAIRE INTERNE



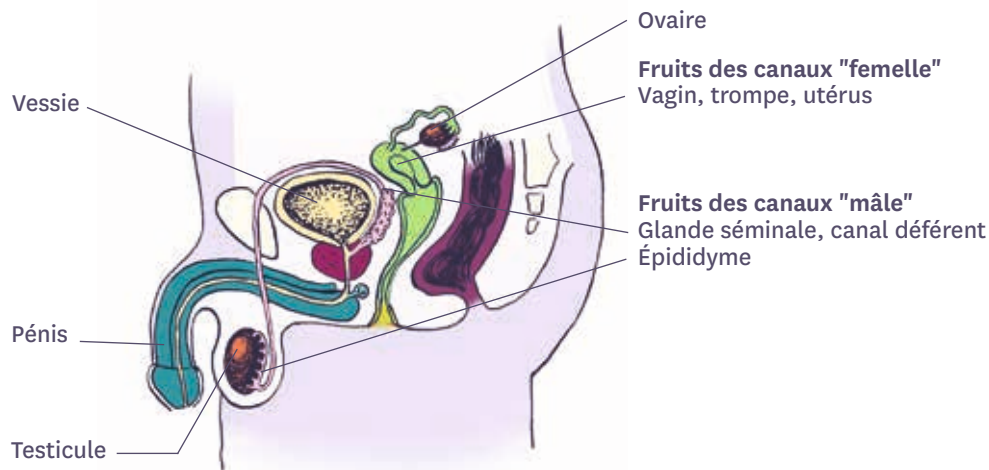
B Un sexe adulte interne



A Un sexe embryonnaire indifférencié (moins de 2,5 mois)

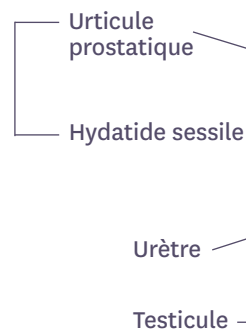


F Un sexe adulte désigné comme 'femelle' dans une perspective binaire dans les standards médicaux actuels



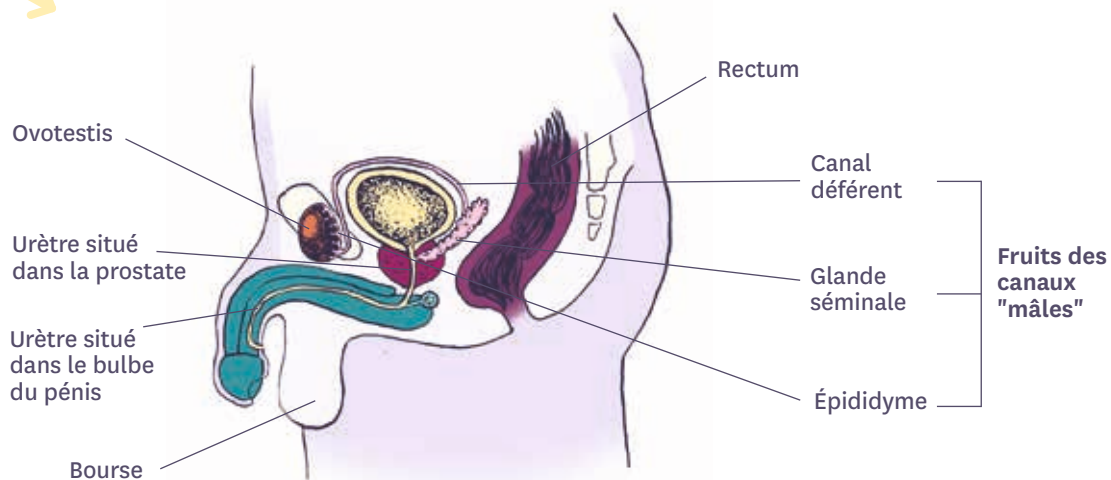
C Un sexe adulte intersexe. La personne a un seul testicule et un seul ovaire (et non deux de chaque)

Vestiges des canaux "femelle" (fonctions inconnues)



Fruits des canaux "mâles"

D Un sexe adulte désigné comme "mâle" dans une perspective binaire dans les standards médicaux actuels



Fruits des canaux "mâles"

E Un sexe adulte intersexe

Les termes médicaux pour parler des personnes intersexes

Toute personne à qui un·e soignant·e a dit qu'il y a quelque chose d'anormal concernant son développement sexuel peut se considérer comme concerné·e par l'intersexuation. Le découpage en de multiples syndromes a longtemps brouillé la possibilité de se rendre compte de la fréquence de l'intersexuation. On a pourtant choisi ici de lister les principaux termes médicaux pour nommer certaines variations du développement sexuel. Cela n'allait pas de soi car ces termes renvoient à un discours médical pathologisant, quand en réalité très peu des traits intersexes sont dangereux pour la santé. Il n'y a pas un seul « corps intersexué », l'intersexuation comprend une grande variété de réalités qui n'ont rien à voir ensemble, si ce n'est l'acceptation malheureusement commune dans le corps médical qu'il s'agit non seulement d'une anomalie mais aussi d'un syndrome. Ce que les personnes intersexes vivent de manière similaire, ce n'est pas la biologie mais l'expérience de la pathologisation de leur corps et de la stigmatisation, avec notamment le harcèlement scolaire à la puberté.

Cependant, il peut s'avérer utile de connaître les termes médicaux généralement utilisés, car la majorité des personnes présentant des variations du développement sexuel ne s'identifient pas elles-mêmes comme intersexes. Certaines ne connaissent en effet que le nom que la médecine actuelle leur a donné, sans connaître le terme d'intersexuation. Et d'autres refusent de s'identifier comme intersexes pour toutes sortes de raisons.

Il peut donc être nécessaire pour les intervenant·es du Planning Familial de connaître les termes suivants, non exhaustifs, des assignations médicales subies par les personnes intersexes : syndrome de Turner, syndrome de Klinefelter, hyperplasie congénitale des surrénales (avec ou sans perte de sel), syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), dysgénésie gonadique, insensibilité partielle ou complète aux androgènes, déficit en 5 alpha reductase, hypospade, chordée, agénésie du pénis, ectopie testiculaire...

10 choses à savoir sur l'intersexuation par le Collectif Intersexe et Alliés

1 Les personnes intersexes sont nées avec des caractéristiques sexuelles qui ne correspondent pas aux définitions typiques du masculin et du féminin.

2 Ces caractéristiques sexuelles peuvent être les chromosomes, les organes génitaux internes et/ou externes, les poils, la poitrine...

3 Les personnes intersexes n'ont pas nécessairement des caractéristiques sexuelles à la fois masculines et féminines. Seulement des caractéristiques qui ne correspondent pas aux normes de l'un ou de l'autre.

4 Les variations dans les caractéristiques sexuelles peuvent être visibles à la naissance ou apparaître plus tard, par exemple à l'adolescence, ou être détectées à l'âge adulte.

5 Certaines personnes intersexes sont mutilées et hormonées dès la naissance pour correspondre aux normes, d'autres le seront plus tard dans leur vie. Les mutilations ne sont pas que sur les bébés. La plupart des enfants intersexes vont subir d'autres opérations, parfois plusieurs dizaines, des traitements hormonaux, des hospitalisations, des examens invasifs – qui constituent, souvent, des agressions sexuelles et des viols – par du personnel médical ayant autorité, et avec la bénédiction de la famille.

6 Les variations intersexes sont pour la plupart sans danger pour la santé et les mutilations et traitements hormonaux basés uniquement sur des critères sociaux. Pourtant, 96 % des enfants intersexes ont reçu un traitement hormonal et 64 % une ablation des gonades, 38 % une réduction de ce que les médecins ou médiennes avaient déterminé comme « un clitoris trop long », 33 % des opérations vaginales et 13 % une correction de leurs voies urinaires⁵.

7 Les personnes intersexes peuvent s'identifier comme hommes, femmes ou non-binaires, elles peuvent s'identifier au sexe assigné à la naissance, ou pas : elles peuvent donc être cis ou trans. Elles peuvent être hétéros, homos, bies, pans, asexuelles... Il importe de respecter leurs identités.

8 Il est erroné et offensant de parler d'« hermaphrodisme », de « ni homme ni femme », d'« ambiguïté », etc. si les personnes ne s'identifient pas ainsi.

9 Les variations intersexes sont très nombreuses et très taboues : elles ont en commun la pathologisation et la stigmatisation. On estime la population intersexe à 1,7 % des naissances, la réalité est sans doute supérieure.

10 Les définitions du masculin et du féminin changent selon les lieux et les époques. L'intersexuation est définie socialement et pathologisée pour préserver le mythe patriarcal de la binarité des sexes.

2

Anatomie externe

③ DIVERSITÉ DE SEXES - POSITION DEBOUT

Les sexes représentés ici peuvent appartenir à des personnes cis ou trans, intersexes ou dyadiques (sauf mention particulière).



Pénis circoncis



Sexe de personne intersexe avec une insensibilité complète aux androgènes



Néo vulve d'une femme trans



Dicklit d'un homme trans prenant de la testostérone



Sexe de personne intersexe avec un déficit en 5 alpha reductase



Pénis non circoncis



④ DIVERSITÉ DE SEXES - POSITION ALLONGÉE



Pénis non circoncis



Sexe de personne intersexe avec une hyperplasie congénitale des surrénales

Dicklit d'un homme trans prenant de la testostérone



Sexe de personne intersexe avec une insensibilité partielle aux androgènes

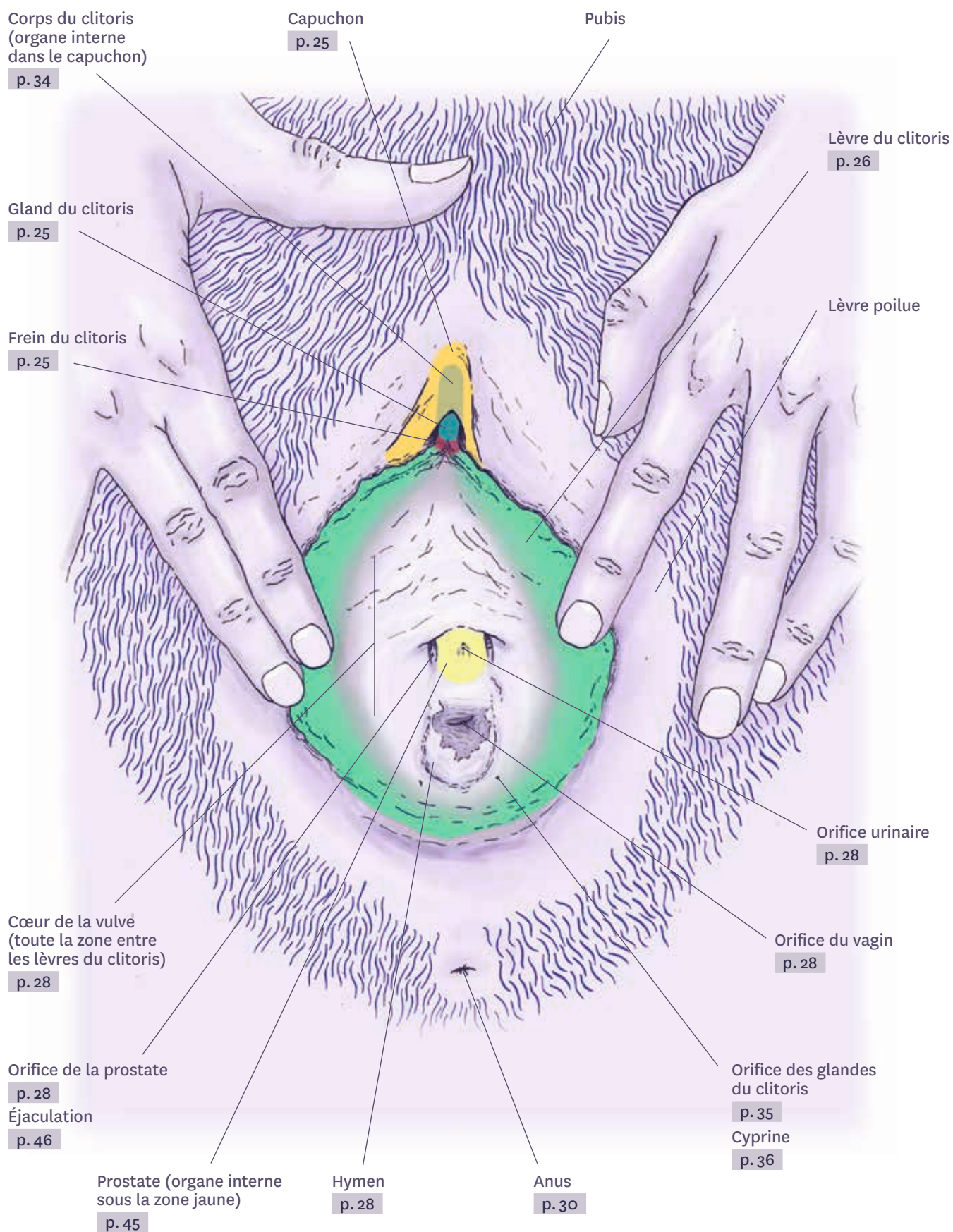


Pénis circoncis

Néo vulve d'une femme trans



5 UNE VULVE

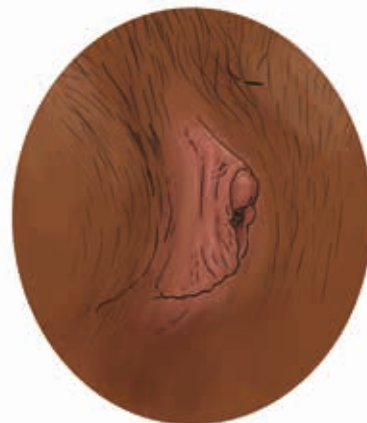
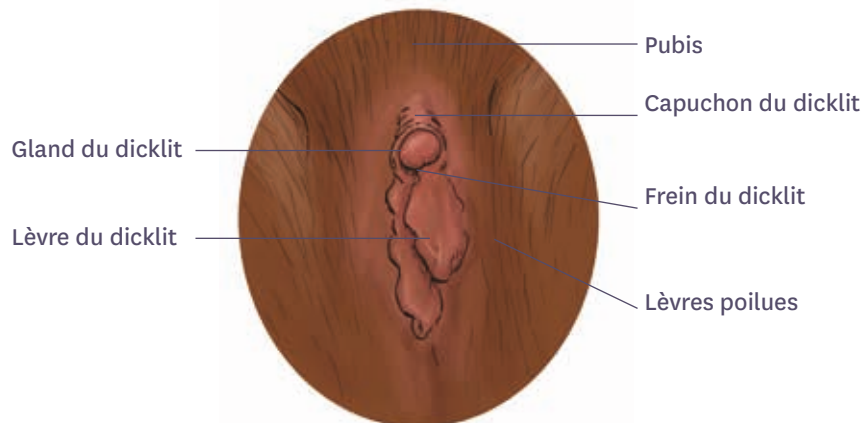


⑥ UN DICKLIT

Le dicklit désigne généralement le sexe externe des hommes trans, personnes transmasculin ou FtX tel qu'il s'est modifié suite à la prise de testostérone. Parfois des personnes intersexes (cis ou dyadiques) utilisent aussi ce terme pour leur sexe, sans qu'ils aient nécessairement pris de la testostérone précédemment.

Les dicklits sont souvent qualifiés de micro-pénis ou de clitoris hypertrophié par les médecins ou médiennes.

On préférera le mot dicklit – qu'on pourrait traduire par biteclit – qui souligne l'analogie entre le pénis et le clitoris.



Poils

En retenant la sueur, le poil contribue au refroidissement du corps. Il protège des microbes, des agressions extérieures comme les frottements et les UV. Il capte nos odeurs et nos phéromones, ce qui participe aux attirances interindividuelles. Le poil est sensible et il peut traduire nos émotions.

Ils apparaissent la plupart du temps au moment de la puberté, ce qui vient marquer la sexualisation des corps. Les poils cachent le sexe, mais dans notre société ils sont souvent considérés comme repoussants, dégoûtants. Est-ce parce que les poils représentent de manière privilégiée la sexualité ? L'épilation serait alors comme une domestication du sexe dans l'idée de le rendre inoffensif. Et quel sexe se doit d'être inoffensif si ce n'est celui des femmes ?⁶

Les poils de la puberté n'apparaissent pas chez de nombreuses personnes intersexes avec des taux d'androgènes bas, ou auxquels le corps ne répond pas (insensibilité aux androgènes), que ce soit chez des personnes assignées filles ou assignées garçons.

ÉPILATION

→ L'idée que le sexe devrait être complètement épilé, avec des lèvres du clitoris très courtes et lisses, et dépourvu d'odeurs et de sécrétions, c'est l'idée que le sexe des femmes devrait ressembler à celui d'une petite fille. Cependant de nombreuses personnes assignées femmes et insensibles aux androgènes présentent ce type de configuration génitales et ressentent comme une violence qu'on leur dise qu'elles ont un sexe d'enfant... ou d'actrices pornos.

Pourquoi cette valorisation de la femme-enfant ? Est-ce pour mieux assigner les « femmes » à leur statut de mineure ? Ou est-ce le symptôme d'une société où le viol des enfants, tout tabou qu'il soit, est néanmoins courant ? En effet, 51 % des violences sexuelles sont commises sur des enfants de moins de 11 ans. Précisons que beaucoup de personnes intersexes vivent de manière spécifique une fétichisation aux relents pédophiles.

Bourses et lèvres poilues

Les bourses sont des lèvres qui se sont soudées entre elles chez l'embryon. Il en résulte une couture que les médecins appellent raphé. Sur l'illustration 1 (p.14) on voit que la couture est plus ou moins fermée ou ouverte d'une personne à une autre.

Les bourses ont un système musculaire qui permet une thermorégulation : quand il fait chaud la peau s'affine et les bourses s'allongent, quand il fait froid (ou en cas d'excitation sexuelle), c'est l'inverse.

Clitoris, dicklit et pénis, les parties externes

Le clitoris, pénis et dicklit sont des organes qui sont à la fois internes et externes ; pour les parties internes, voir chapitre 3 (p.32).

Capuchons* et glands

Le gland du clitoris et du dicklit est l'extrémité visible du corps du clitoris et du dicklit, tout comme le gland du pénis est l'extrémité du corps du pénis. La spécificité est que le capuchon du clitoris et du dicklit recouvre et le gland et une grande partie du corps, alors que sur le pénis il ne recouvre que le gland.

Le gland, qu'il soit du pénis, du clitoris ou du dicklit n'est pas toujours visible du premier coup d'œil, bien souvent il est caché sous le capuchon. Pour trouver le gland, il faut alors le décalotter en tirant sur le capuchon.

- **Le gland du clitoris** a une taille très variable d'une personne à l'autre, il peut n'être pas plus grand qu'une tête d'épingle ou à l'inverse mesurer plusieurs centimètres. Le capuchon du clitoris est souvent oublié sur les représentations de vulves, pourtant il fait en moyenne, chez les personnes cis et dyadiques, 2 cm !

- **Le gland du pénis** se « cale » suite à la circoncision : sa peau s'épaissit, il peut devenir moins sensible⁷ et moins perméable aux IST.

Parfois (la médecine parle d'hypospade), le capuchon du pénis ressemble beaucoup à celui du clitoris : il forme une capuche qui ne fait pas le tour du gland, comme on peut le voir sur l'illustration n° 1 D (p.15).

Dans la plupart des cas de « correction » chirurgicale de pénis intersexes, chez des enfants assignés garçons, la peau du prépuce est utilisée, donc l'enfant est circoncis-e, sans raison religieuse ou médicale.

- **Le gland du dicklit** qui dépasse du capuchon chez les personnes trans peut devenir hyper sensible au début du traitement à la testostérone (il peut même devenir douloureux avec les frottements). Mais peu à peu, il se « cale » comme le gland du pénis circoncis, et perd un peu en sensibilité.

CAPUCHON ET PRÉPUCE

Puisque le prépuce et le capuchon sont la même chose anatomiquement parlant, on pourrait parler de prépuce du clitoris. Mais la signification du mot « capuchon » est plus claire à saisir, plus transparente, que

le mot prépuce. Il s'agit de la capuche du gland. Cet ouvrage essaye, entre autres choses, de rendre le vocabulaire anatomique plus abordable, plus simple à retenir. On propose donc d'abandonner le mot prépuce aussi bien pour parler du

GLAND ET PLAISIR

→ Les glands ont des milliers de terminaisons nerveuses, plus que n'importe quelle autre structure de l'anatomie humaine. Sur les clitoris, probablement du fait de sa taille plus compacte en comparaison au dicklit et pénis, la concentration de ces terminaisons nerveuses est plus dense. En médecine, on mesure la sensibilité potentielle d'un organe au nombre de terminaisons nerveuses qu'il comporte. Bien sûr, ce n'est qu'un point de vue médical et bien d'autres facteurs (émotionnels, sociaux...) peuvent expliquer la sensibilité ou insensibilité d'une zone. Cependant, cela donne une bonne explication de pourquoi la stimulation du gland est pour beaucoup la manière la plus facile d'accéder au plaisir sexuel⁸. Plus précisément, une enquête montre que ce qui mènerait le plus facilement à l'orgasme les femmes cis, c'est la pénétration associée à des caresses sur le gland du clitoris, alors que c'est l'une des pratiques les moins utilisées. La sodomie sans stimulation du clitoris peut amener à l'orgasme mais ça reste la pratique qui l'amène le moins souvent. Enfin, la pénétration vaginale sans stimulation clitoridienne amène majoritairement moins facilement à l'orgasme que la stimulation manuelle ou avec la bouche⁹.

Néanmoins, il est pour certain-e-s désagréable de stimuler directement le gland, et parfois même à travers le capuchon.

Freins

Le frein assure la jonction entre le gland, le capuchon et les lèvres du clitoris ou la peau du pénis. Les personnes circoncises ou excisées n'ont généralement plus de frein.

RUPTURE DU FREIN

→ Il peut arriver une rupture du frein lors d'une masturbation ou d'un rapport sexuel. En effet, lors d'une érection, le gland se décalotte et le frein se tend. La rupture peut être douloureuse et saigner beaucoup. Il faut donc, si cela arrive, comprimer la zone une dizaine de minutes pour stopper les saignements. Il est souvent nécessaire de consulter un médecin, voire d'aller aux urgences, pour aider à la cicatrisation et éviter les récidives. On en parle plus souvent pour les pénis (c'est plus courant) mais cela peut arriver sur les freins du clitoris et des dicklit aussi.

clitoris, du dicklit que du pénis, et de plutôt parler de capuchon. Cela permet en plus de souligner l'analogie entre les trois.

Glandes du capuchon

Il y a de chaque côté du frein des glandes (la médecine parle de glandes prépuçiales), très petites et souvent invisibles, qui produisent habituellement du **smegma** en plus ou moins grande quantité selon les personnes et les périodes. Le smegma est une sécrétion épaisse, opaque et blanche.

Les personnes qui sont circoncises n'en produisent presque pas. C'est ce smegma qui oblige les personnes non circoncises à se décalotter régulièrement pour nettoyer le smegma accumulé sous le prépuce.

Couronnes du pénis ou du dicklit

Une couronne marque la jonction entre le gland et le corps du pénis ou dicklit. Le fait que cette couronne apparaisse sur les personnes trans FTX suite à la prise de testostérone laisse imaginer qu'elle existe aussi sur le clitoris même si elle est trop petite ou cachée pour être visible.

COURONNES PERLÉES

→ Il s'agit de petites excroissances (follicules) qui peuvent faire le tour de la couronne du pénis ou du dicklit. Elles sont totalement bénignes. À ne pas confondre avec des condylomes ou des mycoses. Elles apparaissent le plus souvent à la puberté, ou avec la prise de testostérone, car elles sont liées à une forte présence d'hormones sexuelles.

39 % des pénis en France ont une couronne perlée. Il ne s'agit pas d'une IST et ça n'est pas dû à un manque d'hygiène, ça se résorbe ou diminue avec le temps et il n'y a aucun soin à y apporter.

LES PÉNIS SONT MOUS, PAR MIRA BELLWETHER

→ « L'état naturel, de repos, du pénis est la mollesse. Question dureté, la plupart des pénis ne pourront jamais faire le poids face à un bon gode. Nous savons tous-tes que les pénis sont loin d'être des rocs gorgés de sang en permanence, et pourtant quasiment tout ce qu'on trouve comme infos sexuelles sur les pénis concerne les pénis en érection, les pénis durs, les pénis pénétrateurs. Dans notre culture la pensée de base est que seuls les pénis durs peuvent servir pour le sexe, et que les pénis mous ne peuvent pas servir et ne sont pas sexys. C'est très profondément erroné. La plus grande différence entre un pénis dur et un pénis mou n'est pas si l'un peut servir à la sexualité ou pas, ni si l'un peut recevoir ou donner du plaisir ou pas, c'est simplement que quand un pénis est dur il peut pénétrer. C'est tout. C'est la seule différence. Et pourtant il n'y a rien d'écrit sur le sexe et les pénis mous à part sur comment les « réparer » pour les rendre durs. C'est dur, pour ainsi dire, de considérer sérieusement le concept de baiser avec un pénis mou, parce que nous avons été endoctrinés à rire de cette idée. Ce n'est pas très en vogue de parler de phallocentrisme de nos jours mais je ne trouve pas de meilleur terme pour caractériser la présomption que les parties intimes d'une personne sont inutiles parce qu'elles ne sont pas dures et phalliques.

Contrairement à une idée bien ancrée dans la tête d'un peu tout le monde, un pénis mou n'est pas un bon indicateur de l'intérêt de quelqu'un, ni de son humeur ou de sa libido. C'est plutôt une opportunité de découvrir ce que le pénis peut

faire d'autre que se gorger de sang et pénétrer des trucs »¹⁰.
« 10 %, c'est la proportion de personnes ayant un pénis qui connaîtront une « dysfonction érectile » ou « impuissance » à un moment ou à un autre de leur vie. Je n'ai aucun doute sur le fait que, pour beaucoup d'hommes de notre culture, ne pas être en mesure d'avoir une érection quand on en a envie est vraiment très stressant, et je ne néglige pas la honte ou la souffrance que cela doit représenter. Cependant, je ne veux pas catégoriser quelque chose qui touche près de 10 % de la population comme un « trouble » ou une « anomalie ». Je suis aussi sceptique face à cette statistique de 10 %, parce qu'elle est fondée sur l'auto-déclaration de personnes qui rapportent avoir des problèmes d'érection. Si ce chiffre est si bas, c'est aussi très certainement dû au fait que beaucoup d'hommes n'en parlent pas, et que beaucoup d'hommes considèrent qu'une petite panne occasionnelle ne constitue pas une réelle dysfonction érectile. Je méprise profondément le terme « dysfonction érectile » au moins autant que le terme « impuissance » me dégoûte, parce que ces deux termes sont utilisés pour déshonorer et pour pathologiser les pénis mous et les déclarer asexuels, inefficaces, non-érotiques et ennuyeux. Laissez-moi suggérer qu'en plus de tous les traitements possibles et imaginables pour soigner « l'impuissance », on devrait prendre en compte la possibilité radicale qu'on se trompe sur toute la ligne à ce sujet. Parce que les pénis peuvent être tout aussi sexy mous que durs. »¹¹

Prothèses, gode et pisse debout

Une personne transmasculine peut avoir l'envie ou le besoin d'utiliser des prothèses. Selon les modèles, des pénis et bourses en silicone, très réalistes, peuvent servir de packer (prothèse pénienne pour avoir une bosse dans le pantalon), pisse debout, ou de « gode ceinture » pour les relations sexuelles.

Lèvres du clitoris* et du dicklit

Les lèvres du clitoris ou du dicklit sont dans la continuité du capuchon comme deux ailes qui s'allongent à partir du gland du clitoris ou du dicklit. Ces lèvres – sauf quand elles sont vraiment très courtes – fonctionnent comme un rideau qu'on peut laisser fermé, ou ouvrir pour découvrir le cœur de la vulve et ses orifices. Elles fonctionnent donc comme une protection du cœur de la vulve contre les frottements, les bactéries...

Elles sont richement innervées et vascularisées (la vascularisation tend à réduire avec l'âge qui avance) et ont un lien anatomique^A avec les bulbes du clitoris ou du dicklit, situés juste derrière, ce qui en fait une zone particulièrement sensible, et érectile. Avec l'excitation, les lèvres vont légèrement gonfler et s'ouvrir d'elles-mêmes en se redressant.

L'aspect des lèvres varie énormément d'une personne à une autre. Bien souvent, elles ne sont pas symétriques, il est courant qu'une des deux lèvres soit plus longue que l'autre, et qu'elles aient un aspect différent. Elles sont généralement au nombre de deux mais parfois elles se dédoublent pour former quatre lèvres. Elles ont des teintes très variables, unies ou dégradées, qui peuvent trancher parfois avec la couleur du reste de la vulve. Rares sont les lèvres lisses, la plupart ont des bords en liseré,

ce qui donne un aspect plus ou moins épais, charnu, aux lèvres. De plus en plus de femmes cis recourent à la labioplastie : une chirurgie plastique des lèvres pour qu'elles soient plus petites, fines, lisses et symétriques, parfois aussi plus claires. La labioplastie intervient sur une zone érogène, il s'agit là d'une sorte d'excision volontaire des temps modernes⁸. Cette norme plastique est symptomatique d'une volonté de notre société de contrôler le plaisir des femmes. Plus le pénis et les testicules sont gros, plus le sexe est considéré comme beau ; à l'inverse, la vulve des femmes cis doit se faire la plus discrète possible, elle est bien souvent réduite à un trou béant entre les jambes.

EXCISION À L'OCCIDENTALE

→ L'excision était pratiquée dans les grandes civilisations antiques égyptienne et grecque, mais aussi par les médecins occidentaux jusqu'au début du XX^e siècle pour remédier à la lascivité ou l'hystérie des femmes (!). En France, la « mode » est lancée aux XVI^e siècle par le médecin de la cour, Ambroise Paré, qui jugeait inacceptable que les lèvres du clitoris entrent en érection⁹. Aujourd'hui, en France, on prétend que l'excision est interdite mais elle est pourtant toujours pratiquée en toute impunité sur les enfants inter-

sexes assigné-es femmes, en particulier sur les organes génitaux jugés « hypertrophiés » et/ou « virilisés ».

La culture psychanalytique est fortement imprégnée de cette pratique. Au début du XIX^e siècle, la castration (ablation des ovaires) et l'excision du clitoris étaient couramment pratiqués à visée thérapeutique. Freud s'y oppose mais n'en reste pas moins un grand exciseur psychique. Il se positionne ouvertement contre les mouvements féministes qui se développent à son époque (les Années folles). Pour lui, le clitoris est un organe vestigial du pénis (remarquons que c'est ce qu'on dit de nos jours de la prostate du clitoris¹⁰) : la femme doit admettre sa castration et avec cela « la supériorité de l'homme et sa propre infériorité »¹¹. Il théorise la prohibition de la masturbation. Sa pensée et le déni du clitoris se propagent. Hélène Deutsch, disciple de Freud écrit : « Une vraie femme est celle qui a réussi à établir la fonction maternelle du vagin et à abandonner les revendications du clitoris »¹². Et à sa suite Françoise Dolto : « Il est de toute importance que la fille fasse son deuil de ses fantasmes masturbatoires clitoridiens. [...] La solution heureuse, c'est l'investissement vaginal. »¹³ Sans commentaire.

Anus

L'anus est, comme le vagin, un orifice qu'on peut ouvrir et fermer grâce aux muscles du périnée. Il s'agit d'une zone potentiellement érogène, très sensible, qui peut se caresser aussi sans pénétration, manuellement ou avec la bouche (anulingus).

LÈVRES DU CLITORIS

Elles sont classiquement dénommées **petites lèvres**, parfois **lèvres intérieures**, par opposition aux **lèvres poilues** qu'on appelle alors **grandes lèvres** ou **lèvres extérieures**. Ces termes ne semblent pas pertinents. Car en anatomie, on dit que la vulve est la partie de sexe externe et que le vagin et l'utérus en sont la partie interne. Parler de lèvres internes et externes entretient donc la confusion. De plus, chez 50 % des personnes, les lèvres du clitoris dépassent à l'extérieur

des lèvres poilues, et chez les 30 % elles font la même taille¹⁴. Pour souligner leur caractère structurellement érogène, optons pour la dénomination « lèvres du clitoris » ! Cette dénomination est complètement logique anatomiquement : les lèvres du clitoris font partie, à part entière, du clitoris, au même titre que son gland, son capuchon et ses parties internes. C'est d'autant plus clair pour les personnes trans masculines qui prennent de la testostérone : non seulement le gland et le

capuchon du dicklit s'allongent et s'épaississent, mais aussi les **lèvres du dicklit**.

Quant aux lèvres poilues, c'est bien le fait qu'elles ont des poils qui les distinguent le plus clairement des lèvres du clitoris ou du dicklit, qui elles sont imberbes. Les appeler « lèvres poilues » n'empêche pas de respecter le choix de chacune de se les épiler ou pas. Le terme n'est cependant pas inclusif des personnes intersexes assignées femme qui ne sont pas sensibles aux androgènes et ne déve-

loppent donc pas de pilosité sur le sexe à la puberté. On pourrait parler aussi de **grosses lèvres**.

A. Lien entre les vaisseaux (voir le site *Clit'info* d'Odile Fillod, paragraphe sur la pars intermedia).

B. Rappelons que l'excision ne concerne pas que le gland mais aussi – entre autres – les lèvres du clitoris.

C. Sur la prostate du clitoris voir p.45

Cœur de la vulve*

Il faut écarter les lèvres du clitoris pour découvrir le cœur de la vulve : une petite cavité où se trouve tout un tas d'orifices, ceux de l'urine, de la prostate, du vagin et des glandes du clitoris ou du dicklit. C'est une zone particulièrement érogène car juste derrière cette peau se cache la zone de confluence des différentes branches du clitoris ou du dicklit, et son réseau de veines.

Orifices urinaire* et de la prostate

● **Sur la vulve**, il y a plusieurs orifices :

- **L'orifice urinaire.** Il se situe entre le gland et l'entrée du vagin. Il se cache souvent dans des replis de la chair aux formes variables. Ces replis de chair prennent parfois la forme d'une vulve miniature, ou d'une bosse ronde et moelleuse. Certaines personnes éjaculent par cet orifice.^A

- **Les orifices de la prostate.** Ils sont généralement au nombre de deux, très petits mais visibles de chaque côté du méat urinaire. Certaines personnes éjaculent par ces orifices.^B

Le pourtour de ces trois orifices est érectile, quand on est excité-e on peut sentir cette zone comme un petit coussin moelleux : c'est la prostate qu'on peut stimuler en caressant à cet endroit. Cette partie du cœur de la vulve est mobile : si on pousse sur cette zone, elle bascule vers l'intérieur du vagin comme une balançoire. C'est une manière de stimuler la prostate et l'arche qui forment les branches internes du clitoris.

● **Sur le pénis**, il s'agit le plus souvent d'un seul et même orifice au centre du gland, par lequel on urine ou on éjacule. Mais pas toujours. En effet, l'orifice peut se situer en divers points de l'urètre, entre l'extrémité du gland et les bourses^C. En jargon médical, on parle d'hypospade, ce qui concernerait environ 1 personne assignée garçon à la naissance sur 300¹⁷. Cela ne pose aucun problème de santé. Pouvoir « pisser debout » est le grand argument pour les mutilations de la verge avec hypospade des enfants intersexes visant à remonter l'urètre (de multiples opérations sont en général nécessaires). Des adultes qui produisent des spermatozoïdes (ce n'est pas le cas de beaucoup d'intersexes) peuvent recourir à l'opération en cas de désir d'enfant sans FIV, si l'éjaculation se fait par une émission trop basse pour permettre au sperme de remonter dans l'utérus.

CŒUR DE LA VULVE

Il est classiquement appelé le **vestibule**. Ce mot est clairement coïto-centré : il véhicule l'idée que la stimulation de la vulve ne serait qu'un avant-goût de la pénétration vaginale. Il définit cet espace en fonction du vagin, qui serait la « pièce principale » du sexe.

ORIFICE URINAIRE

Pour parler de l'orifice urinaire, on a choisi de ne pas utiliser

l'expression médicale « **méat urinaire** », puisque le mot orifice convient aussi bien. Cela fait un mot technique en moins.

ORIFICE DU VAGIN

L'expression « **entrée du vagin** » est couramment utilisée. Elle ne semble pas pertinente car elle centre une fois de plus la description du vagin sur la pratique de la pénétration. Il y a tout un tas de choses qui sortent du vagin,

Orifice du vagin*

L'orifice du vagin est la plupart du temps fermé. Grâce à ses muscles (en particulier **le muscle constricteur de la vulve**, l'un des muscles du périnée) il peut se fermer hermétiquement (certain-e-s arrivent ainsi à retenir leurs règles jusqu'au moment de s'asseoir aux toilettes, et n'ont donc plus besoin d'utiliser de protections menstruelles), mais aussi s'ouvrir largement, comme une porte d'ascenseur horizontale.

On peut s'amuser à observer avec un miroir notre vagin s'ouvrir et se fermer à notre gré^D. Il ne s'agit donc pas d'un organe passif qui ne s'ouvre que parce qu'on essaye d'y pénétrer : le vagin est actif et musclé ! Il ne s'agit pas non plus d'un trou béant mais il est vrai que ses muscles peuvent s'endommager et le vagin perd alors de son tonus, il n'arrive plus à se fermer complètement.

SAIGNEMENTS LORS DES RAPPORTS SEXUELS

➔ **Nombreuses sont les personnes qui n'ont pas saigné lors d'une première pénétration vaginale.** Les autres témoignent de saignements en quantité très variables d'une personne à une autre : cela peut aller de deux ou trois gouttes de sang visibles sur le papier toilette après s'être essuyé, à un saignement très abondant. Le sang peut parfois aussi être mélangé à la cyprine et aux sécrétions vaginales, ce qui le rend clair, plus transparent.

Les saignements peuvent survenir immédiatement, ou en différé, probablement parce que, lorsque les saignements sont peu abondants (ce qui est souvent le cas), le sang peut rester dans les replis de la vulve un certain temps avant de s'écouler.

Les saignements lors de la pénétration peuvent venir d'autre chose que de l'hymen : la stimulation du col de l'utérus peut déclencher des saignements de l'endomètre (règles).

Si la vulve et le vagin ne sont pas suffisamment lubrifiés lors d'une pénétration, la muqueuse est alors facilement irritée, elle peut même se fissurer et saigner.

comme les pertes blanches, les règles, la perline, parfois même un embryon, un fœtus, un placenta ou un bébé... Le vagin ressemble plus à une corne d'abondance qu'à un trou béant qu'il s'agirait de remplir. Certain-es parlent du coup de « **sortie du vagin** ». Ici, on parlera plutôt d'orifice : un orifice est quelque chose qui forme à la fois une entrée et une issue, un passage qui peut être ouvert ou fermé.

A. Voir « Éjaculation », p.46

B. Voir « Prostate », p.45

C. Voir illustrations 1 p.15 (sexe D) et 17 p.42 (sexe C)

D. Il peut arriver que nos muscles manquent de tonicité et que nous n'arrivions pas à faire cet exercice. Voir « Tonicité du périnée », p.37

⑦ DIFFÉRENTS TYPES D'HYMEN



Hymen en croissant (ou semi-lunaire)

C'est le plus courant.
Au point le plus large, la largeur de la peau du croissant fait 2,7 mm chez les adolescent·es.¹⁸



Hymen imperforé

C'est rare et nécessite une petite intervention chirurgicale pour permettre l'évacuation des règles à la puberté.



Hymen déchiré ou distendu



Hymen en passoire

C'est rare.



Hymen annulaire

C'est courant.



Hymen avec bride

Concerne seulement 5 % des bébés (qui ont un vagin) à la naissance.



Pas d'hymen

C'est rare.

N.B. : sur ces illustrations, les doigts ont été mal positionnés. En réalité, pour voir l'hymen il faut tirer les peaux de l'orifice en positionnant ses doigts de manière beaucoup plus proche de l'orifice du vagin.

Ici, les hymens sont très visibles car une couleur contrastée a été choisie pour les visibiliser mais en réalité ils sont sensiblement de la même couleur que le reste de la peau de la vulve.

Hymens*

Il est souvent comparé à un voile, car beaucoup le souhaiterait très fin et fragile, mais c'est une image fallacieuse¹⁹. L'hymen est une paroi épaisse, mais souvent étroite et souple. On peut donc, si on en a un, le voir en se regardant dans un miroir, nul besoin de médecin. Mais pour cela, il faudra écarter avec ses doigts les lèvres du clitoris et leur commissure, de manière à bien tendre l'orifice du vagin.

On ne « perd » pas un hymen, qu'il soit « intact » ou « détendu » ou « déchiré », il s'agit de la même chose qui change d'aspect au cours de la vie. Il est très rare de naître sans hymen²⁰, mais la morphologie de l'hymen varie beaucoup entre la naissance et l'adolescence, tout comme l'ensemble de la vulve d'ailleurs, principalement sous l'effet des hormones²¹. Il peut aussi y avoir un impact des activités courantes pratiquées de manière intensive et qui mobilisent les muscles du périnée²² et donc l'orifice du vagin et l'hymen qui leur sont intrinsèquement liés. En fonction de l'anatomie de l'hymen (si l'orifice ou les orifices de l'hymen sont petits), il peut aussi être modifié par l'usage de tampons ou d'une coupe menstruelle.

Si l'hymen n'est pas trop large, si le sexe est lubrifié, détendu, la personne excitée, et si la pénétration se fait en douceur et progressivement, l'hymen a moins de risque de se déchirer. Il ne faut donc pas hésiter à mettre du lubrifiant sur un tampon (ou tout autre chose qui pénètre). À force, l'hymen peut par contre se détendre^A. 52 % des adolescent-es ayant eu des rapports sexuels consentis ont des hymens sans aucune trace de déchirure²³. Mais l'hymen peut aussi se fendre en un ou plusieurs endroits et forme alors comme une corolle de peaux (la corolle est l'ensemble des pétales d'une fleur – on s'excuse d'avance pour la métaphore florale). Contrairement à ce qui est dit souvent, cela n'arrive pas qu'après l'accouchement. Parfois cette déchirure, et éventuellement les saignements afférents, n'ont donc pas lieu au moment de la première pénétration mais lors des suivantes, peut-être parce que la pénétration s'est faite moins en douceur. Si l'hymen s'est fendu, il est possible qu'il cicatrise sans laisser aucune trace de cette déchirure²⁴.

HYMEN

« L'hymen tire son nom du dieu grec Hymen ou Hyménée, le dieu du mariage, mort écrasé sous sa maison le jour de ses épousailles (ce qui en dit long sur l'obsession dont l'hymen fait l'objet lors de la "nuit de noces"). On attribue au dieu Hymen de nom-

breuses légendes : il serait un magnifique jeune homme blond ayant délivré des jeunes filles vierges enlevées par des pirates et aurait exigé, pour les rendre à leurs parents, d'obtenir la main de sa préférée, même si celle-ci le dédaignait. Sympa. [...] On propose parfois de parler de

HYMEN IMPERFORÉ, MICROPÉRFORÉ ET HYPERTROPHIE HYMÉNÉALE

→ L'hymen imperforé pose problème au moment des premières règles : elles ne peuvent pas sortir et s'accumulent dans le vagin jusqu'à déclencher une gêne, voir des douleurs intenses ou une infection. Il faut alors procéder à une incision par un-e professionnel-le de santé.

Certains hymens sont tellement épais et avec un ou des orifices tellement étroits qu'ils empêchent toute pénétration dans le vagin, ou permettent la pénétration de la taille d'un tampon ou d'un doigt mais pas d'un pénis. Si la personne souhaite pratiquer une pénétration elle aura alors besoin elle aussi d'une incision qui se pratique souvent sous anesthésie générale.

L'INVENTION DE L'HYMEN COMME PREUVE DE LA VIRGINITÉ

→ C'est André Vésale, médecin du XVI^e siècle, qui a mis le nom d'hymen au goût du jour en s'en servant pour désigner la membrane qui couvre partiellement l'ouverture du vagin. On invoque bien souvent la responsabilité de l'Église dans la volonté de contrôle de la virginité des femmes. La religion invoque effectivement la virginité comme vertu spirituelle mais c'est au pouvoir médical qu'on doit l'invention de l'hymen comme preuve de la virginité, pour ce qui est de la France au tournant du XVIII^e et XIX^e siècle. Jusqu'ici les religieux envisageaient la virginité sur un plan moral et non pas physique. Les médecins, eux, ne se situent pas sur le registre de la vertu. L'enjeu est plutôt pour la classe des hommes de posséder en premier le corps des femmes, de faire « advenir la femme » via la défloration. En effet, la défloration est déjà perçue comme un événement crucial de la vie d'une femme.²⁶ Aujourd'hui les études médicales sur l'hymen sont motivées par la volonté de savoir si on peut déterminer via l'aspect de l'hymen s'il y a eu viol sur enfant ou adolescent-e vierge. Même si elles proviennent de bonnes intentions, ces études nous laissent dubitatifs-ves, d'autant plus au vu du peu de résultats concluants qu'ont ces études. En effet, une telle démarche participe encore de l'idée que les agressions sexuelles sont avant tout des pénétrations vaginales non consenties. En cas de non-traces sur le corps (ce qui est le plus courant), à qui sert ce constat si ce n'est à l'agresseur ?

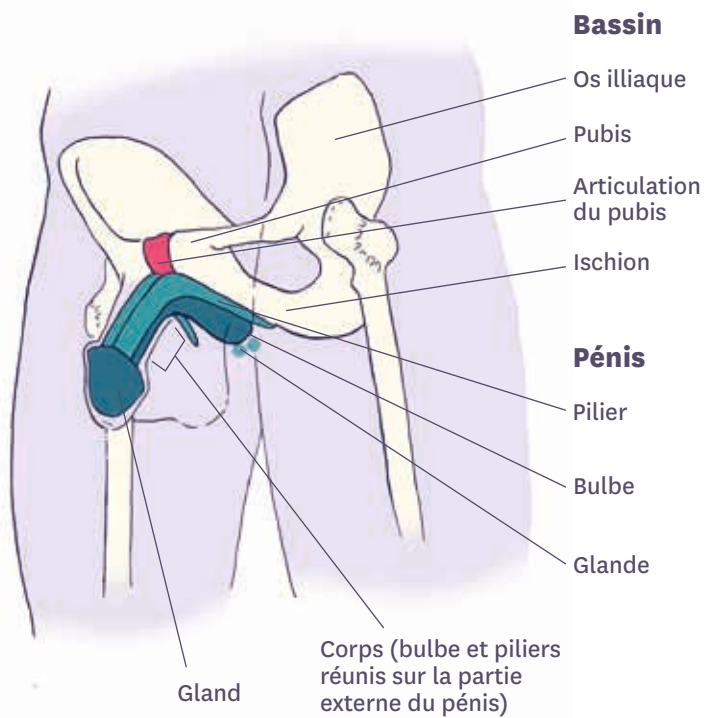
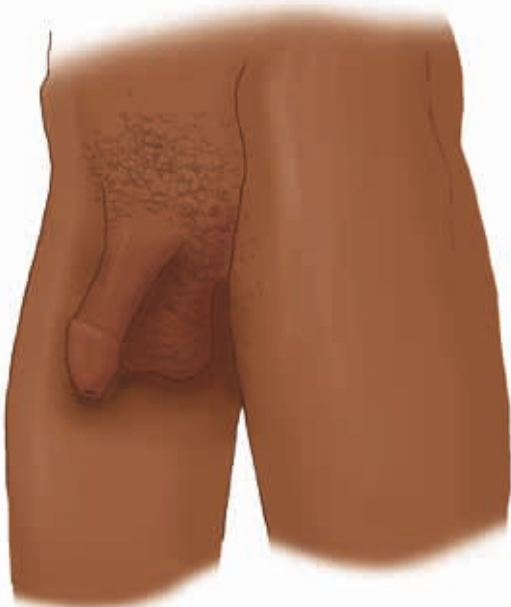
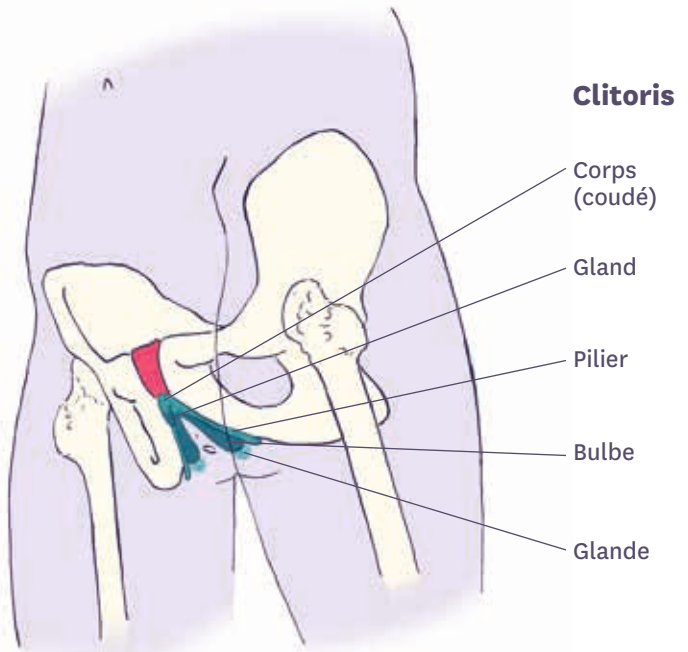
"couronne vaginale". Problème : la couronne renvoie aussi au mariage et à la mythologie tout en étant associée au mot vaginal, lui aussi problématique. Voilà pourquoi l'autrice suédoise Therese Agdler a prôné l'utilisation de l'expression "pli de la muqueuse". »²⁵

A. Une étude montre qu'en moyenne les hymens perdent 0,5 mm de largeur de peau (il passe d'une moyenne de 3 à 2,5 mm) chez les adolescent-es qui ont eu ou pas des relations sexuelles (réf. note 23 p. 60).

3

**Anatomie
interne**

⑧ CLITORIS ET PÉNIS INTERNE ET EXTERNE



Tout est interconnecté

Dans le petit bassin, le réseau veineux, nerveux et musculaire est tel que lorsque nous stimulons une zone nous en stimulons par conséquent beaucoup d'autres. Un des principaux réseaux de nerfs, celui du **nerf pudendal***, sort de

la moelle épinière et se ramifie pour innervier toute la partie basse et externe des organes génitaux. Les ramifications sont si nombreuses et microscopiques qu'il est impossible de les cartographier.

Clitoris, dicklit et pénis, les parties internes

ÉRECTION

→ Les clitoris, dicklit et pénis peuvent avoir des érections dès la naissance. Elles peuvent être augmentées ou arrêtées de manière volontaire, ou par « réponse sexuelle réflexe ». ²⁷ C'est-à-dire qu'on peut bander et mouiller parce qu'on désire quelque chose ou juste par réaction incontrôlée; y compris, donc, en cas d'agression, de viol. Ce n'est donc pas un critère de consentement.

À l'inverse, parfois on peut avoir du désir et ne pas bander ou mouiller, ce qui d'ailleurs peut convenir à la personne, ou pas. L'excitation sexuelle (qu'on entend ici sur un plan purement physiologique) n'est donc pas à confondre avec le désir (qui est plutôt de l'ordre du psychologique, ou de l'émotionnel).

Corps, pilier et bulbe du clitoris, dicklit ou pénis

Les parties internes du pénis, dicklit et clitoris forment au repos un coude en avant de l'os du pubis auquel ils sont rattachés par un **ligament suspenseur**. Il semblerait que ce coude se redresse en cas d'érection même si, pour ce qui est du clitoris, le fait est controversé.

Rares sont les pénis complètement rectilignes, la plupart sont tordus. Mais quand l'angle de la courbure sur le pénis en érection atteint un certain nombre de degrés, la médecine parle de **chordée** (ou **courbure congénitale du pénis**). Il est généralement pratiqué une chirurgie « correctrice » chez les enfants ou adolescent-es intersexes assigné-es garçons concerné-es. Les médecins ou médiennes vérifient généralement le degré de courbure des pénis d'enfants prépubères par masturba-

tion manuelle en contexte médical. Cette pratique peut être considérée comme une violence médicale, voire une agression sexuelle sur mineur-e, elle est pourtant pratiquée en toute impunité.

Les corps se prolongent en deux piliers qui longent l'os du bassin (les ischions), ainsi qu'un bulbe pour le pénis et deux pour le clitoris. Il s'agit de deux types de tissus érectiles : dans les **piliers** les **corps caverneux** (cavités qui peuvent se remplir de sang), et dans les **bulbes** les **corps spongieux** (éponges qui peuvent se gorger de sang). Les bulbes et les piliers possèdent chacun leurs propres muscles qui les gaignent.

RECONSTRUCTION DU CLITORIS

→ Les piliers et les bulbes ne sont pas touchés par l'excision, souvent le corps aussi reste, au moins en partie, intact. C'est ce qui explique qu'une reconstruction chirurgicale est possible. Mais ce n'est pas la solution miracle, et tout le monde n'en ressent pas forcément le besoin. Pour certain-es, passer sur la table d'opération équivaut à répéter le moment généralement traumatique de la mutilation.

Le clito fait du cheval

Lorsque les bulbes du clitoris ou du dicklit entrent en érection, le périnée se contracte et cela fait s'asseoir le clitoris ou le dicklit comme un cavalier sur la prostate et le vagin.

En cas de pénétration dans le vagin, les parois du vagin sont distendues : ça écarte les bulbes vers les côtés. Mais les muscles du clitoris ou du dicklit compriment les bulbes en sens inverse vers les parois du vagin : le clitoris s'assoit donc

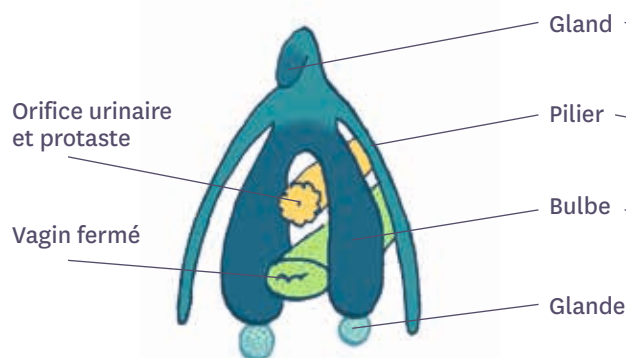
NERF PUDENDAL

« Pudendal » provient du mot latin *Pudendum* qui signifie « honte » : le nerf pudendal était d'ailleurs anciennement appelé

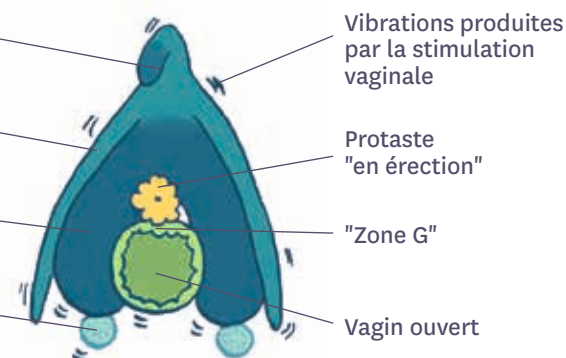
nerf honteux, ce qui n'est pas anodin pour parler d'un des nerfs du plaisir sexuel. Chalker propose de parler de **nerf génital**. Certain-es surnomment les

nombreuses terminaisons de ce nerf **le voile d'Aphrodite**.

9 CLITORIS AU REPOS



10 CLITORIS EN ÉRECTION AVEC CIRCLUSION^A DU VAGIN



sur le vagin (et la prostate). On peut alors stimuler le clitoris à travers le vagin (et la prostate), à l'endroit où il « s'assoit », endroit que certain-e-s nomment **point G^B**. Si des mouvements de va et vient, ou des vibrations, sont faites dans le vagin, alors le clitoris se met à faire du rodéo sur sa monture, comme pris de convulsions, ce qui, selon Odile Buisson, serait moins le cas lorsqu'on le stimule par le gland uniquement.²⁸

Il se peut que si le périnée n'est pas nettement contracté, le clitoris ou le dicklit ne s'abaisse pas complètement : il n'y a alors pas de transmission de contact entre le vagin et le clitoris ou dicklit (on peut ici en déduire un des nombreux intérêts de l'éducation périnéale^C). Si le clitoris ou dicklit est « bien » descendu mais qu'il n'est pas en érection, on peut aussi supposer qu'il n'y aura pas trop de sensations non plus.

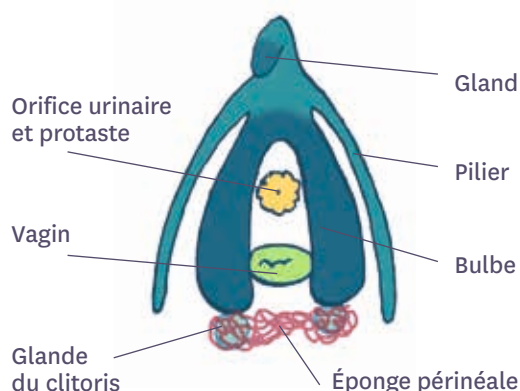
Quand il y a pénétration dans le vagin par un pénis ou un objet d'un diamètre plus ou moins comparable, non seulement les bulbes du clitoris ou du dicklit sont stimulés (comprimés sur les côtés) mais aussi les piliers.

➔ 6^E BRANCHE DU CLITORIS : LE RÊVE AMÉRICAIN ?

C'est dès 1981 que les féministes d'Atlanta, affiliées à l'équivalent du Planning Familial étasunien, parlent de l'ensemble du clitoris : gland, piliers, bulbes. C'est-à-dire plus de 15 ans avant que la littérature médicale contemporaine commence à se pencher sur le sujet. Elles faisaient aussi mention d'une « **éponge périnéale** », organe qu'on retrouve dans de nombreux ouvrages étasuniens non traduits²⁹. Il s'agirait en quelque sorte d'une sixième branche du clitoris ! Une branche tendue entre les deux bulbes du clitoris et qui s'entremêlerait autour des glandes du clitoris. L'éponge périnéale se trouverait, dans, ou sur, ou sous, le centre du périnée^D c'est pourquoi elle est qualifiée de « périnéale ». Il s'agirait d'un corps spongieux (d'où son nom d'« éponge »), comme les bulbes du clitoris. C'est-à-dire érectile.

Malheureusement, elles ne citent jamais leurs sources et n'ont pas répondu à nos questions par mail. Même si c'était très tentant, nous n'avons pas pris le risque de faire circuler une rumeur. Cependant, il se pourrait que d'ici peu nous en entendions parler comme d'une réalité fiable. En attendant, rien ne nous empêche d'en parler avec les personnes que nous rencontrons au Planning. Car il semblerait que cette supposée zone érogène et érectile entre la vagin et l'anus, légèrement en retrait de ces orifices, soit parlant pour plus d'un-e.

11 CLITORIS ET ÉPONGE PÉRINÉALE



Glandes du clitoris, du dicklit et du pénis

Ces glandes sont situées à l'extrémité des bulbes du pénis et du clitoris, ou plus précisément elles sont intriquées dans son extrémité. Quand le bulbe entre en érection, cela gaine la glande et stimule la production de cyprine.

GLANDES DU CLITORIS

En hommage à deux anatomistes du XVII^e siècle, on appelle généralement les **glandes du clitoris** ou du **dicklit** les **glandes de Bartholin**, et les **glandes du**

pénis les **glandes de Cowper**. Bartholin a aussi donné son nom à l'infection des glandes du clitoris ou du dicklit : la **bartholinite**. Certain-es les appellent aussi les **glandes vulvo-vaginales**, les

glandes vestibulaires majeures, ou les **glandes de Lucy et Betsey** (voir « Histoire coloniale et esclavagiste de la médecine occidentale », p.36).

A et B. Voir p.43

C. Voir « Tonicité du périnée », p.37

D. Voir p.37

HISTOIRE COLONIALE ET ESCLAVAGISTE DE LA MÉDECINE OCCIDENTALE

→ Vers 1850, aux États-Unis, le Dr Sims, considéré comme le père de la gynécologie moderne, expérimenta différentes opérations sur quatorze esclaves noires, dont Anarcha, Lucy et Betsey, qui souffraient de fistules vésico-vaginales. Pour mettre au point la technique chirurgicale, il fit subir jusqu'à trente opérations à Anarcha. Ce n'est qu'une fois que ses expérimentations eurent montré leurs preuves qu'il commença à intervenir sur des femmes blanches. La statue du Dr Sims, sous la pression des activistes africain-es-américain-es, a été déboulonnée en 2018 de Central Park, à New-York.

N'oublions pas non plus l'histoire de Sawtche, femme khoïsan (peuple d'Afrique du Sud) surnommée la Vénus Ottentote. Elle fut réduite en esclavage et exhibée en Europe comme une « bête de foire », puis prostituée, pour ses volumineuses fesses et ses longues lèvres du clitoris. Après sa mort en France en 1815, elle fut disséquée par George Cuvier, un anatomiste de renom, pour étayer ses théories racistes. Ses organes génitaux furent conservés dans du formol et sa dépouille exhibée dans divers musées parisiens.

Selon Cuvier, les lèvres du clitoris s'étaient atrophiées au cours de l'évolution. Plus les lèvres étaient petites et plus le désir sexuel était contenu. Les femmes blanches qui, selon lui, avaient des lèvres plus petites, étaient donc d'autant plus respectables qu'elles étaient frigides. À l'inverse, il attribuait aux femmes noires, qu'il associait aux larges lèvres, une forte lubricité. Il en concluait qu'elles étaient toujours consentantes, donc violables à merci. Mithu Sanyal, autrice du livre « Vulva », témoigne avoir vu de nos jours dans des brochures de cliniques de chirurgie esthétique qui proposent des vulvoplasties, des dessins de la vulve de Sawtche. Celle-ci étant prise comme exemple de vulve à « domestiquer » via une chirurgie « correctrice ». Le racisme est partout, y compris dans la perception qu'on nous propose aujourd'hui de nos sexes.

En 2002, après 60 ans de réclamations et mobilisations des Khoïkhoï, et plus largement de la population sud-africaine, le corps de Sawtche est enfin restitué par la France à son peuple en vue de lui offrir une sépulture.

Cyprine du pénis, du dicklit et du clitoris

La cyprine est produite par les glandes du pénis, clitoris ou dicklit lorsqu'il y a érection. Elle est produite en quantité très variable selon les personnes.

Il peut y avoir du VIH dans la cyprine. Et des spermatozoïdes dans la cyprine du pénis si on n'a pas uriné depuis la dernière

éjaculation : en effet, suite à une éjaculation des spermatozoïdes peuvent « traîner dans la tuyauterie ». On nettoie alors les canaux en urinant, sans quoi la cyprine en passant par là emporte avec elle les spermatozoïdes qui traînent. Il semblerait que toutes les personnes avec un pénis n'en produisent pas (responsabilité des hormones) même si la majorité en ont, parfois dans une quantité tellement petite qu'on ne s'en rend pas compte.

ÉPISIOTOMIE, CLITOROTOMIE^{A30}

→ Il faudrait éviter autant que faire se peut l'épisiotomie, incision pratiquée en vue d'agrandir l'ouverture vaginale au moment de l'accouchement. De manière directe (bulbes) ou indirecte (muscles, vaisseaux, nerfs), le clitoris ou dicklit est touché par cette incision. En dernier recours, l'épisiotomie pourrait s'avérer parfois nécessaire, mais elle est pratiquée de manière beaucoup trop fréquente en France (47 % des accouchements contre 6 % en Suède, 13 % au Royaume-Uni). Certain-e-s dénoncent ce geste comme une mutilation sexuelle qui n'a aucun fondement scientifique, une mutilation à valeur rituelle³¹ qui vient marquer le passage de « la femme » à « la mère ». Le ou la gynécologue recoud parfois ensuite « bien serré » dans l'optique de faire plaisir au « mari », afin que son pénis soit bien gainé dans le vagin. Ces points sont pour cela appelés « les points du mari » ou « les points de courtoisie ».³² Le terme approprié serait plutôt « infibulation ».

PETITE HISTOIRE DU CLITORIS

→ Le clitoris est un organe connu et nommé depuis l'Antiquité (et certainement encore avant). Pourtant, au fil des siècles, il apparaît et disparaît successivement des ouvrages de référence en matière d'anatomie.

Les Grecs l'avaient déjà dénommé clitoris – Hippocrate en parlait en 300 avant notre ère – mais il disparaît ensuite jusqu'au XVI^e siècle. C'est alors que Fallope puis Colomb, les pères de l'anatomie moderne, publient sa description comme une découverte inédite.

Il apparaît pour la première fois entièrement (gland, corps, piliers et bulbes) dans un dessin 1836, même si, pendant tout le XIX^e siècle, le clitoris est absent de la moitié des dictionnaires médicaux. À partir de 1918 il disparaît, puis réapparaît discrètement en 1981 dans un magnifique ouvrage inédit en France, *A New View of Woman Body*^{B33}, publié par l'équivalent du Planning Familial américain. Mais ce sont les travaux de l'australienne Hélène O'Connell qui auront un grand retentissement en... 1997. Ses travaux passent alors pour une incroyable découverte et mettent beaucoup de temps à être reconnus et diffusés... jusqu'à nos jours. En France, 20 ans plus tard, il apparaît pour la première fois dans un manuel scolaire³⁴.

CYPRINE

Le liquide pré-séminal, ou liquide pré-éjaculatoire, petites gouttes de lubrifiant naturel qui sort du gland du pénis pendant l'érection (ce qui n'a rien à voir avec le sperme et l'éjaculation), est la même chose que la cyprine, les liquides ne sont pas différenciables au microscope.

Nous avons décidé de conserver pour ce liquide le seul nom de cyprine. Ce terme est proposé par Monique Wittig en 1973 (dans le roman *Le corps lesbien*). Le terme est conçu à partir de « Cypris » – appellation chypriote d'Aphrodite, déesse de l'amour. Si ce mot semble trop renvoyer au genre féminin, il est toujours

possible de parler de lubrifiant du clitoris, du dicklit ou du pénis, par opposition au lubrifiant du vagin (perline), de la prostate (éjaculat), ou du rectum.

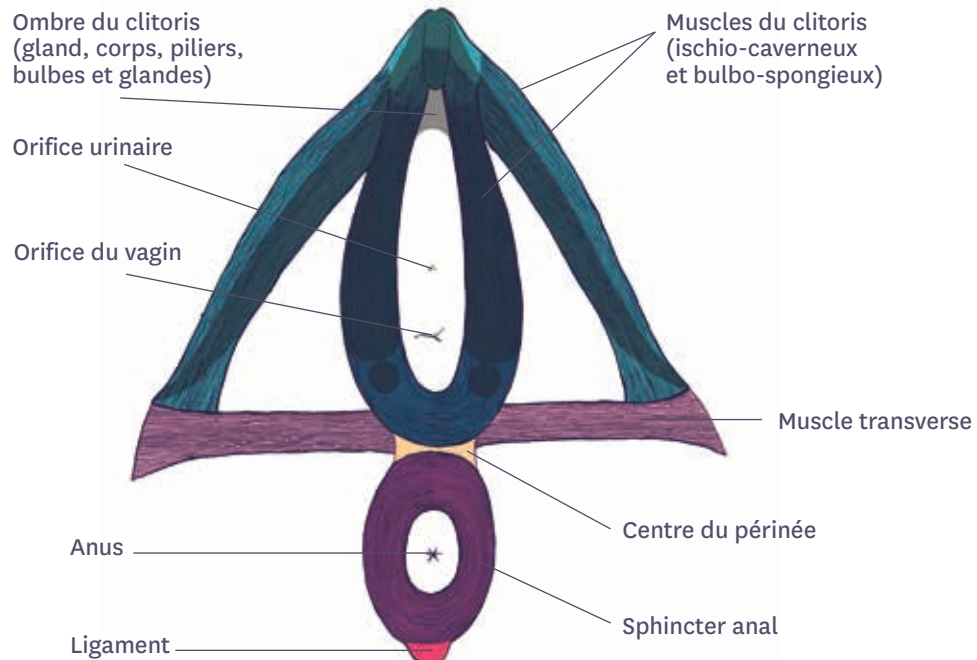
A. De clitorio, clitoris, et tomie, coupure.

B et C. Voir « 6^e branche du clitoris », p.35

D. L'ensemble des études dont il est question ici parlent de « femmes » et d'« hommes ». On suppose ici qu'elles ne se sont intéressées qu'aux femmes cis, mais que les chiffres concernent aussi les personnes trans masculines ou FtX non opérées.

Muscles du périnée

12 LES MUSCLES DU PÉRINÉE SUPERFICIEL



Les muscles du clitoris, du pénis et du dicklit

Les bulbes et les piliers du clitoris, du dicklit et du pénis ont leurs propres muscles. On peut par des contractions du périnée, sans aucune caresse, stimuler les parties internes du clitoris, dicklit et pénis. Certain-es arrivent même à se donner des orgasmes de cette façon.

Les **muscles ischio-caverneux** gagnent les piliers (corps caverneux), les **muscles bulbo-spongieux** gagnent les bulbes (corps spongieux). Ces muscles sont connectés via le centre du périnée avec le sphincter qui entoure l'anus, ce qui participe à expliquer pourquoi on peut ressentir du plaisir via la pénétration du canal anal.

Centre du périnée

Le périnée est souvent réduit à la zone du sexe située au niveau de la vulve, entre le vagin ou les bourses et l'anus. C'est à cet endroit que se cache en effet le **centre du périnée**, une partie du périnée particulièrement importante car c'est la dernière structure de soutien des organes du petit bassin, et c'est une zone de fixation centrale des muscles périnéaux.

C'est aussi une zone, quel que soit son sexe, qui peut s'avérer particulièrement érogène et qu'on peut stimuler sans pénétration (par l'extérieur) ou en pénétrant dans le vagin ou l'anus. On peut aussi le « pincer » en mettant un doigt dans l'anus et un doigt dans le vagin. Les étasunien-nes ont même un mot

d'argot pour cet endroit : le *taint*. Beaucoup de nerfs passent par là, y compris le nerf qui commande l'éjaculation du pénis. Rappelons qu'il y a peut-être aussi au niveau du centre du périnée une zone non seulement érogène mais aussi érectile⁶.

Le périnée : une quinzaine de muscles

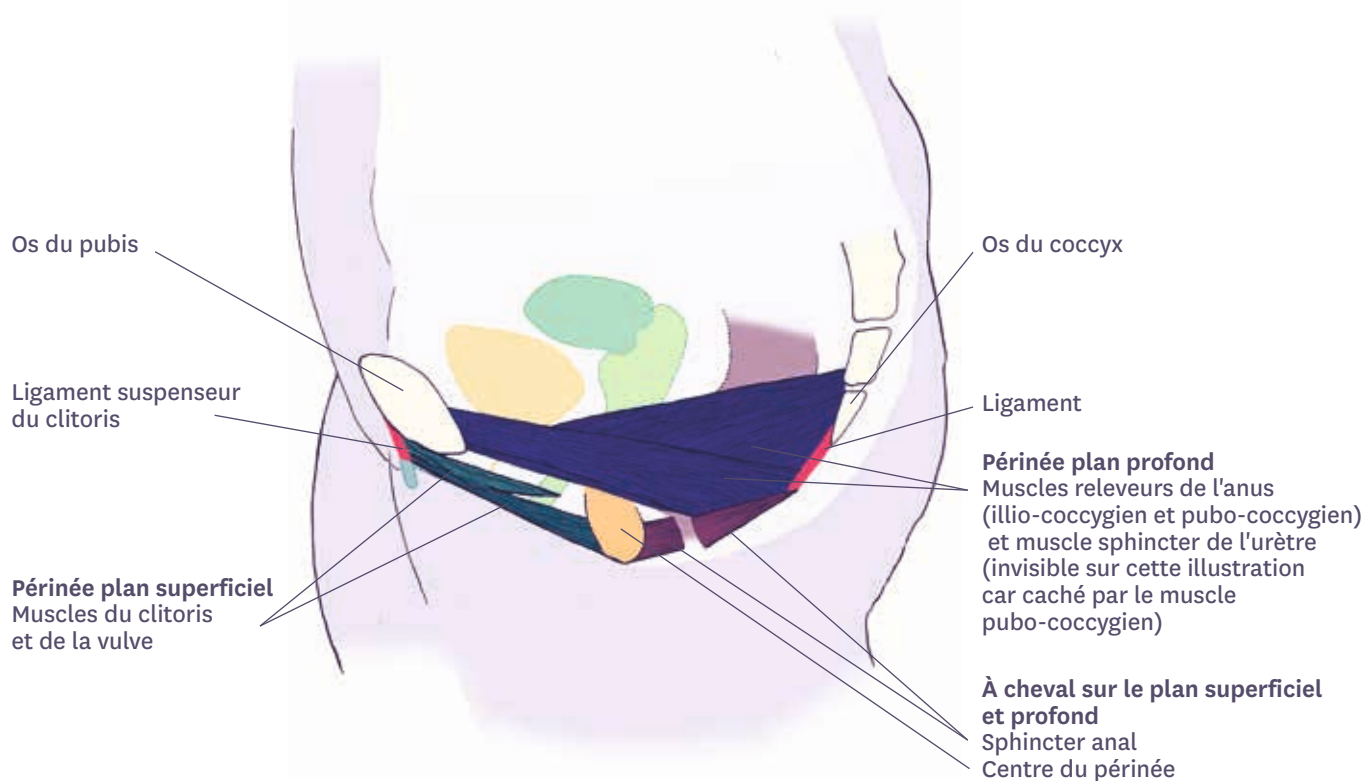
Le périnée est en réalité constitué d'une quinzaine de muscles qui maintiennent tous les organes du petit bassin dans la cavité. On utilise souvent l'image du hamac mais il faut se représenter un hamac hypertendu, pas affaissé. Par manque de place et de temps nous ne présentons ici qu'une illustration du périnée des sexes correspondant à la norme anatomique du féminin. Mais il est important d'avoir en tête que tous les sexes ont un périnée. D'autant plus qu'on en parle en général seulement dans le cadre de rééducation du périnée après l'accouchement.

TONICITÉ DU PÉRINÉE

→ En France, les études montrent qu'un quart des femmes cis⁹, tout âge confondu, souffre d'incontinence urinaire³⁵ et si le risque augmente avec le vieillissement cela reste néanmoins assez courant chez les moins de 30 ans³⁶. Les hommes cis peuvent être concernés aussi mais plus rarement avant 60 ans. Encore plus tabou, l'incontinence fécale : en Europe, on estime que 12 % des femmes cis de plus de 65 ans en souffrent³⁷. Le périnée peut être plus ou moins musclé naturellement ou suite à des traumatismes physiques comme l'accouchement. Il est possible de consulter un-e

13 LES MUSCLES DU PÉRINÉE SUPERFICIELS ET PROFONDS

N.B. : les muscles transverses ne sont pas représentés.



sage-femme ou un-e kinésithérapeute pour une (ré)éducation périnéale (remboursé par la Sécurité Sociale sur prescription). Mieux vaut éviter les praticien·nes qui utilisent systématiquement l'électrostimulation car il est parfois plus intéressant d'apprendre à utiliser ses muscles que de subir passivement la stimulation d'une machine. Il peut s'avérer nécessaire « d'éduquer » en même temps le périnée et les muscles abdominaux (ceux-ci jouent aussi un rôle dans le soutien des viscères).

Plusieurs études montrent³⁸ que les femmes cis ayant suivi une éducation périnéale constatent une nette amélioration de leur vie sexuelle : érections plus fortes, mobilité du clitoris qui devient alors plus facilement stimulant via le vagin, et des orgasmes accompagnés de contractions périnéales par spasmes. La musculation du périnée permet aussi de soulager les problèmes d'incontinence, ou de les prévenir, et de prévenir aussi les descentes d'organes^A.

À l'inverse, il peut y avoir des périnées hypertoniques, ça peut être le cas des personnes qui ne vont pas souvent uriner, qui sont souvent constipées ou qui souffrent de « vaginisme ». Il faut alors apprendre à détendre ses muscles, et non pas à contracter. Les exercices de musculation du périnée ne sont donc pas souhaitables pour tout le monde.

La tonicité du périnée peut être impactée par des traumatismes dans la zone génitale : mutilations, dilatations du vagin non désirées et/ou mal vécues (suite à une intervention chirurgicale), agressions sexuelles et viols. La cause est souvent psychologique et « forcer » une rééducation de la zone est parfois contre-productif, cela peut même réactiver le traumatisme. Le mieux c'est donc de proposer à ceux qui le souhaitent un accompagnement personnalisé et diversifié (kiné, psy, gynéco...) plutôt que d'appliquer des recettes toutes faites. Il est intéressant de participer à faire connaître cet ensemble de muscles et la possibilité d'en prendre soin, mais attention à ne pas tomber dans l'extrême inverse : il ne devrait pas y avoir d'injonction à faire des exercices de musculation avec son vagin.

Parfois la pratique du sport ou du chant peut déclencher des orgasmes sans aucune stimulation directe sur les organes génitaux. À quoi est-ce dû ? Probablement à la mobilisation indirecte des muscles du clitoris ou du dicklitt. Les exercices abdominaux seraient une des activités les plus propices à déclencher des orgasmes.³⁹

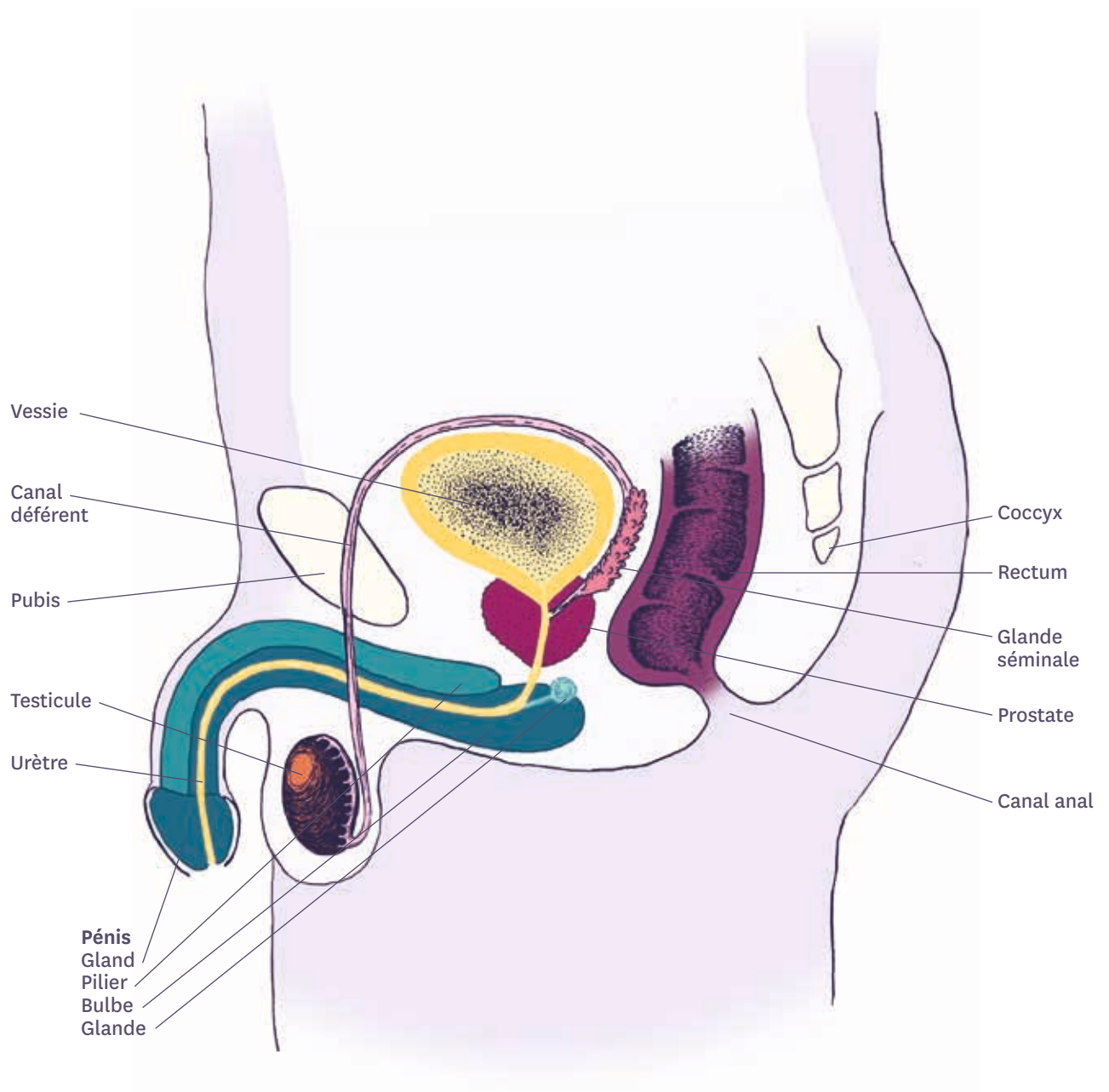
A. La descente d'organe (prolapsus dans le jargon médical) arrive lorsque le périnée ne fait

plus son travail de maintien. Certains organes s'affaissent alors, la vessie peut s'affaisser

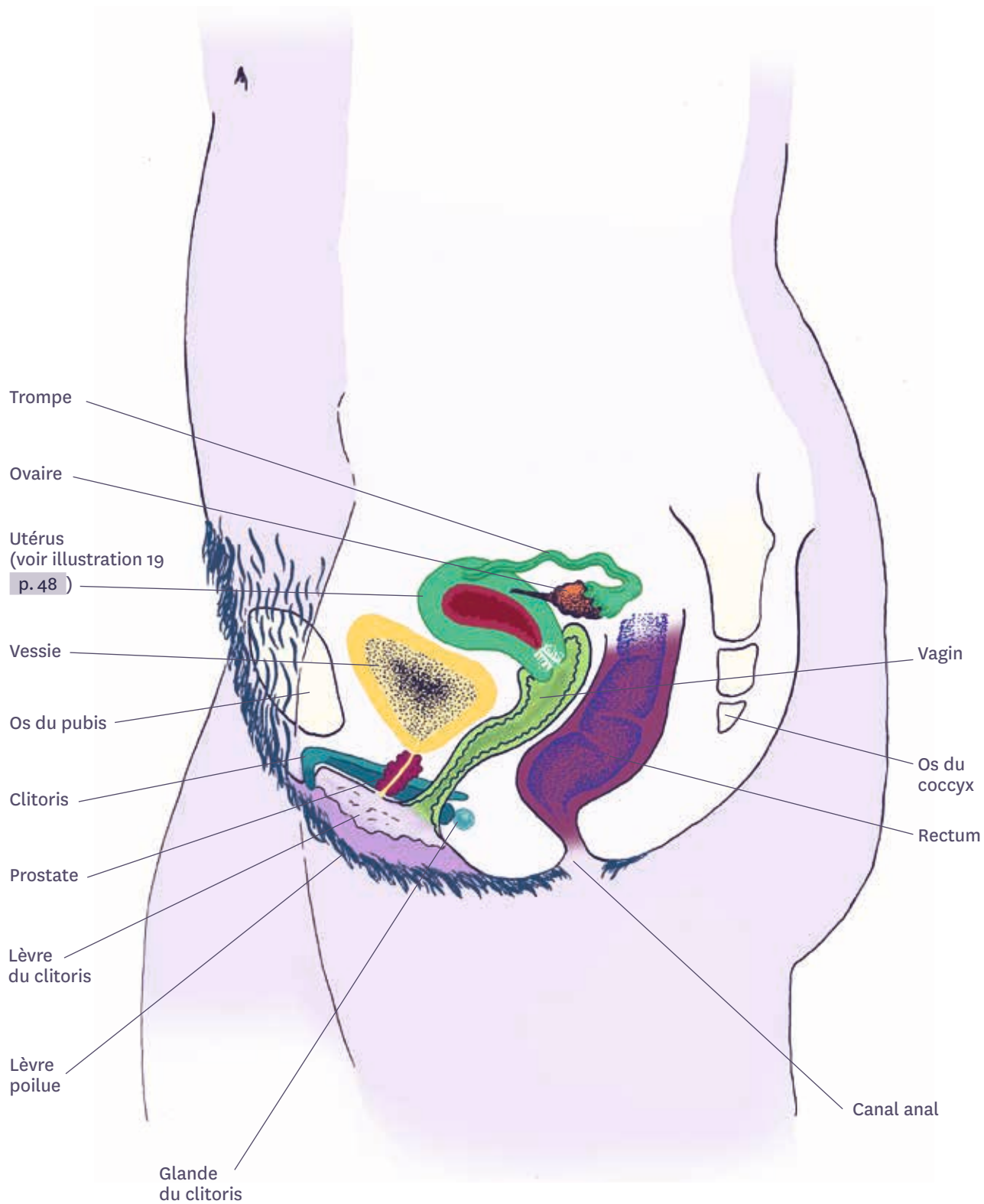
dans l'urètre, l'utérus dans le vagin... Parfois on voit même les organes affleurer au niveau de

l'orifice du vagin.

14 SEXE INTERNE - NORME ANATOMIQUE DU MASCULIN

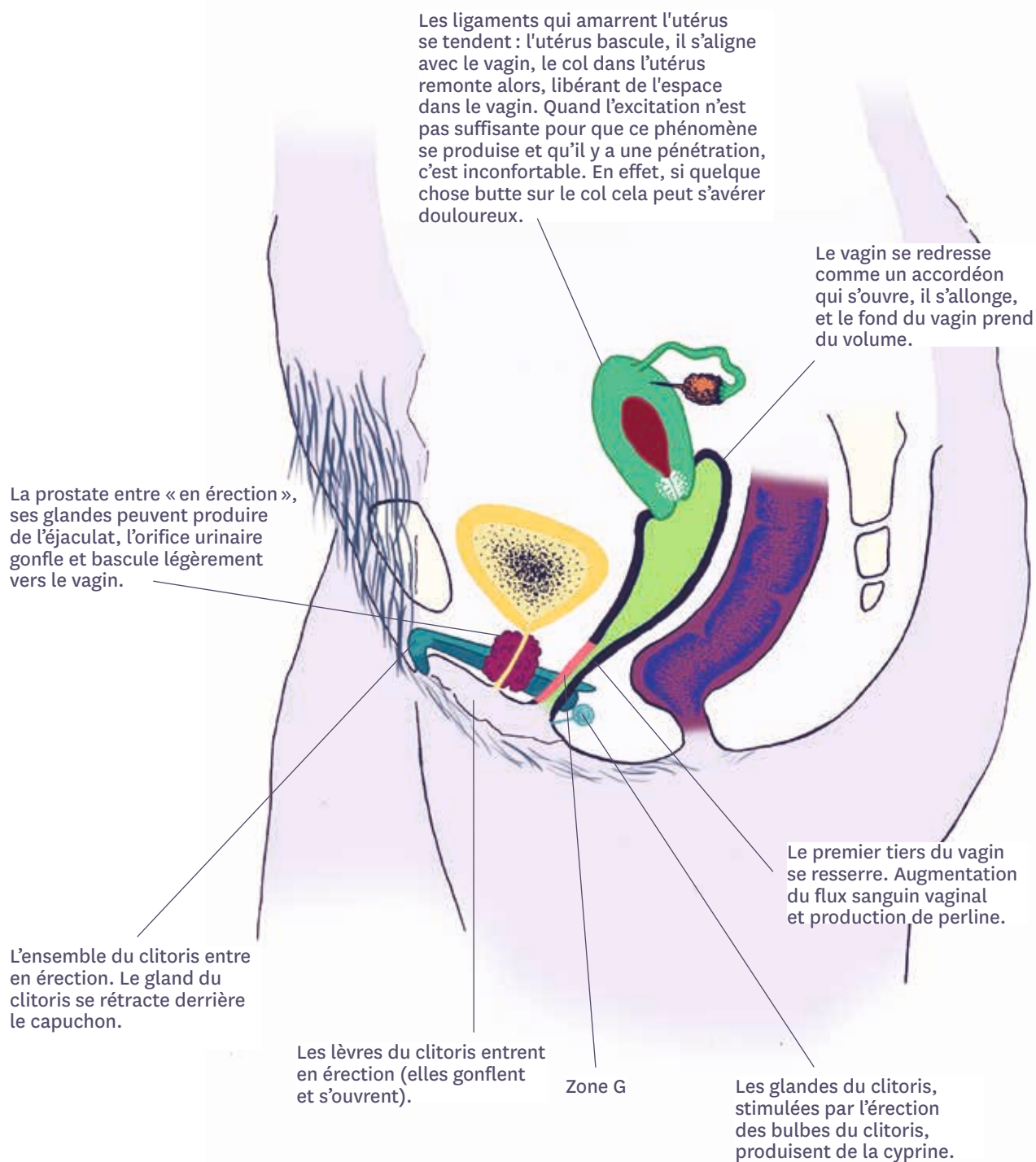


15 SEXE INTERNE - NORME ANATOMIQUE DU FÉMININ

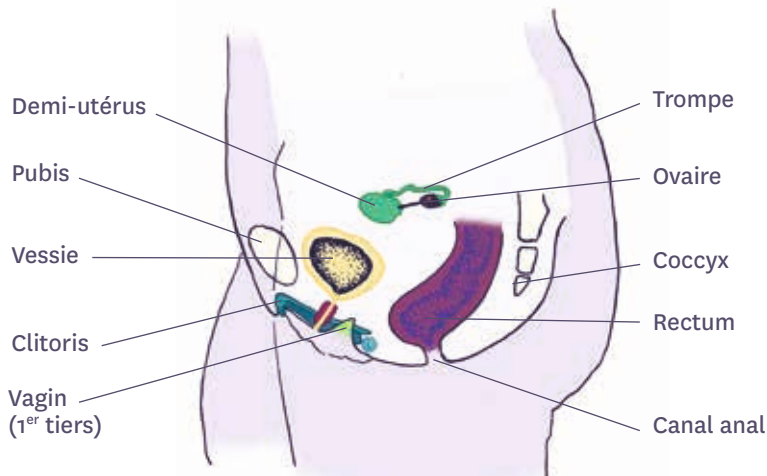


16 SEXE INTERNE EXCITÉ - NORME ANATOMIQUE DU FÉMININ

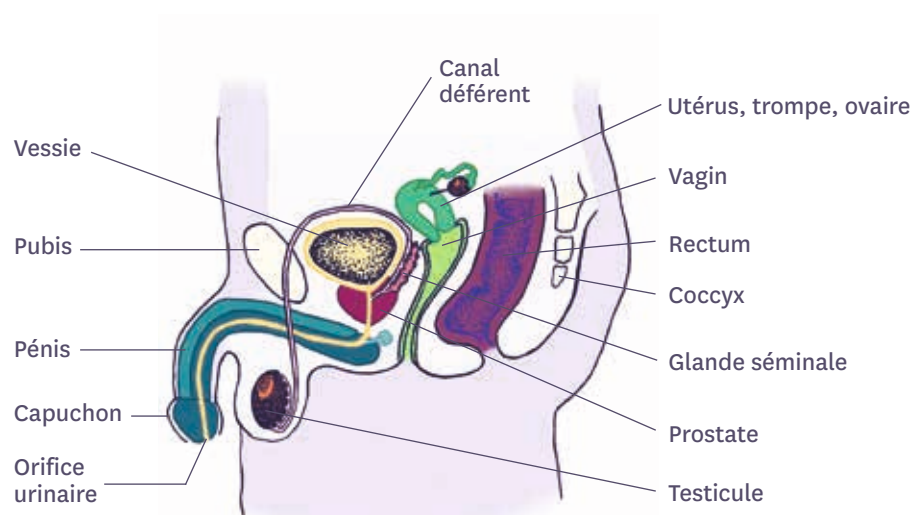
N.B. : Les modifications du sexe pour les hommes trans, et les personnes trans masculines ou FtX, qui prennent une hormonothérapie sont similaires. L'érection du dicklit (ou le pénis résultant d'une métaïdoïoplastie) – y compris ses lèvres – est d'autant plus visible.



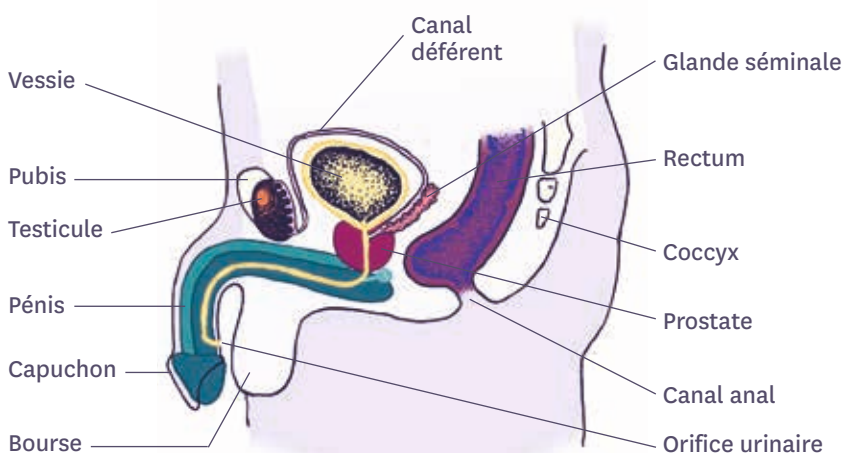
17 DES SEXES INTERNES INTERSEXES



A) Un sexe adulte intersexe avec le syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH)



B) Un sexe adulte intersexe avec développement de deux canaux embryonnaires différents (désignés comme "mâle" et "femelle" dans une perspective binaire).
La personne a un seul testicule et un seul ovaire (et non deux de chaque).



C) Un sexe adulte intersexe avec hypospade et ectopie testiculaire

Vagin*

La taille du vagin est, comme tout organe, très variable. Chez certaines personnes intersexes, il peut s'avérer très court, souvent inférieur à 2 cm comme sur l'illustration 17 A ci-contre. En France, on estime que plus d'une personne assignée fille à la naissance sur 4 500 est concernée^A.

Pour les autres, le vagin au repos est en moyenne plus grand, voire nettement plus grand, que l'utérus. Quand il est excité, le vagin fait le double en longueur qu'un utérus d'une personne qui n'a jamais mené de grossesse à terme ! Pourtant, sur quasiment toutes les représentations habituelles, l'utérus est dessiné nettement plus grand. C'est l'assignation à la reproduction qui parle à travers ces « erreurs » de proportions. Les parois du vagin sont principalement faites d'une couche de muqueuse et d'une couche de muscles.

Le vagin est aplati, ce n'est pas un tube, ce n'est pas une gaine à pénis ! Le vagin n'est pas rectiligne, il est courbé. Son premier tiers est très musclé et plus étroit que le reste du vagin. Les 2/3 du vagin qui sont le plus à l'intérieur, vers le fond, sont très souples, et ont la capacité d'adapter leur forme à ce qu'ils accueillent en eux. Le col de l'utérus n'est pas le fond du vagin, les dessins qui le présentent comme tel sont erronés, simplistes. Cela laisse penser que le vagin ne serait qu'un couloir pour mener à l'utérus, une manière de le réduire à sa fonction reproductrice. Et cela n'est pas aidant pour l'appropriation de son sexe : en réalité le fond du vagin est au-delà du col de l'utérus. Quand il y a une pénétration (tampon, pénis, jouet sexuel...), l'objet introduit va facilement se positionner dans le fond du vagin, nettement au-delà du col. Cela peut d'ailleurs arriver de « perdre » un objet au fond vagin (tampon, préservatif...). Le moyen le plus simple pour le récupérer est alors de se mettre debout, avec un pied sur une chaise : le vagin prend ainsi une position qui nous aide à accéder à son fond.

Quand on met ses doigts dans le vagin, on peut sentir tout un tas de choses : le col de l'utérus, le rectum s'il est plein, la prostate et les bulbes du clitoris ou du dicklit (en particulier s'ils sont en érection), la vessie, les muscles du périnée quand on les contracte...

VAGIN

Fort mal nommé, « vagin » veut dire fourreau... Encore une manière d'assigner ce sexe au coït. Il reste à inventer un nouveau mot, nous lançons un appel à contribution !

POINT G

Il est dénommé ainsi en référence à Ernst Grafenberg, gynécologue

des années 1940 ayant travaillé sur le rôle érogène de l'urètre. Il ne souhaitait pourtant pas donner son nom à cette zone du vagin. On pourrait lui inventer une étymologie : le point 'G' comme « génial » ou 'G' comme « G (pas trouvé) ! »... Quand on s'est rendu compte que le clitoris passait à cet endroit on l'a renommé le **point C**. Puis

PRENDRE AVEC SON VAGIN. LA CIRCLUSION

→ Dans l'imaginaire sexuel hétéronormatif, c'est l'homme cis, avec son pénis, qui « prend » le vagin ou l'anus. Pourtant, si on y réfléchit à deux fois, lorsque le rapport est consenti, c'est plutôt le vagin qui a la capacité de prendre en son sein un pénis, un doigt, un sex toy, etc. Mais c'est parfois plus facile à dire qu'à faire. Pour ce faire, il faut une certaine tonicité du périnée, mais aussi un peu de technique : il s'agit non pas de contracter les muscles comme si on cherchait à fermer une porte d'ascenseur (dans ce cas on se tend et c'est contre-productif) mais plutôt à aspirer vers l'intérieur en souplesse (cage d'ascenseur qui monte). Cela peut se travailler dans le cadre d'une éducation périnéale. Mais il n'est pas nécessaire de savoir faire des « trucs de fou » avec le vagin, d'être hyper souple ou musclé-e, pour considérer son vagin actif. Adamczak « propose un nouveau mot qui manque depuis trop longtemps. Il s'agit de circlusion. La notion de circlusion s'oppose à celle de pénétration. Les deux mots décrivent à peu près le même processus matériel. Mais : d'une perspective opposée. Pénétration signifie introduire ou insérer. Circlusion signifie entourer, enrober ou enfiler par-dessus. Voilà. En utilisant le terme de circlusion, le rapport d'activité et de passivité est inversé. Pénétrer signifie : introduire quelque chose – un brin, une tige ou un bitonniau – dans quelque chose d'autre – un anneau ou un tuyau. Dans cette perspective, ce sont le brin, la tige ou le bitonniau qui sont considérés comme actifs. Circlure signifie : enfiler quelque chose – un anneau ou un tuyau – par-dessus quelque chose d'autre – un brin, une tige ou un bitonniau. Ici, ce sont l'anneau ou le tuyau qui sont actifs. »⁴⁰

Le point G* : une zone de plaisir dans le vagin qui fait débat

Plus on est excité-e, plus cette zone gonfle, elle forme comme une protubérance arrondie à l'intérieur, du côté du pubis, qu'on atteint en introduisant une ou deux phalanges dans le vagin (à ne pas confondre avec le col de l'utérus qui forme une boule lisse généralement plus saillante, et située plus en profondeur). Généralement la zone G, quant à elle, a un aspect rugueux, avec beaucoup d'aspérités. D'autres disent que le point G est juste au-dessus de cette protubérance rugueuse et qu'il s'agirait de la « crocheter » avec le doigt pour obtenir du plaisir.

on a préféré parler de **zone G** (ou **zone C**) car le mot « point » induisait à tort l'idée de quelque chose de petit et précis, un bouton sur lequel il suffirait d'appuyer pour déclencher un orgasme. Certain-es parlent de **plafond vaginal** car c'est la paroi du vagin côté pubis qui serait source de plaisir, et quand on est couché-e cette zone est alors située « au

plafond ». Odile Buisson et Pierre Foldès parlent, eux, d'**unité clito-uréthro-vaginale**.

A. Chiffre qui ne comprend que les personnes diagnostiquées comme ayant le syndrome MRKH, sachant que ce ne sont pas les seules personnes concernées (source : Association Syndrome de Rokitansky-MRKH).

Quand on touche la zone G, ça peut donner envie d'uriner ou d'éjaculer.

Les scientifiques n'arrivent pas à se mettre d'accord sur ce qui expliquerait que cette zone soit particulièrement sensible dans le vagin. Voici l'ensemble des éléments qui se trouvent dans cette zone et qui sont susceptibles de l'expliquer :

- la **prostate** (et donc l'urètre)⁴¹
- le **clitoris ou dicklit**. C'est à cet endroit que se relient toutes les branches du clitoris ou du dicklit. Si on contracte le périnée, le clitoris ou le dicklit s'assoit sur la prostate, l'urètre et le vagin, il y a donc une zone de contact⁴². De plus, le réseau veineux du clitoris ou dicklit⁴ est intense à cet endroit et en lien avec celui du vagin, ce qui pourrait faciliter la circulation de neurotransmetteurs.
- le **col de la vessie**. Certain·es disent que la zone du vagin⁸ à travers laquelle on peut caresser le col de la vessie (partie de la vessie par laquelle est évacuée l'urine dans l'urètre) est particulièrement érogène.⁴³
- la **paroi du vagin elle-même** qui serait plus épaisse, musclée, et innervée à cet endroit que dans tout le reste du vagin.⁴⁴

DRESSAGE AU COÏT

→ D'un point de vue physiologique, les organes particulièrement susceptibles d'apporter du plaisir sexuel sont le clitoris, la prostate et « le point G ». Or, ils sont situés de telle manière que, pour les stimuler, le pénis n'est pas ce qu'il y a de plus adapté. Nous pourrions nous en réjouir : notre sexualité, notre plaisir, n'est pas nécessairement dépendante d'un pénis dans un vagin : si nous ne souhaitons pas être enceint·e, ou que notre partenaire tombe enceint·e, il ne devrait pas être difficile de faire une croix sur les rapports qui nous mettent en danger. Malheureusement, c'est probablement aussi parce que le rapport fécondant n'allait pas « de soi », dans le sens qu'il n'était pas le plus propice à donner du plaisir pour les personnes ayant un vagin, qu'il a fallu l'instituer comme le seul rapport licite. Ce qui implique, dans la société patriarcale, la cishétérosexualité obligatoire et l'institution du devoir conjugal. L'apprentissage social que le coït est le seul vrai rapport sexuel façonne et concentre les désirs et les fantasmes sur cette seule pratique sexuelle, au détriment des autres. Le coït cishétérosexuel est devenu dans notre société un acte qui « fait advenir la féminité » : c'est certainement ce qui explique qu'on assigne au genre féminin des personnes intersexes infertiles en leur créant un vagin dans l'enfance, sans leur consentement.

PERLINE

Classiquement on parle de **transsudation** du vagin, ou d'**exsudat**. La perline est un néologisme proposé par les Infemmes⁴⁵. Par opposition à la lubrification du clitoris, dicklit ou pénis, et à celle de la prostate, on peut parler de lubrification du vagin, tout simplement.

GLANDES SÉMINALES

Elles sont aussi appelées vésicules séminales.

PROSTATE DU CLITORIS OU DU DICKLIT

Le corps médical nomme **glandes de Skene** les deux plus grandes glandes de la prostate du clitoris ou dicklit. Bien

Perline* du vagin

Avec l'excitation, sous l'effet de la dilatation des vaisseaux sanguins dans la paroi du vagin, un liquide lubrifiant perle à l'intérieur du vagin comme des gouttelettes de sueur. Ce liquide est créé par la paroi du vagin lui-même qui a la capacité de transformer l'afflux sanguin en lubrifiant. Il semblerait que le « point G » soit une zone privilégiée pour la production de perline car le réseau veineux du clitoris y est particulièrement intense.

Sécrétions vaginales

C'est un mélange de perline, de flore vaginale, de desquamation et des pertes blanches provenant de l'utérus.

La desquamation (qui dépend de l'augmentation d'œstrogène) est l'élimination des « peaux mortes » du vagin.

La flore vaginale est composée principalement de bactéries appelées lactobacilles (flore de Döderlein), qui sont différents des lactobacilles intestinaux. Leur équilibre est fragile, par exemple un changement du taux d'œstrogène, ou du PH, peut suffire à la déséquilibrer.

Tout comme l'agriculture intensive épuise les sols, la flore vaginale est épuisée par tous les traitements : savons, gels lubrifiants inadaptés, antibiotiques, ovules fongicides... À petite dose rien de tout cela n'est nocif, le problème est son usage répété.

Chez les personnes séropositives, il y a du VIH dans les sécrétions vaginales. Mais est-ce en quantité suffisante pour que ça soit contagieux ? Nous n'en avons pas de preuve scientifique, mais on préfère le supposer comme politique du moindre risque.

qu'elles aient déjà été décrites au XVIII^e siècle par le médecin hollandais De Graaf, on a retenu le nom du gynécologue américain Alexander Skene, ce qui est étonnant puisque, bien qu'il ait identifié en 1880 les conduits qui mènent aux glandes, il les avait déclarées non fonctionnelles.

On appelle aussi les **glandes de la prostate** les **glandes para-urétrales** (littéralement « les glandes qui sont de chaque côté de l'urètre »). En hommage aux femmes victimes des expériences de Sims (Voir « Histoire coloniale... », p.36), les **glandes Skene** et les **glandes du clitoris** sont rebaptisées « glandes

Glandes séminales*

Ces deux glandes produisent un liquide riche en fructose qui permet de nourrir les spermatozoïdes. Elles dépendent d'hormones produites dans les testicules. Les personnes trans féminines qui décident de se faire retirer les testicules voient par conséquence leurs glandes séminales s'atrophier.

Prostate*

La prostate, qu'elle soit liée au pénis, au clitoris, ou au dicklit, a un fort potentiel érogène, mais ce constat n'est pas souvent partagé par les scientifiques. Il y a de toute façon très peu de recherches sur le sujet. Il s'agit d'un organe comportant beaucoup de glandes qui produisent du sperme ou de l'éjaculat. Avec l'excitation, la prostate augmente de volume, en ce sens on pourrait donc dire qu'elle aussi entre en érection⁴⁶.

● Prostate généralement associée au pénis

Le sperme sortant du pénis est en grande partie sécrétée par la prostate mais les testicules (production de spermatozoïdes) et surtout les glandes séminales (qui sécrètent des éléments nécessaires au développement des spermatozoïdes) entrent aussi dans sa composition.

La prostate est stimulable via le rectum et – peut être plus indirectement – via les canaux inguinaux.

Elle augmente de volume à partir de 40 ans ce qui peut entraîner une envie plus fréquente d'uriner.

→ La prostate ne joue aucun rôle physiologique dans l'érection du pénis. S'il peut y avoir des difficultés à bander suite à une ablation de la prostate, cela peut être lié aux enjeux émotionnels souvent intenses après une telle opération. Mais c'est aussi parce qu'il est parfois difficile de ne pas sectionner les nerfs érecteurs du pénis lors de l'intervention chirurgicale. Cependant les nerfs sectionnés peuvent avoir la capacité de repousser tous seuls, mais pas toujours (il peut

arriver des « erreurs d'aiguillages » : les nerfs ne retrouvent par leurs gaines dans lesquels ils sont censés repousser).

Attention, ce n'est pas parce qu'on ne peut plus éjaculer suite à une ablation de la prostate, ou qu'on ne peut plus bander, qu'on ne peut plus jouir ou avoir des orgasmes. L'association systématique de l'orgasme, de l'érection et de l'éjaculation est une erreur.

● Prostate du clitoris ou du dicklit

Il y a une grande controverse scientifique sur tout ce qui touche à cette prostate. Il serait trop long de synthétiser ici toutes les hypothèses liées à cet organe. Nous avons donc décidé d'exposer ici les informations qui nous ont semblé les plus fiables. Chaque petite glande de la prostate est assortie d'un minuscule canal d'évacuation qui se branche sur l'urètre ou, pour ce qui est des deux plus grosses glandes, sur deux conduits qui se terminent au niveau des orifices de la prostate (voir illustration 5 p.23).⁴⁷

Cette prostate peut se stimuler soit en caressant autour de l'orifice urinaire, soit en caressant à l'intérieur du vagin, dans le premier tiers côté pubis (la « zone G »).

● Prostate du dicklit : augmente-t-elle avec la prise de testostérone ? C'est fort probable puisqu'une étude⁴⁸ montre que plus on a « naturellement » de testostérone dans le corps, plus l'espace où est située la prostate est gros. Il y a en effet des récepteurs de testostérone dans la prostate.

d'Anarcha » et « glandes de Lucy et Betsey ». Nous avons expérimenté ce choix de vocabulaire mais nous avons constaté que c'était compliqué pour les personnes de retenir ces noms, ou de ne pas les confondre. Pour faciliter une meilleure appropriation du vocabulaire, nous avons fait le

choix difficile de parler plutôt de **prostate** et de glandes du clitoris ou dicklit. Cela permet aussi de souligner le continuum des sexes et d'utiliser une terminologie qui renvoie aux fonctions des glandes.

A. Plexus de Kobelt.

B. On nomme cette zone

« triangle vaginal » ou « triangle de Pawlick », du nom du gynécologue qui l'a « cartographiée ».

Éjaculation

L'éjaculation, quel que soit le sexe, n'est pas toujours synonyme d'orgasme, ni même de plaisir, et n'arrive pas non plus toujours en lien avec l'activité sexuelle.

● Éjaculation du pénis (sperme)

Le sperme est produit par les glandes séminales et la prostate, ainsi que les testicules. Les personnes vasectomisées ou « naturellement » infertiles, produisent du sperme sans spermatozoïdes, la différence n'est pas notable sans microscope.

L'injaculation

En appuyant sur un point précis entre les bourses et l'anus, donc sur le centre du périnée, il est possible de bloquer l'éjaculation avant qu'elle ne sorte du pénis. Le sperme reste alors dans le canal au niveau des glandes séminales, ou remonte dans la vessie. L'éventuel plaisir associé à l'éjaculation n'en est en principe pas modifié. Au contraire, il semblerait que cela permette d'avoir plus facilement des orgasmes multiples, sans débânder entre chaque orgasme. Mais étant donné l'injonction sociale à la performance sexuelle faite aux hommes cis, est-ce intéressant de développer des techniques pour ne pas débânder et avoir plusieurs orgasmes ?

● Éjaculation du clitoris et du dicklit

L'expression est utilisée pour parler de phénomènes assez différents : l'éjaculation pouvant être en infime quantité (à peine visible) ou en très grande quantité (une tasse, voire un demi-litre), elle peut être épaisse ou au contraire translucide comme de l'eau, elle peut s'évacuer en jets saccadés ou de manière plus diffuse...

Certain·es apprennent à éjaculer en caressant la prostate et le col de la vessie (à travers le vagin ou l'orifice urinaire) tout en relâchant un maximum les muscles du périnée. En effet, on peut avoir le réflexe de se retenir d'éjaculer comme on se retiendrait d'uriner.

Dans certaines des analyses biologiques qu'on a faites sur l'éjaculation du clitoris ou du dicklit, on a retrouvé le même antigène spécifique à la prostate (PSA) que dans le sperme du pénis.

À notre connaissance aucune étude n'a été faite sur l'éjaculat pour savoir s'il peut être porteur d'IST.

État des lieux des recherches sur l'éjaculation du clitoris ou du dicklit

Il existe plusieurs hypothèses concernant l'origine :

1 L'éjaculat* provient des glandes de la prostate⁵⁰. Les glandes de la prostate produisent un liquide qui est expulsé directement par les orifices de la prostate.

2 L'éjaculat provient de la vessie⁵¹. Il pourrait y avoir lors de l'excitation sexuelle une filtration accélérée dans la vessie à cause de l'emballement du rythme cardiaque. L'eau ainsi filtrée n'a pas le temps de se charger en toxine, elle reste claire et inodore, et elle est expulsée par des mouvements spasmodiques de la vessie qui se vide au rythme des contractions musculaires.

3 L'éjaculat provient de la vessie avec un rôle accessoire de la prostate⁵². Le liquide produit en toute petite quantité par les glandes de la prostate remonte le long de l'urètre et est d'abord stockée par la vessie, et ainsi mélangée avec l'eau de la vessie. Puis elle est évacuée, soit sous forme d'éjaculation, soit plus tard aux toilettes. Beaucoup de personnes éjaculeraient donc à leur insu aux toilettes en croyant uriner. Cette hypothèse fait clairement écho au mécanisme de l'injaculation du sperme du pénis^A.

4 L'éjaculat est de la perline évacuée par le vagin⁵³. La perline^B est parfois produite en grande quantité (une tasse) et de manière très rapide par le vagin, mais dans ce cas le liquide expulsé est épais et ne sort pas par jet.

5 L'éjaculat provient des tissus spongieux de l'urètre⁵⁴. L'urètre, qui est poreux et richement vascularisé, peut produire du liquide par transsudation (transformation du sang en liquide comme pour la perline). L'urètre n'est pas poreux au même degré chez tout le monde et il le serait surtout chez les personnes qui ont accouché. Après avoir été distendu par l'accouchement, l'urètre se reformerait avec plus de porosité et aussi plus de petites cavités. On peut imaginer qu'il forme ainsi un petit réseau ballonnant capable de stocker. L'orgasme produit une contraction de l'urètre qui permet l'éjaculation, et on peut imaginer que de l'éjaculat est produit à nouveau entre chaque jet. Cette hypothèse nie l'existence de glandes de la prostate.

ÉJACULAT

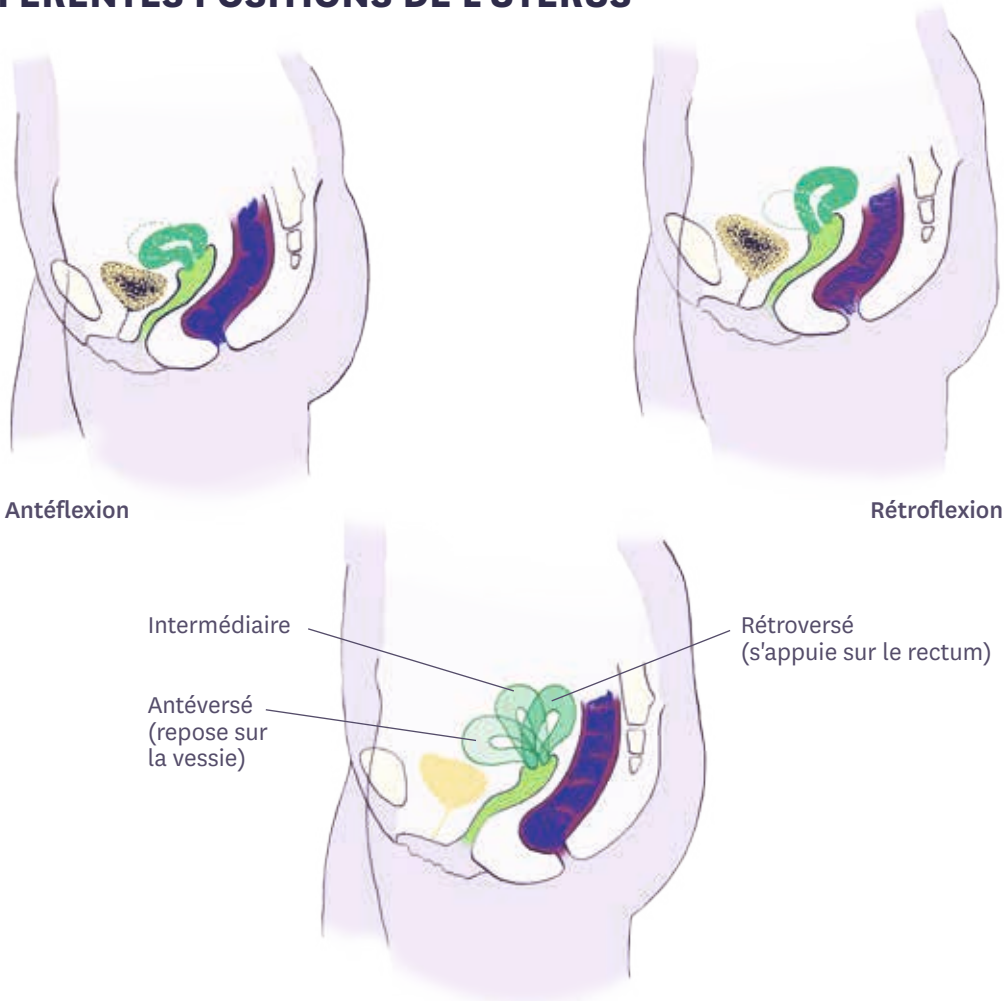
Kuprine est un néologisme proposé par les Infemmes⁴⁹ en 2015 pour parler de l'éjaculat du clitoris et du dicklit. Le terme est conçu à partir de « Kupris », variation grecque de « Cypris » (Voir « Cyprine », p.36). Mais

nous avons préféré parler d'éjaculat, un terme qui marque plus le continuum des sexes et sans doute plus simple à retenir.

A. Voir « Injaculation », ci-contre

B. Voir « Perline », p.44

18 DIFFÉRENTES POSITIONS DE L'UTÉRUS



Utérus

L'utérus est un organe très mobile. Suspendu dans la cavité pelvienne par des ligaments souples et élastiques, il s'adapte à la place dont il dispose. Il est capable d'effectuer des mouvements de déplacement de plusieurs centimètres en avant, en arrière et latéralement dans la vie courante, par exemple à cause d'une vessie pleine qui repousse l'utérus vers l'arrière, ou au contraire d'un rectum plein qui le repousse en avant. Stérilité fonctionnelle, cystite, douleur de règles, inflammation, peuvent provenir d'une perte de souplesse et de mobilité ou d'une position défectueuse de l'utérus. Il semblerait que les ostéopathes peuvent travailler à repositionner l'utérus.

L'utérus peut avoir diverses positions. Il y a des tendances, certain-es ont tendance à avoir l'utérus antéversé (c'est le plus courant), c'est-à-dire qu'il repose sur la vessie, d'autres (une personne sur quatre) ont un utérus rétroversé, qui penche vers le rectum. Mais ces tendances peuvent changer au cours de la vie, notamment après un accouchement.

L'utérus a la capacité de grandir au fur et à mesure de la grossesse. Après un accouchement, l'utérus va peu à peu retrouver sa taille, mais jamais complètement. Un utérus d'une personne

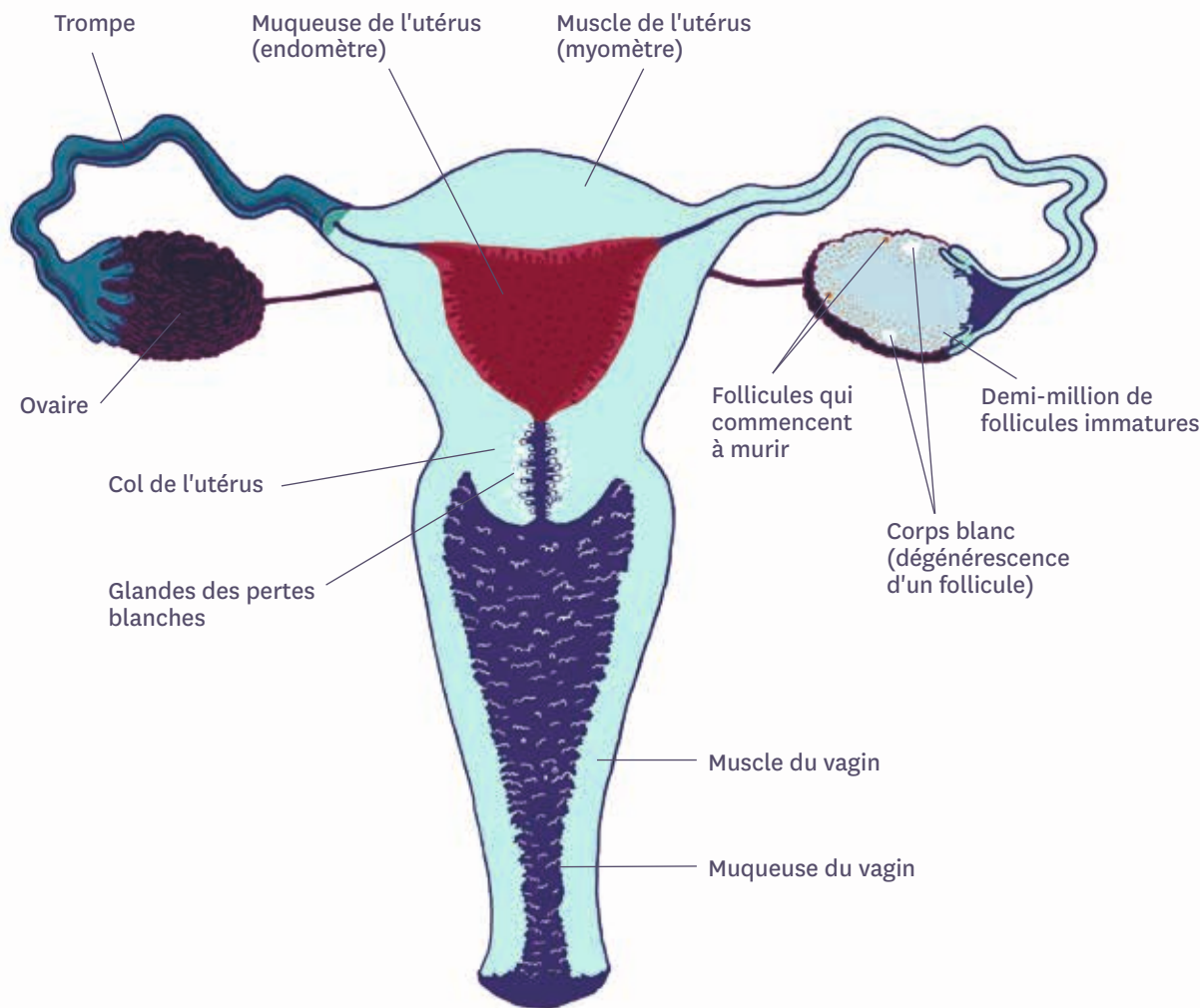
qui a accouché reste en moyenne légèrement plus grand que celui d'une personne qui n'a jamais mené une grossesse à terme. À l'inverse, l'utérus se réduit en taille à la ménopause, et aussi souvent lors de la prise régulière de testostérone.

Il existe toutes sortes de formes d'utérus. Nous avons représenté ici la plus courante, mais un utérus sur 200 a une forme différente (la médecine parle d'utérus bicorné, cloisonné, à fond échancré – forme de cœur –, et unicorne), ou ne s'est pas développé, ou peu développé.⁵⁵

L'utérus est à la fois un muscle et une muqueuse qu'on appelle l'endomètre. C'est un muscle puissant, en se contractant il peut évacuer l'endomètre (c'est les règles), un embryon lors d'un avortement médicamenteux ou d'une fausse couche, ou un bébé lors d'un accouchement. Mais ses contractions sont souvent douloureuses.

L'œuf ou l'embryon puisent dans l'endomètre, une muqueuse riche en éléments, de quoi assurer leur développement : il n'y a pas de toxines dans les règles, l'idée que les règles sont sales n'a pas de fondement anatomique.

19 UTÉRUS, TROMPES ET OVAIRES



N.B. : l'utérus est ici environ au 7^{ème} jour du cycle (les règles viennent tout juste de se terminer).

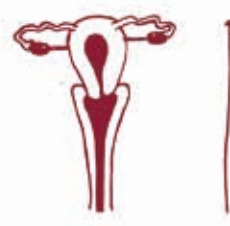
Poils du pubis



Vue de profil.
Position réelle du vagin
et de l'utérus dans le corps



Profil étiré
Positions fictives du vagin et de l'utérus.
Permet une plus grande clarté des illustrations
quand on veut présenter l'utérus de face.



Face étirée

Col de l'utérus et pertes blanches

C'est une grosse boule qu'on peut voir dans le vagin en mettant un spéculum. C'est sur l'orifice du col que se fait le frottis, le dépistage du *papilloma virus*.

C'est dans le col que se trouvent les glandes qui produisent les pertes blanches (aussi appelées **glaires cervicales**). Les pertes blanches sont sécrétées chez les personnes pubères non ménopausées qui ont un utérus fonctionnel. La plupart du temps elles sont pâteuses et « bouchent » le col de l'utérus, le protégeant ainsi des intrusions de germes. Au moment de l'ovulation, la glaire devient filante, comme du blanc d'œuf. Si des spermatozoïdes entrent en contact avec cette glaire, ils seront protégés de l'acidité du vagin et remonteront donc plus facilement via ce fil de glaire jusqu'à l'utérus. La glaire filante peut couler d'un seul fil jusqu'à l'orifice du vagin, sur la vulve. S'il y a une éjaculation de sperme sur la vulve, sans pénétration, il y a le risque que le sperme entre en contact avec la glaire et remonte ainsi jusqu'à l'utérus. Il y a donc risque de grossesse.

MALAISE VAGAL ET ORGASME UTÉRIN

→ Le **nerf vague** part du cerveau et passe à travers différents organes probablement jusqu'au col de l'utérus (c'est encore le fruit d'une polémique), sans passer par la moëlle épinière. Il est donc encore sensible chez les personnes paraplégiques ou tétraplégiques, qui ont pourtant perdu toute autre sensation dans le petit bassin. Certaines personnes, à la suite de la stimulation par pression du nerf vague qui se trouve derrière le col de l'utérus, peuvent parfois faire un malaise vagal ou au contraire ressentir un orgasme : le mécanisme physiologique est le même mais le contexte (par exemple, relation sexuelle consentie versus pose de stérilet) entraîne une interprétation différente par le cerveau. Vision embrouillée et impression qu'on va s'évanouir sont des « symptômes » souvent décrits pour ce type d'orgasme.

Trompes*

Un ovule peut sortir de n'importe quel côté de l'ovaire, il n'y a pas d'orifice prédéfini. C'est la trompe qui en se déplaçant récupère l'ovule à l'endroit où il est expulsé. Car la trompe, tout comme l'utérus et le vagin, est musclée. Parfois, suite à un événement, comme par exemple une grossesse extra utérine mal prise en charge, il ne reste qu'une seule trompe. Mais la trompe restante a la capacité de se déplacer d'un ovaire à l'autre, de récupérer un ovule sur n'importe lequel des deux ovaires.

TROMPES

On parle souvent des **trompes de Fallope**, dénommées ainsi en hommage à Fallopius, anatomiste qui a décrit ces conduits au XVI^e siècle. D'autres proposent de parler de **tubes utérins**. On a choisi ici de parler de trompes (tout court) car elles

ont effectivement une forme de trompe : étroite au niveau de l'utérus, leur extrémité (les pavillons) sont nettement plus évasées.

Gonades et gamètes

C'est principalement dans les gonades (ovaires, testicules, ovotestis) qu'est produite la testostérone. On associe souvent cette hormone aux testicules parce qu'en moyenne elles en produisent plus que les ovaires mais il ne s'agit que d'une moyenne : y compris chez les personnes dyadiques, certains ovaires produisent plus de testostérone que certains testicules. La différence de taille entre les ovaires et les testicules est beaucoup moins importante que ce qui est dessiné sur les illustrations de cette brochure.

Ovaires

Une minorité de personnes a des ovaires qui produisent des **ovules** : cela implique d'être pubère mais pas ménopausé·e, de ne pas prendre de traitement hormonaux qui bloquent l'ovulation (la plupart des contraceptions hormonales, la testostérone pour les transitions FtX, mais attention ça ne bloque pas de manière systématique)... et beaucoup de personnes intersexes assignées femmes ne produisent jamais d'ovules. Un choc émotionnel aussi peut empêcher l'ovulation.

Dans la plupart des ovaires pubères, il y a un demi-million de **follicules**, des petites cavités dans lesquels se développent les ovules. Le follicule fait 2 à 3 cm de diamètre quand il est mûr, et on peut avoir plusieurs follicules mûrs en même temps c'est pourquoi l'ovaire double ou triple de volume au moment de l'ovulation. Et c'est ce qui expliquerait que certaines personnes sentent leur ovaire quand elles ovulent. Cependant le gros intestin passe dans le ventre à la hauteur des ovaires : il y a une confusion possible entre une douleur digestive et une douleur d'ovulation.

Une fois l'ovule expulsé, le follicule produit de la progestérone et devient **corps jaune**. La progestérone va empêcher les règles de se déclencher. L'ovaire diminue de taille. Puis le corps jaune disparaît (il devient **corps blanc**) et avec lui la progestérone... ce qui déclenche les règles. Sauf s'il y a eu rencontre de l'ovule avec le spermatozoïde... Mais dans ce cas c'est une autre histoire.

Testicules (et épидидyme)

Lieu de production des **spermatozoïdes**. Y est accolée l'**épидидyme** qui recueille et conserve les spermatozoïdes produits par les testicules. C'est notamment dans l'épididyme qu'ils atteignent leur maturité et leur capacité à se déplacer.

Les testicules sont souvent situés à l'extérieur du corps ce qui permet d'avoir une température optimale pour la spermatogénèse, de 2 à 3 degrés inférieure à la température du corps.

Ovotestis

Gonade qui a à la fois du tissu testiculaire et ovarien. Souvent stériles, ce n'est cependant pas toujours le cas. Si elles produisent des gamètes, c'est plus souvent chez les personnes assignées femmes, des ovules, mais des cas de spermatogénèse ont aussi été observés.

LES SPERMATOZOÏDES ET LES OVULES SE RENCONTRENT (PARFOIS)

→ « Les mots fécondé, fécondation, fécondabilité, sous-entendent et expriment une représentation des faits biologiques où les spermatozoïdes et les ovules [...] ont un statut différencié. Le gamète mâle serait le sujet actif qui accomplit la « fécondation », le gamète femelle serait passif et subirait la fécondation : il est « fécondé ». Nous avons affaire là, tout banalement, à une métaphore des rapports de pouvoir réels [...] et non à des termes exprimant des concepts scientifiques. »⁵⁶

Brochmann et Stokken Dahl critiquent acerbement les récits des cours de SVT mettant en scène « la lutte héroïque, ou plutôt le sprint à la nage auquel se livrent ces intrépides spermatozoïdes pour être le premier à féconder un ovule qui, lui, les attend passivement. Tout faux. »⁵⁷ Ce ne sont pas les spermatozoïdes qui nagent jusqu'à l'ovule. La plupart du temps les spermatozoïdes sont dans les trompes bien avant que l'ovule n'y soit, parfois même depuis 5 jours. L'ovule, quant à lui, n'est pas immobile. Il se déplace le long de la trompe via les cils vibratiles : sortes de « poils » microscopiques présents dans la cavité de la trompe, et qui entraînent dans leur mouvement le déplacement de l'ovule. Si l'ovule ne rencontre pas de spermatozoïde au bout de 24h., il est fagocité par l'organisme : il disparaît discrètement puisqu'il est microscopique.

Si la rencontre entre un ovule et un spermatozoïde se produit, un œuf va commencer à se développer. Mais dans 12 % des cas il se produira un avortement spontané (« fausse couche »)⁵⁸. Si notre corps avorte si facilement de lui-même, on se demande bien pourquoi on devrait culpabiliser de prendre la décision d'avorter...

Canaux de l'aine*

Il s'agit de deux orifices situés sous la peau des bourses à la base des testicules. Ils se prolongent en un canal qui remonte au niveau de l'aine le long du canal déférent. Ces orifices font a priori plutôt la taille d'un doigt mais ont une certaine souplesse qui leur permet d'accueillir les testicules ou des pénétrations plus larges qu'un doigt.

À la fin de la gestation du fœtus on dit, dans la norme dyadique, que les testicules (situés à l'origine dans le bassin comme les ovaires) doivent descendre dans les bourses via les canaux de l'aine. Mais il est assez fréquent qu'elles ne descendent pas, c'est ce que vérifient les pédiatres en palpant les bourses des jeunes enfants. Si vers 4 ou 5 ans le testicule n'est toujours pas descendu, le corps médical recommande d'opérer sans quoi il y aurait des risques médicaux associés (infertilité, hernie, kyste). La non-descente des testicules (ou son absence totale chez des personnes qui ont des bourses) peut être en lien, ou pas,

avec une variation intersexe^A.

La pénétration des orifices de l'aine peut être une pratique sexuelle. Il y a d'ailleurs une branche de nerfs qui passe par là^B. Caresser les testicules, qu'on aura préalablement glissés dans les canaux de l'aine, peut provoquer des orgasmes, sans que le pénis ne semble impliqué. Des femmes trans peuvent avoir envie de mettre leurs testicules dans ces orifices, préférant l'apparence que cela donne à leur sexe. On appelle ça le *tucking*.

Ranger ses testicules dans les canaux inguinaux est aussi un moyen de contraception : en maintenant ses testicules dans ces orifices avec un anneau ou un slip spécifique, on augmente la température et on peut ainsi suspendre la spermatogenèse. La méthode nécessite un certain nombre de précautions pour être efficace, nous possédons ces informations en interne au Planning Familial.

Canal anal et rectum

Le **canal anal** est très musclé, et assez court, 3 à 4 cm : plus ou moins la longueur de deux phalanges. Lorsqu'on caresse à l'intérieur du canal anal, en allant vers le vagin ou les bourses, on stimule le corps du périnée, qui est relié à l'ensemble des muscles du périnée et des organes érectiles du sexe. Si on continue l'exploration, il faudra prendre un **virage** assez serré (qu'on appelle le **cap anal**) et on arrive alors au **rectum**, qui... stocke les matières fécales en attente de la défécation. Mais ce sont aussi des zones érogènes qui peuvent nous attendre par là : prostate du pénis, et peut être aussi glandes séminales et col de la vessie.

Le **muscle pubo-rectal** – un des nombreux muscles du périnée – forme une sangle qui crée ce virage entre le canal anal et le rectum. L'angle qu'il forme permet la continence. La position assise n'est pas propice au relâchement de la sangle : la position idéale est d'être accroupi-e. C'est pourquoi on recommande de mettre les pieds sur un marche-pied lorsqu'on fait caca assis sur les toilettes, de manière à reproduire la position accroupie et donc détendre le muscle pubo-rectal⁵⁹. Et c'est aussi pourquoi il ne faudrait pas « pousser » quand on fait caca (pas plus d'ailleurs que quand on urine), mais au contraire se détendre et prendre le temps en respirant profondément. On participe ainsi à la longue vie du muscle pubo rectal !

Contrairement au vagin, le canal anal et le rectum n'ont pas de « fond » : on peut y perdre des objets qui risquent de remonter vers les intestins. Il faut donc être vigilant avec l'usage de petits sextoys.

Lubrification anale

Le liquide rectal est le mucus blanc et crémeux qui recouvre les parois du rectum. Un mucus est une sécrétion produite par les muqueuses. Il exerce plusieurs fonctions, dont la protection des muqueuses contre les germes (bactéries et virus).

Il sert aussi de lubrifiant naturel, de sorte qu'il prévient la friction et le déchirement des tissus, que ce soit lors de rapports sexuels ou lors de la défécation. Certaines personnes ont constaté qu'elles produisaient plus de liquide rectal lors de l'excitation sexuelle – il ne semble pas exister d'études sur le sujet. Il s'avère néanmoins souvent nécessaire de recourir à du lubrifiant dans la pratique anale pour éviter les déchirements. Chez les personnes séropositives, le liquide rectal contient une très forte concentration de VIH. Il se trouve que la majorité des cellules immunitaires du corps – y compris les cellules investies par le VIH – se situent dans les muqueuses de la digestion, qui incluent le rectum⁶⁰.

CANAUX DE L'AINE

Les canaux de l'aine sont généralement appelés les **canaux inguinaux** (**canal inguinal** au singulier). Les femmes trans ou personnes trans MtX les

appellent parfois leurs chattes ou leurs vagins.

A. Voir illustration 17, sexe C, p.42
B. Le nerf génito-fémoral et les nerfs du cordon spermatique.



Modifications génitales des personnes trans et intersexes

Rappel

Les personnes ayant, du point de vue des sciences biomédicales, un pénis, ne l'appellent pas forcément pénis, *a fortiori* si on est une femme trans. *Idem* pour le clitoris et tous les organes génitaux internes/externes. À l'exception du mot dicklit, nous avons néanmoins choisi d'utiliser les mots de la norme cis et dyadique par crainte de rendre notre propos inintelligible étant donné le registre de langage utilisé ici qui relève d'un manuel d'anatomie. Ce choix est contestable et loin de nous l'idée de l'imposer aux personnes pour parler de leur propre corps.

Assignation et mutilation des personnes intersexes

L'orientation hétérosexiste du milieu médical se traduit par l'assignation d'un sexe « femelle » lorsque le « phallus » est estimé trop court pour effectuer une pénétration vaginale. Le phallus est alors qualifié de « micropénis ». Cette assignation à la féminité survient aussi lorsqu'il y a présence d'utérus, d'ovaires et d'un vagin permettant la gestation et le coït (le phallus est considéré dans ce cas comme un clitoris hypertrophié).

Les assignations d'un sexe « mâle », quant à elles, se font lorsque le phallus est estimé assez grand pour effectuer une pénétration vaginale et que les organes internes ne permettent pas la gestation⁶¹. Le corps médical accorde aussi de l'importance pour la réassignation à la possibilité d'uriner debout ou non.

Les mutilations génitales sur des personnes intersexes sont condamnées par l'ONU comme des actes de torture et sont pourtant toujours couramment pratiquées en France.

Ces mutilations incluent des réductions clitoridiennes (excision), déplacement de l'urètre sur pénis ou vulve, réduction de la taille des lèvres, ouverture des lèvres, vaginoplasties, dilata-

tions vaginales, suppression des gonades, etc. Ce qui signifie que de nombreux sexes intersexes peuvent avoir l'apparence d'un sexe dans les normes, soit depuis la naissance, soit après des chirurgies. Les interventions chirurgicales peuvent avoir un impact sur la production de cyprine, de perline, de sperme, etc. Il est très rare d'avoir des phalloplasties sur des enfants intersexes, mais il peut y avoir des allongements de la verge (métaïdoïoplastie).

La prescription d'hormones aux enfants intersexes est aussi très courante, entraînant des modifications qui peuvent être similaires à celles des personnes trans qui suivent une hormonothérapie.

À l'âge adulte, les personnes intersexes peuvent recourir à différents types d'opérations et d'hormonothérapies dans un cadre de transition mais aussi de désir de conformité à leur assignation. Les chirurgies de réassignation peuvent donc être similaires entre personnes trans et intersexes. Malgré ces similarités, par manque de temps et de place, nous n'allons parler dans les parties suivantes que des personnes trans dyadiques.

Transitions hormonales

Bloqueurs de puberté

Sans risque pour la santé, ils permettent pour les personnes trans de remettre à plus tard le déclenchement de la puberté de manière à laisser le temps à l'enfant/l'adolescent-e de choisir quelle puberté il, elle ou iel souhaite avoir⁶². Ils sont peu ou pas utilisés en France pour les enfants trans. Cependant, certains bloqueurs d'androgènes sont utilisés abondamment chez les personnes intersexes assignées femmes, ou juste avec une acné importante ; et des bloqueurs d'oestrogènes sont utilisés chez les personnes assignées hommes pas assez physiquement « virils » au goût du corps médical.

Transition hormonale des femmes trans, des personnes MtF, MtX, ou transfem

L'hormonothérapie réduit progressivement la taille des testicules et des glandes séminales, ce qui présente un risque d'infertilité sur le moyen et long terme. L'éjaculat a tendance à se réduire et la production de spermatozoïdes se réduit ou s'arrête. Le pénis demeure de la même taille. Selon les traitements, il peut être parfois plus complexe d'avoir une érection complètement dure, ou des érections spontanées ou matinales.

Transition hormonale des hommes trans, personnes FtM, FtX, ou transmasc

Sous l'action de la testostérone, le clitoris grossit et devient dicklit. L'ensemble de ses parties s'allongent et grossissent : les bulbes, les piliers, le corps, le gland et les lèvres. Les bulbes en grossissant poussent sur les parois de l'orifice du vagin qui devient d'autant plus étroit qu'ils entrent en érection. Si le gland du clitoris était apparent avant la prise d'hormones, il sera d'autant plus apparent par la suite. Au contraire, s'il était caché sous le capuchon il pourra rester enfoui (mais le gland du dicklit, tout comme celui du clitoris, peut de toute façon être décalotté).

Il y a une diminution ou un arrêt des règles. L'utérus peut réduire nettement de taille. Les ovaires se mettent généralement en sommeil, mais attention, le risque de grossesse n'est pas nul. L'ovulation et les règles peuvent, dans la majorité

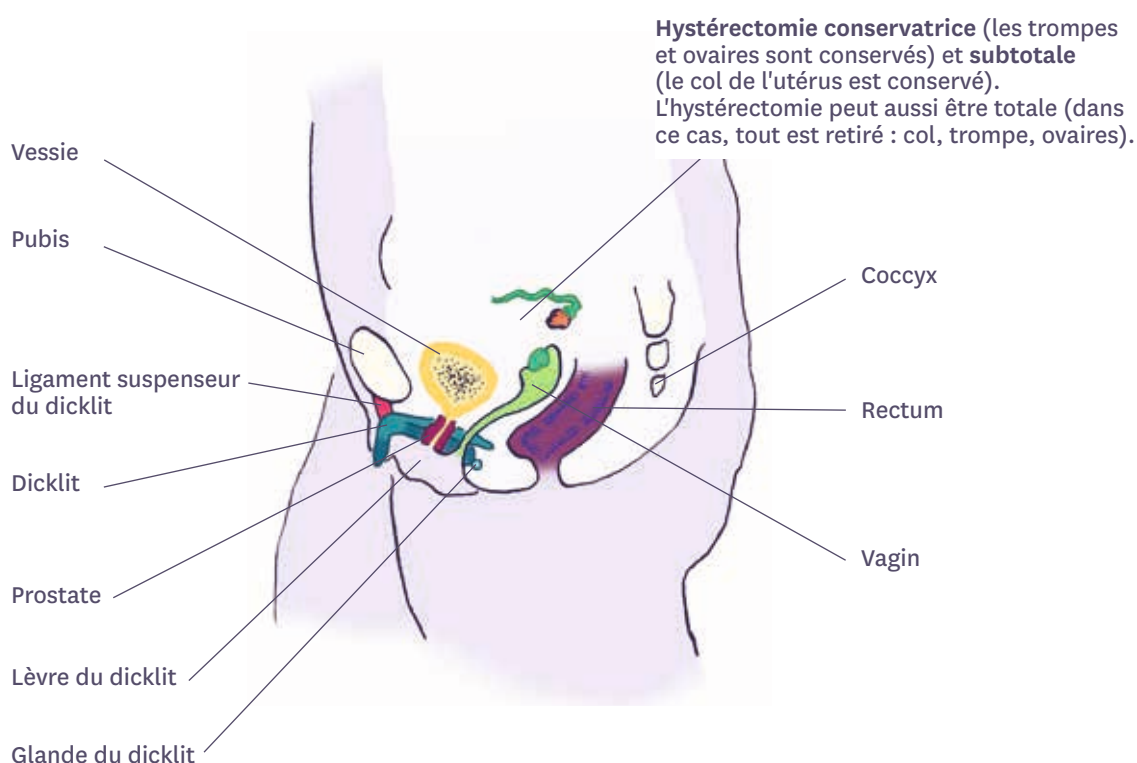
des cas, reprendre dès l'arrêt de la testostérone. La prise de testostérone augmente la prévalence de syndrome des ovaires polykystiques, sans que cela soit systématique^A, et peut également provoquer un épaissement de l'endomètre (cela peut se régler avec de la progestérone micro-dosée).

Il y a une diminution des œstrogènes. Or la flore vaginale se nourrit d'œstrogènes, elle peut donc être déséquilibrée (vaginose, changement d'odeur). Les œstrogènes sont aussi responsables de l'élasticité du vagin, il peut donc y avoir des raideurs et des sécheresses vaginales.

Il se pourrait qu'il y ait une augmentation de l'éjaculation aussi, mais cela reste à confirmer. Serait-ce lié à une augmentation du volume de la prostate ?

La pilosité augmente, elle peut se développer à l'intérieur des lèvres poilues (habituellement imberbes chez les personnes non hormonées). La repousse après épilation de ces poils peut s'avérer désagréable voire douloureuse.

20 MODIFICATIONS GÉNITALES D'UN HOMME TRANS SUITE À LA PRISE DE TESTOSTÉRONE ET HYSTÉRECTOMIE



A. Il existe une controverse à ce sujet, certain-e-s disent que le lien entre prise de testostérone et ovaires polykystiques n'est pas prouvé.

Réassignations chirurgicales des organes génitaux

Les personnes trans peuvent décider de modifier chirurgicalement leurs organes génitaux pour que ceux-ci leur correspondent mieux. Ces chirurgies, lorsqu'elles sont souhaitées, participent grandement à améliorer leur qualité de vie et leur bien-être. Rappelons néanmoins qu'elles ne sont en aucun cas requises : il dépend de la volonté des personnes d'en bénéficier ou non. Ce n'est pas le fait d'avoir subi une opération qui fera de quelqu'un un « homme » ou une « femme », mais bien la façon dont la personne se pense et se considère.

Jusqu'en 2016, l'État français obligeait les personnes trans à être stérilisées pour qu'elles aient le droit de changer d'état civil. La plupart des tribunaux ne se contentaient pas d'une ligature des trompes ou d'une vasectomie. Le plus souvent ce qui était demandé était plutôt une hystérectomie ou une ablation des testicules : il fallait prouver ne plus avoir les « caractéristiques de son sexe » de façon irréversible. Aujourd'hui ce n'est plus obligatoire légalement mais il semblerait que, dans les faits, beaucoup de médecins ou médiennes ne fassent les chirurgies de transition qu'à cette condition.

Si certaines personnes souhaitent en effet l'ablation de leurs gonades (testicules, ovaires), d'autres, au contraire, souhaitent les conserver, tout en bénéficiant également de chirurgies génitales (ce qui est en pratique tout à fait possible). Malheureusement le paradigme de beaucoup de médecins est encore celui d'une idéologie de non-reproductivité des personnes trans. Et l'accent est mis, comme pour les personnes intersexes, sur le coït hétérosexuel.

Par exemple, les chirurgien·nes n'arrivent généralement pas à envisager les vagins des hommes trans comme pénétrables dans leur sexualité, ils ne se les imaginent que comme « pénétrants ». Pour les femmes trans, la même idéologie hétéronormative implique qu'on mette un nettement plus grand soin à reproduire un vagin pénétrable par un pénis qu'à recréer l'ensemble du clitoris. Enfin, toute opération qui ne correspond pas à la norme est difficilement accessible, comme par exemple la construction d'un néopénis sans toucher aux autres organes génitaux, notamment les gonades, ou celle d'un néo-vagin tout en gardant son pénis.

Toutefois, les mentalités des médecins et médiennes sont aujourd'hui en train d'évoluer, notamment suite à la loi de 2016 qui démedicalise totalement le changement d'état civil.

Chirurgie de réassignation des femmes trans ou personnes transfem, MtF ou MtX

Il existe de multiples techniques de vaginoplastie, dont toutes n'aboutissent pas au même résultat. Il peut donc être nécessaire de faire des recherches approfondies pour savoir ce qui convient le mieux à la personne. La création d'ovaires et de glandes du clitoris sont impossibles avec les connaissances de la médecine actuelle. La création d'un utérus aussi, mais il y a eu très récemment une greffe d'un utérus sur une femme intersexe (utérus donné par une femme cis de la famille de la personne greffée). Il y a beaucoup de variations de techniques chirurgicales, nous les résumons ici de manière non exhaustive. Il aurait été préférable de faire plusieurs dessins pour montrer la variété des possibles. Beaucoup de personnes trans MtX choisissent de faire uniquement une orchidectomie – ablation des testicules.

● Technique d'inversion pénienne (très utilisée en Europe)

Invagination de la peau de la verge suturée en chaussette. La peau des bourses est utilisée pour faire les lèvres du clitoris. Avantages : cicatrisation plus rapide. Inconvénients : des cicatrices visibles, une fonctionnalité qui dépend de l'élasticité de la peau et de la taille de la peau de la verge disponible (si le ou la chirurgien·ne ajoute la peau du prépuce), apparence fripée des lèvres donnant un aspect qui s'éloigne davantage des standards normatifs.

● Technique mixte (Canada et Europe)

Le capuchon du pénis et une partie de la peau du pénis sont utilisés pour réaliser les lèvres et le cœur de la vulve, le reste de peau de la verge additionnée à la peau des bourses sert à réaliser le vagin. La fonctionnalité dépend de l'élasticité de la peau. Les lèvres du clitoris ont une apparence plus conforme aux standards normatifs.

● Technique de non inversion pénienne (Thaïlande)

La peau du pénis et le capuchon sont utilisés pour réaliser les lèvres et le cœur de la vulve. La peau des bourses, éventuellement additionnée aux tissus de l'urètre et d'une greffe de peau prélevée en fuseau (laissant une cicatrice équivalente à celle faite pour une césarienne) sont utilisés pour le vagin. Cela donne un aspect plus crédible, la peau est plus extensible. Les cicatrices externes sont peu visibles (situées entre les lèvres du clitoris et les lèvres poilues). Cette technique demande des dilatations plus fréquentes en post-opératoire de manière à éviter que la cavité vaginale ne se referme.

● Vaginoplastie sigmoïde (technique plus lourde pratiquée en cas d'échec des techniques précédentes - nécroses partielles ou totales)

Un segment du colon sigmoïde est prélevé avec ses nerfs et vaisseaux sanguins pour créer le vagin. La peau du pénis et les bourses sont utilisées pour créer la vulve. Inconvénient : les premières années le segment de colon continue à produire du mucus et des micro-selles, qui doivent être évacuées et faire l'objet d'une toilette intime stricte.

21 EXEMPLE DE CHIRURGIE DE RÉASSIGNATION CHEZ UNE FEMME TRANS

Prostate

Une petite lubrification naturelle est possible car la prostate est conservée. Elle sort de l'orifice urinaire mais du fait de sa faible quantité, l'utilisation de gel lubrifiant demeure nécessaire.

Canal déférent sectionné suite au retrait des testicules

Glande séminale atrophiée par la prise d'hormones

Rectum

Clitoris

Le gland du pénis est retaillé pour former le gland du clitoris.
Le bulbe du pénis et les glandes du pénis sont retirés pour laisser la place au vagin. Les piliers du pénis peuvent être entièrement ou partiellement retirés ou, comme ici, déplacés et connectés au gland du clitoris de manière à former les piliers du clitoris.
Généralement les nerfs et vaisseaux du pénis sont conservés pour être connectés au gland du clitoris de manière à pouvoir avoir un clitoris érogène et érectile. Mais dans les faits, la sensibilité n'est pas forcément conservée, notamment avec la technique d'inversion pénienne qui présente ici plus de risques que la technique de non inversion pénienne.

Vagin et vulve

Le vagin est créé d'une longueur et d'un diamètre qui permette la pénétration mais doit être entretenu par des soins post-opératoires (dilatations) de façon fréquente et régulière. Parfois, selon la qualité de la chirurgie, les dilatations, ainsi que plus tard les pénétrations, sont douloureuses voire impossibles.

Urètre

L'urètre du pénis et une partie du corps spongieux qui l'entoure sont conservés pour créer le néo-urètre.

22 EXEMPLES DE PHALLOPLASTIES CHEZ UN HOMME TRANS

Néo-pénis
sans aucune
autre modification
chirurgicale

Ici, la testostérone
a réduit la taille de
l'utérus et des ovaires.

(A)

Néo-pénis
avec uréthroplastie
(urètre déplacé
dans le néo-pénis)

Hystérectomie totale
et vaginectomie

Néo-bourse avec
implant testiculaire
(non érectile)

(B)

Ligament suspenseur
du dicklit sectionné

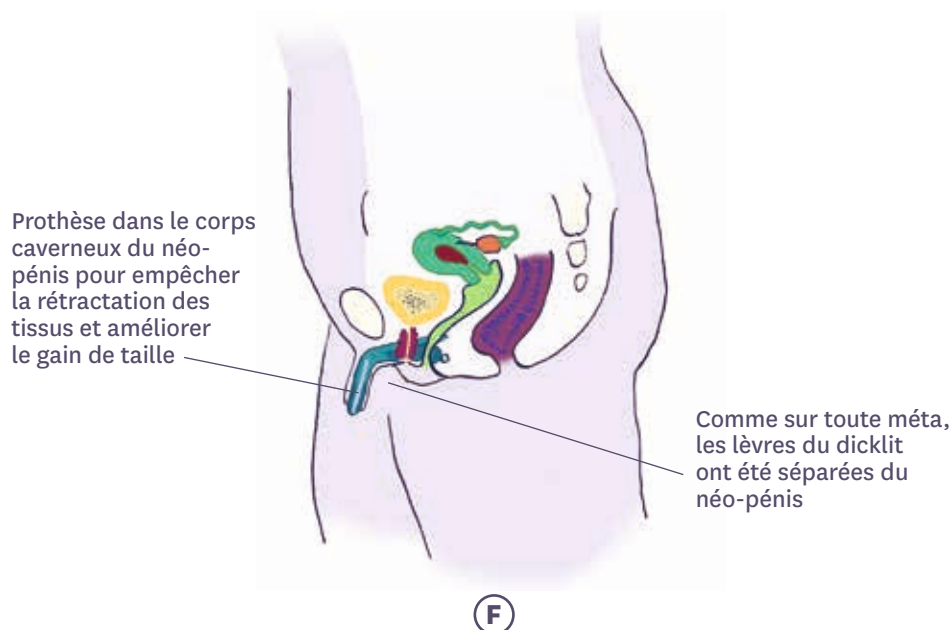
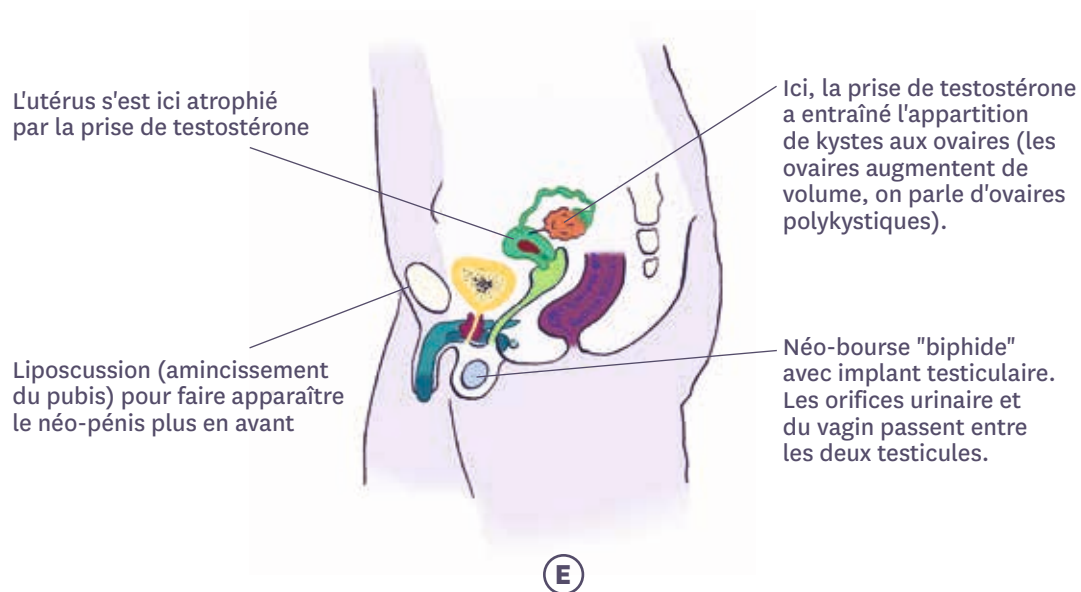
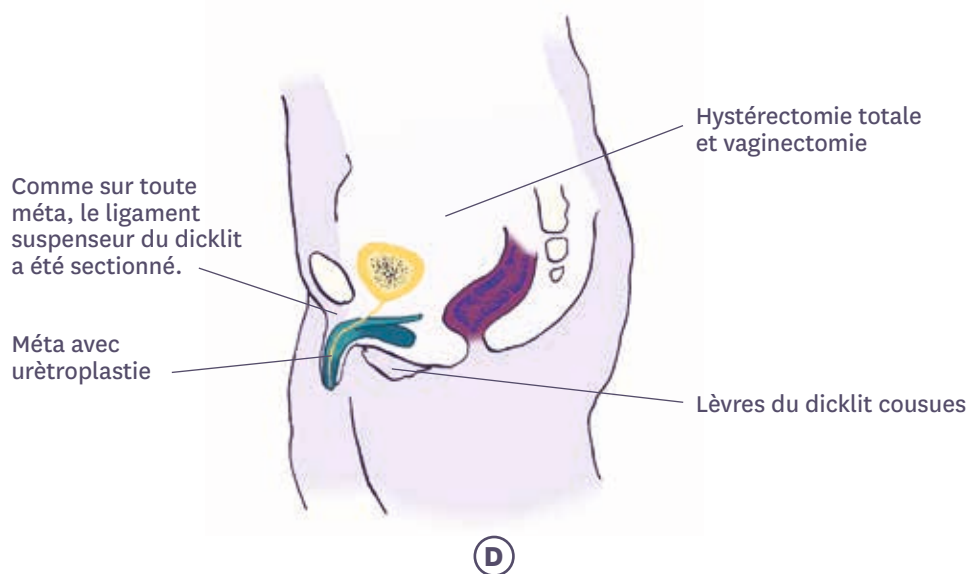
Dicklit enfoui.
Il est plus fin au
niveau du corps et
du gland car on a
retiré la muqueuse
qui le recouvrait
avant de l'enfouir.

Hystérectomie totale
et vaginectomie

Néo-pénis, néo-bourse,
uréthroplastie et
prothèse érectile
actionnable par les
implants testiculaires

(C)

23 EXEMPLES DE MÉTAIDOÏOPLASTIES CHEZ UN HOMME TRANS



Chirurgies de réassignation des hommes trans, personnes transmasc, MtF ou MtX

Il existe autant de chirurgies génitales transmasculines que de chirurgien·nes qui les pratiquent, et que de personnes demandant à en bénéficier. En effet les techniques présentent de nombreuses possibilités qui peuvent donc s'adapter à la demande de chaque personne.

Il existe deux techniques majoritaires pour créer un pénis, la **phalloplastie** (création d'un pénis par greffe de peau) et la **métaiodoïoplastie** (élongation du dicklit), chacune ayant ses avantages et ses inconvénients. Ces mots étant assez complexes, on parle parfois pour simplifier de « phallo » et de « méta ».

La personne peut poser des implants testiculaires^A ou non, et peut choisir de conserver ou pas (de façon indépendante) : son vagin, son utérus, et/ou ses ovaires, sans que cela impacte le reste de la technique opératoire de création de pénis. Ainsi, il est possible de faire une phallo ou une méta en conservant intégralement ses organes génitaux.

L'urètre peut également être positionné au bout du néopénis (méta ou phallo)^B de façon à pouvoir uriner debout. Mais il peut s'avérer complexe, voire impossible avec les techniques actuelles, de garder un vagin et de faire une **urétroplastie**, leur proximité compliquant la cicatrisation.

Lors d'une **vaginectomie**, il y a retrait ou altération des glandes du clitoris, il n'y a donc plus de production de cyprine.

● Phalloplastie

C'est une greffe de peau (prélevée au choix sur l'abdomen, le bras, le dos ou la cuisse...) pour créer un pénis. Le plus courant actuellement est de prendre de la peau de l'avant-bras. Il s'agit d'une chirurgie lourde. Elle permet de créer un pénis de taille suffisante pour une pénétration, mais l'organe ainsi greffé est assez peu sensible, et ne comporte pas de corps érectiles (spongieux ou caverneux). À l'exception des phalloplasties faites avec la greffe de la peau du dos, on peut, si on le souhaite, poser une prothèse érectile. Sinon, il est toujours possible de mettre plusieurs préservatifs pour rigidifier le pénis.

La peau de la greffe est prélevée avec ses nerfs et on compte donc que les nerfs ensuite réinnervent le néopénis (ça ne marche pas toujours). Si le pénis n'a aucune sensibilité et qu'on pose une prothèse érectile, cela peut poser problème car l'implant peut endommager le néopénis sans qu'on s'en rende compte.

Concernant le dicklit on a notamment le choix entre :

1 Enfouir totalement le dicklit. Dans ce cas, il faut retirer la fine couche de muqueuse qui recouvre le gland et les bulbes, et retirer le capuchon. On perd alors en sensibilité au niveau du dicklit. Plusieurs possibilités :

→ On coupe le ligament suspenseur du dicklit (qui le relie à l'os du pubis), ce qui permet de le remonter au niveau de la base du néopénis. On ne touche pas aux nerfs du dicklit, dans l'idée de privilégier les sensations de plaisir qu'il peut générer (voir **illustration 22 C p.57**)

→ On ne coupe pas le ligament suspenseur, mais on coupe les nerfs et on les relie au néopénis dans la volonté d'augmenter la sensibilité du néopénis (mais ça ne veut pas dire qu'il va être aussi sensible qu'un dicklit).

2 Laisser le dicklit extériorisé entre le pénis et les bourses.

En position debout le gland du dicklit n'est pas visible. L'avantage est qu'on aura une meilleure sensibilité du dicklit pour la sexualité (voir **illustrations 22 A et B p.57**)

● Métaïodoïoplastie

C'est une technique récente qui permet d'agrandir le dicklit et de lui donner une forme de petit pénis étroit. On obtient ainsi un pénis assez peu large et d'une longueur de 3,5 à 7 cm selon les personnes, qui, par sa taille, ne permet généralement pas la pénétration, mais qui est totalement sensible et érectile. Durant cette opération, le dicklit est désenfoui, et la peau des lèvres du dicklit et du capuchon est tendue pour créer un fourreau au néopénis.

A. Voir illustrations 22 B, 22 C et 23 E, p.57-58

B. Voir illustrations 22 C et 23 D, p.57-58

Références

1. Voir *La Fabrique du sexe : Essai sur le corps et le genre en Occident*, Thomas W. Laqueur, 1992, livre commenté par Michelle Perrot, dans l'introduction du colloque *La place des femmes. Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales*, Éditions La Découverte, Paris, 1995, p.92.
2. Libre adaptation d'un extrait de la brochure *Transcender l'anatomie*, Eli Aaron, traduction de l'américain collective anonyme, Toulouse 2016-2017, brochure non éditée.
3. *Ibid.*
4. Extrait du texte *Intersexuation : aller plus loin [Spécial Allié.e.s]*, Loe Lis, avec le soutien du CIA, 2017. En ligne : <https://cia-oiifrance.org/2017/02/02/intersexuation-aller-plus-loin-special-allie-e-s>
5. Chiffres d'Allemagne. Source : Droits de l'homme et personnes intersexes par le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe.
6. Paragraphe inspiré de *Poilorama*, d'Adrien Pavillard, Emmanuelle Julien, Olivier Dubois, mini série documentaire, Arte TV, 2015.
7. Sorrells ML, Snyder JL, Reiss MD, et al *Fine touch pressure thresholds in the adult penis*, 2007.
8. Shere Hite, *Le rapport Hite*, Robert Laffont, 1977 et *Le nouveau rapport Hite*, Shere Hite, Théo Carlier, Catherine Vecherat, éditions Robert Lafont, 2002. Le rapport ne s'intéresse qu'au clitoris, pas au dicklit.
9. *Enquête internationale sur les femmes et l'orgasme*, de l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique), 2015.
10. Mira Bellwether, *Fucking trans women*, brochure, 2010, p.12.
11. *Ibid.*, p.33. L'extrait a dû être raccourci.
12. Élisabeth Brune, *La révolution du plaisir féminin, sexualité et orgasme*, éditions Odile Jacob, 2013, p.99.
13. Diane Ducret, *La chair interdite*, Albin Michel, 2014, p.52-55.
14. Sigmund Freud « La féminité » in *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Gallimard, 1935, cité par Diane Ducret dans *La chair interdite*, *ibid.*, p.158.
15. Hélène Deutch, *La psychologie des femmes*, 1945.
16. *Psychanalyse et pédiatrie*, 1971 (chapitre sur le complexe d'Œdipe).
17. Priscilia Ungharo et Jacques Birraux, *Votre enfant va être opéré d'un hypospadias*, Hôpitaux universitaires de Genève, 2013.
18. Joyce A. Adams, Ann S. Botash, Nancy Kellogg, *Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse*, 2004.
19. Nina Brochmann et Ellen Støkken Dahl, *Les Joies d'en bas*, Actes sud, 2018, p.38 : « l'hymen n'est pas fin comme du film étirable mais épais large et robuste ».
20. Voir les quatre études de Berenson sur l'anatomie des hymens des enfants prépubères.
21. Anne Smith, « The prepubertal hymen », *Australian Family Physician*, vol. 40, n° 11, nov. 2011.
22. *L'hymen, mythes et réalités – rappels anatomiques et réflexions éthiques*, site internet Martin Winckler's webzine, 2014.
23. *Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse*, *op. cit.*
24. *Les Joies d'en bas*, *op. cit.*, p.41.
25. Citation de l'article « Clitoris », « vagin » et « utérus » sont des termes sexistes, Slate.fr, Antoine Leclerc-Mougne et Stylist, 9 mai 2019.
26. *Une rose épineuse, défloration au XIX^{ème} siècle en France*, Pauline Mortas, Presses universitaires de Rennes, 2017, p.1, 2 et 35. On peut lire aussi sur le sujet *La virginité féminine*, de Yvonne Knibiehler.
27. Pour ce qui est du clitoris, voir O'Connell, « The Anatomy of the Distal Vagina », *Journal of sexual medicine*, vol. 5, août 2008, p.1888.
28. Voir les recherches d'Odile Buisson décrites dans *La révolution du plaisir Féminin*, *op.cit.*, p.21-26
29. L'éponge périnéale semble avoir été inventée par la Fédération of feminist women health centers, dont elle fait mention dans son ouvrage *A New View of Woman Body*, 1981. Le terme a été repris par Rebecca Chalker, *The Clitoral Truth*, en 2000 ; par Carol Rinkleib Ellison dans « Facilitating Orgasmic Responsiveness », *Handbook of Clinical Sexuality*, Levine S. et al., Brunner-Routledge, 2003, p.180 ; et par Kd Diamond dans *Girls sex 101*, Allison Moon, 2015.
30. Voir Anne Frye, *Holistic Midwifery*, Labrys Press, 1995, p.12 et 165, citée par cybersolidaires.org
31. Robbie Davis-Floyd, *Birth Messages. A Symbolic Analysis of Standard Obstetrical Procedures*, et Leilah McCracken, *Naissance médicalisée : Le viol du 20^e siècle*.
32. Voir à ce sujet *La révolution du plaisir féminin*, *op. cit.*, p.303 à 305.
33. *A New View of Woman Body*, *op. cit.*
34. Un manuel scolaire, édité par Magnard, en fait pour la première fois une description complète en 2017. On le doit notamment au travail acharné d'Odile Fillod, la conceptrice du clitoris en 3D.
35. *Incontinence urinaire, évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues*

- en consultation de médecine générale en France métropolitaine, Ciofu, Montefiore, Chartier-Kastler, 2007.
36. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire, F. Haab, Ministère de la santé et des solidarités, 2007.
 37. *La révolution du plaisir féminin*, op. cit., p.280.
 38. *Ibid.*, p.452.
 39. Debby Herbenick, « Exercise-induced orgasm and pleasure among women », *Sexual and Relationship Therapy*, 2012.
 40. Adamczak, Bini, 2016. *Come on. Diskussion Über ein neues Wort, das sich aufdrängt und unser Sprechen über Sex revolutionieren wird*, Analyse & kritik 614. En ligne : www.akweb.de/ak_s/ak614/o4.htm, traduit par Féministes dionysiennes.
 41. Dr Marie Claude Benattar (gynécologue), *Plaisir féminin*, 2014. Benattar est héritière de Grafenberg qui soulignait le rôle érogène de l'urètre et situait une zone sensible du vagin à l'endroit où l'urètre est le plus proche. Voir aussi Marie-Claude Benattar, « L'amplification du point G, une nouvelle approche thérapeutique des dysfonctions sexuelles féminines ? », *Sexologies*, 2005.
 42. Voir les études d'Odile Buisson, notamment sa fameuse échographie de coït. Elle ne parle pas de prostate. Helen O'Connell va dans le même sens.
 43. Une étude qui va dans ce sens : Lenck LC, Vanneville G, Monnet JP et Harmand Y. Urethral sphincter (G point). *Anatomo-clinical correlations*, Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1992.
 44. « Innervation of Vagina: Microdissection and Immunohistochemical Study », You Bong Song, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2009. L'étude d'Adam Ostrzenski (« G-Spot Anatomy: A New Discovery », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 9, n° 5, 2012) va dans le même sens (innervation intense et tissus érectile). Rachel Pauls affirme l'inverse, selon lui l'ensemble du vagin aurait une innervation homogène.
 45. <http://lesinfemmes.blogspot.com>
 46. Pour ce qui est de la prostate liée au clitoris : O'Connell n'est pas d'accord avec l'idée que les pourtours de l'urètre (c'est-à-dire la prostate) sont érectiles : selon elle, la muqueuse de l'urètre est vascularisée mais ne présente pas les structures spécifiques de l'érection, telles celles du clitoris (voir *The Anatomy of the Distal Vagina : Towards Unity*, op. cit.). Pour Rebecca Chalker, la prostate entre en érection par afflux sanguin, pas uniquement par la sécrétion de sperme (*The Clitoral Truth*, op. cit., p.43). Cet afflux sanguin pourrait être lié au plexus de Kobelt, réseau veineux du clitoris qui se trouve au même niveau que la prostate.
 47. Pour des descriptions anatomiques voir *Homology between the female paraurethral (Skene's) glands and the prostate*, Tepper SL, Jagirdar J, Heath D et al., *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1984 ; « New findings and concepts about the G-spot in normal and absent vagina: precautions possibly needed for preservation of the G-spot and sexuality during surgery. » Thabet SM, J. *Obstet. Gynaecol. Res.* 2013 ; « The clitoral complex is "the" spot » Vaccaro C. *Eur. J. Obstet. Gynaecol. Reprod. Biol.* 2014 ; *The G-Spot and other recent sexual discoveries about human sexuality*. Whipple B, Perry JD, Ladas AK, 1982.
 48. *Polycystic ovarian syndrom and urethrovaginal space: 3-D volumetric and vascular analysis*, Battaglia, Nappi, Mancini, Alvisi, Del Forno et Venturoli, 2010.
 49. <http://lesinfemmes.blogspot.com>
 50. Voir les travaux de Zaviacic, Gilbert Tordjman, Wimpissinger et Sheri Winston.
 51. Voir les travaux de Gary Schubach, Bernard Jean Paniel, Pierre Desvaux, Sylvain Mimoun, Floran Wimpissinger.
 52. Voir les travaux de Salama Samuel, Pierre Desvaux.
 53. Voir les travaux de Sylvain Mimoun.
 54. Voir les travaux de Marcel Caufiez.
 55. Source : site personnel du Dr Aly Abbbara, gynécologue obstétricien. En ligne : www.al-y-abbbara.com/livre_gyn_obs/termes/malformations_uterines.html
 56. Paola Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, L'Harmattan, 2011, p.89.
 57. *Les Joies d'en bas*, op. cit., p.104-105.
 58. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 43, n° 10, 2014, p.764-775.
 59. Voir *Le charme discret de l'intestin*, Giulia Enders, Actes Sud, 2014, p.22 à 33.
 60. CATIE, source canadienne de prévention du VIH et des hépatites.
 61. « Femmes intersexes : sujet politique extrême du féminisme », Janik Bastien Charlebois, *Recherches féministes*, vol. 27, n° 1, 2014.
 62. Brochure *Hormones et parcours trans*, association OUTrans, disponible en ligne, ligne p.28-29.

Remerciements

Raphaëlle tient à remercier :

→ Pour leurs très précieuses relectures qui se sont souvent traduites en co-écriture : Perrine Caline (AD13), Loé Petit (Collectif Intersexes et Alié-es), Lee Ferrero et Anastase Huss (association Transat), Elie Bouet (AD47), Al (un des plus cool du monde), Sarah Aligon (AD56), Dr Winnie Demeester (AD42).

→ Pour leurs relectures orthographiques et typographiques : Mathilde Caline, Chrystel Grosso, Julie Holvoet (ADO5), Elsa Meunier (AD75).

→ Chrystel Grosso (Confédération du Planning Familial) sans qui cette brochure n'aurait jamais existé.

→ Sanam Shojania pour avoir réalisé l'exploit de créer toutes les illustrations de la brochure en deux mois et supporté mes incessants retours critiques !

→ Le programme « Genre et Santé Sexuelle », et en particulier Caroline Rebhi (coordinatrice nationale), Elsa Meunier (référente I.D.F.), Marion Mornet (référente P.A.C.A.), Sarah Aligon (référente Bretagne), Véronique Dalemans (référente Auvergne-Rhône-Alpes).

→ Lou Poll pour son travail et nos échanges.

→ Constance Dumotier-Khrpounoff pour son super schéma du cycle menstruel (diffusion à venir).

→ L'équipe de l'AD13 et en particulier Murielle G., Marion, Milena, Maud.

→ Toutes les personnes qui ont généreusement partagé leurs réflexions et recherches via nos conversations, des ateliers, des brochures, des sites, des émissions de radio et des livres. Immensément trop nombreux-ses pour être tous-tes cité-es ici, cette brochure leur doit néanmoins beaucoup.

→ Jessie Sarramea, Dr Jean Étienne Terrier et Pr Raphaël Sinna pour leur disponibilité à expliquer les méthodes chirurgicales de réassignation.

Spéciale dédicace à Perrine, mon amie, collègue et partenaire d'animation des ateliers *Mon sexe m'appartient*.

Avec la collaboration de l'association **Transat** (association de personnes trans, à visée militante et d'entraide, basée à Marseille et ses environs) et du **Collectif Intersexes et Alié-es** (association à l'échelle du territoire français qui a pour but la défense et le soutien des personnes intersexes).



Document réalisé pour le programme Genre et Santé Sexuelle grâce au soutien de la Direction Générale de la Santé.

AUTRICES

Texte : Raphaëlle Morel d'Arleux

Illustrations : dessins de Sanam Shojania, conception par Raphaëlle Morel d'Arleux

Graphisme : Audrey Voydeville

Janvier 2020



Confédération du Planning Familial
4, square Saint-Irénée
75011 Paris

www.genresantesexuelle.fr