



NOS SEXES SONT POLITIQUES

MANUEL ILLUSTRÉ
D'ANATOMIE GÉNITALE

NOS
SEXES
SONT
POLITIQUES

MANUEL ILLUSTRÉ
D'ANATOMIE GÉNITALE

SOMMAIRE

PRÉAMBULE 7

COMMENT PARLER DU SEXE ANATOMIQUE DANS UNE PERSPECTIVE FÉMINISTE ?

- Note d'intention
- Le sexe ne fait pas le genre
- Le sexe est une construction sociale
- Les sciences biomédicales, lieu privilégié du sexage
- La binarité des sexes est une construction sociale
- Comment pouvons-nous donc nommer le sexe ?
- Des représentations du sexe porteuses d'oppression
- Pour résumer
- Les enjeux du vocabulaire

1. DIVERSITÉ DES DÉVELOPPEMENTS SEXUELS 10

DES MOTS INCLUSIFS POUR LES PERSONNES TRANS ET INTERSEXES ? 11

- Définitions
- 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 et 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
- 10 choses à savoir sur l'intersexuation

2. ANATOMIE EXTERNE 20

3. *Diversité de sexes - Position debout* 21
4. *Diversité de sexes - Position allongée* 22
5. *Une vulve* 23
6. *Un dicklit* 24
- 7A. *Pénis non circoncis* 24
- 7B. *Pénis circoncis* 24

POILS 25

BOURSES ET GROSSES LÈVRES 25

CLITORIS, DICKLIT ET PÉNIS, LES PARTIES EXTERNES 25

- Capuchons et glands
- Freins
- Glandes du capuchon
- Couronnes du pénis ou du dicklit
- Prothèse, gode et pisse debout
- Lèvres du clitoris et du dicklit
- Fourchette (commisure des lèvres)

ANUS	29	UTÉRUS	51
CŒUR DE LA VULVE	29	· Col de l'utérus et pertes blanches	
· Orifices urinaire et de la prostate		23. Différentes positions d'utérus	52
8. Différents emplacements de l'orifice urinaire sur un pénis	30	24. Spéculum et utérus rétroversé	52
· Orifice du vagin		25. Utérus, trompes, ovaires et vagin	53
· Hymen		26. Cycle menstruel	54
9. Différents types d'hymen	32	· Trompes	
<hr/>		GONADES ET GAMÈTES	56
3. ANATOMIE INTERNE	33	· Ovaires	
10. Clitoris et pénis interne et externe	34	· Testicules (et épидидyme)	
RÉSEAUX VEINEUX, NERVEUX ET MUSCULAIRE	35	· Ovotestis	
CLITORIS, DICKLIT ET PÉNIS, LES PARTIES INTERNES	35	CANAU DE L'AINE	57
· Corps, pilier et bulbe du clitoris, dicklit ou pénis		27. Canaux de l'aine	57
11. Pénis courbé	35	CANAL ANAL ET RECTUM	58
· Le clito fait du cheval		· Lubrification anale	
12. Clitoris au repos	36	28. Muscle pubo-rectal	58
13. Clitoris en érection avec circlution du vagin	36	<hr/>	
14. Clitoris et éponge périnéale	36	4. MODIFICATIONS GÉNITALES DES PERSONNES TRANS ET INTERSEXES	59
· Glandes du clitoris, dicklit et pénis		ASSIGNATION ET MUTILATION DES PERSONNES INTERSEXES	60
· Cyprine du pénis, du dicklit et du clitoris		TRANSITIONS HORMONALES	61
MUSCLES DU PÉRINÉE	39	· Bloqueurs de puberté	
15. Les muscles superficiels du périnée	39	· Transition hormonale des femmes trans, des personnes MtF, ou non binaires transfem	
16. Les muscles superficiels et profonds du périnée	40	· Transition hormonale des hommes trans, personnes FtM, ou non binaires trans masc	
· Les muscles du clitoris, du pénis et du dicklit		CHIRURGIES GÉNITALES D'AFFIRMATION DE GENRE : ORGANES GÉNITAUX	62
· Le périnée : une quinzaine de muscles		· Chirurgie transaffirmative « féminisante »	
· Centre du périnée		30. Exemple de vaginoplastie	65
17. Sexe interne - Norme anatomique du masculin	42	· Chirurgies transaffirmative « masculinisante »	
18. Sexe interne - Norme anatomique du féminin	43	29. Modifications génitales d'un homme trans ou personne non binaire suite à la prise de testostérone et hystérectomie	63
19. Sexe interne excité - Norme anatomique du féminin	44	31. Exemples de phalloplasties	66
20. Des sexes internes intersexes	45	32. Exemples de métaïodioplasties	67
VAGIN	46	<hr/>	
21. Diaphragme	46	RÉFÉRENCES	68
22. Coupe menstruelle	47	INDEX	72
· Le point G : une zone de plaisir dans le vagin qui fait débat		REMERCIEMENTS	74
· Perline du vagin			
· Sécrétions vaginales			
GLANDES SÉMINALES	49		
PROSTATE	49		
ÉJACULATION	50		
· État des lieux des recherches sur l'éjaculation du clitoris ou du dicklit			

NOTE D'INTENTION

Le texte est à destination des intervenant·es du Planning familial.

Le manuel a une première fois été édité en 2020, puis réédité dans une version revue et augmentée en 2024.

Raphaëlle Morel d'Arleux, conseillère conjugale et familiale au Planning Familial 13, est la principale autrice de cet ouvrage. Elle se situe comme bisexuelle, cis, dyadique et sans formation médicale. Les associations d'auto-support Transat et Collectif Intersexe Activiste ont étroitement collaboré à la rédaction des deux éditions.

Pour la deuxième édition, un groupe de travail interne au Planning familial s'est constitué pour un portage collectif de ce texte. Dans ce cadre, la feuille de route « agir avec les personnes LGBTQIA+ », composée de personnes concernées, s'est mobilisée avec une attention particulière à l'inclusivité.

Tout retour critique reste le bienvenu, le texte peut sans doute être encore amélioré. Nous espérons qu'il ouvrira des discussions pour poursuivre ce travail de construction d'un discours qui nous est propre sur l'anatomie de nos sexes.

Vous pouvez écrire à :

documentation@planning-familial.org

lgbtqiaap@planning-familial.org

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 » n'est donc pas tant le travail de gestation, mais 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 s'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.

A. Voir définition p.11

B. Par « classe des femmes » on entend : toutes les personnes qui ne sont pas des hommes cisgenre et qui sont donc assimilées à des femmes par la société patriarcale, quelque soit la réalité de leurs identités ou la diversité des expériences vécues de cette situation d'oppression. Cela englobe les femmes cisgenre et toutes les personnes trans (femmes et hommes trans, personnes non-binaires).

C. Voir définition p.11

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.

LES SCIENCES BIOMÉDICALES, LIEU PRIVILÉGIÉ DU SEXAGE

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 pensée 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. Il est pourtant 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 ou la 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 clés 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 essayent en vain de définir, de tracer une frontière hermétique entre les sexes biologiques dits « femelles » et « mâles ». 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 sexuaction 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 POUVONS-NOUS DONC 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 peut exclure certaines personnes trans, 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^D 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 les mots nous ont également paru renvoyer trop à une culture phallocratique, coïto-centrée (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 les lecteur-ices s'y retrouvent, 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 expliqués dans les focus terminologiques.

A et B. Voir définition p.11

C. Entendre ici « l'homme » comme l'archétype du sujet du patriarcat, évidemment cis, dyadique 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 POUR LES PERSONNES TRANS ET INTERSEXES ?

DÉFINITIONS

PERSONNE INTERSEXE Personne née avec des caractères sexuels (génitaux, gonadiques, hormonaux, 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.

→ L'intersexuation n'est pas une condition pathologique ou un diagnostic médical, c'est avant tout une situation sociale qui concerne l'expérience vécue des personnes concernées, au delà de leurs caractéristiques biologiques.

PERSONNE TRANS Personne qui ne s'identifie pas au genre qui lui a été assigné à la naissance, pouvant s'identifier de façon binaire (homme / femme) ou non-binaire.

Les personnes trans peuvent avoir recours à des traitements médicaux (hormones, chirurgies...) ou à des changements administratifs à l'état civil, pour affirmer leur identité. Toutes ces démarches sont facultatives, la transidentité et l'identité de genre de la personne dépend uniquement de son autodétermination, c'est-à-dire sa capacité personnelle et subjective à connaître sa propre identité.

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 iraient « jusqu'au bout » et d'autres non, ni que « aller jusqu'au bout » serait faire une intervention chirurgicale génitale. Par ailleurs, le terme « transexualisme » a longtemps été utilisé pour pathologiser les personnes trans, et est aujourd'hui rejeté par les associations de personnes concernées. La transidentité fait partie de la diversité humaine et n'est pas une pathologie mentale.

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, MtF (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 genre assigné à la naissance. On essaiera ici de varier les expressions pour qu'un maximum de personnes puisse s'y retrouver.

PERSONNE CIS Personne qui s'identifie au 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 ceux employés par beaucoup de personnes cis et dyadiques 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'entre elles 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...

- 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 ? En écoutant attentivement quand iel parle, ou en lui posant directement la question. Il y a aussi la possibilité d'utiliser des mots neutres comme « sexe », « sexe oral », etc³. 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, permet aussi, lors des entretiens, de pouvoir mettre en suspens notre préformatage et apporter une écoute adaptée. 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 manière générale :

- Pour parler d'anatomie, mentionner le nom des parties du corps, sans les relier à un genre.

- Se rappeler que l'anatomie, le sexe n'est pas toujours binaire, que la binarité « sexe féminin » / « sexe masculin » est une construction sociale, pas une donnée naturelle.

- Ne pas parler de « préservatif masculin » et de « préservatif féminin », à la fois pour ne pas amalgamer pénis = masculin ; vagin = féminin, mais aussi pour rappeler que le préservatif interne peut s'utiliser dans les rapports anaux (hétéros et homosexuels).

- Il ne faudrait ni présumer du genre de la personne en fonction de son anatomie, ni de la fonctionnalité qu'a un organe. Par exemple, dire que « les règles concernent les femmes » n'est pas juste, mais attention car dire que « les règles concernent les personnes qui ont un utérus » n'est pas juste non plus. En effet, il y a des femmes qui n'ont pas d'utérus et donc pas de règles (parce que trans, intersexe ou « hystérectomisée »), et des hommes qui ont un utérus et des règles. Mais il y a aussi des personnes qui ont un utérus mais pas de règles parce que prépubères, ménopausées, sous traitement hormonal (testostérone, contraception progestative), enceintes, intersexe etc.

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 vulvoplastie 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 décroiser le dimorphisme sexuel^A et à diversifier les descriptions anatomiques, celles-ci restent encore trop souvent normatives et excluant des variations inter-

sexes, et des personnes trans.

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

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^e 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 des 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 de 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^B 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).

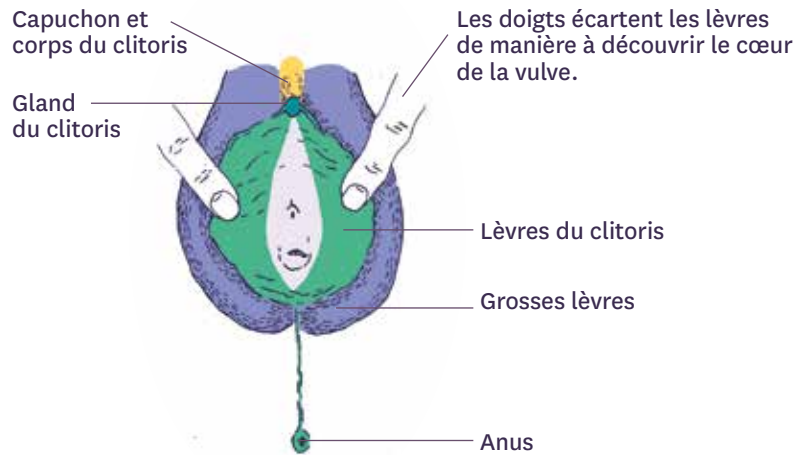
En réalité, c'est bien plus complexe que cela, il existe une très grande diversité de développements sexuels, tellement qu'il en devient absurde d'essayer d'en faire des classifications, voire même de les compter. Loé Petit, activiste intersexe, explique : « *Il faudrait arrêter de parler d'un axe avec 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) ; illes 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.

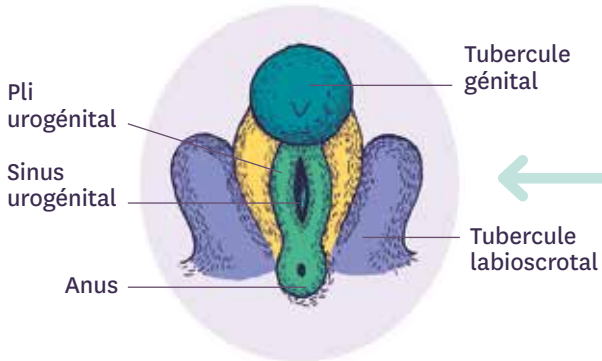
A. Le dimorphisme sexuel est l'ensemble des différences morphologiques plus ou moins marquées entre les individus dits « mâle » et « femelle » d'une même espèce. La perception binaire que nous avons des corps à travers le concept de dimorphisme sexuel est une construction sociale.

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

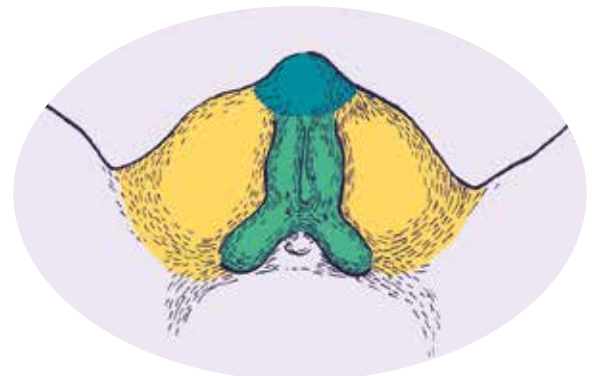
1 LES DÉVELOPPEMENTS DU SEXE EMBRYONNAIRE EXTERNE



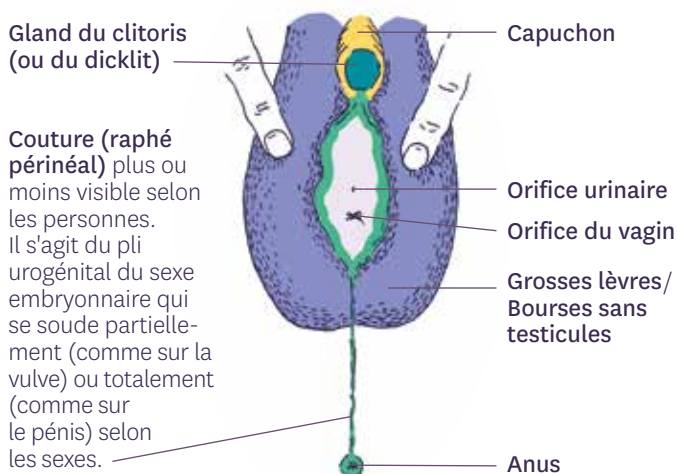
3B Une vulve adulte dans les standards médicaux actuels



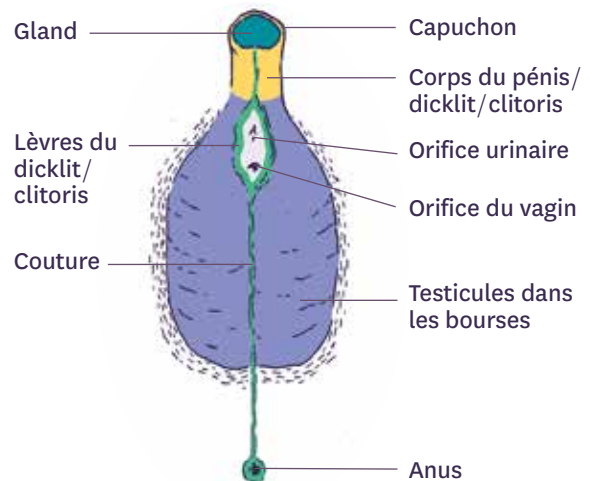
2 Un sexe embryonnaire (2,5 mois) désigné comme "femelle" dans une perspective binaire



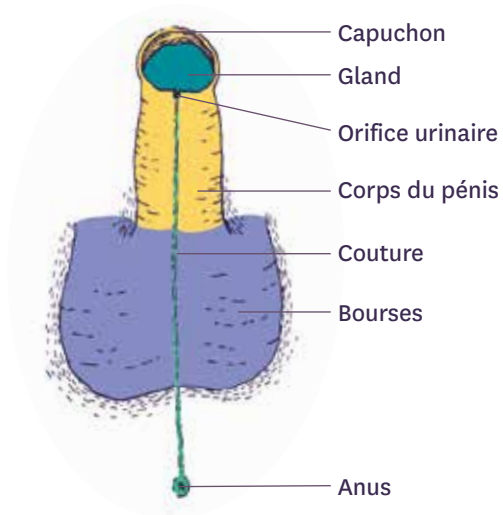
1 Un sexe embryonnaire indifférencié (moins de 2,5 mois)
Tubercule génital : sexe embryonnaire



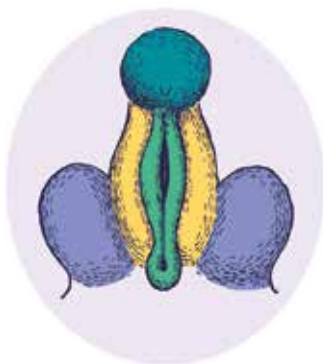
3E Un exemple de sexe adulte intersexe



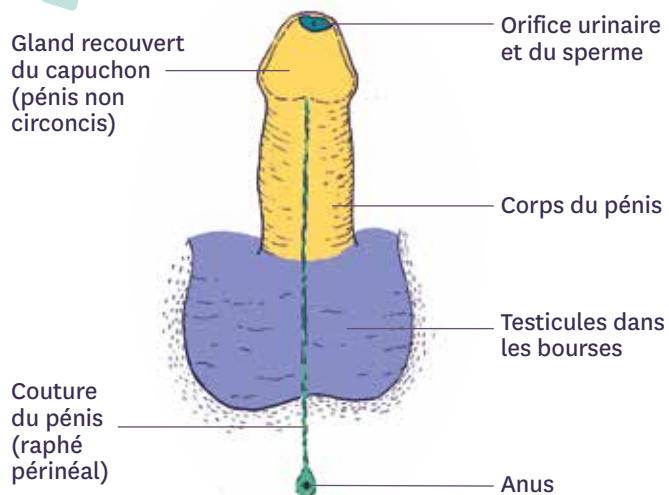
3C Un exemple de sexe adulte intersexe



3A Un exemple de sexe adulte intersexe

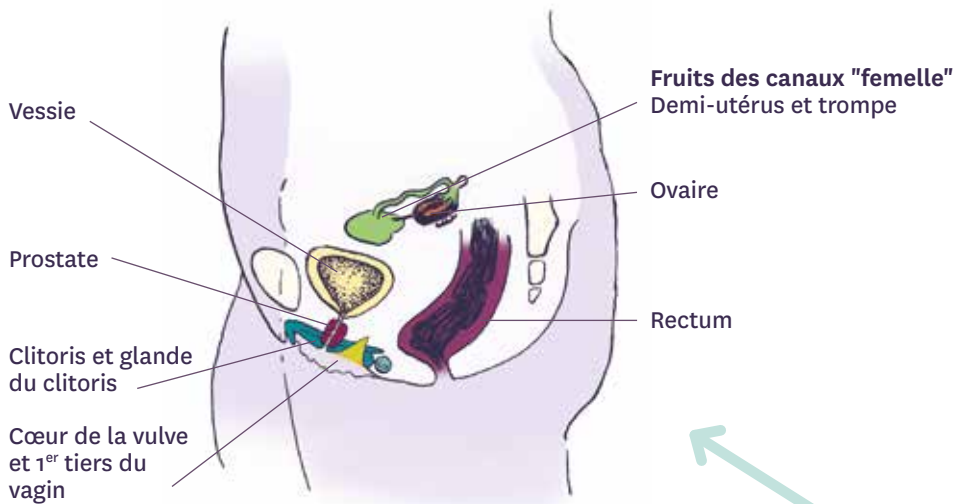


2 Un sexe embryonnaire (2,5 mois) désigné comme "mâle" dans une perspective binaire

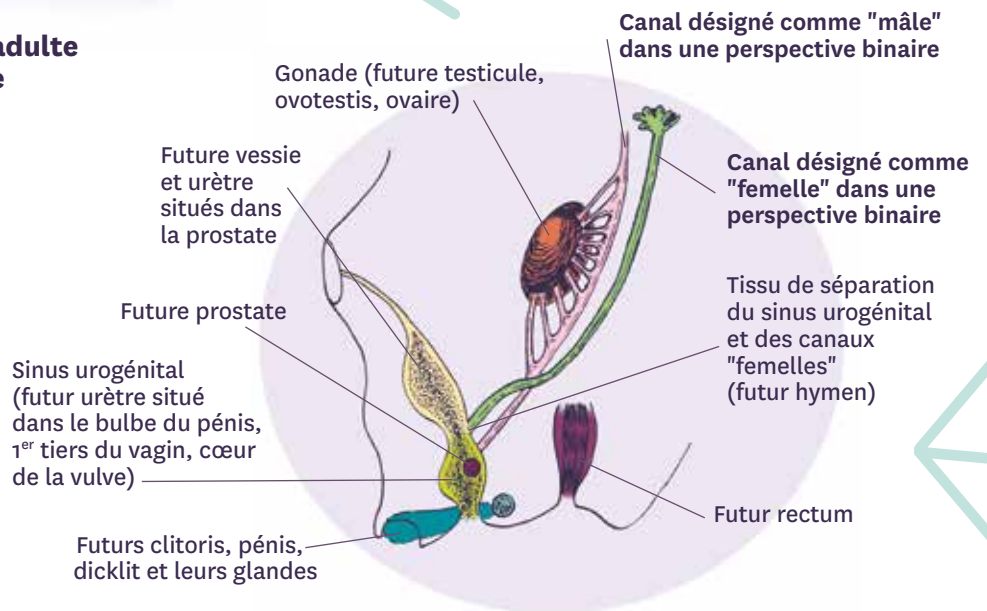


3D Un pénis adulte dans les standards médicaux actuels

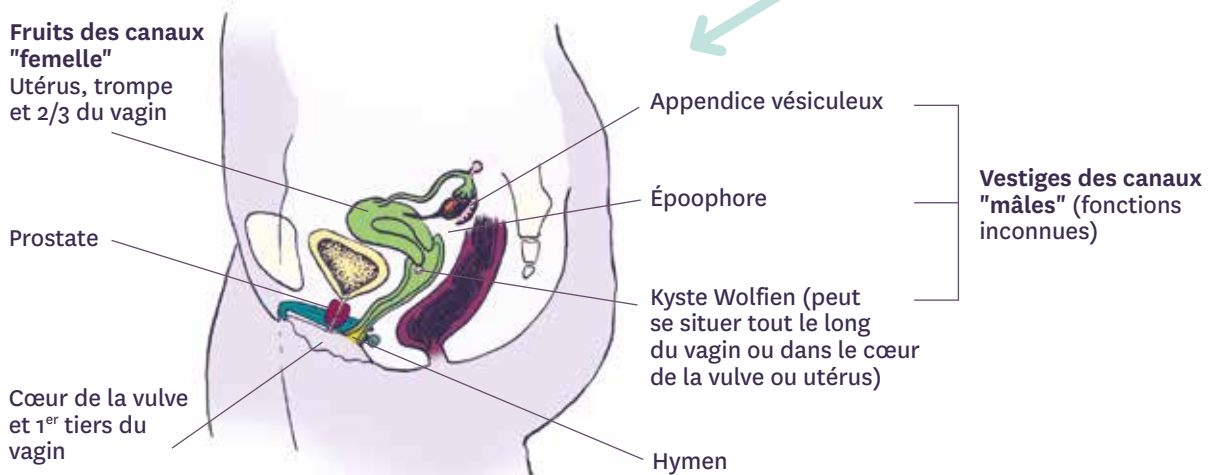
2 LES DÉVELOPPEMENTS DU SEXE EMBRYONNAIRE INTERNE



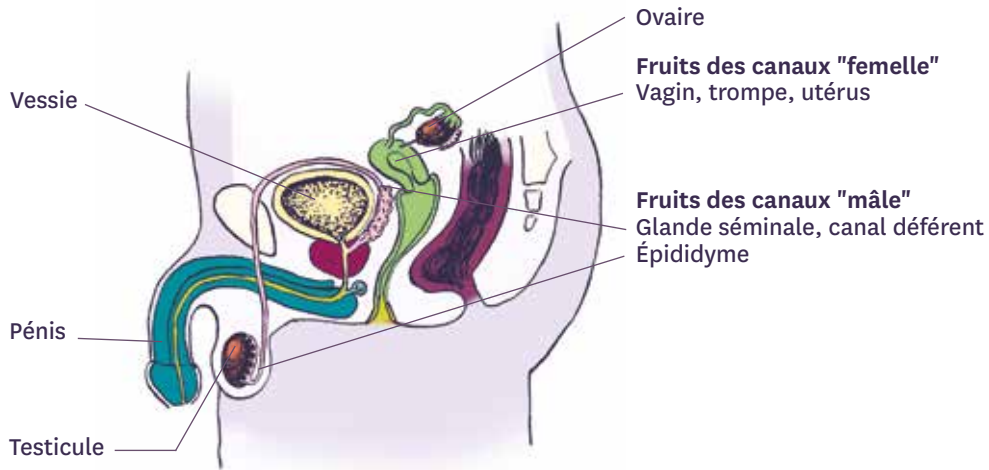
2A Un sexe adulte intersexé



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

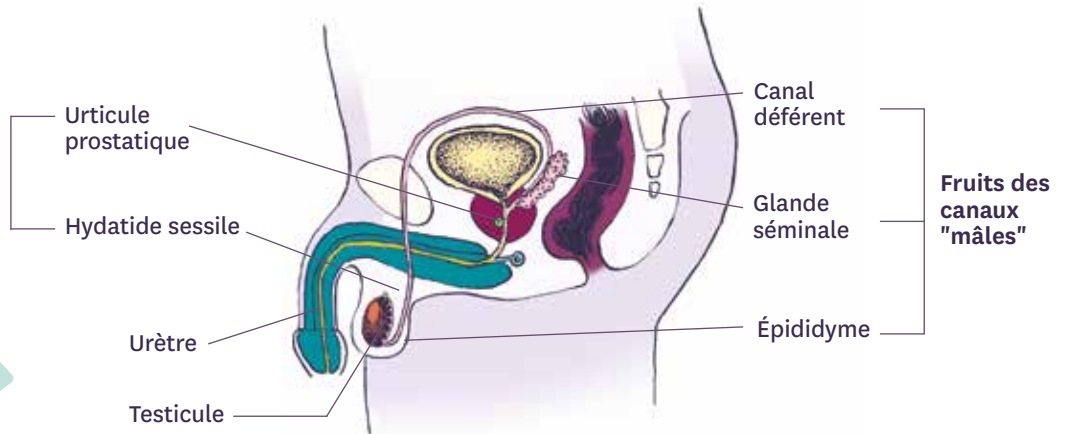


2B Un sexe adulte désigné comme "femelle" dans une perspective binaire dans les standards médicaux actuels

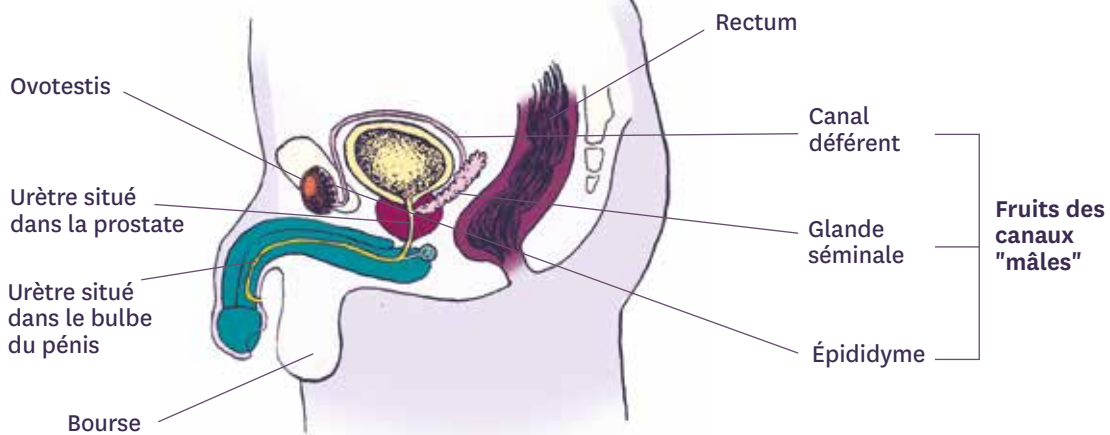


2C Un exemple de sexe adulte intersexe. La personne a un seul testicule et un seul ovaire (et non deux de chaque)

Vestiges des canaux "femelle" (fonctions inconnues)



2D Un sexe adulte désigné comme "mâle" dans une perspective binaire dans les standards médicaux actuels



2E Un exemple de 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 choisi ici de ne pas lister les termes médicaux pour nommer les principales variations du développement sexuel. En effet, 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 très différentes les unes des autres, plus de quarante ont été recensées. Leur point commun est d'être considérées par le corps médical non seulement comme une anomalie, mais aussi comme 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.

La plupart des personnes intersexes subissent des violences médicales répétées pour essayer de les faire ressembler à des personnes dyadiques.

L'intersexuation pouvant se manifester de différentes manières et à différentes période de la vie, il peut arriver que des personnes n'en aient pas conscience du tout et elles peuvent ne pas avoir envie de savoir ; il est important de respecter ce choix.

Certaines personnes peuvent s'interroger sur leur possible intersexuation, auquel cas il est préférable de les orienter vers le CIA, association de personnes concernées. Iels auront l'approche et les mots justes pour les informer.

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 peuvent refuser de s'identifier comme intersexes pour toutes sortes de raisons.

S'il nous importe de respecter leur choix, cela n'implique pas pour autant que nous utilisions ces mots pathologisants de notre propre chef, ni que nous soyons à l'initiative d'y associer le mot « intersexuation » si la personne n'est pas dans cette démarche ou recherche.

10 CHOSES À SAVOIR SUR L'INTERSEXUATION

PAR LE COLLECTIF INTERSEXE ACTIVISTE (CIA)



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 concernent pas que 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 trai-

tements 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 non, et 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

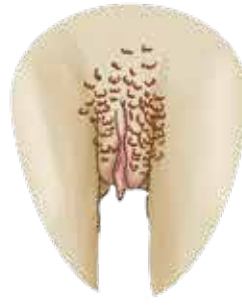
ANATOMIE EXTERNE

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

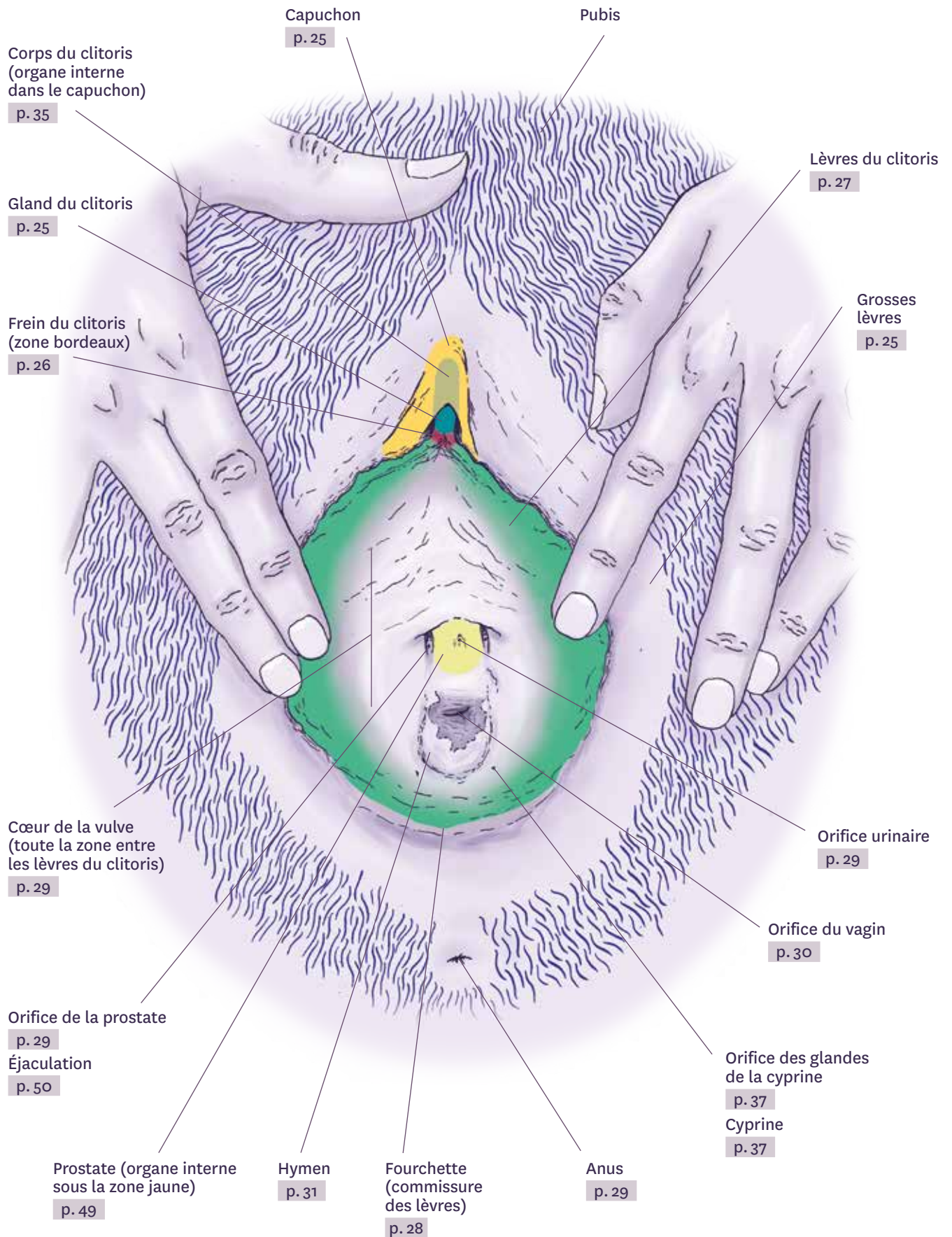


Pénis circoncis

Néo vulve d'une femme trans



5 UNE VULVE



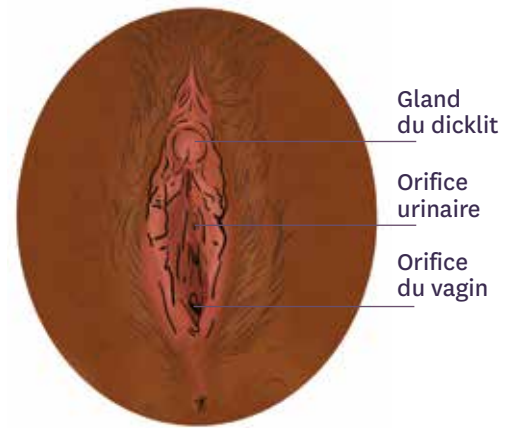
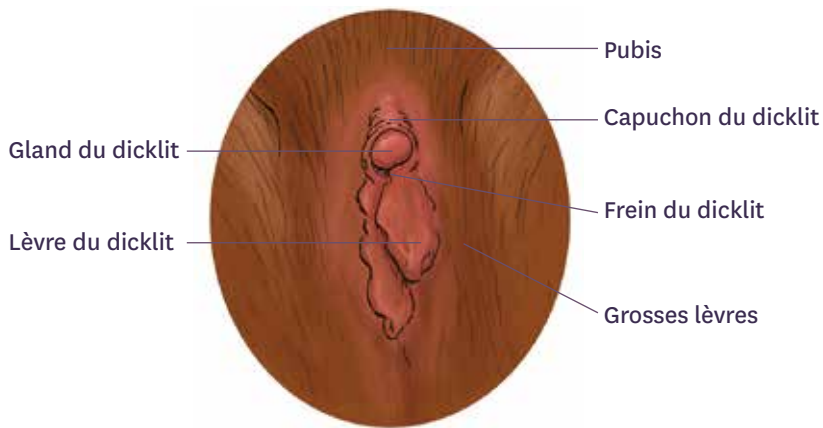
6 UN DICKLIT

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.

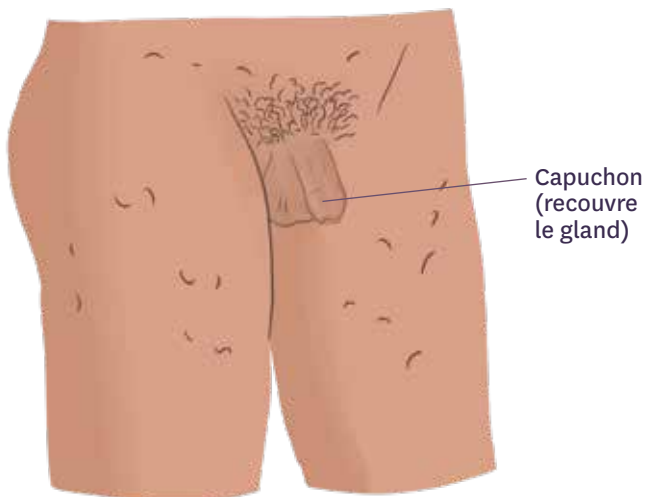
Parfois des personnes intersexes (cisgenre ou transgenre) utilisent aussi ce terme pour leur sexe, sans qu'ils aient nécessairement pris de la testostérone précédemment.

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

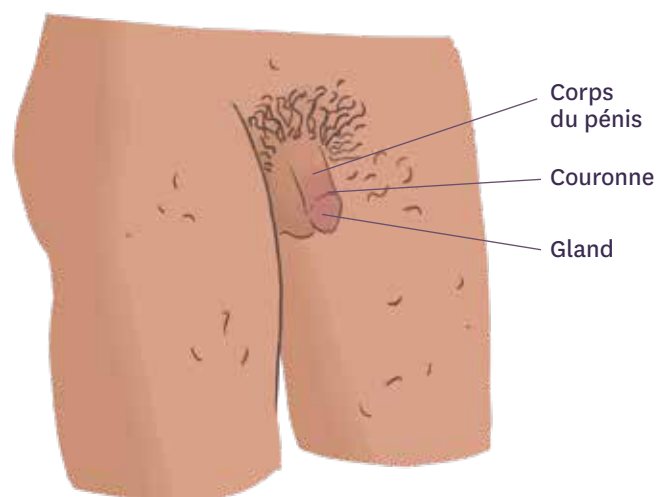
On préférera le mot dicklit – qu'on pourrait traduire par biteclit – qui souligne l'analogie entre le pénis et le clitoris.



7A PÉNIS NON CIRCONCIS



7B PÉNIS CIRCONCIS



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. Les poils 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

Chez de nombreuses personnes intersexes avec des taux d'androgènes bas (insensibilité aux androgènes), les poils de la puberté n'apparaissent pas.

Chez les personnes ménopausées, les poils pubiens se raréfient souvent, et parfois disparaissent complètement, avec les changements hormonaux.

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 femme et insensibles aux androgènes présentent ce type de configuration génitale et ressentent comme une violence qu'on leur dise qu'elles ont un sexe d'enfant... ou d'actrices porno.

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 ans⁷⁹. Précisons que beaucoup de personnes intersexes vivent de manière spécifique une fétichisation aux relents pédophiles.

BOURSES ET GROSSES LÈVRES

Les **bourses** sont des grosses lèvres* qui se sont soudées entre elles chez l'embryon. Il en résulte une « couture » ou « soudure » que les médecin·nes appellent *raphé* (voir légende illustration 3E p.14). Cette soudure n'est pas toujours visible selon les personnes. Il y a des soudures qui vont de l'anus jusqu'au gland du pénis (voir illustrations 3A et 3D p.15), et d'autres plus partielles qui matérialisent un cœur de vulve (illustrations 3B, 3E, 3C p.14). 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.

Les **grosses lèvres** sont deux coussins graisseux qui protègent le cœur de la vulve. Elles ont une face interne toujours dépourvue de poils et une face externe qui, selon les situations, est poilue ou non.

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. 34 à 38).

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**

*GROSSES LÈVRES Classiquement appelées « grandes lèvres » ou « lèvres externes ». Nous n'avons pas repris cette terminologie qui peut prêter à confusion, par opposition aux « lèvres du clitoris » (voir pied de page terminologique « lèvres du clitoris » p. 27)

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

pénis est l'extrémité du corps du pénis. La spécificité est que le capuchon du clitoris et du dicklit recouvre 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 au 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, chez les personnes cis et dyadiques, il fait en moyenne 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 le capuchon du pénis ressemble beaucoup à celui du clitoris (la médecine parle alors d'hypospade) : il forme une capuche qui ne fait pas le tour du gland, comme on peut le voir sur les illustrations 3A (p.15) et 11 (p.35).

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 extrêmement 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 peut perdre un peu en sensibilité.

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 avec le 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 la raison pour laquelle la stimulation du gland est pour beaucoup la manière la plus facile d'accéder au plaisir sexuel⁸. Plus précisément, une enquête Ifop menée en 2015 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 du clitoris.

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. Dans ce cas, il faut 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 récurrences. On en parle plus souvent pour les pénis (c'est plus courant) mais cela peut arriver sur les freins du clitoris et du dicklit aussi.

GLANDES DU CAPUCHON

De chaque côté du frein il y a des glandes (la médecine parle de glandes prépucales), 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

La couronne marque la jonction entre le gland et le corps du pénis ou du 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 (boutons) 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 une mycose. 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 perlée¹⁰. Il ne s'agit pas d'une IST et ce 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 sexy. 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 phallickes.

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 »¹¹.

« 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. »¹²

PROTHÈSE, GODE ET PISSE DEBOUT

Une personne transmasculine peut avoir envie ou 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 pour les relations sexuelles et la masturbation.

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 anatomique¹³ 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 : elles sont en érection.

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,

*LÈVRES DU CLITORIS Elles sont classiquement dénommées **petites lèvres**, parfois **lèvres intérieures**, par opposition aux **grosses lèvres** 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 grosses lèvres, et chez 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**.

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, et on peut s'inquiéter que cela ne soit pas toujours expliqué aux personnes qui y recourent, car le domaine de la chirurgie esthétique est aussi un *business* où l'intérêt économique peut primer sur l'accompagnement à un choix éclairé.

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, et elle est bien souvent réduite à un trou entre les jambes. Pour autant, il est important de respecter le droit de tous·tes à disposer de son corps, à faire ce que chacun·e lui semble important pour habiter son propre corps et s'y sentir bien. L'idée donc est de critiquer les injonctions du patriarcat sur nos corps, pas les pratiques de chacun·e pour s'accommoder au mieux dans ce monde patriarcal. La nymphoplastie sur les dicklits est assez courante car les lèvres en poussant peuvent produire un inconfort, des frottements. Et cela peut aussi tout simplement relever d'une affirmation de genre.

LE RACISME IMPACTE LES REPRÉSENTATIONS ANATOMIQUES

→ Parmi les tristes histoires de zoos humains, n'oublions pas celle 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 les théories anatomiques racistes qui fleurissaient à cette époque. 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. Les sexes des hommes Noirs aussi, dans la médecine coloniale du XIX^e siècle, ont fait l'objet de

théories pseudo-scientifiques selon lesquelles leurs pénis étaient surdimensionnés, stéréotype raciste encore de nos jours très ancré dans la société française. De la description anatomique des organes génitaux des hommes et des femmes Noir·es, perçus comme démesurés, les savants en déduisent une sexualité ardente³⁴. Ce discours raciste sexualise et fétichise les corps des personnes Noires, c'est-à-dire les réduit à l'état d'objet sexuel (racisme sexuel)³⁵, ou à l'inverse nourrit le mythe raciste de l'homme Noir à la libido débridée (hypersexualisation) et violeur de femmes blanches, mythe qui légitimise notamment les lynchages et la ségrégation³⁶.

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. Mithu Sanyal³⁷, historienne spécialiste des organes génitaux, a constaté que figurent, dans les brochures actuelles 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 ».

On voit que le racisme, et non pas seulement le sexisme ou l'hétéronorme, peut impacter les représentations du sexe anatomique.

FOURCHETTE (COMMISSURE DES LÈVRES)

Elle a un aspect assez variable d'une personne à une autre et n'est pas toujours présente. Parfois elle ressemble à une troisième lèvre horizontale, parfois c'est simplement la jointure, dans leur prolongement, des lèvres du clitoris. Lors des accouchements par le vagin, cette zone est souvent distendue, voir déchirée, et, en cas d'épisiotomie, incisée. Elle tend alors à disparaître. Quand, à l'inverse, elle est très tendue elle peut être douloureuse à la pénétration.

EXCISION À L'OCCIDENTALE

→ L'excision était pratiquée dans les 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 au XVI^e siècle par le médecin de la cour, Ambroise Paré, qui jugeait inacceptable que les lèvres du clitoris entrent en érection¹⁵. Aujourd'hui, en France, on prétend que les mutilations génitales sont interdites, mais elles sont toujours pratiquées en toute impunité sur les enfants intersexes assigné·es femmes, en particulier sur les organes génitaux (glands du clitoris) 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 pratiquées avec une 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 »). Il considère le clitoris comme un organe vestigial du pénis (remarquons que c'est ce qu'on dit de nos jours de la prostate du clitoris^A) : la femme doit admettre sa castration et avec cela « la supériorité de l'homme et sa propre infériorité »¹⁶. Il théorise la prohibition de la masturbation. Sa pensée et le déni du clitoris se propagent. Hélène

Deutsh, 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 »¹⁷. 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. »¹⁸

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 avec ou sans pénétration, manuellement ou avec la bouche (anulingus).

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.

sant à cet endroit^D. 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 que forment les branches internes du clitoris.

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 comme un *donut*.

Certaines personnes éjaculent par cet orifice.^B

– **Les orifices de la prostate** sont généralement au nombre de deux, très petits mais visibles de chaque côté de l'orifice urinaire. Certaines personnes éjaculent par ces orifices.^C

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 cares-

● **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^E. En jargon médical, on parle d'hypospade, ce qui concernerait environ 1 personne assignée garçon à la naissance sur 300¹⁹. 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 qui n'est pas le cas pour de nombreuses personnes intersexes) et dont l'orifice éjaculatoire se situe trop bas pour permettre aux spermatozoïdes de remonter dans l'utérus, peuvent recourir à l'opération en cas de désir d'enfant sans FIV.

***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.

A. Sur la prostate du clitoris, voir p.49

B. Voir « Éjaculation », p.50

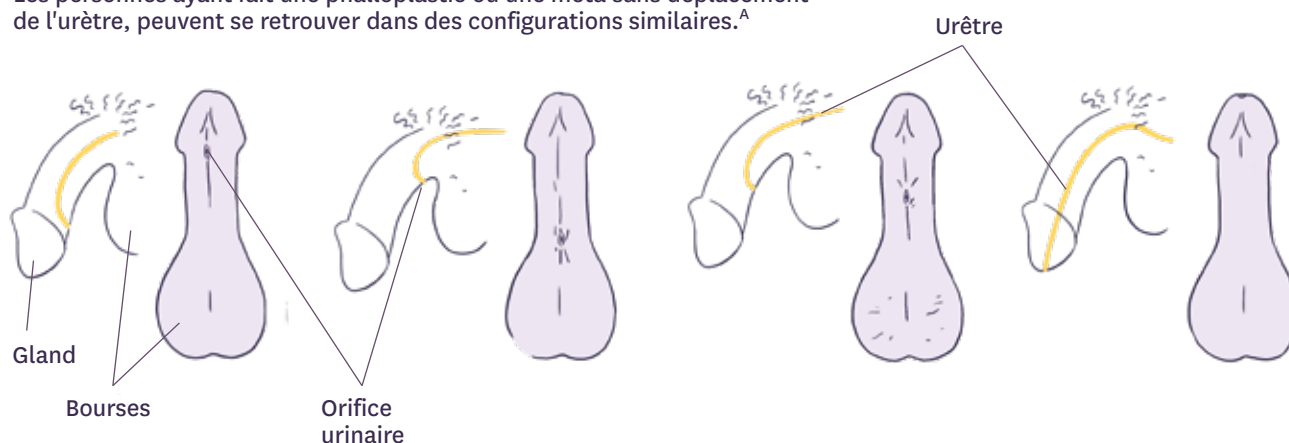
C. Voir « Prostate », p.49

D. Voir zone jaune sur l'illustration 5 p.23

E. Voir aussi illustrations 8 p.30, 3A (p.15) et 20C (p.45)

8 DIFFÉRENTS EMPLACEMENTS DE L'ORIFICE URINAIRE SUR UN PÉNIS

Les personnes ayant fait une phalloplastie ou une méta sans déplacement de l'urètre, peuvent se retrouver dans des configurations similaires.^A



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.

On peut s'amuser à observer avec un miroir notre vagin s'ouvrir et se fermer à notre gré^B. Il ne s'agit donc pas d'un organe passif qui ne s'ouvre que parce qu'on essaye de le pénétrer : le vagin est actif et musclé ! Il ne s'agit pas non plus d'un trou béant. Les muscles peuvent toutefois s'endommager et le vagin peut perdre alors de son tonus et ne plus arriver à se fermer complètement.

SAIGNEMENTS LORS DES RAPPORTS SEXUELS

→ Nombreuses sont les personnes qui n'ont pas saigné lors d'une première pénétration vaginale. D'autres témoignent de saignements en quantité très variable 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·e, 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 le sang peut rester dans les replis de la vulve un certain temps avant de s'écouler, surtout lors de saignements peu abondants (ce qui est souvent le cas).

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.

Le saignement peut dans de rares cas être en rapport avec la présence d'une cloison vaginale : lors de la différenciation embryonnaire, les canaux dits « femelles » ne se sont pas complètement fusionnés et il reste une paroi dans le vagin qui sépare, entièrement ou par endroit, le vagin en deux, dans le sens de la longueur. Cette cloison peut être indolore ou au contraire créer des douleurs et des forts saignements lors des premières pénétrations (tampon, masturbation, relations sexuelles...).

***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, 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·e·s 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.

***MUQUEUSE** Une muqueuse est un tissu humide qui facilite les échanges entre l'intérieur du corps et l'extérieur. Le capuchon, le gland, le frein, les lèvres du clitoris ou du dicklît sont des muqueuses. Tout comme le cœur de la vulve. À ce titre, elles peuvent être une « porte d'entrée » pour les infections sexuellement transmissibles, tout comme le vagin, l'anus, le canal anal, le rectum et la bouche.

A. Voir Chapitre 4, p.66-67

B. Il peut arriver que nos muscles manquent de tonicité et que nous n'arrivons pas à faire cet exercice. Voir « Tonicité du périnée », p.41

HYMEN*

Il est souvent comparé à un voile, car beaucoup le souhaiterait très fin et fragile, mais c'est une image fallacieuse²⁰. 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 hymen²¹, 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 hormones²². Il peut aussi y avoir un impact des activités courantes pratiquées de manière intensive et qui mobilisent les muscles du périnée²³ 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, il est moins probable que l'hymen se déchire. Il ne faut donc pas hésiter à mettre du lubrifiant sur un tampon (ou tout autre chose qui pénètre). À force, l'hymen peut se détendre^A. 52 % des adolescent·es ayant eu des rapports sexuels consentis ont un hymen sans aucune trace de déchirure²⁴ (l'étude ne précise pas ce qui est entendu par « rapports sexuels », mais on suppose qu'il s'agit d'un coït hétéronormatif). 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 souvent dit, 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 déchirure²⁵.

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 par pénis, elle pourra recourir à 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 avance 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 en France, c'est au pouvoir médical qu'on doit, au tournant du XVIII^e et XIX^e siècle, l'invention de l'hymen comme preuve de la virginité. 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 était 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. À qui peut servir le constat d'absence de traces d'un viol sur le corps (ce qui est le plus courant), si ce n'est à l'agresseur ? D'autant plus que l'examen médical peut être vécu comme une réactivation traumatique de l'agression.

*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 nombreuses 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 "**couronne vaginale**". Le problème avec cette terminologie réside dans le fait qu'elle 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". »²⁷

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 (voir note 28 p. 69).

9 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.²⁸



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

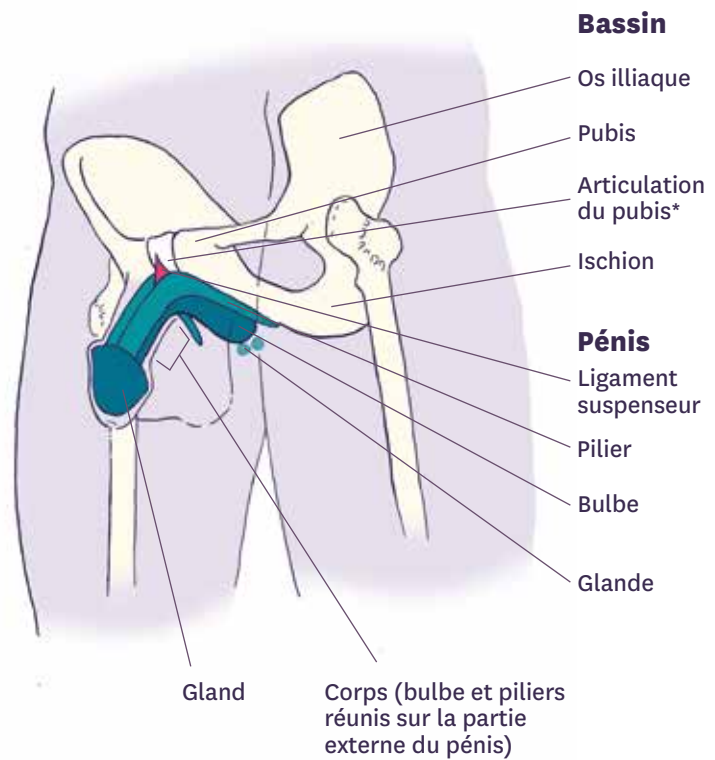
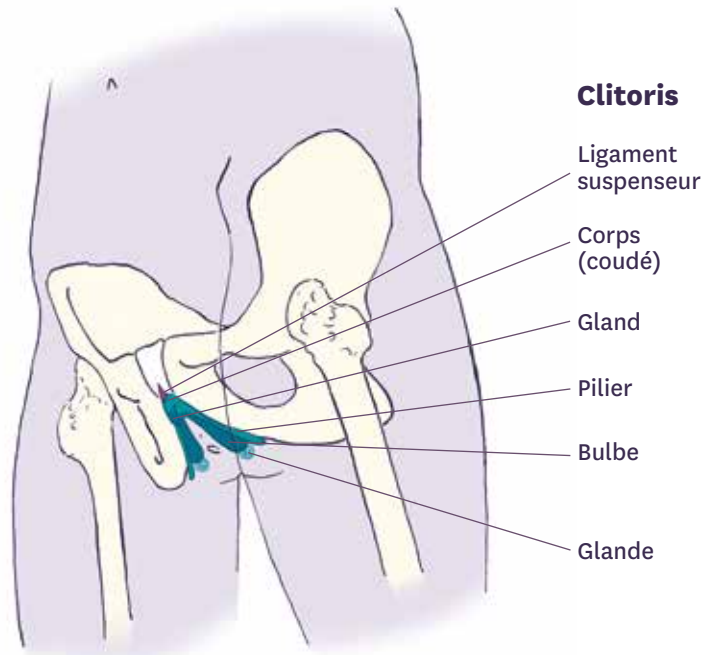
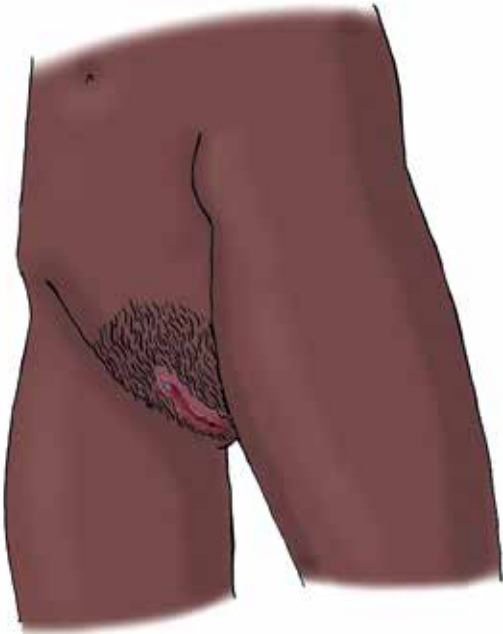
C'est rare.

Sur ces illustrations, une couleur légèrement contrastée a été choisie pour visibiliser les hymens, mais en réalité ils sont sensiblement de la même couleur que le reste de la peau de la vulve. Les doigts mettent en tension les replis de chair autour de l'orifice vaginal, de manière à rendre visible l'hymen "caché" dans les replis.

3

ANATOMIE
INTERNE

10 CLITORIS ET PÉNIS INTERNE ET EXTERNE



*ARTICULATION DU PUBIS Aussi appelée symphyse pubienne tout comme la douleur dans cette zone occasionnée pendant la grossesse.

RÉSEAUX VEINEUX, NERVEUX ET MUSCULAIRE

Dans le petit bassin, les réseaux veineux, nerveux et musculaire est tel que lorsque nous stimulons une zone, nous en stimulons par conséquent beaucoup d'autres. Tout est interconnecté.

Un des principaux réseaux de nerfs, celui du **nerf génital***, part de la moelle épinière et se ramifie pour innerver toute la partie basse et externe des organes génitaux. Les rami-

fications sont si nombreuses et microscopiques qu'il est impossible de les cartographier.

Le réseau veineux est quant à lui aussi très dense. Il rejoint le réseau veineux du vagin, de la prostate et de la vulve, ce qui peut expliquer que l'érection « circule » entre ces différents organes.

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 ». ²⁹ 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. Ces réactions ne sont 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 garçon concerné-es. Les médecins ou médiennes vérifient souvent le degré de courbure des pénis d'enfants prépubères par masturbation 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 gainent.

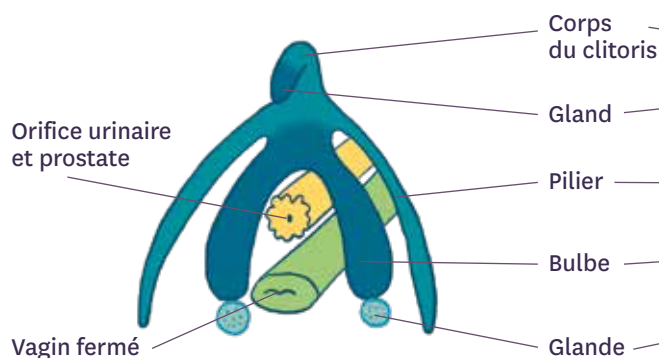
11 PÉNIS COURBÉ



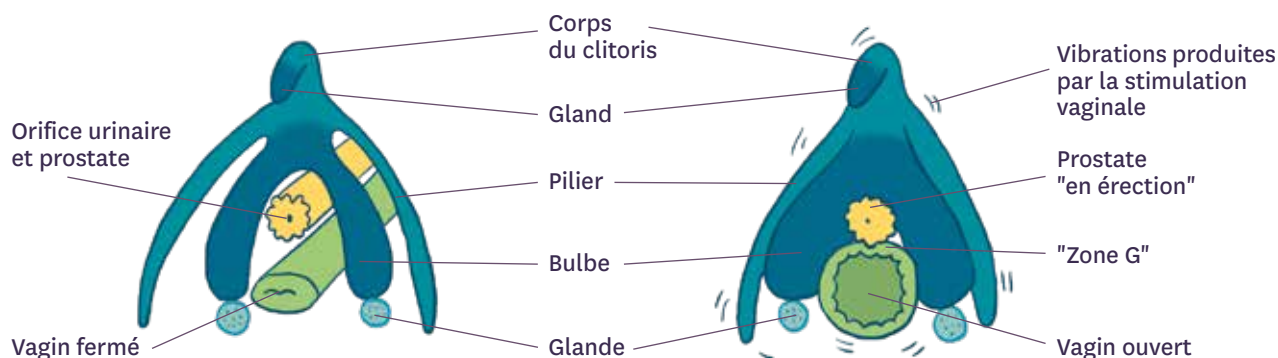
Cette courbure présente sur certains pénis évoque la courbure du corps du clitoris. Le capuchon du pénis peut ne pas couvrir entièrement le gland du pénis, de manière analogue au capuchon du clitoris.

*NERF GÉNITAL C'est Rebecca Chalker qui propose de parler de **nerf génital** ou de **nerf génital principal**³⁰. Si la recherche confirme qu'il y a plus d'un seul complexe nerveux desservant les organes génitaux, il est classiquement appelé en médecine « nerf pudendal ». Le terme « 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.

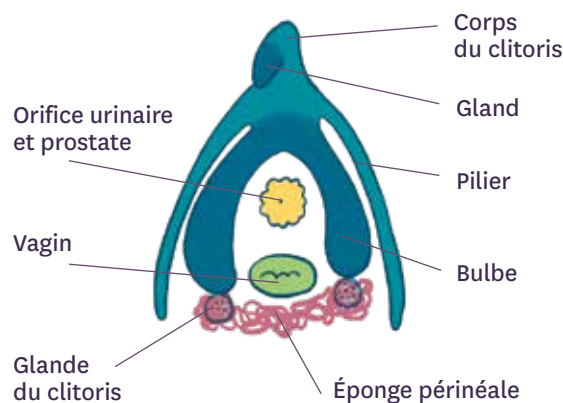
12 CLITORIS AU REPOS



13 CLITORIS EN ÉRECTION AVEC CIRCLUSION^ DU VAGIN



14 CLITORIS ET ÉPONGE PÉRINÉALE



RECONSTRUCTION DU CLITORIS

→ Les piliers et les bulbes ne sont pas touchés par l'excision, et le corps reste, au moins en partie, intouché. 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 vagin³¹.

En cas de pénétration du vagin, les parois du vagin se distendent : les bulbes s'écartent sur 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 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.³²

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 traduits³³. 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, sur ou sous le centre du périnée^D, raison pour laquelle 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, les féministes d'Atlanta 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 le vagin et l'anus, légèrement en retrait de ces orifices, soit parlant pour plus d'un-e.

GLANDES DU CLITORIS, DICKLIT ET 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.

Les glandes du clitoris et du dicklit ont chacune un petit canal qui rejoint au niveau de la vulve l'entrée du vagin. Ces orifices sont plus ou moins visibles et cachés dans les replis de chair. Les glandes du pénis ont, elles, des canaux qui rejoignent l'urètre, permettant ainsi la sécrétion de cyprine par le gland du pénis.

***GLANDES DU CLITORIS, DICKLIT ET PÉNIS** En référence 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 « Le savoir gynécologique se construit dans une société raciste et validiste » ci-dessus, p.37).

***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 n'étant 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 et B. Voir p.46-47

C. Voir « Tonicité du périnée », p.41

D. Voir p.40

LE SAVOIR GYNÉCOLOGIQUE SE CONSTRUIT DANS UNE SOCIÉTÉ RACISTE ET VALIDISTE

→ 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 de son socle à Central Park à New-York en 2018. Cette histoire n'est pas sans rappeler que le premier essai clinique visant à tester l'efficacité de la pilule contraceptive dans les années 1950 a d'abord été fait sur un petit groupe de patientes d'un hôpital public pour malades mentaux du Massachusetts, puis sur les Portoricaines les plus pauvres de l'île, avant d'être proposées aux femmes blanches étasuniennes.

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, empruntant le même canal, emporte avec elle les spermatozoïdes qui « traînent ». Il semblerait que toutes les personnes avec un pénis ne produisent pas de cyprine (les hormones ont un impact sur cette production) même si la majorité en ont, parfois dans une quantité tellement petite qu'on ne s'en rend pas compte.

ÉPISIOTOMIE, CLITOROTOMIE^{A38}

→ L'épisiotomie a été pratiquée de manière beaucoup trop fréquente en France. Suite à des études qui ont nuancé le bénéfice apporté par cette pratique, et surtout grâce à la mobilisation du Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane)³⁹, on a pu en observer la nette diminution ces dernières années (47 % en 1999, 20 % en 2016⁴⁰, 8 % en 2021⁸⁰), avec néanmoins une grande diversité de taux d'incidence selon les maternités.

Certain·e·s dénoncent ce geste comme une mutilation sexuelle qui n'a aucun fondement scientifique, une mutilation à valeur rituelle⁴¹ qui vient marquer le passage de « la femme » à « la mère ». Le ou la gynécologue recoud parfois « 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 ». Le terme approprié serait plutôt « mutilation génitale⁴² ».

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.

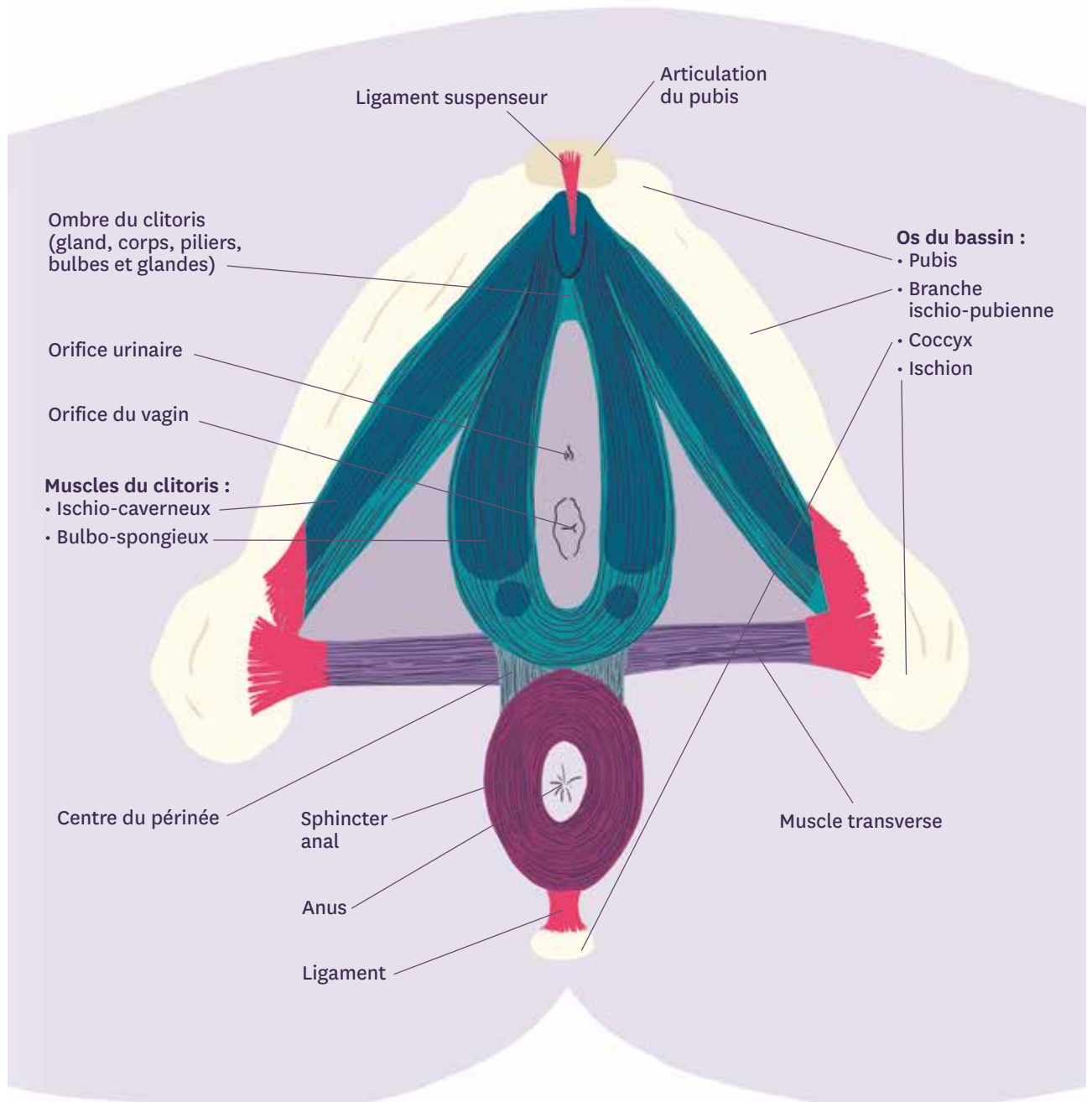
Il apparaît pour la première fois entièrement (gland, corps, piliers et bulbes) dans un dessin en 1836⁴³, même si, pendant tout le XIX^e siècle, le clitoris est absent de la moitié des dictionnaires médicaux. À partir de 1918 il disparaît, puis réapparaît discrètement en 1981 dans un magnifique ouvrage inédit en France, *A New View of Woman Body*^{B44}, publié par l'équivalent du Planning familial étasunien. Mais ce sont les travaux de la médecinne australienne Hélène O'Connor 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 scolaire⁴⁵.

A. De clitoro, *clitoris*, et *tomie*, *coupure*.

B. Voir « 6^e branche du clitoris » p.37

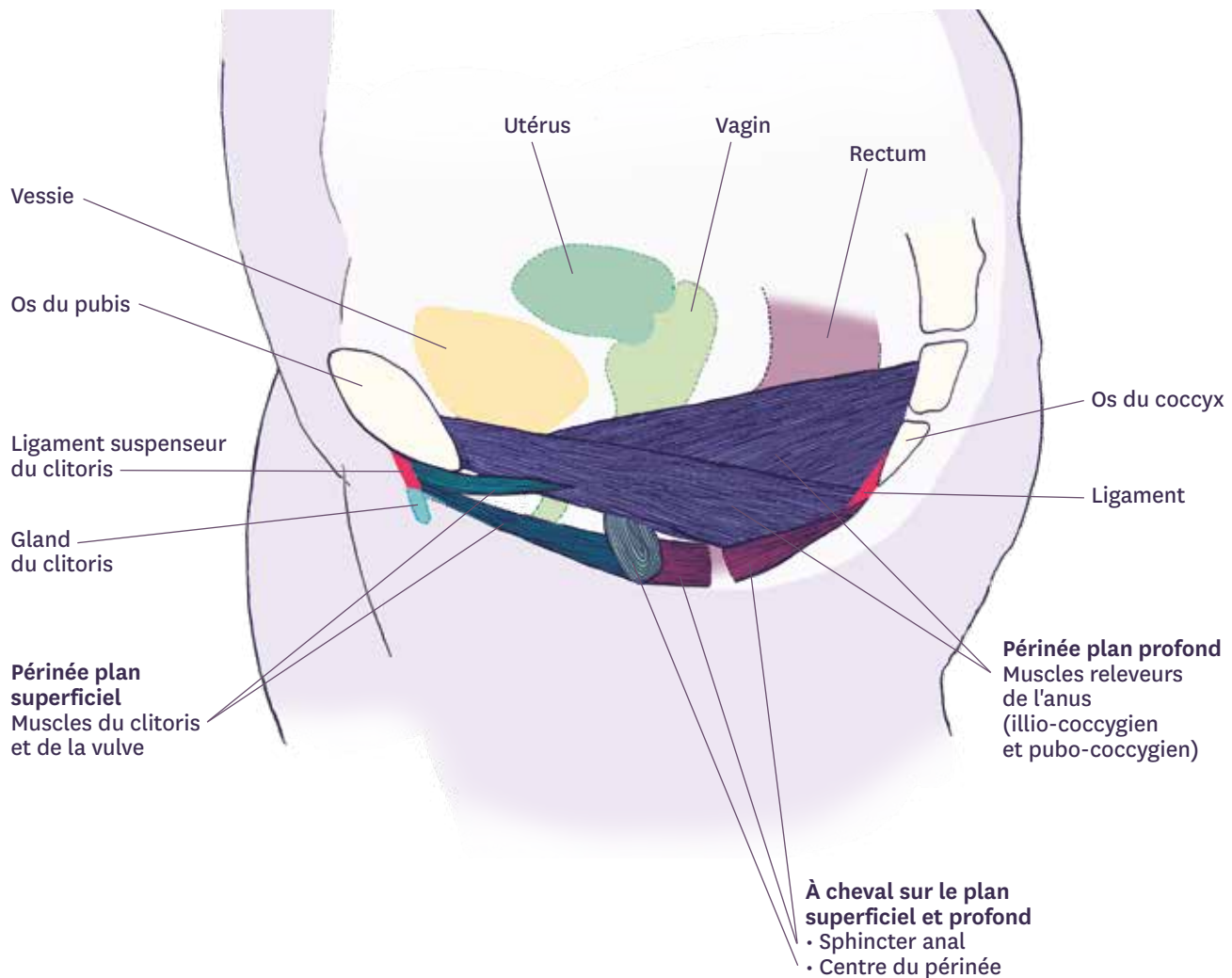
MUSCLES DU PÉRINÉE

15 LES MUSCLES SUPERFICIELS DU PÉRINÉE



16 LES MUSCLES SUPERFICIELS ET PROFONDS DU PÉRINÉE

Les muscles transverses ne sont pas représentés.
Le muscle sphincter de l'urètre, situé à la jonction de la vessie et de l'urètre, n'est pas non plus représenté car il est « caché » par le muscle pubo-coccygien.



***CENTRE DU PÉRINÉE** Classiquement appelé le centre tendineux du périnée, noyau fibreux central du périnée, nœud périnéal ou encore corps périnéal de Savage (du nom d'un anatomiste britannique du XIX^e siècle).

A. L'ensemble des études ici parlent de « femmes » et d'« hommes ». On suppose qu'elles ne se sont intéressées qu'aux femmes cis, mais que les chiffres concernent aussi les hommes trans ou personnes non-binaires ftX ayant une vulve.

B. 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.

C. Voir « L'injaculation », p.50

D. Voir « 6^e branche du clitoris », p.37

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** gainent les piliers (corps caverneux), les **muscles bulbo-spongieux** gainent 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 par pénétration du canal anal.

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. Nous ne présentons ici qu'une illustration du périnée des sexes correspondants à la norme anatomique du féminin. Mais il est important d'avoir en tête que tous les sexes ont un périnée. Cette information est d'autant plus importante que l'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 cis^A, tout âge confondu, souffre d'incontinence urinaire⁴⁶, et si le risque augmente avec le vieillissement, cela reste néanmoins assez courant chez les moins de 30 ans⁴⁷. 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 souffrent⁴⁸.

Le périnée peut être plus ou moins musclé naturellement et sa tonicité est très souvent impactée suite à un accouchement. Il est possible de consulter un-e sage-femme ou un-e kinésithérapeute pour une (ré)éducation périnéale (remboursée 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 montrent⁴⁹ 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 stimuable 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^B.

À l'inverse, il peut y avoir des périnées hypertoniques, ce qui 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 les contracter.

La tonicité du périnée peut être impactée par des traumatismes dans la zone génitale : mutilations, dilatations du vagin (suite à une intervention chirurgicale), viols, accouchements. La cause peut être aussi bien physique que psychologique (voire les deux), et « forcer » une rééducation de la zone est parfois contre-productif, et 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 méthodes toutes faites. Il est intéressant de participer à faire connaître cet ensemble de muscles et la possibilité d'en prendre soin, d'éduquer « préventivement » son périnée, sans attendre de ressentir une gêne, 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.

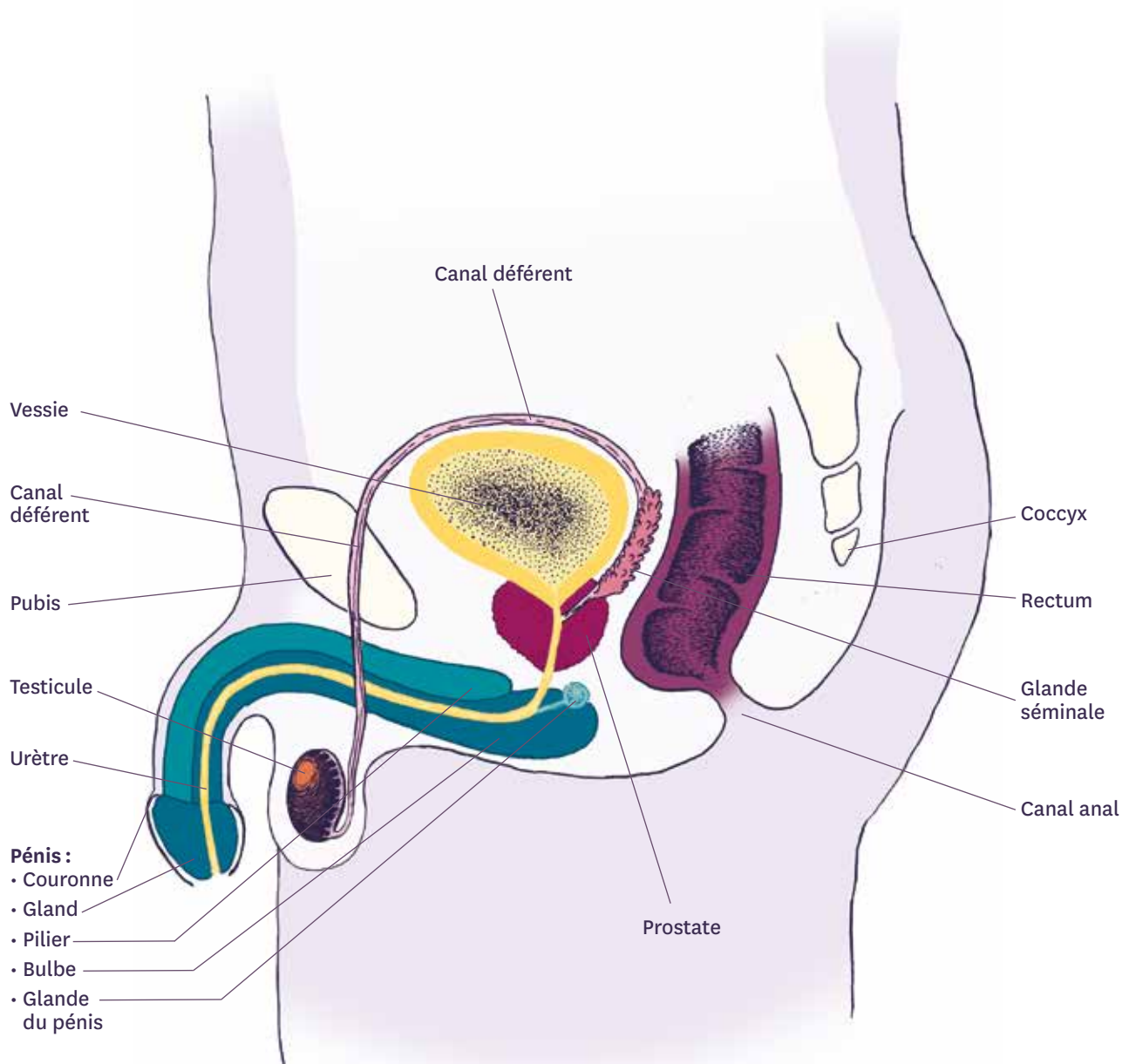
Parfois la pratique du sport ou du chant peut déclencher des orgasmes sans aucune stimulation directe sur les organes génitaux. À quoi est-ce dû ? Probablement à la mobilisation indirecte des muscles du clitoris ou du dicklit. Les exercices abdominaux seraient une des activités les plus propices à déclencher des orgasmes.⁵⁰

CENTRE DU PÉRINÉE*

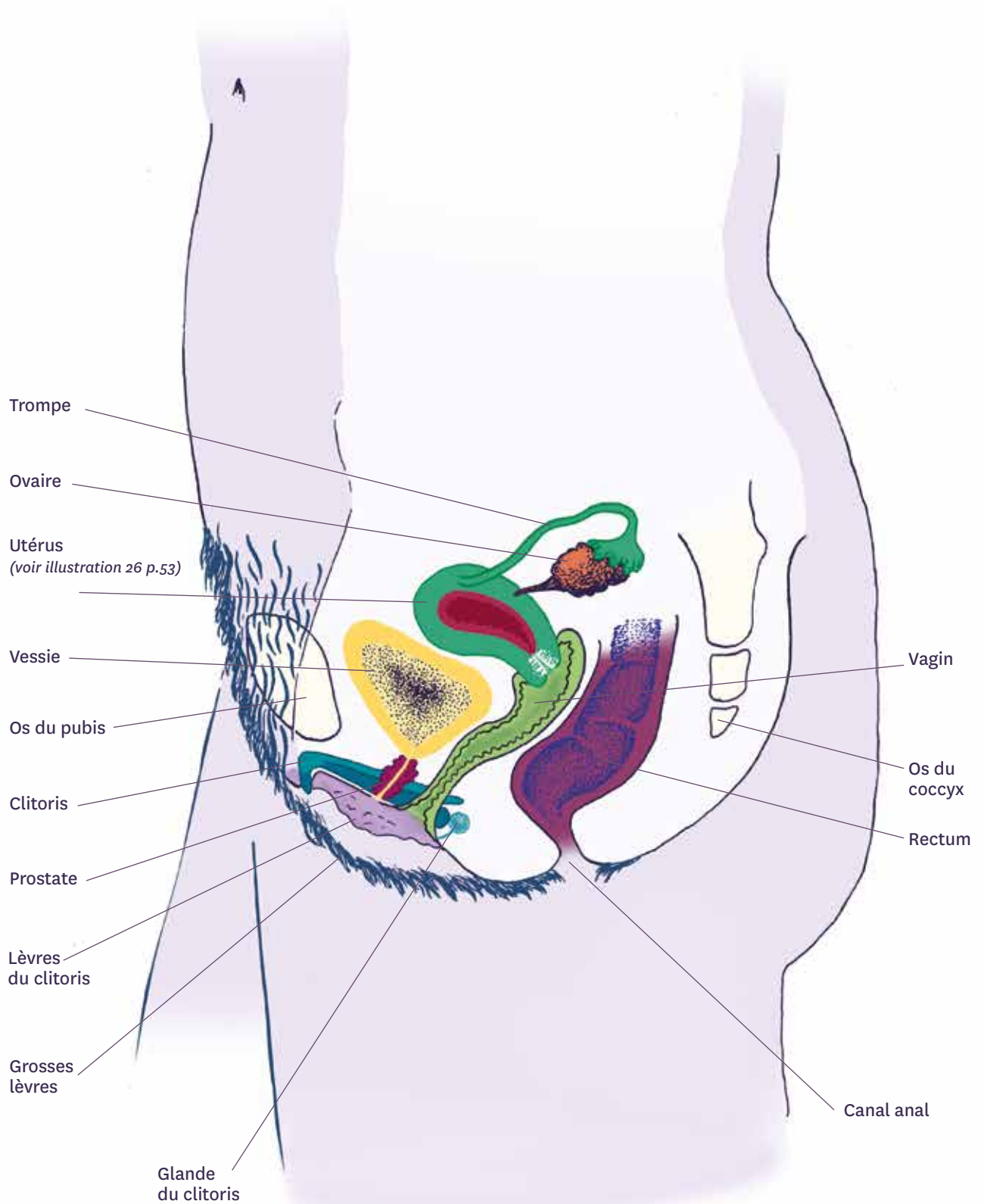
Le périnée est souvent réduit à la zone du sexe située entre le vagin ou les bourses et l'anus. C'est à cet endroit que se cache en effet le **centre du périnée**, une partie du périnée particulièrement importante car c'est la dernière structure de soutien des organes du petit bassin, et c'est une zone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

17 SEXE INTERNE - NORME ANATOMIQUE DU MASCULIN

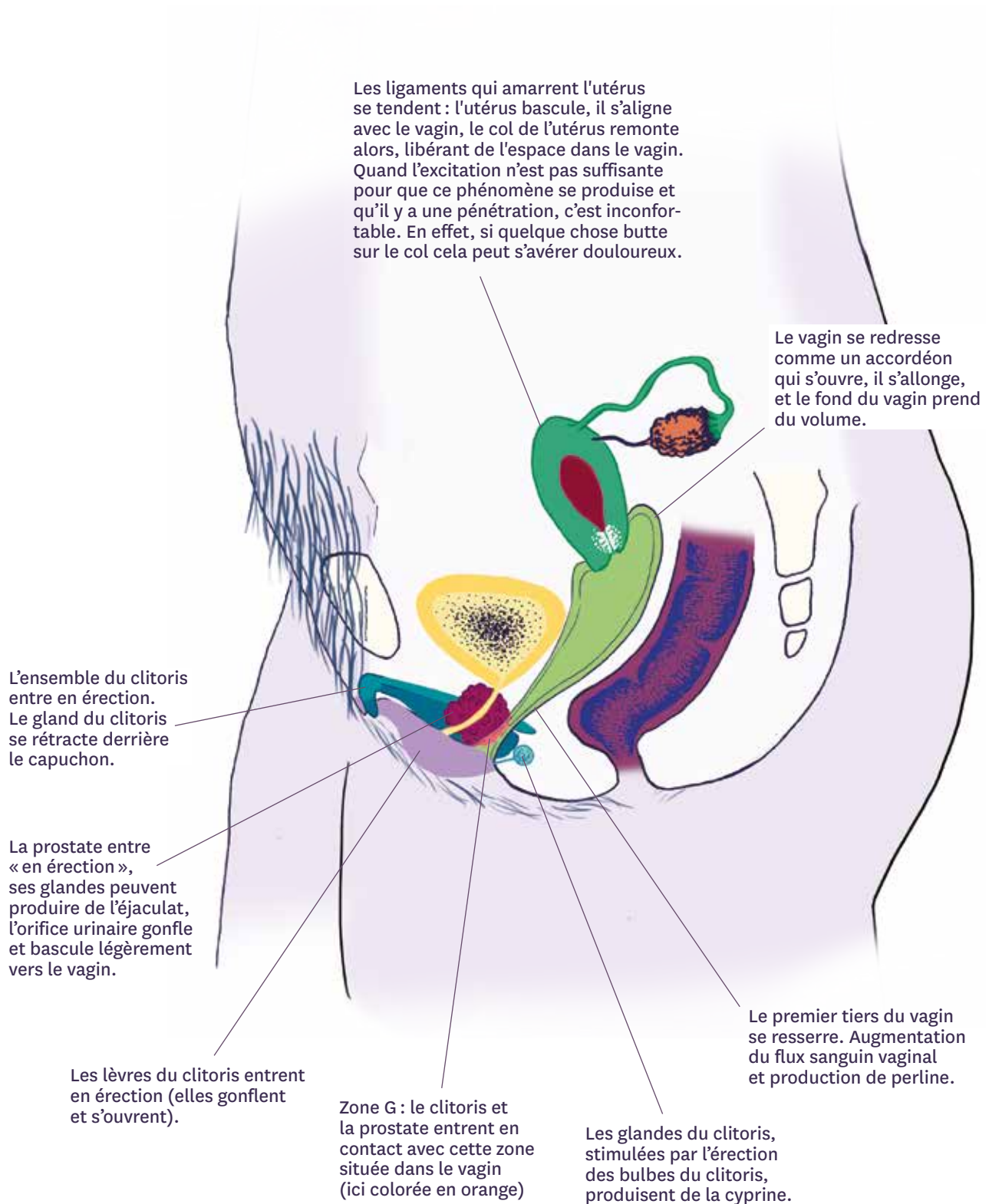


18 SEXE INTERNE - NORME ANATOMIQUE DU FÉMININ

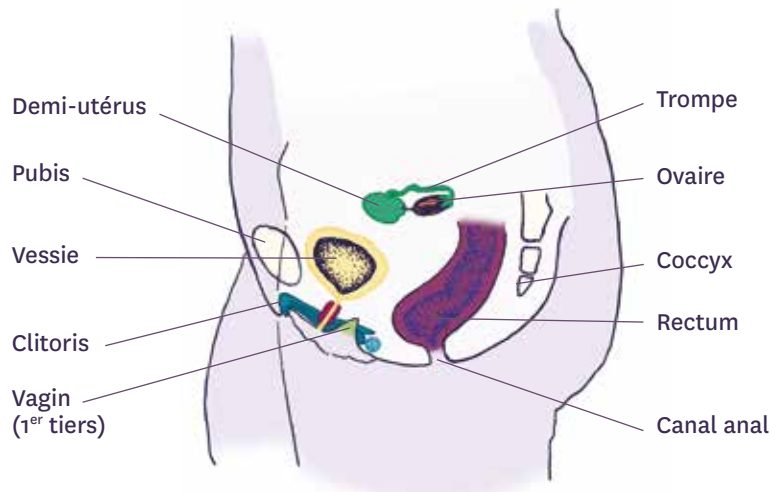


19 SEXE INTERNE EXCITÉ - NORME ANATOMIQUE DU FÉMININ

Les modifications du sexe pour les hommes trans, les personnes trans ou non-binaires masculines FtX sous hormonothérapie sont similaires. L'érection du dicklit (ou le pénis résultant d'une métaïodioplastie) – y compris ses lèvres – est d'autant plus visible.

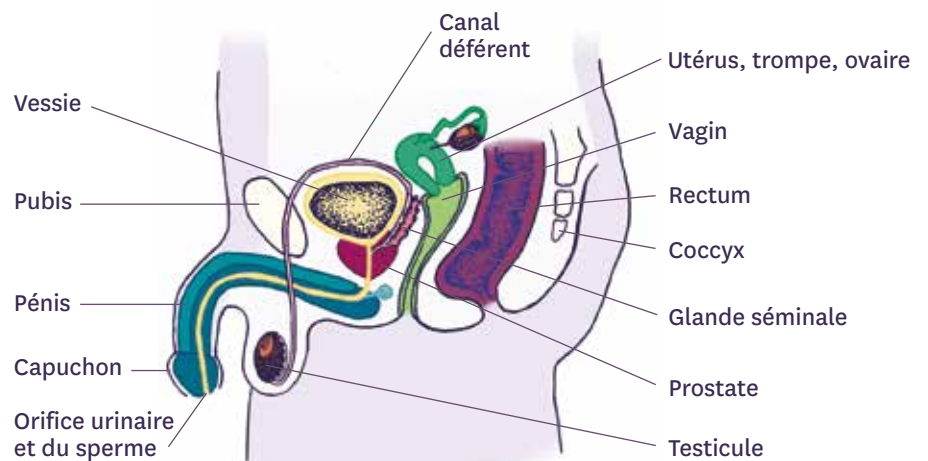


20 DES SEXES INTERNES INTERSEXES



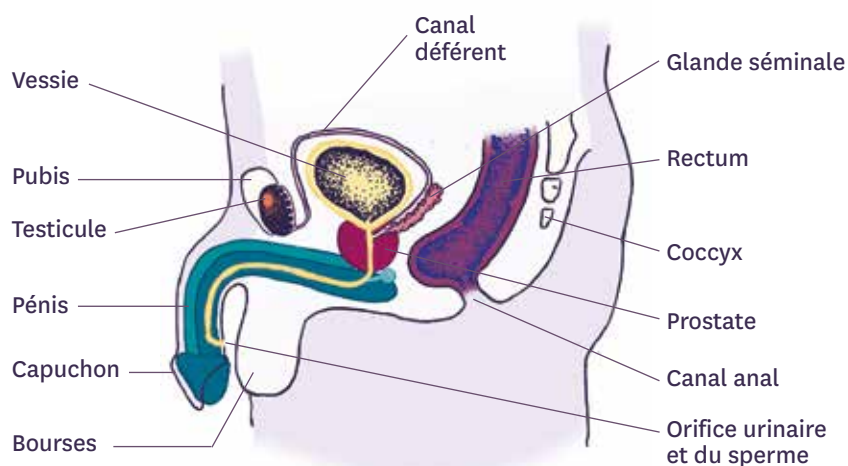
A Un exemple de sexe adulte intersexe

Le vagin et l'utérus ne correspondent pas à la norme dyadique.



B Un exemple de sexe adulte intersexe

La personne a un seul testicule et un seul ovaire (et non deux de chaque).



C Un exemple de sexe adulte intersexe

Les testicules sont dans les canaux de l'aîne (et non pas dans les bourses).

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 20 A p.45. 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. Le vagin peut changer de forme et de taille avec l'excitation, il y a alors un afflux sanguin et le vagin grandit, s'élargit. Nous pouvons donc parler d'érection du vagin, tout comme on parle d'érection du clitoris, du dicklit ou du pénis. Un vagin qui bande peut faire le double en longueur d'un utérus (d'une personne non ménopausée et 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. Oui, le vagin est musclé, tout comme le clitoris est musclé ; la musculature n'est pas le monopole des hommes cis.

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, ce qui 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 du 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.

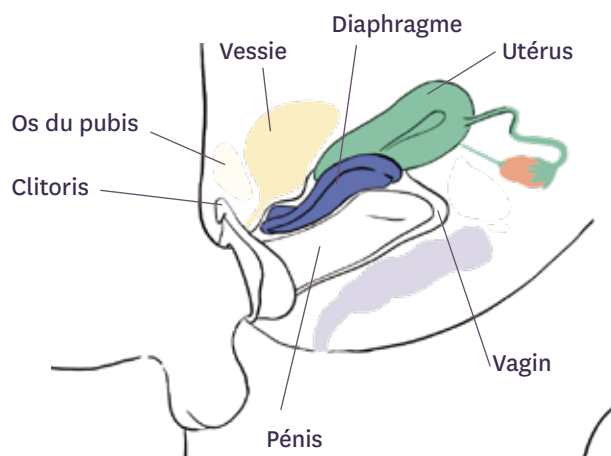
Quand on met ses doigts dans le vagin, on peut sentir tout un tas de choses : le col de l'utérus, le rectum s'il est plein, la prostate et les bulbes du clitoris ou du dicklit (en particulier s'ils sont en érection), la vessie, les muscles du périnée quand on les contracte...

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 à partir d'une perspective opposée. Pénétration signifie introduire ou insérer. Circlusion signifie entourer, enrober ou enfiler par-dessus. 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. Circlusion signifie : enfiler quelque

21 DIAPHRAGME

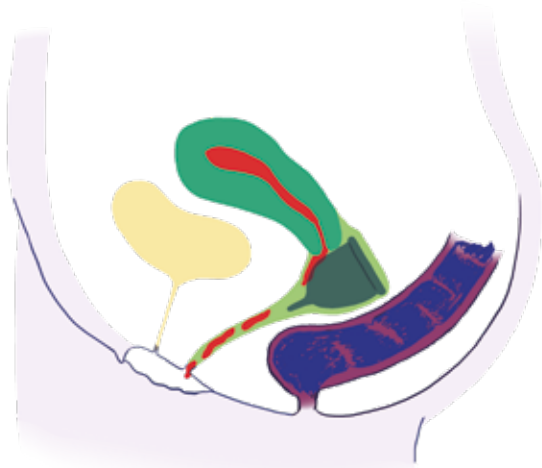


D'un côté le diaphragme vient en butée contre l'os du pubis, de l'autre il se coince derrière le col de l'utérus dans le cul de sac vaginal.

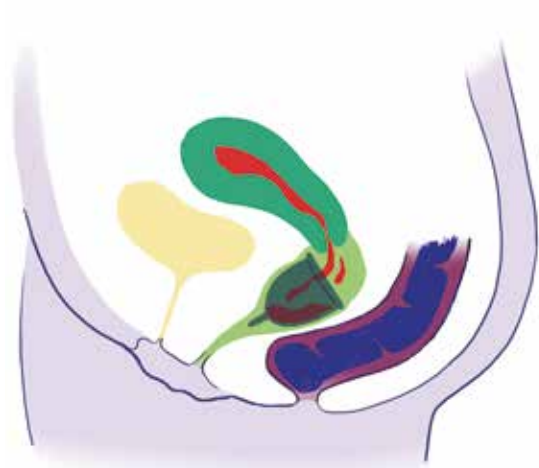
***VAGIN** Fort mal nommé, « vagin » veut dire fourreau... Encore une manière d'assigner ce sexe au coït. Il reste à inventer un nouveau mot, nous lançons un appel à contribution !

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).

22 COUPE MENSTRUELLE



Fuite



Bien positionnée

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.⁵¹ Rappelons enfin que recevoir est une action qui nécessite d'attraper, bouger, saisir et donc que recevoir quelque chose dans son vagin n'implique pas a priori d'être passif·ve.

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^A, 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'agi-

rait de la « crocheter » avec le doigt pour obtenir du plaisir. 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)⁵²
- le **clitoris ou dicklit**. C'est à cet endroit que se relie 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 contact⁵³. De plus, le **réseau veineux du clitoris ou dicklit*** 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 vagin^B à travers laquelle on peut caresser le col de la vessie (partie de la vessie par laquelle est évacuée l'urine

***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 ». Quand on s'est rendu compte que le clitoris passait à cet endroit on l'a renommé le **point C**. Puis 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 sur le dos cette zone est alors située « au plafond ». Odile Buisson et Pierre Foldès parlent, eux, d'**unité clito-urétrо-vaginale**.

***RÉSEAU VEINEUX DU CLITORIS OU DICKLIT** Ce réseau veineux, aussi appelé *pars intermedia*, plexus intermédiaire ou plexus de Kobelt⁵⁴ est composé de deux parties : le **réseau veineux intermédiaire** et le **corde spongieux (résidu spongieux sous-corporel)**.

Georg Ludwig Kobelt, médecin anatomiste, a décrit en 1844 ce réseau veineux qui fait l'intermédiaire (un lien anatomique et fonctionnel) entre corps spongieux et corps caverneux, ainsi qu'avec les lèvres du clitoris. Plus récemment, il a été décrit l'existence d'un cordon de corps spongieux longeant le plexus et reliant la jonction des bulbes au gland du clitoris : le **résidu spongieux sous-corporel**. Le terme de résidu, comme celui de « vestige », est souvent utilisé pour minimiser l'existence équivalente d'un organe dans les anatomies de norme dite « masculine » ou « féminine » dans une perspective binaire. Ce « résidu » spongieux est l'équivalent de la partie supérieure de l'urètre pénien et du raphé du pénis. Il peut être utilisé lors des métaïodioplasties (voir p.67).

A. Voir zone orange illustration 19, p.44

B. On nomme cette zone « triangle vaginal » ou « triangle de Pawlick », du nom du gynécologue qui l'a « cartographiée »

dans l'urètre) est particulièrement érogène.⁵⁵

– la **paroi du vagin elle-même** qui serait plus épaisse, musclée, et innervée⁵⁶ à cet endroit que dans tout le reste du vagin.⁵⁷

– le **fascia entre la vessie et le vagin*** est constitué de bandes de tissu entre lesquelles se trouvent un grand nombre de vaisseaux sanguins, de muscles et de terminaisons nerveuses. Il semblerait que ce fascia provient, chez l'embryon au sexe indifférencié, du même tissu que le corps spongieux du pénis.⁵⁸

Tous ces éléments sont interdépendants et c'est sans doute leur interconnexion qui explique l'intérêt de cette zone. On voit bien ici comment les anatomistes font souvent des constats similaires mais ne découpent pas les différents éléments aux mêmes endroits, ne les regroupent pas sous les mêmes noms, ou encore ne mettent pas l'accent sur le même tissu, ce qui engendre une terminologie très diverse pour parler de la même zone anatomique. C'est intéressant à remarquer pour prendre conscience de comment les représentations sociales (par exemples sexiste ou cishétéronormative) peuvent influencer un discours qui se veut très objectif et scientifique. Nous défendons l'usage du terme prostate pour parler de cette zone car c'est une manière de la matérialiser le plus nettement possible.

DRESSAGE AU COÏT⁵⁹

→ 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. Le fait que la sexualité, le plaisir, ne sont pas nécessairement dépendants d'un pénis dans un vagin est assez réjouissant car il ouvre nos imaginaires sexuels. Dans cette perspective, les rapports sexuels à risque de grossesse ne devraient pas être difficiles à éviter quand on ne souhaite pas être enceint-e ou que sa son partenaire tombe enceint-e. 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 du coït comme 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 créé chirurgicalement dès l'enfance, et sans leur consentement, un vagin à des personnes intersexes infertiles.

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 de sécrétions des glandes du col de l'utérus.

La desquamation (qui dépend du taux 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 n'est très nocif, le problème étant son usage répété.

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

*FASCIA ENTRE LA VESSIE ET LE VAGIN Classiquement on parle de **fascia de Halban**, du nom du gynécologue et anatomiste autrichien qui l'a décrit. Certains parlent de **fascia intervésico-vaginal**, d'**aponévrose périnéale** ou de **cloison urétrovaginale**⁶⁰.

*PERLINE Classiquement on parle de **transsudation** du vagin, ou d'**exsudat**. La perline est un néologisme proposé par les Infemmes⁶¹. 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*

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 conséquent 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 érection⁶².

● 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) jouent aussi un rôle dans sa production.

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 pression sur la vessie et donc 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 tout seuls, même s'il peut y avoir des

« erreurs d'aiguillage » ; les nerfs ne retrouvent pas toujours 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 semblées 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).⁶³

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 »)^A.

● Prostate du dicklit : augmente-t-elle avec la prise de testostérone ? C'est fort probable puisqu'une étude⁶⁴ 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.

*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 qu'elles aient déjà été décrites au XVIII^e siècle par le médecin néerlandais 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 « Le savoir gynécologique se construit... », p.37), les glandes de Skene et les glandes du clitoris sont rebaptisées « glandes 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 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. Voir p.47 et illustration 19, p.44

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^A. 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 débâter 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 débâter 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 prostate⁶⁵.

Les glandes de la prostate produisent un liquide qui est expulsé directement par les orifices de la prostate.

2 L'éjaculat provient de la vessie⁶⁶.

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 prostate⁶⁷.

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^B.

4 L'éjaculat est de la perline évacuée par le vagin⁶⁸.

La perline^C 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'urètre⁶⁹.

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 ; 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 Infemmes⁷⁰ 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.37). 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 « Centre du périnée », p.41

B. Voir « Injaculation », ci-dessus, p.50

C. Voir « Perline », p.48

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 le repositionner.

L'utérus peut avoir diverses positions. La position la plus courante est celle de l'utérus antéversé, c'est-à-dire qu'il repose sur la vessie. L'utérus rétroversé, qui concerne environ une personne sur quatre, 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 d'une grossesse. Pour ce faire, il se ramollit beaucoup, ce qui explique les risques (faibles) de perforation par la canule lors d'une IVG instrumentale. 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 unicolore), ou ne s'est pas développé, ou peu développé.⁷¹

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 (les règles), un embryon lors d'un avortement médicamenteux ou d'une interruption spontanée de grossesse (fausse-couche), ou un bébé lors d'un accouchement. Mais ces 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. Les personnes qui ont leurs règles ont toujours un peu d'endomètre dans l'utérus, il varie de 0,5 millimètres d'épaisseur à la fin des règles, à presque 1 centimètre

juste avant les règles. Certaines personnes ayant un utérus peuvent avoir des règles absentes, irrégulières, ne jamais avoir eu leurs règles (aménorrhée primaire), ou au contraire des règles très longues. Cela peut être lié à des kystes aux ovaires, à des problèmes d'endomètre (en particulier l'endométriose), à des taux de fer bas, au syndrome de MRKH, à la prise de testostérone ou d'hormones progestatives.

La durée moyenne des règles est de 5 jours. La quantité de règles évacuée par jour varie d'une cuillère à café à la moitié d'un mug. Le sang devient marron en « s'oxydant ».

COL DE L'UTÉRUS ET PERTES BLANCHES

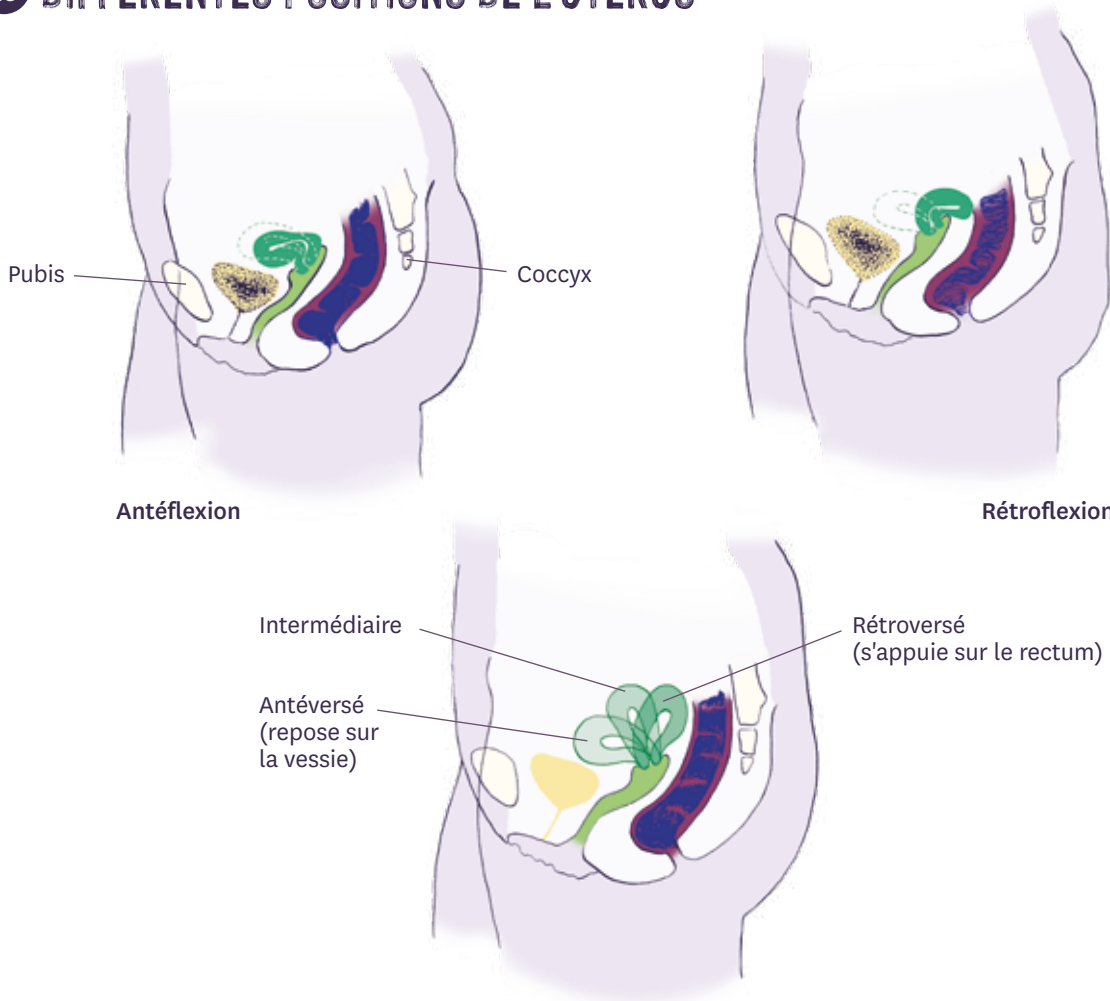
Le col de l'utérus est une grosse boule qu'on peut voir dans le vagin en mettant un spéculum. C'est sur l'orifice du col que se fait le frottis, le dépistage du *papilloma virus*.

Dans le col se trouvent des glandes qui produisent des sécrétions (aussi appelées **glaires cervicales**) qui sont la composition principale des pertes blanches. Cette production n'a lieu que chez les personnes pubères non ménopausées qui ont un utérus fonctionnel. La plupart du temps elles sont pâteuses, opaques, et « bouchent » le col de l'utérus, le protégeant ainsi des intrusions de germes. Au moment de l'ovulation, la sécrétion devient filante et transparente, comme du blanc d'œuf. Si des spermatozoïdes entrent en contact avec ces pertes filantes, ils seront protégés de l'acidité du vagin et remonteront donc plus facilement via ce fil jusque dans l'utérus. La perte filante peut couler d'un seul fil depuis le col de l'utérus 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.

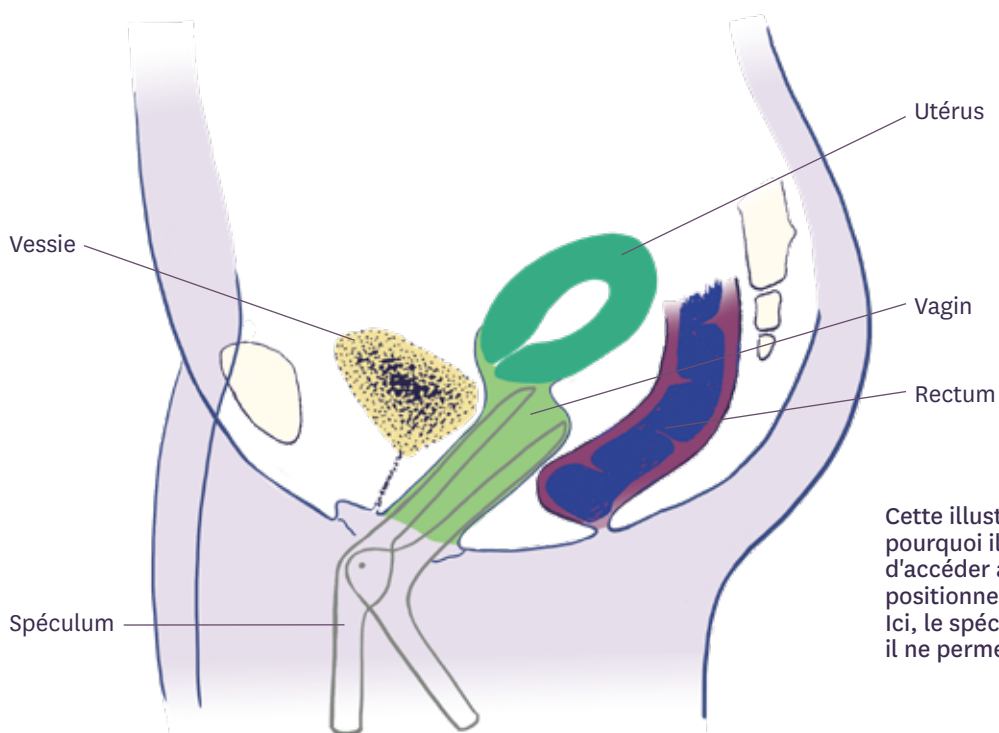
MALAISE VAGAL ET ORGASME UTÉRIN

→ Le **nerf vague** part du cerveau et passe à travers différents organes probablement jusqu'au col de l'utérus (c'est encore l'objet d'une polémique), sans passer par la moëlle épinière. Il est donc encore sensible chez les personnes paraplégiques ou tétraplégiques, qui ont pourtant perdu tout 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.

23 DIFFÉRENTES POSITIONS DE L'UTÉRUS

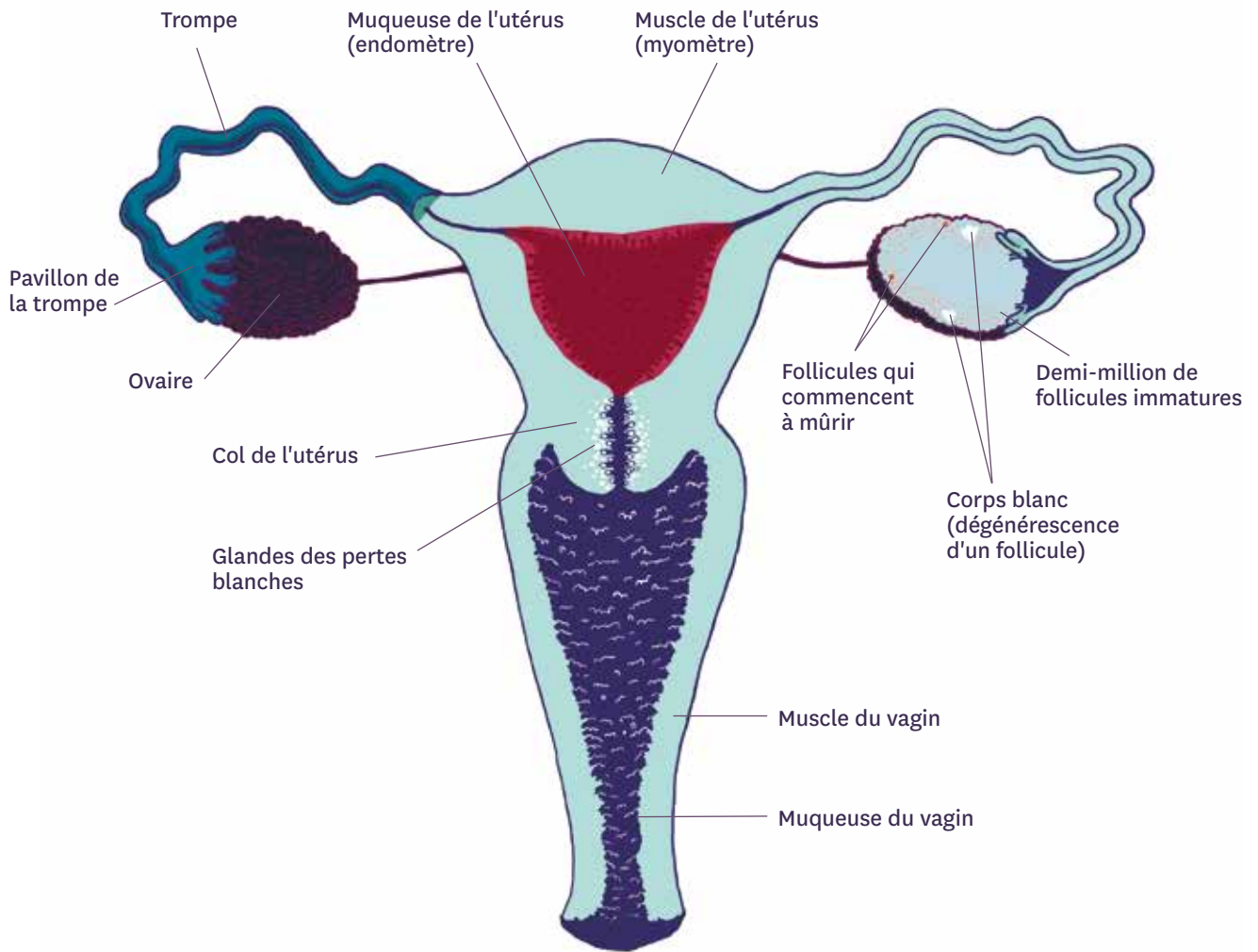


24 SPÉCULUM ET UTÉRUS RÉTROVERSÉ



Cette illustration vise à expliquer pourquoi il est parfois un peu mal aisé d'accéder au col de l'utérus selon son positionnement dans le corps. Ici, le spéculum a été "mal mis", il ne permet pas de voir le col.

25 UTÉRUS, TROMPES, OVAIRES ET VAGIN



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
Le vagin est courbé.
L'utérus est penché.



Profil étiré

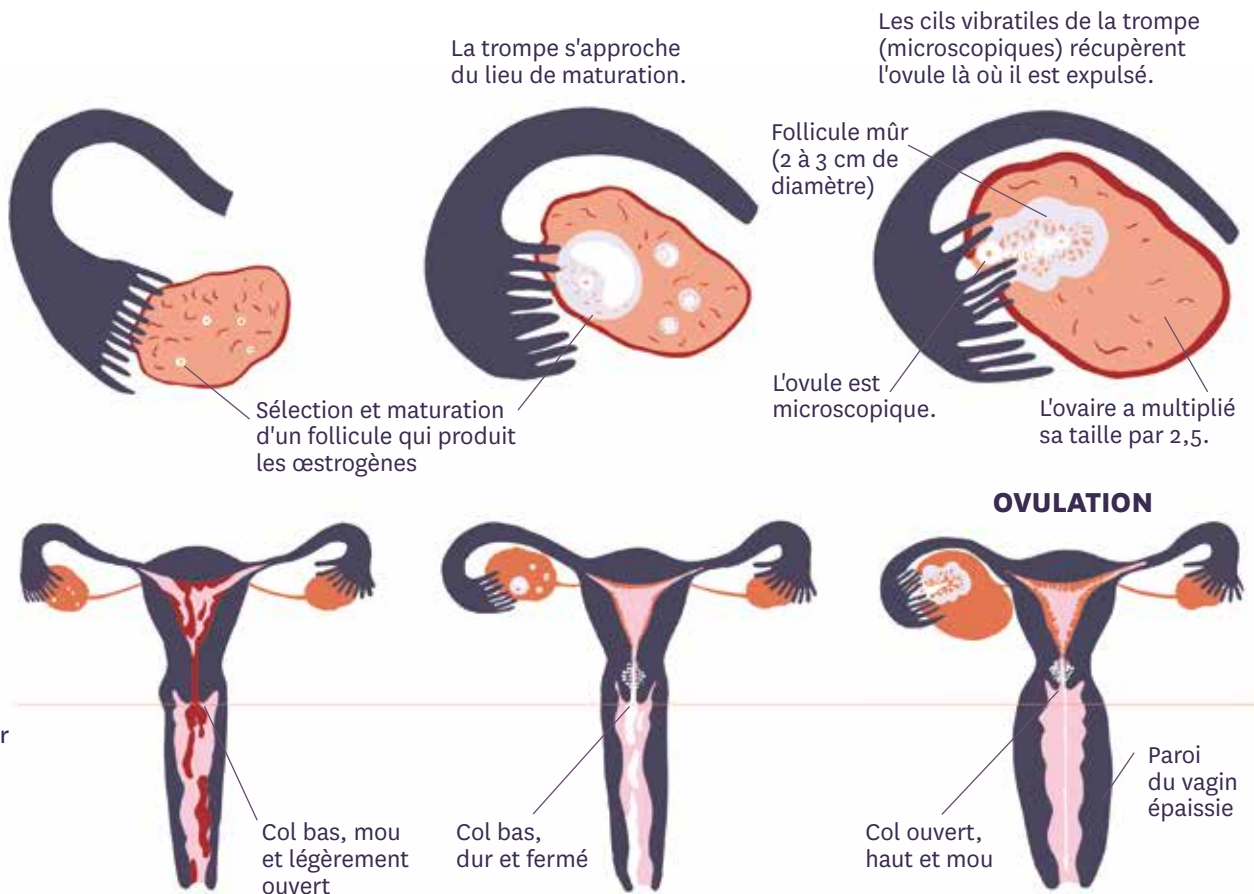
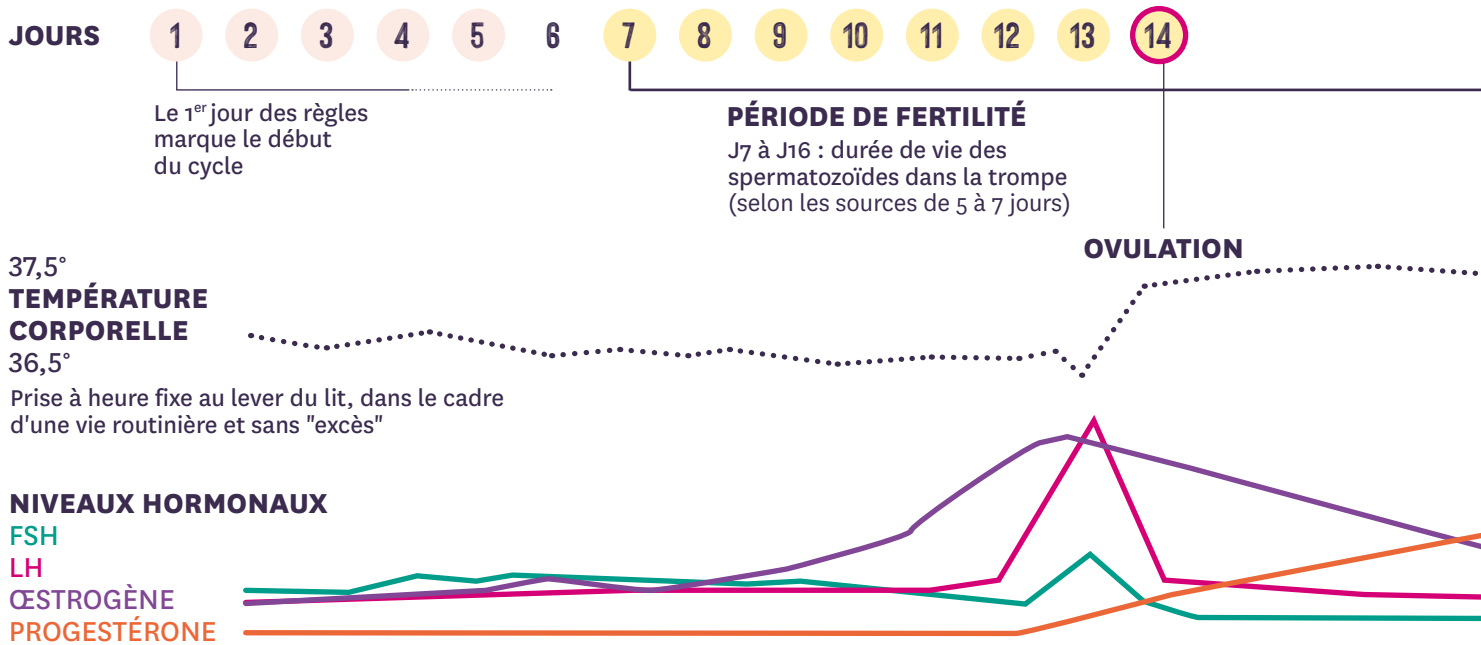
Positions fictives du vagin et de l'utérus.
Permet une plus grande clarté des illustrations quand on veut présenter l'utérus de face.



Face étirée

26 CYCLE MENSTRUEL STANDARDISÉ DE 28 JOURS

Personne pubère, non ménopausée, avec ovaires et utérus fonctionnels, en l'absence de grossesse



RÈGLES Évacuation de l'endomètre (durée moyenne)	Peu ou pas de sécrétion des glandes du col de l'utérus = sensation sèche	Pertes blanches collantes, pâteuses et opaques (type lait caillé)	Perte blanche transparente, glissante, filante (type blanc d'œuf)
---	--	---	---

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

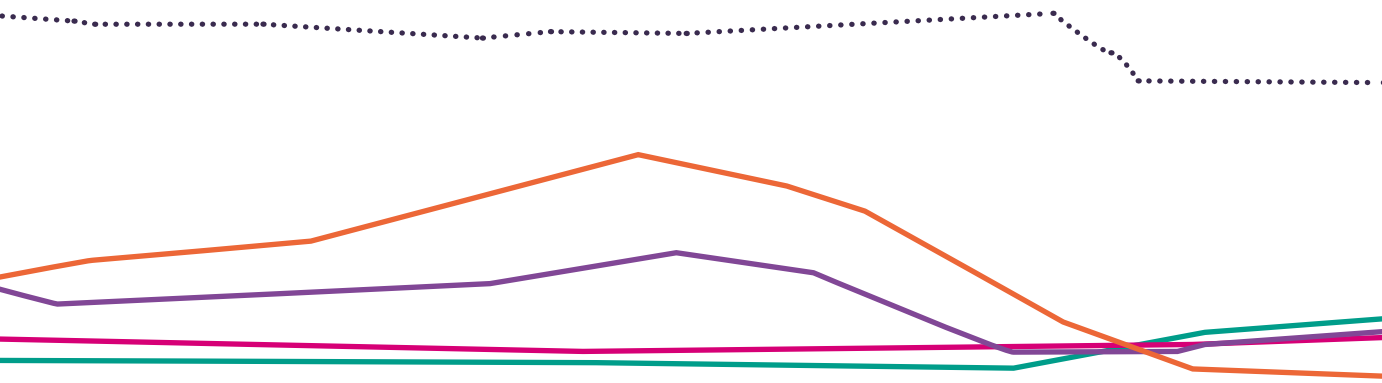
1

2

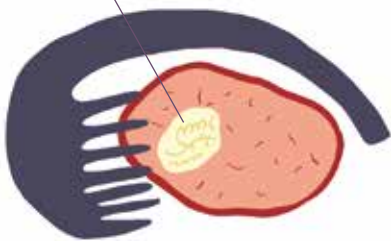
3

J15 à J16 : marge de "sécurité" en cas de double ovulation (très rare)

J14 à J15 : durée de vie de l'ovule pendant laquelle elle remonte la trompe

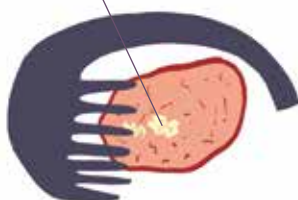


Le follicule produit la progestérone et devient corps jaune.

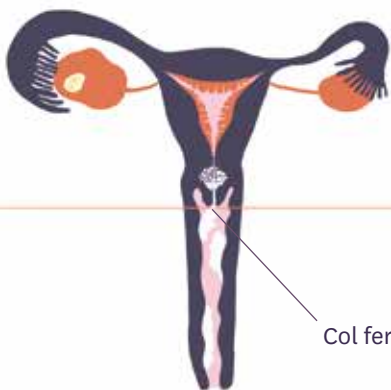


L'ovaire diminue progressivement de taille.

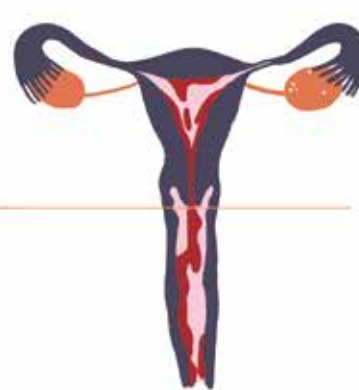
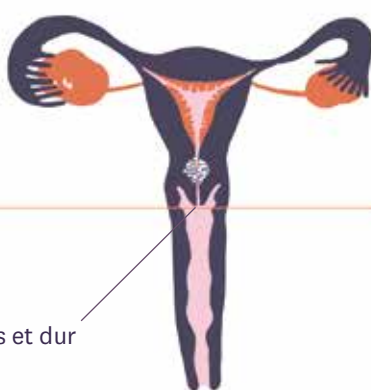
Le corps jaune se désagrège.



Et c'est reparti pour un tour sur l'ovaire droit !



Col fermé, bas et dur



Peu ou pas de sécrétion des glandes du col de l'utérus = sensation sèche

Possibles glaires

RÈGLES
Évacuation de l'endomètre

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.

GONADES ET GAMÈTES

Les gonades (ovaires, testicules, ovotestis) sont des glandes où sont produites les gamètes (ovules et spermatozoïdes) ainsi que certaines hormones (entre autres : androgènes, oestrogènes, progestérone et testostérone) responsables du développement des caractéristiques dites « sexuelles » sur le corps à la puberté et de leur maintien à l'âge adulte. On associe souvent la testostérone aux testicules parce qu'en moyenne elles en produisent plus que les ovaires. Rappelons qu'il ne s'agit que d'une moyenne : y compris chez les personnes dyadiques, certains ovaires produisent plus de testostérone que certains testicules.

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 (comme la plupart des contraceptions hormonales ou encore la testostérone dans le cadre de transitions masculinisantes, bien que ces traitements ne bloquent pas de manière systématique), de ne pas faire partie des nombreuses personnes intersexes qui ne produisent pas d'ovules, de ne pas avoir subi un choc émotionnel bloquant l'ovulation, etc.

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, raison pour laquelle l'ovaire double ou triple de volume au moment de l'ovulation. Et c'est ce qui explique 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 donc une confusion possible entre une douleur digestive et une douleur d'ovulation.

Une fois l'ovule expulsé, le follicule produit de la progesté-

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.

rone 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 un spermatozoïde... mais dans ce cas c'est une autre histoire.

TESTICULES (ET ÉPIDIDYME)

Lieu de production des **spermatozoïdes**. Y est accolée l'**épididyme** 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. Lorsqu'elles produisent des gamètes, il s'agit la plupart du temps, chez les personnes assignées femmes, d'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. »⁷²

*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 : étroit au niveau de l'utérus, leur extrémité (les pavillons) est nettement plus évasée.

Brochmann et Stækken 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. »⁷³ 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 une interruption spontanée de grossesse (fausse-couche)⁷⁴. On regrette que la décision d'avorter soit souvent si difficile à prendre alors que notre corps avorte si facilement de lui-même...

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'aîne 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'aîne. Mais il est assez fréquent qu'elles ne descendent pas, ce qui est vérifié par 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 diagnostique une ectopie testiculaire et recommande d'opérer, sans quoi il y aurait des risques médicaux associés (infertilité, hernie, kyste).

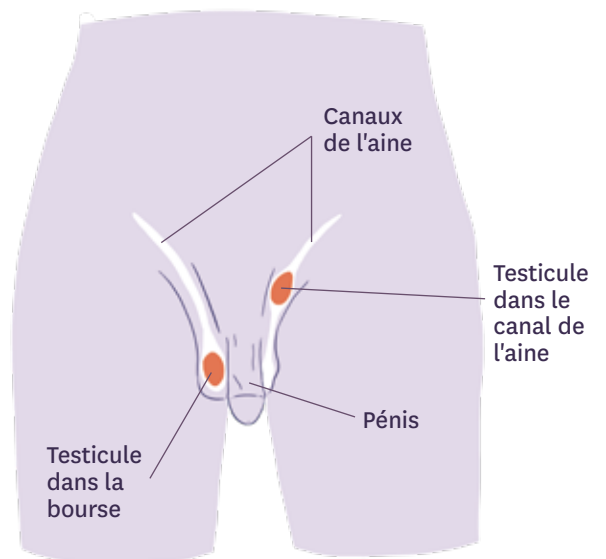
La non-descente des testicules (ou son absence totale chez des personnes qui ont des bourses) peut être en lien, ou pas, avec une variation intersexe^A.

La pénétration des orifices de l'aîne 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'aîne, 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 de l'aîne est aussi un moyen de contraception : en maintenant ses testicules dans ces orifices avec un anneau ou un slip spécifique, on augmente la température interne des testicules, suspendant ainsi la spermatogenèse. La méthode nécessite un certain nombre de précautions pour être efficace. Ces informations sont disponibles en interne au Planning familial.

27 CANAUX DE L'AINE



*CANAUX DE L'AINE Les canaux de l'aîne sont généralement appelés les **canaux inguinaux (canal inguinal au singulier)**. Les femmes trans ou personnes trans non-binaires MtX les appellent parfois leurs chattes ou leurs vagins.

A. Voir illustration 20C, p. 45

B. Le nerf génito-fémoral et les nerfs du cordon spermatique.

CANAL ANAL ET RECTUM

Le **canal anal** est très musclé, et assez court, 3 à 4 cm, ce qui représente 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 défèque sur les toilettes, de manière à reproduire la position accroupie et donc détendre le muscle pubo-rectal⁷⁵. 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.

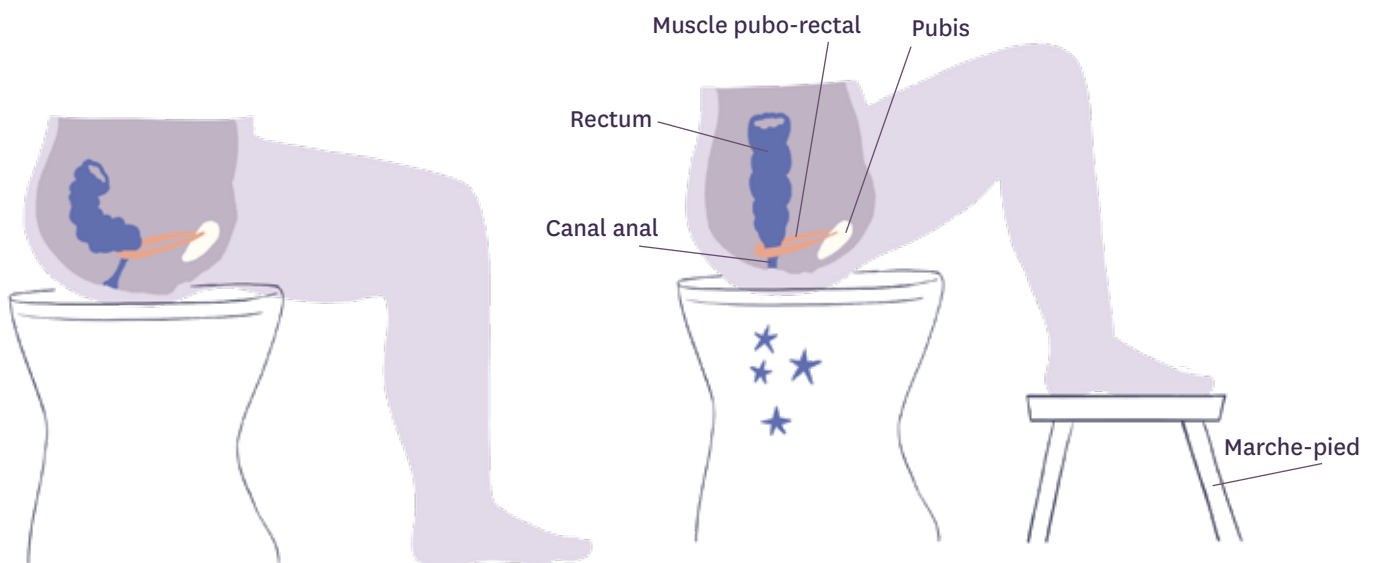
LUBRIFICATION ANALE

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 mais il ne semble pas exister d'études sur le sujet. Il s'avère néanmoins souvent nécessaire de recourir à du lubrifiant lors de la pratique anale pour éviter les lésions.

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 rectum⁷⁶.

28 MUSCLE PUBO-RECTAL



Muscle pubo-rectal relâché : le rectum et le canal anal s'alignent pour permettre la défécation.

4

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 ou d'un vagin permettant théoriquement 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 gestation⁷⁷. Le corps médical accorde aussi de l'importance pour la transition, 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, dilatations 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 (métaïodioplastie).

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.

Certains bloqueurs d'androgènes sont utilisés abondamment chez les personnes intersexes assignées femmes, ou juste avec une acné importante ; et des bloqueurs d'œstrogènes sont utilisés chez les personnes assignées hommes avec un physique considéré comme n'étant pas assez viril au goût du corps médical.

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 d'affirmation de genre 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 avéré pour la santé, ils permettent aux 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 avoir⁷⁸. Ils sont peu ou pas utilisés en France. Ils peuvent dans de très rares cas et toujours par un accompagnement strictement encadré par une équipe médicale pluridisciplinaire et sous autorité parentale, être prescrits à des adolescent·es une fois le stade Tanner 2 atteint^A.

TRANSITION HORMONALE DES FEMMES TRANS, DES PERSONNES MTF, OU NON BINAIRES TRANSFEM

La personne peut choisir entre plusieurs traitements hormonaux de substitution ; des oestrogènes seuls, des oestrogènes associés à la progestérone, des oestrogènes associés à un traitement antiandrogénique.

L'hormonothérapie réduit progressivement la taille des testicules, de la prostate et des glandes séminales, ce qui peut présenter un risque d'infertilité sur le moyen et long terme. Au bout de quelques mois de traitement, la prostate n'est généralement plus palpable (ce qui ne veut pas dire qu'elle n'est plus érogène). L'éjaculation a tendance à se réduire et la production de spermatozoïdes diminue ou s'arrête. Parfois les personnes sécrètent toujours un liquide qu'on pourrait nommer cyprine (bien que ce choix terminologique ne soit pas étayé scientifiquement à ce jour), en quantité plus importante qu'avant. Mais ce n'est pas toujours le cas et d'autres personnes constatent plutôt une quasi disparition de tout type de sécrétions.

Selon les traitements, la taille du pénis peut se réduire. La chute du taux de testostérone peut en effet avoir des impacts sur la fonction érectile. Suivant les personnes, les érections peuvent totalement disparaître ou n'apparaître qu'en situation de forte excitation ; de manière générale, les érections nocturnes et matinales (dites « spontanées ») disparaissent totalement. Or, ces érections nocturnes et matinales ont précisément pour fonction de maintenir un afflux sanguin régulier dans les corps caverneux, qui, à défaut de cet afflux régulier, s'atrophient rapidement.

La disparition ou diminution des érections et de l'éjaculation n'est pas forcément mal vécue, elle est même bien souvent recherchée et peut représenter un réel soulagement.

TRANSITION HORMONALE DES HOMMES TRANS, DES PERSONNES FTM, OU NON BINAIRES 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 être décalotté). Autres effets potentiels de la testostérone sur l'appareil génital : diminution ou arrêt des règles, réduction de la taille de l'utérus et épaissement de l'endomètre (auquel cas la progestérone micro-dosée peut être indiquée) et mise en sommeil de l'activité ovarienne (attention, le risque de grossesse n'est pas nul pour autant). L'ovulation et les règles peuvent, dans la majorité des cas, reprendre dès l'arrêt de la testostérone.

On note de manière générale mais non systématique (selon dosage) une diminution des œstrogènes qui peut déséquilibrer la flore vaginale entraînant éventuellement vaginose, changement d'odeur, raideurs et/ou des sécheresses vaginales (les œstrogènes étant responsables de l'élasticité du vagin).

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 à des échéances variables selon les dosages et le profil génétique, et peut se développer à l'intérieur des lèvres poilues (habituellement imberbes chez les personnes non hormonées).

Le lien entre la prise de testostérone et la prévalence de syndrome des ovaires polykystiques n'est pas démontré.

Il y a peu de recul dans les études sur les effets des hormones dans le cadre de transitions, mais on peut noter qu'il n'y a pas d'effets secondaires notables en l'absence de pathologies autres et avec un suivi adapté. Ce qui ressort par contre de manière très largement majoritaire, c'est l'amélioration de l'état psychologique et physique des personnes bénéficiant d'une transition hormonale qui est souvent un élément important dans la réappropriation de son corps, de l'estime et la confiance en soi.

A. Les stades de Tanner (du nom du pédiatre britannique qui a créé la classification) permettent à la médecine de coter l'avancement physiologique au cours de la puberté, dans une perspective dyadique.

CHIRURGIES GÉNITALES D’AFFIRMATION DE GENRE : 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 une hystérectomie ou une ablation des testicules était exigée : il fallait prouver ne plus avoir les « caractéristiques de son sexe » et ce de façon irréversible. Aujourd’hui, bien que ça ne soit plus obligatoire légalement, dans les faits beaucoup de médecins ou médiennes ne font 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 de chirurgies génitales (ce qui est en pratique tout à fait possible). Malheureusement le paradigme de beaucoup de chirurgien·nes est encore celui d’une idéologie de non-reproductivité des personnes trans. Et l’accent est mis, comme pour les personnes intersexes, sur le coût 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.

Les chirurgies restent aujourd’hui généralement inaccessibles sans attestation psychiatrique, alors que les transidentités sont dépsychiatisées depuis 2010 en France.

CHIRURGIE TRANSAFFIRMATIVE “FÉMINISANTE”

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’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 illustrations pour montrer la variété des possibles. Beaucoup de personnes trans MtX choisissent de faire uniquement une orchidectomie – ablation des testicules (choix guidé également par la difficulté d’accès à la vaginoplastie) ou pour limiter les effets androgènes.

● 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 du pénis disponible (si le pénis n’est pas circoncis on dispose de la peau du capuchon en plus), 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 grosses lèvres). 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.

CHIRURGIES TRANSAFFIRMATIVE "MASCULINISANTE"

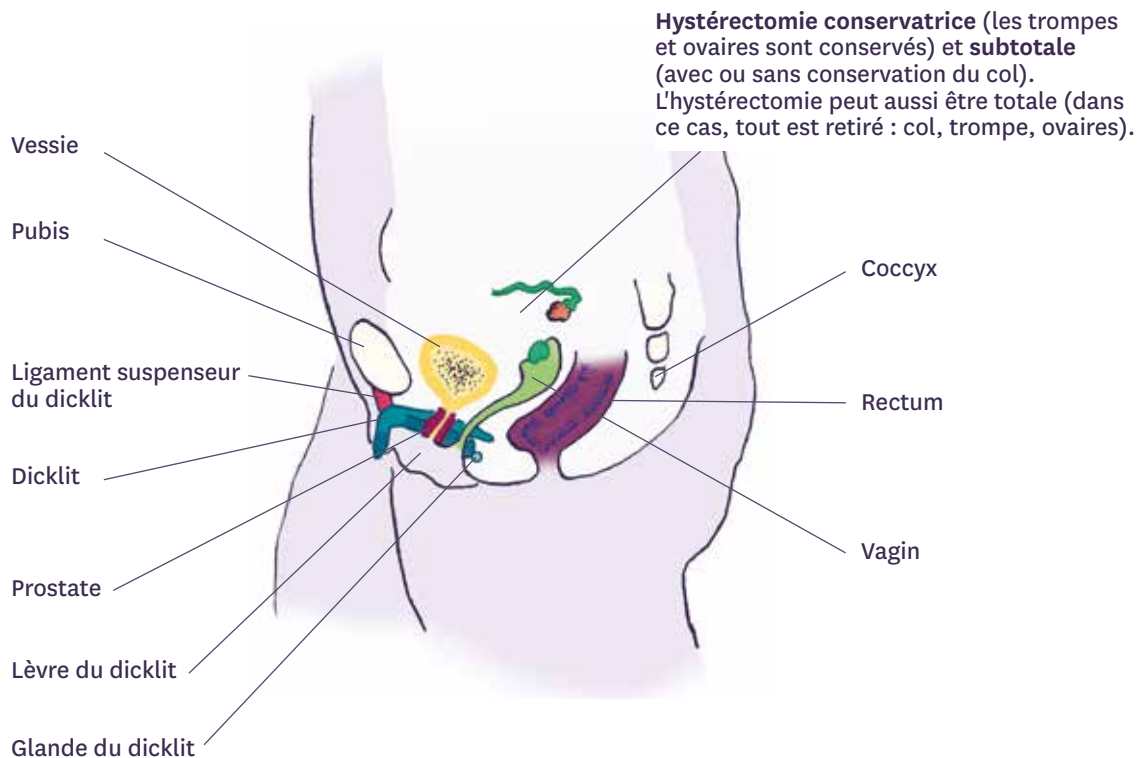
Il existe autant de chirurgies génitales transmasculines que de chirurgien·nes qui les pratiquent, et que de personnes demandant à en bénéficier. En effet les techniques présentent de nombreuses possibilités qui peuvent donc s'adapter à la demande de chaque personne.

Il existe deux techniques majoritaires pour créer un pénis, la **phalloplastie** (création d'un pénis par greffe de peau) et la **métaïodioplastie** (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, avec les techniques actuelles, de garder un vagin et de faire une **urétroplastie**, leur proximité compliquant la cicatrisation.

29 MODIFICATIONS GÉNITALES D'UN HOMME TRANS OU PERSONNE NON BINAIRE SUITE À LA PRISE DE TESTOSTÉRONE ET HYSTÉRECTOMIE



A. Voir illustrations 31B, 31C et 32E, p. 66-67
B. Voir illustrations 31B, 31C et 32D, p. 66-67

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. Il s'agit d'une chirurgie lourde. Elle permet de créer un pénis de taille suffisante pour une pénétration, mais l'organe ainsi greffé peut être 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 dans l'optique que le néopénis puisse être innervé, ce qui ne fonctionne 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 31C p.66)

→ 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 31A et B p.66)

● **Métaïodioplastie**

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.

30 EXEMPLE DE VAGINOPLASTIE

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

« Zone G »

On voit que, de manière analogue aux vagins des femmes cis dyadiques, il est possible de stimuler la prostate à travers le vagin, ce qui peut procurer du plaisir, voire un orgasme chez beaucoup de personnes.

Rectum

Clitoris

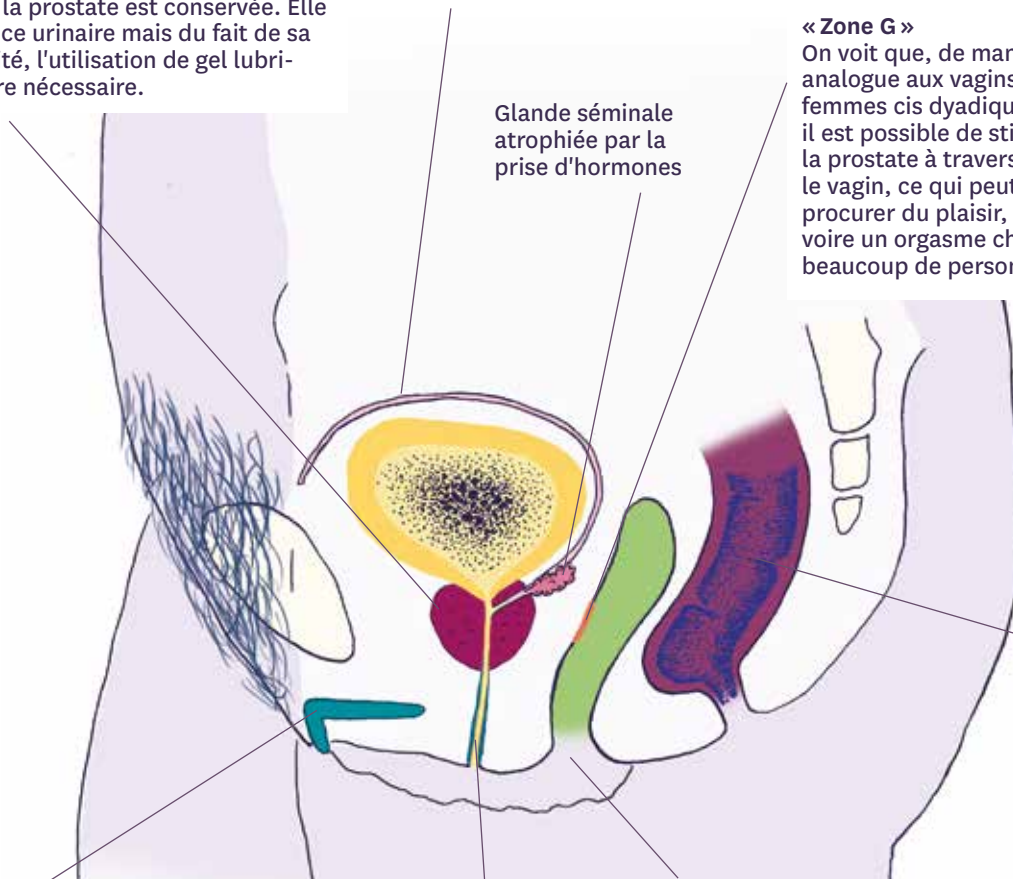
Le gland du pénis est retaillé pour former le gland du clitoris.
Le bulbe du pénis et les glandes du pénis sont retirés pour laisser la place au vagin.
Les piliers du pénis peuvent être entièrement ou partiellement retirés ou, comme ici, déplacés et connectés au gland du clitoris de manière à former 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

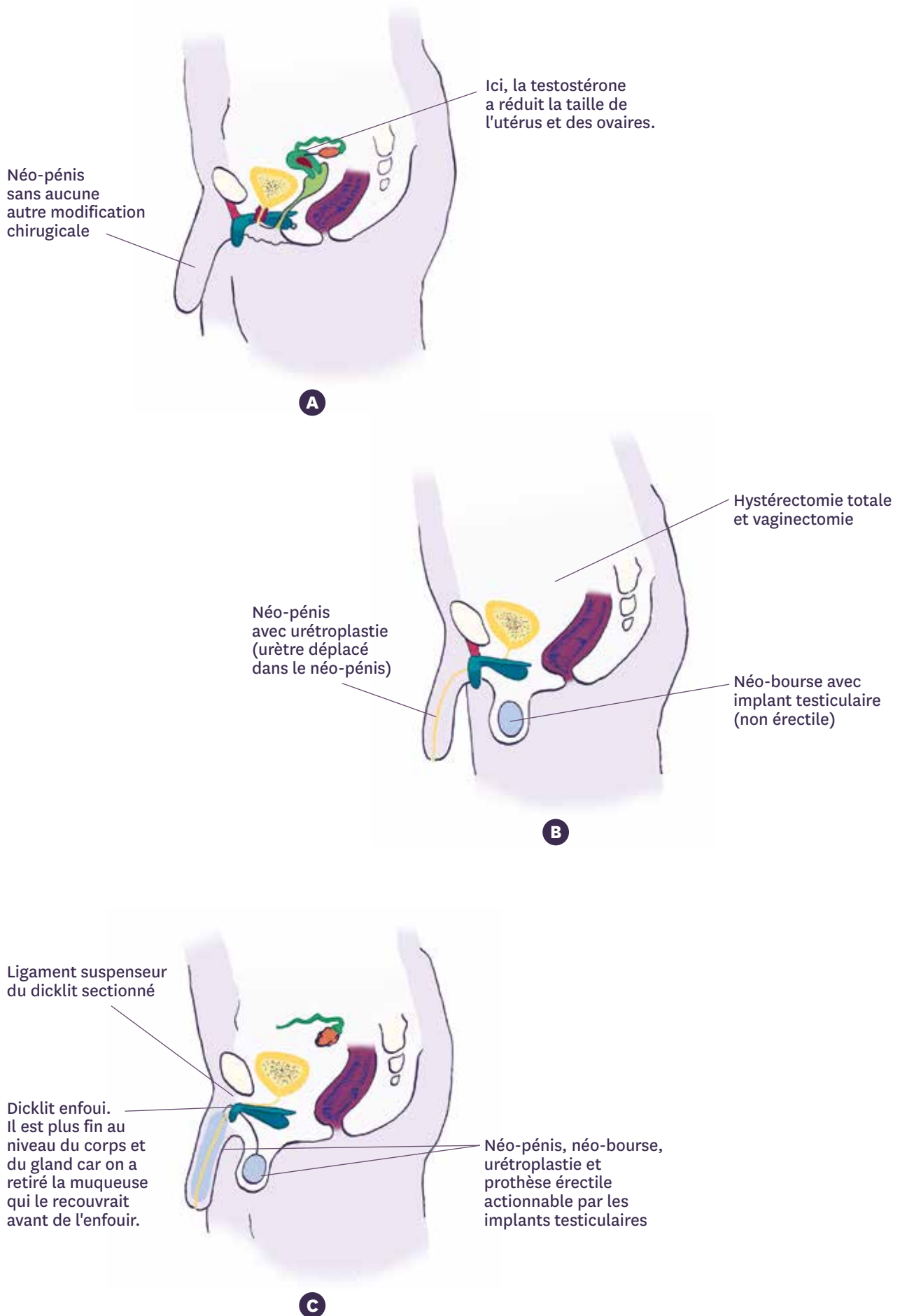
Les caractéristiques de taille (longueur et diamètre) du vagin créé se basent sur la pénétrabilité par un pénis de taille standard, mais il doit être entretenu par des soins post-opératoires (dilatations) de façon fréquente et régulière. Dans certains cas, les dilatations sont douloureuses et les pénétrations lors de rapports sexuels ultérieurs peuvent, selon la qualité de la chirurgie, le rester, voire être impossibles.

Urètre

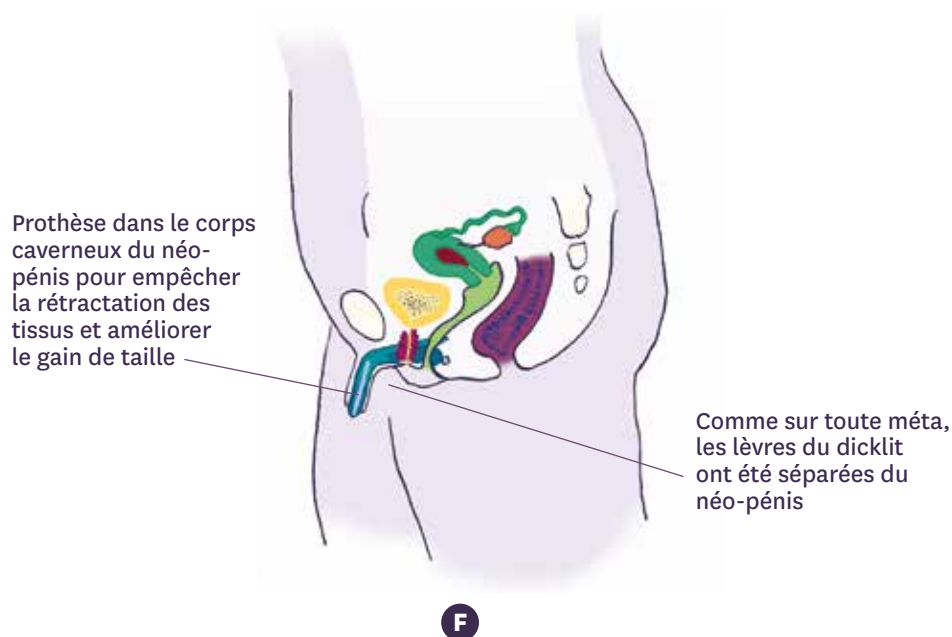
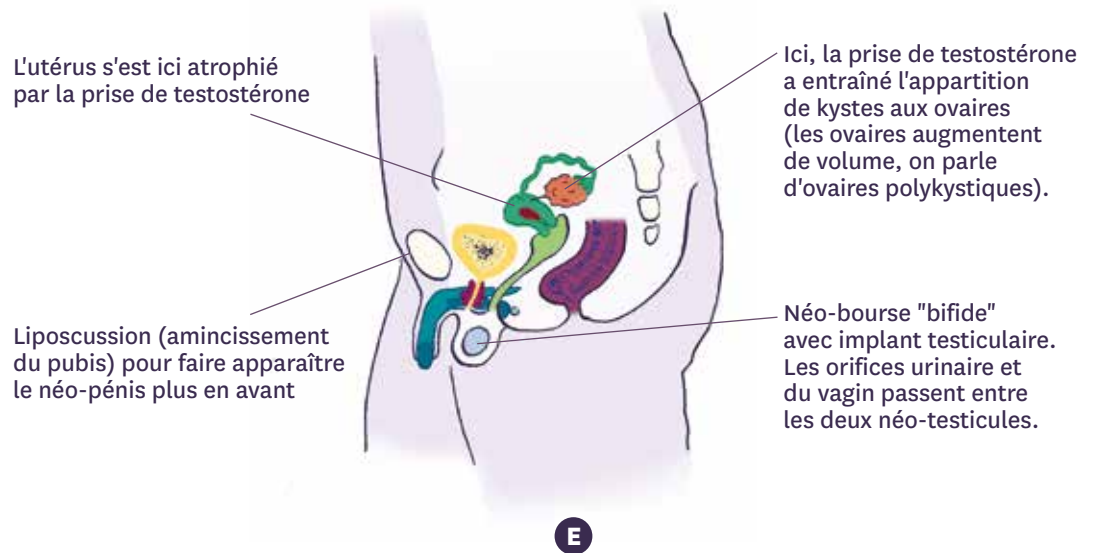
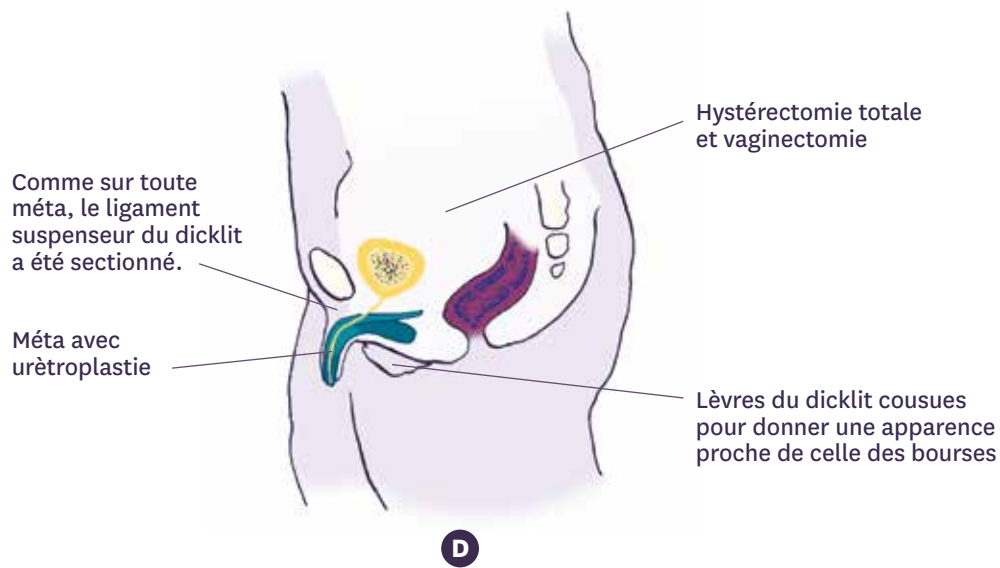
L'urètre du pénis et une partie du corps spongieux qui l'entoure sont conservés pour créer le néo-urètre.



31 EXEMPLES DE PHALLOPLASTIES



32 EXEMPLES DE MÉTAÏODIOPLASTIES



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 collective anonyme de l'américain, Toulouse 2016-2017, brochure non éditée, p.11 et 12.
3. *Ibid*, p.10.
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/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. D'après la Société française de dermatologie, citée par Wikipédia, article « Papule perlée du gland ».
11. Mira Bellwether, *Fucking trans women*, brochure auto-éditée, 2010, p.12. Achat de la version originale en langue anglaise (USA), en ligne : <http://fuckingtranswomen.org>. Il existe une traduction française par Mirza-Hélène, Transgrrrrls (collectif de femmes trans, d'autosupport, transféministe). En ligne : <https://trrransgrrrrls.wordpress.com/2021/08/14/baiser-des-meufs-trans-une-zine-par-et-pour-les-meufs-trans-et-leurs-amantes>. Nous recommandons l'édition originale en langue anglaise dont l'esthétique reste inégalée.
12. *Ibid.*, p.33. L'extrait a dû être raccourci.
13. Lien entre les vaisseaux, voir le site Clit'info d'Odile Fillod, paragraphe sur la pars intermedia : <https://odilefillod.wixsite.com/clitoris/anatomie>
14. Éliisa Brune, *La révolution du plaisir féminin, sexualité et orgasme*, éditions Odile Jacob, 2013, p.99.
15. Diane Ducret, *La chair interdite*, Albin Michel, 2014, p.52-55.
16. Sigmund Freud « La féminité » in *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Gallimard, 1935, cité par Diane Ducret dans *La chair interdite*, *ibid.*, p.158.
17. Hélène Deutch, *La psychologie des femmes*, 1945.
18. *Psychanalyse et pédiatrie*, 1971 (chapitre sur le complexe d'Œdipe).
19. Priscilia Ungharo et Jacques Birraux, *Votre enfant va être opéré d'un hypospadias*, Hôpitaux universitaires de Genève, 2013.
20. 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 ».
21. Voir les quatre études de Berenson sur l'anatomie des hymens des enfants prépubères.
22. Anne Smith, « The prepubertal hymen », *Australian Family Physician*, vol. 40, n° 11, nov. 2011.
23. *L'hymen, mythes et réalités – rappels anatomiques et réflexions éthiques*, site internet Martin Winckler's webzine, 2014.
24. 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.
25. *Les joies d'en bas*, *op. cit.*, p.41.
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. Citation de l'article « Clitoris », « vagin » et « utérus » sont des termes sexistes, Slate.fr, Antoine Leclerc-Mougne et Stylist, 9 mai 2019.

28. *Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse*, op. cit.
29. 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.
30. Rebecca Chalker, *The clitoral truth, a seven stories* Press book, 2000, p.48
31. Métaphore proposée par Élise Brune dans *La révolution du plaisir féminin*, op cit.
32. Voir les recherches d'Odile Buisson décrites dans *La révolution du plaisir Féminin*, op.cit., p.21-26.
33. 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.
34. *Quand le sexe incarne la race : le corps noir dans l'imaginaire médical français (1800-1950)*, Delphine Peiretti-Courtis, e-storia, *Les cahiers de framespa* n°22, 2016) <https://journals.openedition.org/framespa/4021#bodyftn43>
35. Voir notamment à ce sujet la campagne de l'association canadienne Rezo : <https://www.rezosante.org/racisme-sexuel>
36. "Le viol, le racisme et le mythe du violeur Noir", *Femmes, race et classe*, Angela Davis, Des femmes-Antoinette, Fouque, 1983
37. *Vulva, la revelación del sexo invisible*, Mithu Sanyal, Anagrama, 2012, traduction par Patricio Pron
38. Voir Anne Frye, *Holistic Midwifery*, Labrys Press, 1995, p.12 et 165, citée par cybersolidaires.org.
39. *L'accouchement est politique : fécondité, femmes en travail et institutions*, Béatrice Cascales et Laëtitia Négrié, éditions Ici-bas, 2023, p.79.
40. Site d'information sur l'épisiotomie (Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté) : <https://episio.info>
41. Robbie Davis-Floyd, *Birth Messages. A Symbolic Analysis of Standard Obstetrical Procedures*, et Leilah McCracken, *Naissance médicalisée : Le viol du 20^e siècle*.
42. Voir à ce sujet *La révolution du plaisir féminin*, op. cit., p.303 à 305.
43. *La fabuleuse histoire du clitoris*, Jean-Claude Picard, H&O, 2013.
44. *A New View of Woman Body*, op. cit.
45. 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.
46. *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.
47. *Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire*, F. Haab, Ministère de la santé et des solidarités, 2007.
48. *La révolution du plaisir féminin*, op. cit., p.280.
49. *Ibid.*, p.452.
50. Debby Herbenick, « Exercise-induced orgasm and pleasure among women », *Sexual and Relationship Therapy*, 2012.
51. 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/ak614/04.htm, traduit par Féministes dionysiennes.
52. 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.

53. 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.
54. Pour une description de la *pars intermedia*, voir le site *Clit' info* d'Odile Fillod, ou « Le clitoris, état des lieux pluridisciplinaire », DOUCET, Lucile, et al., *Obstetrica*, 2022, p. 46 (disponible en ligne sur le site de l'Université de Genève).
55. 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.
56. Corpuscules de Krause-Finger (tissu nerveux), terminaisons sensibles des nerfs pudendaux. Source : « Augmentation du point G : mythe ou réalité ? », B. Durantet, *Journal de Médecine Esthétique et de Chirurgie Dermatologique*, Vol. XXXIV, 173, mars 2017, p.32.
Nous abordons le nerf pudendal dans ce manuel p. 35.
57. « 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.
58. « The reality and usefulness of Halban's fascia », Hoang NM, Smadja A, Hervé de Sigalony JP, *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 01 jan 1991. Dans cette étude, les auteurices (leur genre ne nous est pas connu) estiment que le liquide vaginal sécrété par le fascia de Halban pendant les rapports sexuels jouerait un rôle important pour la survie des spermatozoïdes.
59. « Le dressage au coït » est une expression de Paola Tabet dans son essai « Fertilité naturelle, reproduction forcée » publié dans *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, L'Harmattan, 2011.
60. « Augmentation du point G: mythe ou réalité ? », *op. cit.*, p. 32.
61. <http://lesinfemmes.blogspot.com>
62. 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 d'éjaculat (*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.
63. 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.
64. *Polycystic ovarian syndrom and urethrovaginal space: 3-D volumetric and vascular analysis*, Battaglia, Nappi, Mancini, Alvisi, Del Forno et Venturoli, 2010.
65. Voir les travaux de Zaviacic, Gilbert Tordjman, Wimpissinger et Sheri Winston.
66. Voir les travaux de Gary Schubach, Bernard Jean Paniel, Pierre Desvaux, Sylvain Mimoun, Florian Wimpissinger.
67. Voir les travaux de Salama Samuel, Pierre Desvaux.
68. Voir les travaux de Sylvain Mimoun.
69. Voir les travaux de Marcel Caufiez.
70. <http://lesinfemmes.blogspot.com>
71. Source : site personnel du Dr Aly Abbara, gynécologue obstétricien. En ligne : www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/malformations_uterines.html
72. *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, *op. cit.*

73. *Les Joies d'en bas*, *op. cit.*, p.104-105.
74. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 43, n° 10, 2014, p.764-775.
75. Voir *Le charme discret de l'intestin*, Giulia Enders, Actes Sud, 2014, p.22 à 33.
76. CATIE, source canadienne de prévention du VIH et des hépatites.
77. « Femmes intersexes : sujet politique extrême du féminisme », Janik Bastien Charlebois, *Recherches féministes*, vol. 27, n° 1, 2014.
78. Brochure *Hormones et parcours trans*, association OUTrans, disponible en ligne, ligne p.28-29.
79. « Violences sexuelles dans l'enfance : quelles conséquences somatiques et psychosexuelles ? », *Medscape*, 31 mai 2024
80. *Santé Publique France*

INDEX

- Anus 14, 15, 23, 25, 29, 30, 37, 39, 40, 41, 46, 50
- Assignation 7, 8, 9, 12, 46, 60
- Bourses = Scrotum 14, 15, 25, 27, 29, 30, 41, 45, 50, 57, 58, 62, 63, 64, 67
- Bulbe 16, 17, 27, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 46, 47, 61, 64, 65
- Canal anal 30, 41, 42, 43, 45, 58
- Canal de l'aîne = Canal inguinal 57
- Canal déférent 17, 42, 45, 57, 65
- Capuchon = Prépuce 14, 15, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 35, 44, 45, 61, 62, 64
- Cils vibratiles des trompes 54, 57
- Chordée = Courbure congénitale du pénis 35
- Circoncision 15, 21, 22, 24, 26, 62
- Circlusion 36, 46
- Clitorotomie = Épisiotomie 28, 38, 69
- Clitoris 7, 8, 9, 12, 14, 16, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 60, 61, 62, 64, 65, 68, 69, 70
- Coccyx 39, 40, 42, 43, 45, 52, 63
- Cœur de la vulve = Vestibule ... 9, 14, 16, 23, 25, 27, 29, 30, 62
- Col de l'utérus 30, 44, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55
- Coupe menstruelle (mooncup) 31, 47
- Couronne perlée = Papules perlées du gland 26
- Cycle menstruel 54
- Cyprine = Liquide pré-éjaculatoire = Liquide pré-séminal ... 12, 23, 30, 37, 44, 50, 60, 61, 64
- Diaphragme 46
- Dicklit 12, 14, 16, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 35, 36, 37, 41, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68
- Dimorphisme sexuel 13
- Éjaculation 23, 29, 37, 41, 49, 50, 51, 61
- Éjaculat = Kuprine 37, 44, 49, 50, 70
- Épididyme 17, 56
- Épisiotomie = Clitorotomie 28, 38, 69
- Éponge périnéale 36, 37, 69
- Érection 35, 26, 27, 28, 36, 37, 41, 44, 46, 49, 61, 70
- Excision = Clitorotomie 28, 36, 60
- Fascia de Halban = Fascia intervésico-vaginal = Aponévrose périnéale = Cloison urétrovaginale = Fascia entre la vessie et le vagin 48, 70
- Fourchette 23, 28
- Frein 23, 24, 26, 30
- Gamètes 56
- Genre 7, 8, 9, 11, 12, 24, 28, 37, 60, 62, 68, 70
- Glaire cervicale 9, 51
- Glandes de Cowper = Glandes du pénis 37, 65
- Glandes de Bartholin = Glandes du clitoris ou du dicklit = Glandes vestibulaires majeures = Glandes vulvo-vaginales = Glandes de Lucy et Betsey 29, 37, 44, 49, 62, 64
- Glandes prépucciales = Glandes du capuchon 26
- Glandes séminales = Vésicules séminales 49, 50, 58, 61
- Gland 9, 14, 15, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 47, 61, 64, 65, 66, 68
- Gonades 13, 16, 19, 56, 60, 62
- Grandes lèvres = Grosses lèvres 14, 23, 24, 25, 27, 43, 62
- Hymen 16, 23, 30, 31, 32, 68, 69
- Hypospade 26, 29
- Injaculation 40, 50
- Ischion 34, 35, 39
- Kuprine = Éjaculat 37, 44, 49, 50, 70
- Labioplastie 28
- Lèvres du clitoris = Petites lèvres = Lèvres internes 14, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 43, 44, 47, 62, 64, 67
- Ligament suspenseur 34, 35, 39, 40, 63, 64, 66, 67
- Liquide pré-séminal = Cyprine = Liquide pré-éjaculatoire 12, 23, 30, 36, 37, 38, 42, 44, 50, 60, 61, 67
- Lubrification > voir Perline, Cyprine, Transsudation

Lubrification anale	58	Prostate	12, 16, 17, 23, 29, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 58, 61, 63, 65, 70
Métaïodoplastie = Métaïodoplastie = Métaïdioplastie = Métoïdioplastie = Méta	30, 44, 47, 60, 63, 64, 67	Pubis	23, 24, 34, 35, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 58, 63, 64, 67
Muqueuse	30, 31, 46, 51, 53, 58, 64, 66, 70	Raphé	14, 15, 25, 47
Méat urinaire = Orifice urinaire	9, 14, 15, 23, 24, 29, 30, 36, 39, 44, 45, 49, 50, 65	Réassignation	60
Muscle constricteur de la vulve	30	Rectum	7, 16, 17, 30, 37, 40, 42, 43, 45, 46, 49, 51, 52, 58, 63, 65
Muscle pubo-rectal	58	Scrotum > voir Bourses	
Nerf pudental = Nerf honteux = Nerf génital	35	Sécrétions vaginales = Pertes blanches ...	9, 30, 48, 51, 53, 54
Néo-pénis	66, 67	Smegma	26
Noyau fibreux central du périnée = Centre tendineux périnéal = Corps périnéal de Savage > Centre du périnée	37, 39, 40, 41, 50	Spéculum	51, 52
Orgasme	26, 41, 47, 49, 50, 51, 56, 57, 65, 68	Sperme	12, 13, 15, 37, 45, 49, 50, 51, 60
Orifice du vagin	14, 23, 24, 30, 39, 40, 51, 61	Spermatozoïdes	29, 37, 49, 50, 51, 54, 56, 57, 61, 70
Orifice urinaire > voir Méat urinaire		Sphincter	39, 40, 41, 70
Ovaires	13, 16, 17, 28, 43, 45, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 66, 67	Symphyse pubienne = Articulation du pubis	34, 39
Ovotestis	16, 17, 56	Testicules	13, 14, 15, 16, 17, 28, 42, 45, 49, 50, 56, 57, 61, 62, 65, 67
Pars intermedia = Réseau veineux du clitoris et du dickllit	47, 48, 68, 70	Testostérone	7, 12, 13, 21, 22, 24, 26, 27, 49, 51, 56, 61, 63, 66, 67
Packer	27	Trans	7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 40, 44, 48, 49, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 68
Pénis	8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67	Transsudation du vagin > voir Perline	
Périnée	29, 30, 31, 36, 37, 39, 40, 41, 46, 47, 50, 58	Triangle de Pawlick = Triangle vaginal	47
Perline = Transsudation du vagin	30, 37, 44, 48, 50, 60	Trompes	16, 17, 43, 45, 53, 54, 55, 56, 57, 62, 63
Plexus de Kobelt	47, 70	Urètre	16, 17, 29, 30, 37, 40, 42, 47, 49, 50, 60, 62, 63, 65, 66, 69, 70
Périnéal (Raphé médian)	14, 15, 25, 47	Utérus	7, 9, 12, 13, 16, 17, 27, 29, 30, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68
Pertes blanches = Sécrétion vaginales	9, 30, 48, 51, 53, 54	Vagin	8, 9, 12, 13, 14, 16, 17, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 68, 69, 70
Petites lèvres > voir Lèvres du clitoris		Vésicule séminale > voir Glandes séminales	
Phalloplastie	30, 60, 63, 64, 66	Vessie	16, 17, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 58, 63
Pilier	34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 61, 65	Vestibule = Cœur de la vulve	9, 14, 16, 23, 25, 27, 29, 30, 62
Poils	7, 19, 25, 53, 57	Vulve	8, 9, 12, 14, 16, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 37, 40, 51, 60, 62, 63, 65
Point G	9, 36, 47, 48, 69, 70	Vulvoplastie	12, 28
Prépuce = Capuchon du pénis	25, 26, 35, 62		
Prolapsus	40		



Avec la collaboration de l'association **Transat** (association de personnes trans, à visée militante et d'entraide, basée à Marseille et Avignon) et du **Collectif Intersexe Activiste - Oll France** (association à l'échelle du territoire français qui a pour but la défense et le soutien des personnes intersexes).

Document réalisé avec le programme « Genre et Santé Sexuelle » grâce au soutien de la Direction Générale de la Santé et de Santé Publique France.

Texte : Raphaëlle Morel d'Arleux.

En collaboration avec Lee Ferreo et Anastase Huss (association Transat), Loé Petit (Collectif Intersexes Activiste), Sarah Aligon (AD56) et la feuille de route confédérale du Planning familial « Agir avec les personnes LGBTQIA+ » : Miek Gilles (AD22), Charly Coutin (AD07), Elie Bouet (AD47).

Coordination : Chrystel Grosso

Illustrations : dessins de Sanam Shojania et Hélène Georges, conception par Raphaëlle Morel d'Arleux.

Graphisme : Audrey Voydeville.

Première édition, janvier 2020. Seconde édition, septembre 2024

REMERCIEMENTS

- Pour leurs très précieuses relectures : Charlotte Cazals (AD13), Sacha Caline (AD13), Al Maychak (un des plus cool du monde), Dr Winnie Demeester (AD42), Mathilde Caline, Julie Holvoet (AD05) et Elsa Meunier (AD75).
- Chrystel Grosso (Documentaliste à la Confédération du Planning familial) sans qui cette brochure n'aurait jamais existé.
- Sanam Shojania pour sa ténacité.
- 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).
- Lou Poll pour son travail et nos échanges.
- Constance Dumotier-Khirpounoff pour son super schéma du cycle menstruel duquel est inspiré le notre.
- 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 de chirurgie génitale d'affirmation de genre. Ainsi que Dr Thelma Linet, Dr Vanessa Yelnik et Christel Salomone pour leur éclairage.



Manuel et illustrations en ligne sur le site
du Centre de documentation du Planning familial

0800 08 11 11
anonyme & gratuit

planning-familial.org

4, square Saint-Irénée
75011 Paris

