

Le sexe sous contrôle médical

Introduction

La santé sexuelle est définie en 1975 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un « *état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence* » (OMS 2006). L'OMS reprend ainsi des termes qui lui ont servi à définir la santé et les applique au domaine de la sexualité ; cette définition peut être considérée comme l'aboutissement de processus politiques, médicaux et médiatiques qui ensèrent de plus en plus la santé et la sexualité dans un champ lexical du bien-être et de l'hygiène de vie. Le fait que des organisations internationales, ainsi qu'une partie du corps médical, émettent à leur tour un discours sur la santé sexuelle pourrait laisser penser que celle-ci ne relève plus seulement de la religion et de la morale. Or les injonctions à une « *bonne santé* » et à une « *bonne sexualité* » que ces institutions véhiculent, tout comme les dispositifs et les pratiques qu'elles mettent en œuvre, s'avèrent sous-tendus par des normes de genre pouvant paradoxalement être vécues par les patient·e·s comme contraires aux objectifs énoncés. Ces politiques sont d'autant plus difficiles à interroger et à critiquer que l'accès aux soins, ainsi que la reconnaissance du droit de chacun·e à disposer de son propre corps, semblent encore loin d'être acquis à l'échelle mondiale.

Ce numéro est donc consacré à l'analyse des normes à l'œuvre dans la production de la santé sexuelle selon différents contextes historiques, géographiques et sociaux. Coordonné par des membres de l'association EFiGiES (association de jeunes chercheuses et chercheurs en études genre, féminismes et sexualités), il s'inscrit dans le prolongement de la journée d'étude « Genre, santé, sexualité : de l'injonction aux résistances », organisée par l'association le 29 novembre 2013.

Santé et sexualité ne sont pas des phénomènes anhistoriques. Dans l'Antiquité, aucun terme n'existe pour parler de sexualité. Les pratiques sexuelles sont soumises à des normes qui recouvrent d'autres domaines (tels que l'alimentation) et qui enjoignent à contrôler ses appétits (Winkler 2005 [1990]). Elles ne sont donc pas prises dans un discours qui les lie à la vérité de l'individu (Foucault 1976) et ne donnent pas lieu à une pathologisation. Foucault analyse le processus qui fait passer les pratiques sexuelles du côté de la nature par le biais de la technique chrétienne de l'aveu, ce qui lie *in fine* identité et pratique sexuelle. S'ouvre alors le champ de la sexualité, objet de discours médicaux et politiques.

Dès le XV^e siècle, des mesures sont prises en Europe — essentiellement envers la prostitution — pour lutter contre la propagation des maladies vénériennes, mais c'est avec le développement de l'hygiénisme et au cours du XIX^e siècle que la sexualité devient véritablement un problème de santé publique. Ce n'est d'ailleurs qu'en 1837 que le terme de sexualité est forgé pour désigner le caractère de ce qui est sexué et l'ensemble des caractères propres à chaque sexe. Au XVIII^e siècle, continence et excès sexuels sont vus comme les deux faces d'un dérèglement qui peut frapper aussi bien les hommes que les femmes (Corbin 2007). Le mariage est alors le remède principal proposé aux dysfonctionnements sexuels. Le terme sexologie, qui signifie science du sexe, n'apparaît que dans les années 1910 mais une protosexologie prend, à partir des années 1850, le relais de l'Église en prétendant départager le bien et le mal sous les aspects de la santé et de la pathologie. Les médecins restreignent alors la sexualité au coït hétérosexuel en tant qu'« *acte sexuel normal, naturel et pour tout dire unique* », en principe reproducteur et source de plaisir (Chaperon 2007, p. 34) tandis que

les autres pratiques sexuelles passent de la catégorie du péché à celles du vice et de la perversion. C'est dans une Belle Époque marquée par le malthusianisme que l'essor de la psychopathologie — qui classe et catégorise les perversions — va permettre aux médecins d'envisager de nouveau la sexualité en dehors de la procréation et du coït.

Derrière leur apparente neutralité médico-scientifique, les conceptions de la sexualité et de la santé publique qui émergent à l'époque contemporaine font de la santé sexuelle un rouage essentiel du contrôle des comportements et des populations (Mort 1987 ; Lupton 1995 ; Giami 2002). À cet égard, le tournant du XIX^e siècle marque le passage à un nouveau mode de gouvernement que Foucault appelle *la biopolitique*. Ce terme désigne l'exercice du pouvoir de l'État, non plus sur les territoires mais sur la vie des individu-e-s, selon une action positive puisque la biopolitique « *entreprend de la gérer, de la majorer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles précis et des régulations d'ensemble* » (Foucault 2004 [1978], p. 180). Cette gouvernance des populations s'effectue au travers de deux procédés étatiques disciplinaires (Keck 2008) : d'une part, un dressage des corps de façon à en développer les aptitudes dans l'intérêt de la Nation ; d'autre part, un contrôle de la reproduction. Cette focalisation sur la procréation permet également de normaliser l'activité sexuelle. Ce biopouvoir, résultat des mutations d'anciennes formes de pouvoir, entend gérer désormais la santé, les sexualités et, par extension, les identités de genre. C'est également dans cette perspective qu'intervient la création de la médecine gynécologique, qui « *perpétue et renforce une asymétrie fondamentale dans la surveillance sociale et le traitement médical des classes de sexes* » (Ruault 2015, p. 35).

Au XX^e siècle, la sexologie connaît un réel développement grâce aux études de Masters et Johnson (1966). Elle accorde une nouvelle place au plaisir, ce qui permet à la sexualité de s'extraire, en partie, du domaine de la reproduction. En cessant d'être assimilée à la reproduction, la « *bonne sexualité* » n'est plus uniquement l'hétérosexualité. En 1992, lors de la 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM), l'OMS supprime l'homosexualité de la liste des maladies mentales (Bricki 2009). Le nouvel intérêt pour la sexualité non reproductive a

aussi pour conséquence que soit accordée une place plus importante qu'avant, au sein des discours médicaux, à des injonctions telles que celle de performance sexuelle. Cette dernière focalise l'attention du corps médical sur les « *pannes sexuelles* », et en retour, des traitements tels que le Viagra étayent une conception pénétrative de la sexualité (Bajos, Bozon 1999). Émerge alors un idéal de santé sexuelle, dont la vocation nationale se meut en prétention internationale à visée universelle. Cet idéal ne tend-il pas, ce faisant, à uniformiser les individu-e-s en se référant de façon implicite à la santé d'hommes, blancs, hétérosexuels, valides ? Le concept de biopolitique étant indissociable de la colonisation ainsi que de la montée du libéralisme dans les nations du Nord puis du Sud, il est indispensable de s'attarder sur la sociographie et sur les rôles des agents de l'État dont nous verrons qu'ils participent à la diffusion et au maintien des normes de genre et de sexualité.

Ce pouvoir, qui édicte une vérité sur le sexe, contient les germes de sa propre résistance. C'est pourquoi ce numéro s'attache à montrer les normes en matière de santé sexuelle ainsi que les réponses et les résistances aux différentes injonctions qui en découlent. Les contributions rassemblées dans ce dossier, gravitant autour du concept de biopolitique, permettent d'envisager la production de la santé sexuelle à différents niveaux : les politiques de santé étatiques et internationales, les relations entre médecins et patient-e-s, les conséquences de ces politiques et traitements sur la clinique elle-même.

Politiques étatiques et internationales

Les politiques institutionnelles, étatiques en premier lieu, mais également celles des institutions internationales et leurs relais au travers de l'aide humanitaire, sont analysées comme productrices de nouvelles formes de biopolitique. Par l'édiction et la diffusion de normes procréatives ainsi que par la création d'un idéal d'encadrement ou de protection des femmes, pensées comme déficientes ou vulnérables, ces politiques s'emparent du corps de celles-ci pour le mettre au service de la reproduction de la Nation. En articulant l'analyse des politiques reproductives de l'URSS et de leur évolution à une série d'entretiens menés auprès

de femmes ayant été concernées par ces politiques, Mona Claro propose une double lecture : elle montre comment l'État met en place et diffuse des normes procréatives et des normes médicales en matière de santé reproductive de façon à générer une biopolitique assurant l'avenir de la Nation. Elle s'intéresse également au vécu et à la signification de l'avortement dans les parcours procréatifs individuels de ces femmes. Refusant de réduire celles-ci à des victimes passives de politiques publiques jugées inadéquates, l'auteure souligne l'agentivité de ces femmes lors de leur recours à l'avortement.

Anaïs Garcia effectue quant à elle une analyse intersectionnelle des politiques de planification familiale médicalisées, à partir d'une enquête de terrain qu'elle a menée au Guatemala. Elle met au jour la continuité des rapports de force entre des femmes pauvres et racisées et les acteurs et actrices de la santé reproductive appartenant majoritairement à la société dominante *ladina*. Elle montre comment l'édiction de normes procréatives au niveau étatique permet une forme de légitimation des pratiques professionnelles violentes envers des femmes stigmatisées. En visant à assujettir les corps féminins indigènes, ces pratiques participent, en effet, du refus d'accorder aux femmes indigènes la libre disposition de leur corps, les reléguant ainsi à une citoyenneté de seconde zone.

Dans un autre domaine, Kira Ribeiro porte son regard sur les politiques publiques en s'intéressant à la genèse de la criminalisation de la transmission sexuelle du VIH en France. Elle centre successivement ses analyses d'archives autour de trois 'moments', à savoir les débats parlementaires autour d'un amendement sur la dissémination des maladies transmissibles épidémiques en 1991, les affaires liées au sang contaminé à l'issue desquelles la transmission du VIH est instituée en véritable « *problème de qualification pénale* », et enfin, l'émergence effective de condamnations pénales lors de l'accusation de transmission du VIH dans le cadre d'une protection de femmes pensées comme vulnérables. La lecture biopolitique qu'elle propose révèle ainsi la façon dont l'argumentaire en faveur de la criminalisation de la transmission sexuelle du VIH évolue de façon contingente, bien que toujours dans le sens d'un discours visant à protéger à la fois les femmes et la Nation.

La relation de soin, une asymétrie structurelle ?

C'est après la Seconde Guerre mondiale que s'initient en France les mobilisations féministes pour une libre disposition de son corps qui aboutissent, notamment, à la légalisation de la contraception (1967) et à la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse (1975). Cependant, si les questions de contraception et d'avortement se féminisent entre 1956 et 1979, « *en donnant un rôle central aux femmes comme objets et sujets des discours ainsi que des actions, cette féminisation implique des interprétations multiples et une lecture qui n'est pas toujours féministe* » (Pavard 2012, p. 15). Dans les années 1970, à différentes échelles, divers collectifs et mouvements féministes s'emparent de la question de la santé des femmes (Boston Collective for Women's Health 1971 ; Ehrenreich, Deirdre 2014) et dénoncent les traitements, voire les maltraitances, que les femmes peuvent subir en tant que patientes. Ils attirent aussi l'attention sur le fait que la place accordée aux professionnel-le-s de santé tend à les assigner à des tâches et à des rôles subalternes (Morgen 2002 ; Nissim 2014 ; Nelson 2015).

Dans le domaine de la santé sexuelle, ces mobilisations ainsi que le développement de la santé communautaire et l'activisme des associations homosexuelles face à l'épidémie du VIH dans les années 1980 favorisent l'émergence d'un patient « *réformateur social* » qui préfigure le « *patient-expert* » d'aujourd'hui (Pinell 2002 ; Broqua 2005 ; Bureau, Hermann-Mesfen 2014). Ces mobilisations ont mis en évidence l'importance de la participation des personnes concernées à la fois dans la recherche et à tous les niveaux de l'organisation des soins. Ils et elles ont aussi fortement contribué à affirmer le rôle des associations dans la médecine. Ces dernières qui, au début du XX^e siècle, reposaient encore sur une souveraineté médicale sans concession et à visée moralisatrice, se trouvent de plus en plus animées et impulsées par des malades engagé-e-s. Ils et elles affirment être les mieux placés pour savoir ce qu'ils et elles vivent et pour décider de la nature de leur prise en charge (Carricaburu, Ménoret 2004).

En s'intéressant à la reconstruction chirurgicale faisant suite à une ablation d'un ou des deux seins dans le cadre d'un traitement du cancer, l'article de Cinzia Greco permet d'entrevoir

cette nouvelle *agency* des patientes. Les entretiens issus de sa recherche ethnographique montrent en effet que derrière la réalité statistique — 50 % des femmes n'effectuent pas de reconstruction mammaire —, il existe tout un éventail d'expériences et de stratégies de réappropriation de son corps. L'auteure montre combien, pour les femmes revendiquant l'absence de reconstruction comme une décision consciente et non subie, l'acceptation d'un corps hors normes ne peut que passer par des stratégies de résistance et de remise en question des images normatives du corps et de la poitrine comme attribut féminin.

Cécile Ventola cherche, à travers une étude des institutions et de l'histoire de la contraception en France et en Angleterre, à comprendre les usages extrêmement différenciés des méthodes contraceptives qui sont faits dans ces deux pays. Les entretiens semi-directifs qu'elle a menés avec des praticiens et des praticiennes anglaises et françaises montrent notamment que leurs représentations genrées des responsabilités contraceptives accordent un rôle plus important aux femmes, mais que leurs prescriptions divergent. Cette approche comparative met ainsi en lumière toute l'importance des contextes nationaux et de l'organisation des systèmes de santé dans l'élaboration de l'asymétrie structurelle des relations soignant-e-s-patient-e-s et des savoirs.

Théorie et pratique médicales

C'est dans une interaction entre personnes malades et praticiens et praticiennes, et notamment au travers de l'expérience de la maladie ou de ce qui est considéré comme tel, que se forment les savoirs médicaux. Ces savoirs ne sont jamais fixés une fois pour toutes (Hacking 2002) et peuvent même être différents en fonction des contextes historiques, culturels et sociaux. À partir de l'exemple des maladies lactées, Francesca Arena revient sur la construction d'une théorie clinique genrée au XVIII^e siècle. À ce moment, les médecins abandonnent le modèle du « *sexe unique* » qui prédominait à la Renaissance pour laisser place à la fabrication des deux sexes, selon les termes de Thomas Laqueur (1992).

Les mouvements féministes ont permis de souligner la manière dont la science était genrée, mais ce n'est que très récemment que des savoirs cliniques considérés comme acquis concernant par exemple le cerveau (Vidal 2007) ou la taille du corps (Touraille 2008) ont été interrogés ou étudiés avec un regard critique (Peyre, Wiels 2015). C'est la dualité même des sexes qui est alors remise en question (Fausto-Sterling 2012) et dans cette perspective, l'article de Michal Raz, qui revient sur la clinique de l'intersexuation, montre combien cette dualité et l'hétéronormativité afférente conduisent à une pathologisation de la santé psychique et sexuelle des personnes intersexuées.

* *
*

Dans la rubrique « Hors-champ », l'article de Sarah Nicaise, à travers une enquête ethnographique au sein d'un collectif militant, explique comment la présentation de soi fait l'objet de stratégies variées parmi les personnes qui s'identifient comme gouines, le terme étant loin de recouvrir une seule et unique forme de subjectivation.

De son côté, Arnaud Alessandrin montre que le droit s'avère peu efficace et d'autant plus qu'il est peu sollicité en matière de transphobie, insistant pour sa part sur l'épaisseur des discriminations qu'une approche juridique seule ne parviendrait pas à rapporter.

Adeline Adam, Karine Duplan,
Fanny Gallot, Lola Gonzalez-Quijano,
Guillaume Roucoux et Marie-Sherley Valzema

Références

- Bajos Nathalie, Bozon Michel (1999). « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le viagra ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128.
- Boston Collective for Women's Health (1971). *Women and Their Bodies*. Boston, New England Free Press.
- Bricki Malick (2009). *Psychiatrie et homosexualité. Lectures médicales et juridiques de l'homosexualité dans les sociétés occidentales de*

- 1850 à nos jours. Besançon, Presses universitaires de Franche-Comté.
- Broqua Christophe (2005). *Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida*. Paris, Presses de Sciences Po.
- Bureau Eve, Hermann-Mesfen Judith (eds) (2014). « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire ». *Anthropologie & santé*, n° 8, en ligne : <http://anthropologiesante.revues.org/1342>
- Carricaburu Danièle, Ménoret Marie (2004). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris, Armand Colin.
- Chaperon Sylvie (2007). *Les origines de la sexologie, 1850-1900*. Paris, Louis Audibert.
- Corbin Alain (2007). *L'harmonie des plaisirs. Les manières de jouir du siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie*. Paris, Perrin.
- Ehrenreich Barbara, English Deirdre (2014). *Sorcières, sages-femmes & infirmières. Une historE des femmes soignantes*. Paris, Cambourakis « Sorcières ».
- Fausto-Sterling Anne (2012). *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*. Paris, La Découverte [trad. fr. Oristelle Bonis et Françoise Bouillot ; éd. originale (2000). *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York, Basic Books].
- Foucault Michel (1976). *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- (2004 [1978]). *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France, 1978-1979*. Paris, EHESS/Gallimard/Le Seuil.
- Giami Alain (2002). "Sexual Health : The Emergence, Development and Diversity of a Concept". *Annual Review of Sex Research*, vol. 13.
- Hacking Ian (2002). *Les fous voyageurs*. Paris, Les empêcheurs de penser en rond [trad. fr Françoise Bouillot].
- Keck Frédéric (2008). « Les usages du biopolitique ». *L'Homme*, n° 187-188.
- Laqueur Thomas (1992). *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*. Paris, Gallimard.
- Lupton Deborah (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London, Sage.
- Masters William H., Johnson Virginia (1966). *Human Sexual Response*. Boston, Little Brown.
- Morgen Sandra (2002). *In Our Hands: The Women's Health Movement in the United States*. New Brunswick, Rutgers University Press.

- Mort Frank (1987). *Dangerous Sexualities. Medico-Moral Politics in England since 1830*. London & New York, Routledge & Kegan Paul.
- Nelson Jennifer (2015). *More than Medicine: A History of the Feminist Women's Health Movement*. New York, New York University Press.
- Nissim Rina (2014). *Une sorcière des temps modernes : le self-help et le mouvement femmes et santé*. Paris, Mamamélis.
- OMS (2006). "Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28-31 January 2002". Geneva, World Health Organization:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Pavard Bibia (2012). *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Peyre Évelyne, Wiels Joelle (eds) (2015). *Mon corps a-t-il un sexe ? Sur le genre, dialogues entre biologies et sciences sociales*. Paris, La Découverte.
- Pinell Patrice (ed) (2002). *La lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Paris, Presses universitaires de France.
- Ruault Lucile (2015). « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine ». *Nouvelles questions féministes*, vol. 34, n° 1.
- Touraille Priscille (2008). *Hommes grands, femmes petites : une évolution coûteuse. Les régimes de genre comme force sélective de l'adaptation biologique*. Paris, Éd. de la Maison des sciences de l'homme.
- Vidal Catherine (2007). *Hommes, femmes : avons-nous le même cerveau ?* Paris, Le pommier.
- Winkler John J. (2005 [1990]). *Désir et contraintes en Grèce ancienne*. Paris, Epel [trad. fr. Sandra Boehringer et Nadine Picard ; éd. originale. *The Constraints of Desir. The Anthropology of Sex and Gender in Ancient Greece*. New York & London, Routledge].