

Introduction

Anastasia Meidani, Arnaud Alessandrin

Genre et schèmes de conceptualisation dans le champ de la santé

Des rapports sociaux de sexe aux inégalités genrées mises en évidence à travers le prisme de la santé, cet ouvrage souscrit à une approche qui mobilise l'analyse des contraintes structurelles et individuelles qui conditionnent les expériences de santé dans leurs contours genrés. En creux, il tente de discerner ce qui se loge dans les expériences du quotidien, dans ces espaces où santé et genre se mêlent, dans des plis où ces derniers se font face ou se lient. La réflexion se propose d'examiner dans quelle mesure et de quelle manière l'approche genrée peut éclairer le champ complexe de la santé et les enjeux qui le parcourent. En envisageant le genre comme une structure sociale incarnée, les contributions relèvent ce défi analytique montrant, tour à tour, comment des perspectives genrées plurielles fournissent une des approches les plus prometteuses à l'égard de la compréhension des rapports sociaux et des relations sociales qui opèrent dans le champ de la santé. Ce faisant, les élaborations théoriques du genre proposées permettent de réunir différents indicateurs sous un même concept favorisant de la sorte une compréhension intersectionnelle des expériences de la santé et de la maladie. Dans cette perspective, le présent ouvrage se lance le défi d'examiner la valeur heuristique du genre à travers une multitude de terrains de recherche situés en France, au Luxembourg ou encore en Inde, un choix qui permet d'éclairer la question de la santé à l'endroit même où les controverses qui la saisissent rendent compte des enjeux en œuvre en son sein.

Plus encore, ce livre résulte d'une volonté conjointe de faire discuter entre elles les recherches en sciences humaines et sociales portant sur le champ de la santé

et du genre, tout du moins celles qui sont parvenues à entrer en résonance avec des préoccupations situées à la frontière des deux thématiques. Si la porosité entre les deux sphères est réelle, elle n'en demeure pas moins une entreprise *en train de se faire*, bien souvent saisie par de fausses évidences qui prônent leur ancrage occidental sans forcément le questionner. En lien avec ce constat, l'ambition de cet ouvrage est double : d'un côté, il s'agit de rompre avec les prénotions tenaces induites par une pensée sexuée catégorielle ; de l'autre, il s'agit de proposer un regard interdisciplinaire mis en perspective à l'échelle de la dynamique de la mondialisation qui régit les enjeux sociosanitaires.

Arrêtons-nous sur ces deux points. Le couple genre et santé est souvent entendu comme un champ consubstantiel évident et les travaux sur l'accouchement ¹ ou les professionnelles du soin ² montrent le bienfondé de ce postulat. Le terme de genre que nous affichons n'est pas réductible à sa dimension sexuée. Si les auteurs s'inspirent parfois des travaux de *women's studies*, ce livre se présente comme une somme d'exercices visant à faire entrer en résonance des parcours de santé et des parcours de genre variés, à entendre au sens non seulement du sexe mais également de l'identité de genre. Une partie de cet ouvrage se déploie d'ailleurs en deçà ou aux côtés de la binarité des catégories de genre en interrogeant notamment ce que les questions trans et intersexes inaugurent dans l'analyse des parcours de genre et des parcours de santé. Ajoutons que l'usage de ce terme, *parcours*, cherche à rendre compte de toute la dynamique processuelle de ces trajectoires de la santé, de la maladie, du genre, trop souvent analysées comme des états statiques.

En parallèle, les contributions qui nous sont données à lire esquissent aussi l'intention pluridisciplinaire d'une réflexion hybride qui se déploie dans un contexte sanitaire saisi par les enjeux de mondialisation. Trop souvent ces mots, « pluridisciplinarité », « mondialisation », bruissent comme un exercice des juxtapositions, des « mises à cotés », des orientations analytiques en équilibre. Mais la dimension pluridisciplinaire et l'épreuve de contextualisation ne sauraient être une simple somme des positionnements théoriques et empiriques : elles sont également des échos, des résonances, des tensions qui font de l'exercice du dialogue entre les sciences et les contextes un travail ambitieux et nécessaire qui se retranscrit dans les contributions d'horizons différents, allant de la sociologie à la philosophie en passant par la psychologie, la psychiatrie, l'anthropologie ou encore la sémiologie.

Pour illustrer cette approche plurielle, de nombreux comportements de santé sont analysés. Les textes se tournent alors vers la théorie et l'empirie ³ éclairant d'un

1. Jacques, 2007.

2. Perraut Soliveres, 2011.

3. Doyal, 2002.

point de vue genré différents parcours du « sain » et du « malsain ». Ainsi certaines contributions considèrent l'expérience de la maladie chronique, et notamment cancéreuse, conçue comme une porte d'entrée privilégiée pour comprendre les articulations du genre à la santé, dans une approche tantôt sociologique tantôt philosophique (première partie). D'autres faisant entrer en dialogue un regard sociologique et une perspective anthropologique s'attardent sur la santé reproductive au travail, la gestation pour autrui (GPA) et la sexualité (deuxième partie) ; alors que d'autres encore questionnent les jeux et les enjeux de la construction sociale du corps se focalisant tantôt sur la prise en charge chirurgicale des corps « gros » (approche sémiologique) tantôt sur l'entreprise corporelle et sanitaire en œuvre dans les parcours de transition et examinent les enjeux épistémologiques qu'elle révèle, revisités sous la plume des psychiatres et des chercheurs en psychologie (troisième partie). Parcours de masculinisation, de féminisation ou de transition sont alors analysés au regard des trajectoires de santé et de maladie variées en constant mouvement.

Compte tenu de la structure multidimensionnelle des phénomènes sociaux considérés ici, la complexité de la production d'effets de genre sur la santé (et *vice versa*) est évidente et pas vraiment facile à déchiffrer. Demandeur d'asile, le genre a été accueilli seulement récemment dans le foyer conceptuel de la France, notamment dans les travaux portant sur la santé ⁴, d'où la nécessité de considérer le genre et la santé au-delà de l'échelle nationale, tout en prêtant une attention soutenue au travail de contextualisation requis. En s'inscrivant dans une réflexion située au-delà de la pensée catégorique, cet ouvrage démontre que les ordres de genre (nous y reviendrons) sont toujours dynamiques et entrelacés avec le monde sociétal qui les entoure – un monde en mouvement qu'esquissent les pratiques collectives et individuelles de la santé. En piochant dans un large panel d'approches théoriques plutôt qu'en se contentant d'une seule doctrine, les auteurs de ce livre tirent profit des regards croisés qu'il convient de présenter brièvement afin de situer les perspectives analytiques qu'ils mobilisent.

Face aux catégories socio-médicales : penser les connivences entre genre et santé

Des approches catégorielles du genre à l'intersectionnalité

Le caractère *catégoriel* de la pensée conceptuelle dans l'analyse du genre a dominé dans le champ de la santé depuis les années 1980. Le célèbre article de Harrison publié en 1978, « Attention : le rôle masculin de sexe peut être dangereux pour votre

4. Meidani et Alessandrin, 2017.

santé », marquera les débuts d'une littérature internationale située au croisement de la sociologie du genre et de la sociologie de la santé. Depuis lors, de multiples études (plus nombreuses à l'étranger qu'en France) ont exploré l'impact des représentations de la féminité, de la masculinité et de la virilité sur l'expérience de la maladie ⁵, les contours genrés des comportements dits à risque, tels que la consommation de substances psychoactives ou encore l'alimentation de pauvres, cherchant à rendre compte des pratiques de santé des hommes et des femmes. En s'inspirant des travaux de Connell ⁶, Schofield ⁷ fournit de nombreux exemples d'études situées à l'intersection du genre et de la santé mettant en avant cette pensée catégorielle dans sa forme la plus commune en lien avec une classification dichotomique de corps, conçue comme la résultante d'une définition biomédicale.

Cette conception binaire, proche du sens commun et de la vision essentialiste de l'identité sexuée, pointe les cultures européennes où la masculinité et la féminité sont principalement considérées comme des entités contraires et « naturelles », matérialisées par la différence des organes sexuels des mâles et des femelles. Pourtant, la croyance populaire selon laquelle la différence biologique serait exprimée à travers des différences sexuées manifestées dans les caractéristiques psychologiques et comportementales a été testée dans un grand nombre de recherches et réfutée de façon décisive⁸. Et pour cause... Aux antipodes de tout pluralisme, la pensée catégorielle minimise la persistance de la diversité au sein des catégories de genre opérant dans le champ de la santé, qu'elle se propose par ailleurs d'analyser. Ainsi tout un panel des différences sexuées, par exemple entre masculinités hégémoniques et subordonnées, reste dans l'ombre d'un schéma binaire dont les limites entravent la compréhension des pratiques de santé et des logiques qui les sous-tendent. Nous voyons ici se dessiner la culture de la médecine moderne qui met l'accent sur les processus des classifications biologiques, bien souvent basées sur des approches quantitativistes ⁹. Toute cette dynamique de recherche qui s'est déployée autour de la pensée catégorielle en lien avec la santé peut être enrichie par des analyses croisées des catégories de genre avec des catégories racialisées, classistes, d'âge et/ou de génération. Depuis les travaux de Crenshaw¹⁰, l'approche intersectionnelle a contribué à nuancer les catégories de genre proposant un regard plus congruent et mettant en lumière des besoins spécifiques en matière de santé (et pas seulement) propres aux hommes de la classe ouvrière, aux femmes noires ou encore aux hommes blancs et « âgés », d'un

5. Creighton et Oliffe, 2010 ; Messing et Stellman, 2006.

6. Connell, 2005 ; 2014.

7. Schofield, 2009.

8. Alsop *et al.*, 2002 ; Lorber, 1994.

9. Roberts, 2000 ; Krieger, 2005.

10. Crenshaw, 1991.

niveau d'instruction plus ou moins élevé, faisant ainsi la part belle à la périphérie qui n'a pas cessé d'éclairer le centre. Selon la critique principale qui a été adressée à cette approche, une grande partie de la littérature de l'intersectionnalité combine simplement une approche sexuée binaire avec d'autres dimensions de la stratification sociale passant d'une perspective catégorielle à une autre. Conformément à cette critique, ces travaux ajouteraient peu de choses à la compréhension de la dynamique sociale de la sphère sanitaire. Toutefois, force est de constater la plus-value de nombreuses études qui traitent mutuellement le genre, les catégories racialisées, la classe et l'âge comme composantes constitutives des processus actifs en œuvre dans la santé et en constante évolution à travers le temps. Ces études réalisées dans le champ de l'intersectionnalité visent à déconstruire les systèmes de catégorisation sexuée pour se concentrer plutôt sur les relations complexes entre les multiples facettes du genre et de la santé. La majorité des contributions de cet ouvrage s'inscrit dans cette dynamique analytique.

Autour de l'approche relationnelle du genre dans la santé

Au-delà de l'approche intersectionnelle et du regard catégoriel qui l'a précédée, à partir des années 1980 et durant au moins les deux décennies suivantes, la principale école de pensée dans la théorie féministe – en particulier dans le monde anglo-saxon – a été le *poststructuralisme*¹¹. Fortement influencée par l'œuvre de Foucault et dans une certaine mesure par la déconstruction philosophique de Derrida¹², cette approche a mis l'accent sur la façon dont les significations de genre surviennent dans les discours en lien avec la sphère de la santé et au-delà. La plus célèbre théoricienne du genre de cette école, Butler¹³, a souligné que le sexe est expressif mais pas performatif : ce qui signifie que le genre est constitué (ou pour ainsi dire mis au monde) par les actions à travers lesquelles nous nous conduisons comme sujets sexués et nous sommes compris comme masculin et/ou féminin. La théorie poststructuraliste a brillamment réussi une critique de l'égalité des sexes basée sur l'essentialisme et a proposé une réflexion critique sur la culture, y compris la dimension culturelle de la santé, de la maladie et de la médecine elle-même¹⁴. Par ailleurs, elle a permis de comprendre la dimension politique du genre comme une construction discursive qui ne se contente pas de refléter les intérêts mais les constitue activement. En outre, le poststructuraliste a joué un rôle important dans de nouvelles formes d'activisme de genre, surtout *queer* et transgenre, qui tentent de

11. Alsop *et al.*, 2002.

12. Derrida, 1967.

13. Butler, 1990.

14. Butler, 2006.

subvertir les normes discursives et changer la position de soumission. Leur apport a permis d'analyser sous un angle nouveau les expériences de la santé et certaines contributions de cet ouvrage en témoignent.

Pourtant, l'approche poststructuraliste de l'égalité n'a pas inspiré l'innovation politique dans le domaine de la santé. De ce point de vue, en se concentrant sur les processus culturels, la théorie poststructuraliste du genre semble ne pas avoir beaucoup à dire sur les processus économiques, la vie organisationnelle, les intérêts matériels ou les formes non discursives de pouvoir qui opèrent dans la sphère sociosanitaire. Par conséquent, elle peine (du moins dans les études françaises) à mettre en lumière la dynamique genrée dans la politique économique de la santé, la santé au travail ¹⁵, les professions de la santé ou la violence sociale que subissent les femmes, particulièrement les plus jeunes ou les plus démunies d'entre elles ¹⁶, sans omettre les discriminations à l'encontre de communautés LGBTQI ¹⁷.

La théorisation du sexe social au travers d'une approche relationnelle permettrait-elle de contourner cette limite ? Le genre est relationnel, mais l'analyse de ces relations n'est pas simple. Cette approche genrée renvoie à un tissu relationnel impliquant plusieurs personnes et catégories, organismes et institutions qui, en ce qui nous concerne ici, œuvrent dans le champ de la santé. La théorie relationnelle accorde une place centrale aux interactions entre femmes et hommes (et à l'intérieur des groupes des femmes et des hommes) qui constituent le genre comme une structure sociale incarnée. L'approche explore les pratiques sociales, et *a fortiori* les pratiques de santé, en ce qu'elles sont façonnées par cette structure genrée. La théorie relationnelle comprend le genre comme une composante multidimensionnelle embrassant les relations économiques, les temporalités, les rapports de pouvoir, les relations affectives et symboliques et, ce faisant, elle propose une exploration du champ de la santé à différentes échelles : interpersonnelle, institutionnelle et politique ¹⁸. Pour les défenseurs de cette théorie, ce cadre analytique propose un regard plus nuancé que le poststructuralisme et plus propice aux recherches portant sur les expériences de santé.

Il nous semble que l'apport le plus remarquable de l'approche relationnelle se résume au travers des outils analytiques qu'elle propose : la structure des relations entre les sexes sociaux dans une société donnée, à une époque donnée, appelée *ordre genré* et la structure plus ou moins égalitaire des rapports sociaux de sexe dans une

15. Messing et Stellman, 2006.

16. Cockburn, 2010.

17. Il s'agit des personnes qui se définissent comme lesbiennes, gay, bisexuelles, transgenres, *queers* ou intersexes.

18. Lorber, 1994.

institution donnée nommée *régime de genre*¹⁹. Ces deux structures composent des entités d'analyse dont l'intérêt épistémique a déjà été testé à travers de nombreuses mises à l'épreuve empirique. La cartographie des ordres et régimes de genre est une tâche majeure de la recherche en sciences sociales portant sur les rapports sociaux de sexe qui opèrent dans le champ de la santé – tâche à laquelle s'adonnent certaines des contributions du présent ouvrage. D'après ces théoriciens, il est désormais entendu, sur la base des preuves très vastes, que ces structures changent au fil du temps²⁰. Elles se posent dans l'histoire, en lien avec des pratiques sociales multiples qui prennent place dans l'univers de la santé. Dans ce sens, la théorie relationnelle du genre met en évidence les processus par lesquels les mondes sociaux (ici sociosanitaires) sont mis en ordre dans le temps et dans l'espace questionnant de la sorte la performativité et l'égalité genrées.

De la conceptualisation à la traduction empirique : cancer, santé reproductive, sexualité et corps modifiés

L'expérience du cancer, la santé reproductive au travail, le recours à la gestation pour autrui, la sexualité, l'obésité, la construction sociale des corps transgenres, offrent des terrains d'application des regards analytiques présentés ci-dessus, impliquant des pratiques de santé dans lesquelles le genre est décrété. Ces expériences ainsi que les pratiques et les logiques de santé qui les accompagnent sont plurielles mais pas aléatoires. Elles se produisent dans un dense tissu institutionnel et relationnel, où familles, entreprises, politiques de santé publique, établissements de soins croisent l'expérience individuelle. Dans ce cadre, les notions de régimes et ordres genrés se réfèrent à des modèles actionnels qui peuvent être identifiés dans ces institutions, à l'image de celui de la masculinité ou de la féminité dominante, modèles requis face à la maladie chronique, la division sexuée du travail et la place réservée en son sein aux risques reprotoxiques, l'organisation du désir sexuel au grand âge, la prise en charge de l'obésité ou encore la construction des carrières de transition. Les structures genrées sont généralement transmises aux acteurs sociaux lors de leur socialisation et sont élaborées tout au long de leur histoire de vie. Elles constituent non seulement les points de référence culturels pour la vie quotidienne, comme le souligne la théorie poststructuraliste, mais également un matériau émotionnel formant des contraintes intégrées qui agissent dans les sphères publique et privée de la santé et se retranscrivent dans les relations interpersonnelles au sein du couple, dans le droit au soin, au travail, durant les interactions soignants/soignés, vis-à-vis de l'environnement de soins ou de la technologie hospitalière.

19. Connell, 2012.

20. Connell, 2014.