

# Parcours de santé. Parcours de genre

**Sous la direction de**

**Anastasia Meidani**

**Arnaud Alessandrin**

---

# Table des matières

---

**Anastasia MEIDANI et Arnaud ALESSANDRIN**

Introduction

## ***Première Partie : L'expérience cancéreuse au prisme du genre***

**Pierre AÏACH**

Inégalités sociales de santé, cancer et genre

**Brigitte ESTEVE-BELLEBEAU**

Cancer, corps et identité de genre

**Anastasia MEIDANI**

Le cancer a-t-il un genre

## ***Deuxième Partie : La place du genre dans la santé reproductive et la sexualité***

**Émilie LEGRAND et Anastasia MEIDANI**

Les femmes salariées face aux risques toxiques pour la reproduction : genre, santé reproductive et risques professionnels

**Virginie ROZÉE**

La GPA en Inde au prisme des discours des professionnels de la santé et de leur pratique

**Anastasia MEIDANI et Arnaud ALESSANDRIN**

Sexualité et genre au grand âge : quoi de neuf ?

## ***Troisième Partie : Autour de la construction sociale de corps sexués : jeux et enjeux de santé***

**Marielle TOULZE**

Représentations de l'obésité et corps de l'obèse

**Alain GIAMI**

« Compter » les trans : enjeux politiques et épistémologiques

**Érik SCHNEIDER**

Changement de paradigme médical : de la binarité à la diversité sexuée et genrée dans l'enfance

## Liste des auteurs

AÏACH Pierre, sociologue ; Directeur de recherche honoraire à l'INSERM et membre d'IRIS (Institut de recherche interdisciplinaire).

ALESSANDRIN Arnaud, sociologue ; Post-doctorant, Université de Bordeaux, Centre Émile Durkheim.

BELLEBEAU-ESTEVE Brigitte, philosophe ; IA-IPR (Inspecteurs d'Académie - Inspecteurs Pédagogiques Régionaux) de Philosophie, Référente académique laïcité, Académie de Poitiers.

GIAMI Alain, psychologue ; Directeur de recherche à l'INSERM \_ CESP (Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations) - U1018.

LEGRAND Émilie, sociologue ; Maîtresse de conférences en Sociologie, Université du Havre, IDEES.

MEIDANI Anastasia, sociologue ; Maîtresse de conférences en Sociologie, Université de Toulouse Jean-Jaurès, LISST (Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires) - CERS (Centre d'Étude des Rationalités et des Savoirs).

ROZÉE Virginie, anthropologue ; Post-doctorante, INED (Institut National d'Études Démographiques) Fécondité, famille, sexualité (UR3).

SCHNEIDER Érik, psychiatre, psychothérapeute ; Luxembourg.

TOULZE Marielle, sémiologue ; Maîtresse de conférences en Sciences de Communications, Université de Saint-Étienne.

## 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 des 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 socio-sanitaires.

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<sup>1</sup> ou les professionnelles du soin<sup>2</sup> 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 *woman'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.

---

<sup>1</sup> Jacques, 2007.

<sup>2</sup> Perraut, 2011.

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 de 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<sup>3</sup> éclairant d'un 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<sup>4</sup>, 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 santé », marquera les débuts d'une littérature internationale située au croisement de la sociologie du genre et de

---

<sup>3</sup> Doyal, 2002.

<sup>4</sup> Meidani et Alessandrin, 2016.

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 <sup>5</sup>, les contours genrés des comportements dits à risque, tels que la consommation des substances psychoactives ou encore l'alimentation des pauvres, cherchant à rendre compte des pratiques de santé des hommes et des femmes. En s'inspirant des travaux de Connell <sup>6</sup>, Schofield <sup>7</sup> 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 des 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 décisive <sup>8</sup>. Et pour cause... Aux antipodes de tout pluralisme, la pensée catégorielle minimise la persistance de la diversité au sein des catégories de genre opérantes dans le champ de la santé, qu'elle se propose par ailleurs d'analyser. Ainsi tout un panel de 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 de classifications biologiques, bien souvent basées sur des approches quantitatives <sup>9</sup>.

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 Crenshaw <sup>10</sup>, 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 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 de contributions de cet ouvrage s'inscrit dans cette dynamique analytique.

---

<sup>5</sup> Creighton et Oliffe, 2010 ; Messing et Stellman, 2006.

<sup>6</sup> Connell, 2005 ; 2014.

<sup>7</sup> Schofield, 2009.

<sup>8</sup> Alsop *et al.*, 2002 ; Lorber, 1994.

<sup>9</sup> Roberts, 2000 ; Krieger, 2005.

<sup>10</sup> Crenshaw, 1991.

## *Autour de l'approche relationnelle du genre dans la santé*

Au-delà de l'approche intersectionnelle et du regard catégoriel qui l'a précédé, 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*<sup>11</sup>. Fortement influencée par l'œuvre de Foucault<sup>12</sup> et dans une certaine mesure par la déconstruction philosophique de Derrida<sup>13</sup>, 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, Butler<sup>14</sup>, 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 de 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-même<sup>15</sup>. 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<sup>16</sup>. En outre, le poststructuralisme a joué un rôle important dans de nouvelles formes d'activisme de genre, surtout *queer* et transgenre, qui tentent de 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 socio-sanitaire. 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 (Messing et Stellman 2006), les professions de la santé ou la violence sociale que subissent les femmes, particulièrement les plus jeunes ou les plus démunies d'entre elles<sup>17</sup>, sans omettre les discriminations à l'encontre de communautés LGBTQI<sup>18</sup>.

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

---

<sup>11</sup> Alsop *et al.*, 2002.

<sup>12</sup> Foucault, 1980.

<sup>13</sup> Derrida, 1976.

<sup>14</sup> Butler, 1990.

<sup>15</sup> Butler, 2006.

<sup>16</sup> Foucault, 1980.

<sup>17</sup> Cockburn, 2010.

<sup>18</sup> Il s'agit des personnes qui se définissent comme lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers ou intersexes.

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<sup>19</sup>. Pour les défenseurs de cette théorie, ce cadre analytique propose un regard plus nuancé que le post-structuralisme 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 institution donnée nommée *régime de genre*<sup>20</sup>. Ces deux structures composent des entités d'analyse dont l'intérêt épistémologique 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 de preuves très vastes, que ces structures changent au fil du temps<sup>21</sup>. 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 socio-sanitaires) 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 des axes thématiques proposés : 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 de 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 des soins ou de la technologie hospitalière.

---

<sup>19</sup> Lorber, 1994.

<sup>20</sup> Connell, 2012.

<sup>21</sup> Connell, 2014.



Par leur intermédiaire, le couple genre et cancer apparaît comme une lecture centrale des conjonctions théoriques et empiriques qui se tissent entre études de genre et études de santé. Dans cette perspective, une *première* partie sera dédiée aux pathologies cancéreuses. Compte tenu de la place qu'elles occupent dans les préoccupations contemporaines de la santé, leur présence numérique en termes d'incidence, de prévalence et de mortalité ainsi que les épreuves multiples qu'elles font traverser, cette thématique nous semble constituer une porte d'entrée d'un intérêt majeur pour l'analyse de la gestion de la maladie chronique et la manière dont elle se décline selon le genre. La *seconde* partie relative aux questions de santé reproductive et de sexualité, trouve un écho particulier aujourd'hui, dans un contexte des polémiques à peine descendantes autour de la notion de genre, certes, mais plus encore autour des questions de sexualité et de reproduction. Gestation, sexualité, santé reproductive : autant de thématiques qui ne touchent pas qu'aux marges des expériences sanitaires mais au cœur des politiques publiques de santé et de lutte contre les inégalités et les discriminations. Plus encore, c'est très certainement dans les plis de ces questionnements que les mouvements sociaux se font le plus entendre. Enfin, une *troisième* partie de ce livre s'ouvrira vers des populations encore trop marginalement étudiées, ou bien « par le haut », à travers d'études psychiatriques et d'enquêtes statistiques. Transidentités, question intersexe et corps « gros » : nous avons décidé d'investiguer les marges du couple genre et santé, dans ce qui apparaît comme un champ de conflits saillants entre, d'un côté des catégories de genre et de soins et des classifications de santé et, de l'autre, des expériences de santé malmenées.

### 1. *L'expérience cancéreuse au prisme du genre*

En prenant pour objet thématique l'expérience cancéreuse, les textes questionnent la valeur heuristique du genre qui se lit dans l'analyse comparée de la surmortalité des hommes et de la sur-morbidité des femmes permettant d'explorer ce qu'il a été convenu d'appeler le *gender paradox* dans la littérature internationale de la santé (Aïach, chapitre 1). Si c'est le sexe « faible » (Meidani, chapitre 3) qui connaît la plus grande longévité, cet « avantage » féminin est rarement étudié en sciences humaines et sociales, en France du moins, et notamment au prisme de la maladie cancéreuse. La difficulté de reconnaître que les hommes seraient désavantagés dans le champ de la santé pourrait laisser supposer que la surmortalité masculine par cancer ne serait qu'un (juste ?) revers du pouvoir masculin<sup>22</sup>. Quoi qu'il en soit, et les contributions de cette première partie en attestent, cet « avantage » féminin n'annule pas les multiples formes d'inégalités qui concernent en particulier les femmes (atteintes ou pas de cancer).

Par ailleurs, les textes de la première partie affirment que la convergence d'une série d'indicateurs robustes appelle à interroger un certain nombre de préconçus qui se plaît de renvoyer la surmortalité par cancer (et autres pathologies) aux conduites dites à risques situées d'un point de vue genré, soulignant notamment la surconsommation des substances psychoactives au sein des certains groupes. Adoptant un point de vue biomédical (que l'on retrouve également et principalement dans les études épidémiologiques) de telles thèses ne nous renseignent pas sur les logiques genrées qui guident les conduites individuelles, alors que d'autres perspectives analytiques (à l'image de celle proposée par la philosophie) restent sous-explorées (Bellebeau, chapitre 2). Dans le droit fil de cette même perspective, les auteurs discutent également la valeur explicative de l'emprise d'un ethos viril ou encore la sur-déclaration de problèmes de santé de « second ordre » chez les femmes, thèse qui ne semble pas non plus tout à fait satisfaisante. Acceptées à des degrés divers, de telles observations

---

<sup>22</sup> Fassin, 1999.

tendraient à naturaliser les problèmes de santé laissant penser que la « fragilité » conçue comme une caractéristique intrinsèquement féminine ou encore la propension de femmes socialement entretenue à mettre en mots leurs « faiblesses », pourrait fonctionner comme une barrière prophylactique « magique » face à la maladie cancéreuse (Meidani, chapitre 3).

En outre, et alors qu'il paraît difficile de remettre en cause la thèse défendue par Aïach (chapitre 1) selon laquelle la population masculine est davantage exposée aux risques CMR (Cancérogènes, mutogènes, reproductifs) liés à certaines activités professionnelles et en souscrivant au rôle central des activités professionnelles au sein de la masculinité, il ne semble pas pour autant évident de conclure à une population féminine moins inégalitaire<sup>23</sup>. L'incidence du cancer du sein chez les femmes cadres supérieurs les plus instruites, qui avance comme une épidémie à partir des années 1980, en atteste. Il en est de même pour le cancer des poumons en hausse chez les femmes. Ces constats n'éclairent pas à rebours, seulement le « bénéfique » différentiel relatif à un certain statut, pour l'essentiel professionnel et marital, pour une partie des femmes. Ils questionnent aussi les limites d'une partie des analyses proposées. Selon certains auteurs<sup>24</sup>, la meilleure santé des femmes « opprimées », comparativement à une population féminine « insoumise », illustrerait le prix de l'émancipation féminine (aussi relative soit elle). Les contributions rendent compte de ces thèses qui pourraient venir encourager le maintien des rôles traditionnels. La propagation métastatique des cellules cancéreuses serait alors une métaphore illustrative des risques encourus pour la santé, et par conséquent pour l'ordre social, cristallisation par excellence des inquiétudes à l'égard de la mutation sociétale des rôles traditionalistes de mère et d'épouse. Au sein de telles considérations interprétatives, les conduites dites à risques notamment alcool-tabagiques (abondamment culpabilisantes) reviennent au galop, rappelant la responsabilité individuelle dans la gestion de leur santé, alors que la pensée catégorielle du sexe assoit son emprise.

Quelles que soient les critiques que l'on peut adresser à cette dernière, elle a permis de rendre compte d'une polémique fondamentale de l'analyse des rapports sociaux de sexe, qui interroge la composante symbolique de la domination masculine donnant suite à une série des controverses spécialement dans le champ de la santé. Les trois premiers textes qui nous sont donnés à lire confirment alors que si les inégalités genrées au regard de la santé reposent sur le « pouvoir symbolique, [qui] ne peut s'exercer sans la contribution de ceux qui la subissent »<sup>25</sup>, elles ne se réduisent pas à cette dimension<sup>26</sup>. Le consentement des dominées qui reconnaissent la légitimité du pouvoir masculin et partagent les représentations dominantes, constitue la pierre angulaire de la critique que Mathieu<sup>27</sup> adresse à Godelier<sup>28</sup> et Bourdieu<sup>29</sup>. Bien que la contribution des femmes à la reproduction de la domination masculine paraît incontestable, omettre la spécificité de la conscience des opprimées « en la tenant pour analogue avec celle des oppresseurs »<sup>30</sup>, c'est faire l'économie d'une prise de conscience contrainte et médiatisée qui maintient la violence dont sont victimes les femmes – « violence symbolique dont on ne saura méconnaître la contribution des contraintes matérielles »<sup>31</sup>. Les pénibilités physique et psychique du travail féminin, le cumul du travail professionnel et

---

<sup>23</sup> Saurel-Cubizolles, 2005.

<sup>24</sup> Peretti-Wetel et Moatti, 2009.

<sup>25</sup> Bourdieu, 1998, p. 62.

<sup>26</sup> Mathieu, 1991.

<sup>27</sup> Mathieu, p. 1991.

<sup>28</sup> Godelier, 1982.

<sup>29</sup> Bourdieu, 1998.

<sup>30</sup> Mathieu, 1991, p. 231.

<sup>31</sup> Mathieu, 1991, p. 232

domestique, la dispersion des tâches, le temps limité de loisirs dont disposent les femmes demeurent alors méconnus, au même titre que les conséquences prosaïques sur leur capital santé et la gestion de la trajectoire de la maladie cancéreuse (Meidani, chapitre 3).

## 2. *La place du genre dans la santé reproductive et la sexualité*

Au cœur de structures patriarcales, le contrôle institutionnalisé des capacités de reproduction des femmes<sup>32</sup> occupe une place centrale. Les tentatives faites par des groupes des femmes de briser ce contrôle exercé majoritairement par les hommes et de démocratiser les enjeux autour de la reproduction, ont conduit à certaines luttes dans l'arène mondiale contemporaine sur les droits à l'avortement, la contraception et l'élaboration des politiques technocratiques au service de femmes, la GPA (Rozée, chapitre 5) ou encore la gestion des risques reprotoxiques au travail (Legrand et Meidani, chapitre 4). Soyons clairs : si masculinités et féminités dictent certaines pratiques sociales notamment relatives au travail, la sexualité (Meidani et Alessandrin, chapitre 6), la paternité ou la maternité, en référence à des propriétés biologiques des corps sexués, ces mêmes pratiques ne sont pas déterminées par ces propriétés genrées dans une relation phénotype / génotype. Ce qui signifie que les identités masculines peuvent être adoptées par des personnes ayant des corps féminins<sup>33</sup> (et *vice versa*), et qu'il y a une grande diversité dans les formes de masculinités et de féminités, plus ou moins transitoires, produites et incorporées par les acteurs sociaux<sup>34</sup>.

De ce point de vue, la sexualité et la santé reproductive constituent une arène sociale centrale dans laquelle masculinités et féminités sont négociées, définies et adoptées. L'œuvre de Héritier<sup>35</sup> soulignant la place qu'occupe la reproduction dans le différentiel masculin / féminin et dans la domination masculine, est à ce titre précieuse. Dans cette perspective, les écarts genrés enregistrés au long des chapitres qui suivront pourraient se rapporter davantage aux conditions sociales d'expression genrée des maux qu'à la prégnance d'un ethos genré (viril ou féminin). Plus concrètement, ce dont il est alors question dans les textes de la deuxième partie, ce sont les conditions sociales qui comprennent les ressources socioculturelles mais impliquent aussi des ordres et des régimes genrés qui privilégient les hommes (Legrand et Meidani, chapitre 4), et particulièrement certaines catégories d'entre eux. Toutefois, comme Mane et Aggleton<sup>36</sup> l'affirment, les dynamiques de genre ne peuvent pas se réduire à une question de vulnérabilité ou d'autonomisation des femmes. Les masculinités se trouvent aussi centralement impliqués dans ce mouvement. Par ailleurs les configurations des pratiques des soins, paramétrées par l'ordre et le régime dynamiques de genre, sont ouvertes au changement. Les pratiques de santé reproductive et de sexualité ne sont pas tout simplement des résultantes d'une masculinité traditionnelle. Elles surviennent dans l'effondrement partiel de l'ancien ordre des sexes, sous des pressions de multiples formes de précarisation, à l'image de celle induite par les nouveaux enjeux en matière de santé reproductive ou encore les parcours de sexualités mouvantes, comme celle des figures vieillissantes examinées sous un angle intersectionnel (Meidani et Alessandrin, chapitre 6).

Ajoutons qu'au sein de cette seconde partie prennent corps les difficultés de théorisation du genre et sa place dans la santé dans un contexte de globalisation. Prises en otage dans les engrenages de la mondialisation, les recherches scientifiques projettent

---

<sup>32</sup> De Barbieri, 1992.

<sup>33</sup> Halberstam, 1998.

<sup>34</sup> Kimmel *et al.*, 2005.

<sup>35</sup> Héritier, 1996.

<sup>36</sup> Mane et Aggleton, 2001.

généralement sur le reste du monde les théories de la modernité déjà conçues *par et pour* les sociétés occidentales<sup>37</sup>. Or, les inégalités sociales de la santé observées ailleurs qu'en Occident, scrutées dans le cadre des recherches en sciences humaines et sociales, ne sont pas des accidents du parcours de la mondialisation. Elles sont systématiquement produites par le fonctionnement des sphères économique, politique et sociale de la santé, commandées sur des longues périodes de temps et impliquant des inégalités genrées propres aux différents contextes socioculturels qui demeurent largement sous étudiées (Rozée, chapitre 5). À ce sujet, le texte de Rozée offre un éclairage des travaux de Radcliffe, Laurie et Andolina<sup>38</sup> qui appellent à « la transnationalisation du genre ».

Dans cette dynamique, les pays en voie de développement à l'image de l'Inde, occupent une place singulière. Ces sociétés produisent des nouvelles divisions genrées au travail formel et informel des soins. Peterson<sup>39</sup> parle d'une « économie de la reproduction » globale, dans laquelle le travail des femmes est majoritairement situé dans le registre de l'aide informelle, avec des risques accrus pour leur santé. C'est dans ce sens (entre autres) que le patriarcat peut être conçu comme une forme institutionnalisée du pouvoir masculin dont les effets dommageables sur la santé demeurent encore sous étudiés. Quoiqu'il en soit, il paraît difficile de continuer à travailler sur certaines thématiques de santé (comme la reproduction, la naissance, les soins aux nourrissons ou le SIDA, par exemple), sans rendre compte de la manière dont les différentes sociétés sont affectées par le processus de la mondialisation et les enjeux genrés qui le traversent<sup>40</sup>. Les corps des femmes spécifiquement destinés à la récolte et la vente des tissus reproducteurs, ainsi que la marchandisation de la capacité de reproduction *in situ* à travers la maternité de substitution méritent, en effet, qu'on s'y attarde. Le travail de Rozée sur le recours à la GPA en Inde se propose de le faire (*cf.* chapitre 5).

### 3. *Autour de la construction sociale de corps sexués : jeux et enjeux de santé*

À l'examen de la littérature scientifique francophone en lien avec la thématique qui nous importe ici, force est de constater que globalement les approches théoriques du genre qui croisent le champ de la santé nient l'importance du corps afin de prioriser la structure sociétale en lien avec la santé, les politiques sanitaires ou encore une expérience « hors corps ». Mais adopter ce point de départ serait faire une analyse de genre à peu près inutile. Pour la recherche en sciences humaines et sociales qui se penche sur les questions de santé, l'analyse des pratiques corporelles d'un point de vue genré constitue la base d'une entreprise de réalisation de soi qui paraît incontournable. Les contributions de cette partie permettent de spécifier comment une société gère les trajectoires de santé et de maladie, analysées sous le prisme du genre, inévitablement reliées avec des parcours des soins qui engagent le corps<sup>41</sup>. Dans cette perspective, les institutions qui œuvrent en matière de santé et les pratiques individuelles des soins qui impliquent les corps ne sont pas deux royaumes opposés, mais deux faces de la même monnaie, comme en témoigne la gestion chirurgicale des corps « obèses » (Toulze, chapitre 8). Si les sciences sociales contemporaines qui travaillent sur des thématiques de la santé reconnaissent d'un point de vue théorique que ces deux composantes sont intimement mêlées, dans la mise à l'épreuve empirique le paysage se gâte... Et pourtant, comme Krieger<sup>42</sup> le mentionne en reprenant la thèse Nietzscheenne, « nous vivons incarnés ». En effet, il n'est jamais arrivé à personne d'entre nous d'oublier son corps comme

---

<sup>37</sup> Connell, 2014.

<sup>38</sup> Laurie et Andolina, 2004.

<sup>39</sup> Peterson, 2003.

<sup>40</sup> Epstein *et al.*, 2004.

<sup>41</sup> De Barbieri, 1992.

<sup>42</sup> Krieger, 2005, p. 351.

on oublie son trousseau de clés<sup>43</sup>. Besoins, plaisirs et limitations corporels sont à l'œuvre dans toute relation sociale, toute pratique de santé, tout changement social. Par conséquent, quel que soit le regard analytique que nous adoptons, nous ne pouvons faire l'économie de cette emprise corporelle, forcément genrée, indissociable de la sphère des inégalités sociales de la santé.

En effet, ce sont ces mêmes corps - plus au moins malades ou en « bonne » santé - qui se trouvent impliqués dans le travail de (re-)production des classes, des origines ethno-raciales, et plus généralement de l'ordre social, travail médiatisé par des processus complexes. C'est bien ce qui se retranscrit dans l'analyse de l'impact des niveaux de revenus sur les pratiques alimentaires (Toulze, chapitre 8), ou encore dans l'examen des questions de santé au sein des parcours de transition. Les textes de la dernière partie avancent donc vers une co-détermination du biologique et du social et soutiennent que le genre est une forme spécifique de cette cogestion qui oriente toute expérience de santé<sup>44</sup>. D'après Connell<sup>45</sup> ces usages sociaux du genre prennent corps (au sens propre et figuré du terme) dans une interaction structurée qui se déploie dans l'arène de la santé. Dans ce domaine, la reproduction sociale des corps humains est historicisée, adopte des formes sociales spécifiques en fonction des époques et des sociétés et incarne un processus en constante évolution. Le texte de Schneider qui examine les parcours de transition prenant appui sur une enquête bruxelloise, permet d'en rendre compte.

La tâche conceptuelle qui incombe aux chercheurs en sciences humaines et sociales qui travaillent sur le genre en lien avec la santé est donc - entre autres - de théoriser, autrement dit de restituer l'épaisseur sociale des mouvements par lesquels les corps se trouvent engagés dans de tels processus sociaux, censés piloter les pratiques de santé préventives, curatives et palliatives. Les approches théoriques du genre sont alors amenées à reconnaître, à la fois, la dynamique sociale que les corps secrètent abondamment et les enjeux de leur gouvernance, et réfléchir les deux ensembles. La contribution de Giami (chapitre 7) se propose de le faire en investiguant la thématique transgenre. En cherchant à conceptualiser la relation entre le genre et la santé à la lumière des arguments de l'auteur susmentionné, nous ne pouvons pas traiter logiquement le genre comme une variable indépendante et l'état de santé comme une variable dépendante, sans retomber sur l'idée d'une catégorisation selon laquelle les effets sur la santé du genre correspondent, peu ou prou, aux différences biologiques mises en exergue par le modèle analytique biomédical du corps. Et pourtant ce cadre de pensée binaire et causal perdure, même si le caractère social des relations genrées est visible au sein des connaissances biomédicales, des procédés de production du savoir, des interactions soignants / soignés qui les animent etc. (Schneider, chapitre 9), alors qu'à la fois la santé de la population trans est reconnue comme un problème situé au-delà de la biologie.

Dans le prolongement de cette perspective analytique qui cherche à restituer au corps sa juste place, Raymond, Greenberg et Leeder<sup>46</sup> soulignent que quelques pratiques corporelles, ainsi que les catégories et les limites fixées autour de ces pratiques, ont fini par marginaliser certains choix opérés par les acteurs jusqu'à les considérer comme un problème de santé. Le « mauvais » genre est alors perçu comme un mauvais choix d'objet et / ou un mauvais choix identitaire, et ce type d'arguments a longtemps été considéré en psychiatrie (et pas uniquement) comme la preuve par excellence d'un fond pathologique qui sous-tend les

---

<sup>43</sup> Meidani, 2007.

<sup>44</sup> Roberts, 2000.

<sup>45</sup> Connell, 2005.

<sup>46</sup> Raymond, Greenberg et Leeder, 2005.

parcours de transition (Schneider, chapitre 9). L'appellation « trouble de l'identité de genre » en dit long à ce propos<sup>47</sup>. Même renommée « incongruité entre les sexes », dans l'édition récente du DSM-V<sup>48</sup>, l'expérience trans continue à être considérée comme un désordre. Au sein des études qui traitent de cette question<sup>49</sup>, il apparaît clairement que les influences psychiatriques sur la santé - et plus généralement le travail de soignants - sont genrés. Et pourtant, ce pan de la recherche est resté silencieux, surtout en France, malgré l'émergence récente de *trans studies* à l'échelle internationale. Changer des catégories sexuées déclenche un processus de transition qui est dramatisé aujourd'hui dans les protocoles de prise en charge, une tendance qui se voit aussi dans la recherche historique qui retrace l'évolution significative des termes tels que « féminin », « masculin », « ni homme ni femme », « homme et femme » etc. (Giami, chapitre 7). Ces résistances aux changements se retranscrivent dans tous les regards analytiques mais, en particulier, dans les termes catégoriels d'une pensée qui prend pour acquise la fixation de l'identité sexuée binaire.

### *En guise de conclusion...*

Les travaux présentés dans le présent ouvrage montrent que l'égalité de genre dans le champ de la santé, conçue comme une structure sociale, se pose dans une histoire située dans un contexte sociétal et est toujours ouverte au changement. Cela ne signifie pas que les ordres du genre et de la santé ainsi que les progrès réalisés avancent toujours dans la même direction (émancipation *versus* domestication), mais que ces ordres genrés et sanitaires ne sont pas des entités statiques et que leur examen implique une analyse interdisciplinaire. Cet aspect mouvant du cadre est à étudier avec vigilance car les asymétries dans les structures de genre opérantes dans le champ de la santé peuvent être aussi marquées par des différences entre un ordre de genre consolidé dans les métropoles de l'Occident et un ordre de genre « brisé » dans la périphérie, à l'égard des pays en voie de développement<sup>50</sup>. À ce niveau, les enjeux de la mondialisation en lien avec le genre et la santé doivent être examinés comme un objet à part entière. Il en résulte que le genre continue à structurer les services et les expériences de santé, mais d'une manière de plus en plus entrelacée avec des inégalités ethniques, classistes, liées à l'âge ou la génération, qui agissent à échelle internationale. Cette observation se retranscrit clairement dans le marché transatlantique qui régit les dispositifs sanitaires procréatifs.

Quant aux thématiques explorées au sein de cet ouvrage, en tant qu'objet de recherche qui travaillent nos représentations, nos pratiques mais aussi les politiques publiques de santé, les questions de cancer, de santé reproductive et sexuelle ainsi que celles de modifications corporelles ont été retenues comme axes structurants pour ce livre. Au sujet des orientations analytiques adoptées, l'objectif était de rendre compte de la pluralité des apports théoriques qui permettent de questionner le couple genre / santé à travers des terrains variés et d'un point de vue interdisciplinaire. Au risque d'émettre les regards, nous avons souhaité ce livre ouvertement comparatif tant du point de vue des thématiques que des contextes d'analyses. Les parcours de santé et les parcours genrés étant simultanément encadrés dans des logiques locales et internationales, cette perspective comparatiste constitue une réelle plus-value pour l'analyse du couple santé et genre. Des sujets comme la GPA ou les mineurs trans, sujets

---

<sup>47</sup> Hill *et al.*, 2007.

<sup>48</sup> La dernière édition du *DSM* (de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, communément appelée, « DSM-5 » a été publiée en 2013.

<sup>49</sup> Alessandrin, 2014 ; 2016 : Alessandrin et Espineira, 2015.

<sup>50</sup> Laurie, 2005.

encore tabous en France, nécessitent eux-aussi ce *pas de côté* géographique afin de mieux comprendre ce qui, ailleurs, organise les parcours de santé et les parcours de genre et par là même de saisir la spécificité française. Cette pluralité des éclairages tient tête à l'homogénéité des discours qui entourent parfois les questions de genre et de santé. Se mêleront alors dans ces pages qui suivent des lignes expérientielles, des analyses communicationnelles, médicales, sociologiques, psychologiques, anthropologiques ou philosophiques qui traduisent, chacune à sa façon, un poste d'observation du couple genre et santé. Tantôt macro- tantôt micro-analytiques, ces réflexions se font écho pour donner à voir la complexité dans les parcours imbriqués de genre et de santé. De plus, la volonté de ne pas isoler la variable genre et d'opter pour une approche intersectionnelle qui étudie le genre en interaction avec d'autres variables, notamment sociodémographiques, permet de traduire sa dimension plurielle, tant du point de vue des définitions que des contextes. Il en va de même pour la notion de santé, car selon les contributions, la santé renvoie au système et aux pratiques de la médecine comme à des activités hors champ médical *stricto sensu*. Cette élasticité des approches de genre comme de santé donne ici lieu à des accouplements thématiques et scientifiques dont l'originalité paraît fructueuse.

Que conclure ? Alors que les choix de carrière de genre et de santé plus ou moins contraints se profilent à l'horizon, la courbe d'une domination patriarcale millénaire semble difficile à renverser - même face à des leviers politiques qui permettent de réfléchir l'égalité de genre au regard de la santé comme un « objectif atteignable »<sup>51</sup>. Mais peut-être qu'en discernant les constructions genrées et leurs composantes hégémoniques, nous pouvons anticiper les conséquences pour la santé des parcours de genre initiés par les personnes les plus démunies, et inversement les conséquences pour le genre des parcours de santé les plus précaires. Si des chemins différents dans l'avenir sont ouverts aux ordres genrés opérant dans la sphère sanitaire, avec différentes conséquences pour la santé et le bien-être, alors ce sont autant de leviers de changement qu'il convient de saisir. Ce mouvement se retrouve historiquement dans les mouvements féministes qui ont conduit la réforme de l'égalité. Dans ce sens, le genre avance comme un processus qui influe sur la santé et appelle à être étudié à travers des terrains sociaux sur lesquels émergent des enjeux socio-sanitaires complexes.

---

<sup>51</sup> Héritier, 2004.