



HAL
open science

Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales

Virginie Vinel, Elsa Dorlin, Magali Demanget, Nicoletta Diasio, Patrick Ténoudji, Maria-Isabel Freiria, Liane Mozère

► **To cite this version:**

Virginie Vinel, Elsa Dorlin, Magali Demanget, Nicoletta Diasio, Patrick Ténoudji, et al.. Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales. Virginie Vinel. Le Portique, pp.280, 2007, Les Cahiers du Portique, Jean-Paul Resweber. halshs-00633415

HAL Id: halshs-00633415

<https://shs.hal.science/halshs-00633415>

Submitted on 18 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

thématiques
anthropologie

féminin, masculin:

anthropologie
des catégories
et des pratiques
médicales

sous la direction de
Virginie Vinel

cahiers du portique

4

FEMININ, MASCULIN :

ANTHROPOLOGIE DES
CATÉGORIES ET DES PRATIQUES
MÉDICALES

2007

AUX ÉDITIONS DU PORTIQUE
Collection « Cahiers du Portique »
(dir. Jean-Paul Resweber)

Déjà parus :

Les Cahiers du Portique n° 1.

COLLECTIF, *Les Gestes de soin* (sous la dir. de J.-P. Resweber. Contributions : J. Agnès, N. Antenat, J.-F. Bert, B. Goetz, M. Klein, L. Jeanpierre, D. Marinelli, C. Rochette, J. Strauser).

Les Cahiers du Portique n° 2.

Roland SUBLON, *Le Sujet de l'éthique. Lecture psychanalytique.*

Les Cahiers de la recherche (Recherches en philo à l'Université de Metz) *Cahiers 1. 2003 – Cahiers 2. 2004 – Cahiers 3. 2005*

En préparation :

Les Cahiers du Portique n° 4. *Le Jésus des philosophes.*

Les Cahiers du Portique n° 5. *Heidegger et la globalisation, Philosophie et psychanalyse : critique du jugement.*

FEMININ, MASCULIN.
ANTHROPOLOGIE DES
CATÉGORIES ET DES PRATIQUES
MÉDICALES

Sous la direction de
Virginie Vinel

LES CAHIERS DU PORTIQUE

INTRODUCTION

Virginie Vinel

Consommation médicale, contraception, cancers, fertilité, poids, accès aux soins, ces indicateurs évoquent des différences entre hommes et femmes du point de vue du rapport au corps et à la santé. Ainsi, est-il une banalité d'écrire que les femmes vivent plus longtemps que les hommes et qu'elles présentent moins de cas de maladie cardio-vasculaires, en Occident. Il paraît évident aussi que les femmes développent une morbidité spécifique liée à la grossesse et que celle-ci représente encore aujourd'hui un haut risque de mortalité pour les femmes du Tiers-Monde ¹. Il est moins connu que les hommes sont plus atteints par le VIH-Sida dans les pays du Nord, alors que les femmes représentent 60 % des séropositifs en Afrique ². Les femmes et les hommes contractent des maladies différentes, ils se

1. 7692 décès pour 100 000 naissances en Afrique sub-saharienne, 1852 en Asie du sud, 1818 au Moyen-Orient et Afrique du Nord en 2000. Source : J. SEAGER, 2003, p. 31.

2. OMS, 2003.

distinguent aussi dans leur perception de la santé et de la maladie, dans leur traitement et leur rapport aux institutions de santé. P. Aïach (2001) fait état, par exemple, en France, du paradoxe d'une surmortalité masculine et d'une surmorbidité féminine. Cette apparente contradiction trouve une première explication dans les conditions professionnelles plus dures encore aujourd'hui pour les hommes que pour les femmes. Un deuxième facteur concerne une interprétation des symptômes corporels en terme de maladie plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Selon l'auteur, les femmes semblent déclarer davantage de maladies parce que leur habitus les incite à être plus attentives à leur corps, à plus se pencher sur la prévention et à davantage traduire des transformations corporelles en terme de pathologie.

La catégorie « genre » traverse ainsi toute la sociologie et l'anthropologie de la santé et de la maladie. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est emparée de ce constat pour faire du genre une priorité de son analyse par rapport à certaines questions de santé telles que la cécité, la tuberculose, le VIH-Sida et la maltraitance. Si les recommandations portent sur une prise en charge équitable de la santé des hommes et des femmes et une réflexion sur la spécificité des deux genres, les programmes de l'OMS sont pour le moment davantage orientés vers les femmes que les hommes. Plus que les genres masculin et féminin, les femmes apparaissent, ainsi, comme une catégorie spécifique dont les états de santé sont plus à prendre en compte que ceux des hommes.

Le constat est peu différent dans les travaux scientifiques. Ainsi, les sociologues anglais, canadiens et américains, et depuis moins longtemps les français, ont réalisé un grand nombre de travaux sur la question de la santé et du genre, mais leurs études se consacrent

essentiellement aux femmes. La maternité, les cancers, les maladies vénériennes, la dépression, le sida ont particulièrement été observés du point de vue de leur prévalence dans la population féminine et des logiques culturelles, sociales et politiques qui y sont relatives. N. Charles (1998) constate, par exemple, les différences de discours et de perception de la maladie et de la santé selon les âges et la génération chez des femmes de Galles du sud. Muriel Darmon (2003) porte une analyse novatrice, en terme de carrière, sur l'anorexie, en démontrant l'engagement des jeunes filles dans des techniques de contrôle et de transformation de leur corps et dans des parcours en institution hospitalière.

Les femmes en tant que mères sont l'objet d'observations répétées tant du point de vue de la santé maternelle que des soins donnés aux enfants. Des populations particulières, telles que les prostituées, sont aussi le point de mire des études. Le problème de la sur-représentation du sida chez les femmes africaines a spécialement attiré l'attention des anthropologues français. Laurent Vidal (2000) analyse, ainsi, les conditions culturelles et sociales de transmission du sida aux femmes ivoiriennes et africaines en général. La domination sociale, physique, symbolique est au cœur de l'impossibilité des femmes à se protéger. Un numéro récent de *Sciences sociales et santé* intitulé *Genre et santé* (2004) comporte deux articles sur l'inégalité des sexes face à l'infection du VIH-sida et la maternité dans le contexte des multi-thérapies antirétrovirales.

Moins centrés sur les pratiques et les représentations des usagers, d'autres catégories de travaux se sont penchés sur les professions de santé. Les sociologues américains et français, s'inscrivant dans une longue tradition de sociologie des

professions, décrivent les rapports sociaux de sexe dans des professions où les femmes sont massivement employées. Parmi ces recherches, le suivi jour après jour du mouvement des infirmières en 1988-1989 par quatre sociologues et l'analyse qu'elles en donnent sont particulièrement vivifiants³. L'originalité de cette longue grève est due à la féminisation de l'encadrement du mouvement alors que les hommes infirmiers, plus souvent syndiqués, étaient plus habitués à cette gestion. D. Kergoat (1992) démontre qu'au-delà des revendications sur les conditions de travail, il s'agissait d'un mouvement de femmes pour la reconnaissance de leur compétence non pas en tant que femmes, sensées être « naturellement » soignantes, mais en tant que professionnelles. Cette recherche fait miroir avec les travaux consacrés aux tâches de soins aux enfants et aux personnes âgées assurées en grande partie par les femmes au sein des familles (Cresson, 2001) ou des institutions (Mozère, 1992). Une réflexion politique sur le *care* (souci, soin) conduit à déconstruire l'association entre féminité et soin. Ainsi, Joan Tronto⁴ veut-elle désenchasser cette notion du genre pour en faire un positionnement politique d'attention, de « prendre soin » aussi bien aux êtres humains qu'aux animaux et à l'environnement. Mettre le *care* au centre de la vie humaine revient à déconstruire la hiérarchie entre les activités sociales dans lesquelles les tâches de soin sont invisibilisées et dévalorisées, et lui donner une place fondamentale dans la théorie politique et morale, commente L. Mozère (2004).

3. KERGOAT *et al.*, 1992.

4. Conférence du 25-11-2003 à l'Université de Metz.

La multiplicité des études sociologiques sur la santé féminine s'insère logiquement dans l'ensemble des travaux féministes, précurseurs des études sur le genre. Constatant l'invisibilité des femmes tant dans la vie sociale que dans les recherches, les chercheurs, surtout des femmes, se sont consacrées avant tout à décrire les inégalités que subissaient leur homologues. La santé des hommes a moins attiré l'attention, mais les travaux se multiplient en Grande-Bretagne et au Canada. Ainsi, G. Dulac, H. De Ravinel et M. Trottier (1997) lancent un plaidoyer pour l'étude de la spécificité du vieillissement masculin. La culture masculine, montrent-ils, se heurte aux changements physiques et relationnels du grand âge. Nombreux sont les hommes à ne voir dans ces changements que des faiblesses ce qui les conduit parfois au suicide. K. Charmaz (1994) décrit comment les hommes, plus souvent et plus brutalement atteints d'une maladie chronique que les femmes, le vivent comme une crise identitaire.

L'abondance d'études sur les femmes et la santé peut se lire aussi d'un point de vue foucauldien. La profusion et le pluralisme de discours sur la santé et le corps s'est orienté avant tout vers le sexe féminin parce que les techniques mises en place à partir du XVIII^e siècle sur la population bourgeoise (production du discours et d'aveux, surveillance de la sexualité) relevait d'une intensification du corps, d'une problématisation de la santé et de ses conditions de fonctionnement ; il s'agissait de maximaliser la vie (Foucault, 1976). Or, la femme en tant qu'être social a été longtemps considérée comme gouvernée par son corps, par son sexe biologique, « découvert » lui aussi au XVIII^e siècle (Laqueur, 1992). Et ce sexe apportait particulièrement faiblesse et

morbidité⁵. E. Annandale et K. Hunt (1990) constatent encore au XX^e siècle que le masculin est plus souvent associé à la bonne santé que le féminin.

La sociologie et l'anthropologie n'échappent pas à cette focalisation sur les femmes. Pourtant, le groupement féministe, *Our bodies ourselves*, promoteur de recherches et d'actions, revendique d'extraire le corps féminin de la problématique médicale en défendant notamment que les événements physiologiques (naissance, ménopause, vieillissement, mort) ont moins à être pris en charge médicalement que socialement. Ce positionnement renvoie à l'inscription politique de la santé dont D. Fassin (1996) fait la généalogie des sociétés dites traditionnelles aux sociétés industrielles. Dans celles-ci, les politiques de santé publique – entendues au sens large – inscrivent dans les corps les inégalités entre les genres, mais aussi entre les catégories sociales ou entre les groupes « ethniques ».

Prenant acte de la richesse de ces travaux, cet ouvrage propose deux entrées sur la question du genre et de la santé. La première explore l'articulation entre les genres, la santé et le politique à travers l'analyse anthropologique et socio-historique. Magali Demanget déconstruit ainsi les politiques de santé indigénistes au Mexique. Fondées sur la participation des populations, ces programmes, destinés surtout aux femmes, instrumentalisent des pratiques médicales locales dans une visée normative peu soucieuse de la complexité et de la dynamique des représentations autochtones. L'auteur interroge les décalages et les reconstructions des catégories de genres produits dans cette

5. Voir le texte d'Elsa Dorlin dans cet ouvrage.

confrontation, tant du point de vue des praticiens que des imaginaires locaux. L'analyse socio-historique des catégories médicales enseigne aussi sur la co-construction des genres et du politique en France. Elsa Dorlin démontre ainsi comment la notion de santé féminine est liée à l'émergence de la Nation. Constatant l'absence de traités de santé masculine, l'auteur examine le passage du tempérament morbide « naturel » des femmes à l'état de santé des mères de la Nation. Nicoletta Diasio explore plus précisément la catégorie « ménopause », née au début du XIX^e siècle. Les représentations véhiculées dans les traités médicaux, écrits par des hommes, font de cette notion un point nodal de l'articulation entre reproduction et production de soi. Les femmes ménopausées entrent – pour les médecins de l'époque – dans d'autres temporalités marquées de transformations psychiques et physiques.

La deuxième lecture, proposée ici, décrypte des problèmes de santé, des pratiques et des représentations médicales pour lesquelles le genre est un axe central de définition. Pascal Le Vaou analyse d'un point de vue ethnopsychanalytique les pathologies de femmes issues de l'immigration maghrébine en France. Il questionne l'incidence de la domination masculine, des mariages arrangés et de l'endogamie sur le psychisme de femmes écartelées entre plusieurs désirs et marquées par de profondes souffrances. L'incontinence urinaire permet à Patrick Ténoudji une critique des représentations de genres dans la France contemporaine. Cette maladie assignée aux femmes est entourée de honte et de silence. À travers la démarche originale d'examiner autant les paroles des patientes que des médecins et des enquêtrices, l'auteur démontre comment

cette maladie agit comme un véritable discriminant entre les sexes. D'autres catégories médicales de la vie masculine et féminine, l'andropause et la ménopause, sont l'objet d'une mise en miroir par Virginie Vinel. Elle examine l'émergence de la notion d'andropause et sa présentation dans des ouvrages et des sites internet de vulgarisation médicale. Une représentation des genres égalisés, voire neutralisés, transparait à l'aube de la vieillesse. Autre croisement des genres, autre passage, Marie-Isabel Freiria décrit à travers l'accompagnement global de la naissance comment implications féminine et masculine s'articulent autour de la grossesse et de l'accouchement. L'auteur s'interroge sur une pratique innovante et rare, où le père, la mère et la sage-femme construisent des places différenciées, mais égalitaires. Même phase de la vie, autre choix, Liane Mozère livre son expérience et son point de vue sur l'avortement clandestin à la fin des années 1950. Ces deux articles prolongent la réflexion, ouverte par le mouvement *Our bodies ourselves*, sur la place des femmes en tant qu'actrices de leur santé, mais aussi soulèvent des questions sur le positionnement des hommes dans des moments-clés du cycle de vie qui concernent l'un et l'autre sexe.

BIBLIOGRAPHIE

- P. AÏACH, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in P. AÏACH, D. CEBE, G. CRESSON, C. PHILIPPE, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Paris, ENSP, 2001, p. 117-147.

- E. ANNANDALE, K. HUNT, « Masculinity, Femininity and Sex : an exploration of their relative contribution to explain if gender differences in Health », *Sociology of Health and Illness*, 1990, 12 (1), p. 24-46.
- D. BONNET (éd.), *Sciences sociales et santé. Genre et santé*, 2004, 22 (3).
- K. CHARMAZ, "Identity dilemmas of chronically ill men", *Sociological Quarterly*, 1994, 35 (2), p. 69-288.
- N. CHARLES, V. WALTERS, "Age and Gender in Women's Accounts of their Health : Interviews with Women in South Wales", *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20 (3), p. 331-350.
- G. CRESSON, « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes » in P. AÏACH *et al.*, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Paris, ENSP, 2001, p. 303-320.
- M. DARMON, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte, 2003.
- G. DULAC, « Plaidoyer pour une minorité oubliée : les hommes âgés. Vieillir au masculin », *Gérontophile-Sainte Foy*, 1997, 19 (4), p. 3-9.
- D. FASSIN, *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.
- T. LAQUEUR, *La Fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en occident*, Paris, Gallimard, 1992.
- L. MOZERE, *Le Printemps des crèches. Histoire et analyse d'un mouvement*, Paris, L'Harmattan, 1992
- L. MOZERE, « "Le souci de soi" chez Foucault et le souci dans l'éthique politique du care », *Le Portique*, « Foucault. Usages et actualités », n° 13-14, 2004, p. 149-168.
- O.M.S., *Gender and HIV/AIDS*, 2003.

- J. SEAGER, *Atlas des femmes dans le monde*, Paris, Autrement, 2003.
- Sciences sociales et santé. L'inégalité des sexes face à l'infection du VIH-Sida en Afrique*, 2004, 22 (3).
- L. VIDAL, *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, Paris, PUF, 2000.

GENRE, SANTE, NATION A L'ÂGE CLASSIQUE

Elsa Dorlin

CONCEPT DE TEMPERAMENT
ET RAPPORT DE GENRE : LA SANTE
COMME NORME VIRILE ¹

À l'Âge classique, le concept médical de tempérament a permis de définir la différence sexuelle des corps. Au XVII^e siècle, ce ne sont pas les anatomistes, mais bien les médecins qui ont fourni la définition normative des identités sexuées. Le tempérament est un concept central de la

1. Cet article est une version remaniée d'une communication au Colloque international « La Politique vu avec Foucault », organisé par l'AFSP et le CIR, 6-8 janvier 2005 à Paris.

médecine et de la philosophie depuis l'Antiquité, qui désigne la conformation interne du corps. Le corps est composé de plusieurs humeurs qui ont chacune des qualités différentes (froide, chaude, humide et sèche), et qui sont de perfection variable : le sang est la plus parfaite des humeurs, ensuite on trouve la bile, puis le flegme et la bile noire. La santé idéale consiste dans l'équilibre et dans le parfait mélange de toutes ces humeurs. En pratique, cet équilibre n'existe pas et le type sain s'apparente au tempérament sanguin, considéré comme le plus parfait des tempéraments, mais aussi comme le plus typiquement masculin. Au contraire, la maladie est l'excès ou le défaut de l'une des humeurs. Cette conception de la maladie permet de subsumer les individus sous des types pathologiques définis par l'humeur responsable du mal : bilieux, flegmatiques, mélancoliques. Elle permet également de classer les individus sous différents types caractériels (psychologiques et physiologiques), qui ne sont pas nécessairement pathologiques, mais qui définissent des prédispositions. Depuis Hippocrate et le galénisme, jusqu'au XVIII^e siècle, les femmes sont ainsi considérées comme ayant un tempérament beaucoup plus froid et humide que les hommes, qui s'apparente au tempérament flegmatique, réputé particulièrement pathogène.

Ce tempérament partagé par toutes les femmes permet de figurer la différence des sexes et l'inégalité entre les hommes et les femmes. Les femmes sont « naturellement » plus faibles parce qu'elles sont physiquement imparfaites, empêchées par un corps constamment malade. Le tempérament est donc une notion déterminante : il fournit une définition et une représentation du corps suffisamment cohérente pour rendre possible une médecine, c'est-à-dire

une pratique thérapeutique considérée comme efficace, mais aussi parce qu'il rend raison de la différence sexuelle et permet de justifier l'inégalité sociale entre les hommes et les femmes, même après que la médecine humorale ait été abandonnée. Cette conception du tempérament féminin permet d'affirmer que les femmes sont dans l'incapacité de se maîtriser, incapables de maîtriser leur corps, un corps qui coule, s'engorge, agonise. La conceptualisation de la différence sexuelle à l'Âge classique passe donc par les catégories du sain et du malsain, qui s'avèrent des plus efficaces pour soutenir la domination de genre : le corps féminin est un corps malade et tout corps malade est par définition un corps efféminé.

Pour tous les médecins français de l'Âge classique, la santé est incarnée par le tempérament dit sanguin, complexion chaude et humide qui représente depuis l'Antiquité les qualités mêmes de la vie. Dans toute la tradition humorale, la prédominance constitutionnelle du sang est petit à petit considérée, non pas comme une disposition malade, mais comme la disposition saine par excellence, la meilleure. Le sang étant défini comme la partie la plus noble et la plus importante du corps, le tempérament sanguin s'avère un étalon efficace pour mesurer la santé du corps : il désigne le bon déséquilibre, le meilleur des mauvais mélanges, ou encore, l'intempérie la plus saine que puisse connaître une complexion. En témoigne le fait que l'expression « *complexio sanguinea* » est souvent remplacée par celle de « *complexio temperata* ». Au sein de la pathologie humorale, il n'existe vraisemblablement pas d'adjectif pour désigner une constitution dominée par le sang. Au début du XII^e siècle, la classification des tempéraments en quatre types alliant les qualités, les

humeurs, les saisons, les âges et les caractéristiques à la fois physiognomoniques et psychologiques correspondantes, est devenue systématique. La *Philosophia* de Guillaume de Conches présente une version que de nombreux ouvrages postérieurs imiteront. Le tempérament sanguin est désormais considéré unanimement comme le plus parfait, celui des hommes sains, vifs et forts. Plus précisément, la complexion sanguine est considérée comme la norme idéale de la santé, parce qu'elle est systématiquement associée au juste mélange des qualités de chaleur et d'humidité. Selon Guillaume de Conches, le tempérament sanguin est celui de l'homme modéré et vertueux, car les qualités originelles du chaud et de l'humide avoisinent le plus l'équilibre et le juste mélange d'avant la Chute. Ainsi, les écarts et les multiples variations de chaleur et de sécheresse témoignent de la corruption d'une nature humaine originelle, à tel point que les tempéraments bilieux, mélancolique et flegmatique sont considérés comme des formes dégénérées du tempérament sanguin. Le tempérament sanguin marque également la place de l'homme dans la création, puisqu'il est le seul animal à jouir d'un tempérament équilibré par nature, alors que les tempéraments des animaux sont tous par nature en déséquilibre. Ainsi, il y a des animaux mélancoliques (par exemple, le bœuf et l'âne), colériques (par exemple, le lion) ou flegmatiques (par exemple, le porc). Toutefois, il faut entendre l'homme au sens de *vir*, puisque : « *Calidissima mulier frigidior est frigidissimo viro* – La femme la plus chaude est plus froide que l'homme le plus froid » (Klibansky, Panofsky et Saxl, 1989, p. 173), formule qui connaîtra un grand succès. En adaptant ainsi la typologie des complexions humorales à la révélation divine, Guillaume de Conches parvient à rendre compte de la dignité originelle de

la nature humaine, de la variété anthropologique et de l'inégalité entre les sexes, dans le cadre d'une cosmologie chrétienne inédite.

À l'Âge classique, on trouve des traités relatifs à la santé – en général – et des traités relatifs aux maladies des femmes dans toute l'Europe. En d'autres termes, il n'y a pas de traités des maladies des hommes, en tant que groupe physio-pathologique défini par son genre, c'est-à-dire que le corps masculin ou la masculinité n'est pas considérée comme un facteur pathogène, au contraire du corps féminin². Au cours du XVII^e siècle et tout au long du XVIII^e siècle, nous assistons à une production diversifiée des traités de pathologie féminine : maladies des femmes, maladies des femmes grosses et accouchées, maladies des filles, maladies des femmes à la cessation des règles, etc. Ce corpus imposant permet de définir les conditions de formation et de développement d'un genre médical codifié, les « maladies des femmes », dont sont issues la gynécologie et l'obstétrique, termes qui apparaissent dans les années 1830. Le genre des traités des « maladies des femmes » n'est pas noble, il est réservé aux chirurgiens ou aux sages-femmes.

2. Comme je l'ai étudié ailleurs, les autres catégories sociales qui feront l'objet de traités de pathologie spécifiques sont les « gens de mer », les esclaves et les colons, les artisans et les enfants. Toutefois, si dans le cas des marins, des artisans et même des enfants, la morbidité est due à des facteurs exogènes – respectivement les voyages en mer, le dépaysement, le climat, les conditions de travail (pollutions, intoxication, épuisement, malnutrition...), et les négligences ou les mauvais traitements des sages-femmes et des nourrices ; seuls les esclaves, tout comme les femmes, sont réputés être plus sensibles aux affections en raison d'un tempérament « par nature » pathogène, autrement dit, en raison d'un facteur endogène lié, dans ce cas, non plus au genre, mais à la racialisation des corps serviles. Voir Elsa DORLIN, 2006.

Ce n'est qu'au milieu du XVIII^e siècle que nombre de médecins s'intéressent aux affections féminines, notamment dans le cadre du développement d'une politique nataliste et de ce que l'on peut appeler une véritable « nosopolitique ». Nous savons que le corps des femmes est le *nexus* des premières politiques natalistes, qu'il est toujours au cœur des dispositifs de gestion sociale de la reproduction. Or, au début du XVIII^e siècle, ce n'est pas le développement d'un souci nataliste qui implique un contrôle plus efficace du corps des femmes, mais c'est parce que les femmes sont définies comme des êtres valétudinaires que la santé du peuple devient progressivement un objet de préoccupation et d'angoisse. Les femmes malades, c'est la Nation qui est malade, menacée, vulnérable. En d'autres termes, si la domination de genre s'est efficacement maintenue grâce au discours médical et à la théorie des tempéraments, la naturalisation de l'inégalité des sexes par les catégories du sain et du malsain a des effets gênants ; elle provoque des tensions et pose un réel problème politique : si les femmes sont par nature des êtres malades et donc inférieurs, ne faut-il pas s'inquiéter de la santé des enfants qu'elles donnent à la nation ? Tout au long du XVIII^e siècle, les médecins, protagonistes de la politique initiée par le pouvoir politique, vont donc se tenir au chevet des femmes parce que la régénérescence de la Nation en dépend.

Je voudrais problématiser les catégories du sain et du malsain, en montrant comment ces catégories fonctionnent comme des catégories politiques. L'objet premier de mon analyse est la pensée médicale, en tant qu'elle est un haut lieu de la définition des corps sexués à l'Âge classique, et en tant qu'elle est investie par le pouvoir politique, assignée à la gestion collective de la santé et de la maladie. Les traités

des maladies des femmes inaugurent un genre, une pratique médicale codifiée, mais ils permettent également de comprendre comment les femmes sont devenues l'objet d'un souci politique, c'est-à-dire la cible d'une politique dans laquelle les catégories nosologiques ont produit et soutenu une hiérarchisation entre les individus. En d'autres termes, l'étude des maladies des femmes montre comment la différenciation physiopathologique des groupes sociaux a été une technique très efficace de justification et de reproduction des conditions de domination d'un groupe sur l'autre. Sur le même modèle, Sander L. Gilman a remarquablement montré comment la maladie a servi à marquer le corps du juif comme « différent ». Au milieu du XVII^e siècle, des traités comme celui de Johannes Buxtorf établissent un catalogue des prétendues maladies des juifs – épilepsie, peste, lèpre (Buxtorf, 1643 ; Gilman, 1991 et 1993) : la maladie est ici pensée comme le signe de la judéité du corps et donc comme le signe de la culpabilité du peuple juif. Que peut-on apprendre de l'histoire et des modalités de cet exercice particulier du pouvoir qui use des catégories du sain et du malsain comme de catégories de pouvoir ?

LE SAIN ET LE MALSAIN COMME CATEGORIES POLITIQUES

Dans les années 1750, une véritable politique nataliste ³, la première du genre en France, se met en place, notamment

3. En France, depuis Richelieu, puis Colbert dans les années 1660, les intendants sont chargés de récolter diverses informations sur les provinces à l'intention du Roi. À la fin du XVII^e siècle, les informations collectées

à l'initiative du ministre Bertin⁴. La famille royale expose au grand jour sa fécondité, elle encourage mariages et maternités, en dotant, par exemple, les filles pauvres, en payant les premiers mois de nourrice, ou en organisant des fêtes populaires autour de la famille⁵. Dans les années soixante-dix apparaissent les premières œuvres de bienfaisance dont l'action accompagne celle des pouvoirs publics. On assiste

sont plus spécialisées et quantitatives, notamment pour servir la politique fiscale du Royaume. « Vauban rédige en 1686, pour réformer la *taille*, une “Méthode générale et facile pour faire le dénombrement des peuples”, reprise ensuite dans sa *dîme royale*. En 1694, est proposé encore, pour asseoir la première *capitation*, un recensement complet de la population. L'urgence créée par des situations de famine, d'épidémie ou de guerre est à l'origine d'enquêtes partielles sur la population et les subsistances, en 1693, puis en 1720 (peste à Marseille). Puis, peu à peu, des statistiques spécialisées et régulières sont produites, en dehors des cas d'urgences ou de réformes fiscales. Les principales sont les relevés annuels de *naisances, mariages et décès*, décidés par l'abbé Terray en 1772 (point de départ des statistiques du mouvement de la population, issues de l'état civil) », Alain DESROSIERES, *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, 1993, Paris, La Découverte, 2000, p. 39-40.

4. Henri Bertin, Contrôleur général des finances, ministre de Louis XV en 1759 : « Le rôle de Bertin semble avoir été déterminant dans l'organisation des cours d'accouchement ; il est pourtant curieusement passé sous silence, au bénéfice de Turgot, qui n'a fait que poursuivre comme intendant du Limousin ou contrôleur général, une politique déjà engagée avant lui », Jacques Gélis, « Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux xvii^e et xviii^e siècles », *Annales ESC* 35, n° 5, 1980, (p. 927-957), p. 953-954.

5. « Ainsi, le marquis et la marquise de Croissy, qui dès 1774 assurent la formation et l'entretien d'une sage-femme de qualité, à l'Hôtel-Dieu de Sablé. Le comte et la comtesse Elie de Beaumont à Canon en basse Normandie, créent un service d'assistance médicale gratuite pour les pauvres de 9 paroisses voisines ; puis en 1775, pour commémorer dignement la naissance alors prochaine du nouveau-né du comte d'Artois, dont il est l'intendant des Finances, Élie de Beaumont institue avec sa femme “la fête des Bonnes Gens” », *ibid.*, p. 939.

en fait à la prise en charge de la maladie et de la mort par le pouvoir politique. La santé est en passe de devenir un objet de préoccupation et d'inquiétude sociale et politique qui nécessite la mise en œuvre de moyens à l'échelle du royaume.

L'une des conditions, théorique et pratique, du succès de cette politique de lutte contre la maladie est de pouvoir définir la finalité du geste thérapeutique. Au fond, lorsque le médecin intervient sur le corps de la femme, que fait-il au juste ? Si la priorité est d'apaiser les souffrances, le fait de viser le rétablissement des conditions minimales de fonctionnement de la reproduction ne semble pas correspondre aux ambitions de la véritable campagne contre la mort qui s'apprête à être menée. Le médecin doit s'atteler à rétablir la santé, encore faut-il qu'il ait à disposition une conception claire de la santé féminine. D'où la nécessité d'élaborer un concept de santé qui puisse s'appliquer aux femmes, autrement dit de définir un type physiologique féminin qui représente l'état sain du corps. Or, non seulement il n'y a pas de concept de santé susceptible de servir de norme à l'aune de laquelle les médecins peuvent efficacement agir sur le corps féminin ; mais, plus encore, la façon dont la pensée médicale a jusqu'ici appréhendée le corps féminin suscite nombre d'interrogations et d'inquiétudes quant à la santé des générations à venir : la menace de dépopulation est omniprésente. De l'Antiquité jusqu'à l'Âge classique, le corps des femmes est le paradigme du corps malade. Suffocation de la matrice, grossesses, accouchements, fureur utérine, stérilité, vapeurs, prolapsus de la matrice, aménorrhée, chancre, mole, pâles couleurs, fleurs blanches, hystérie, nymphomanie, ischurie menstruelle... la longue liste des maladies réputées propre au « Sexe » constitue une véritable étiologie sexuée qui, en faisant du corps des

femmes un corps par définition malade, permet de figurer l'inégalité entre les hommes et les femmes. Toutefois, cette appréhension du corps des femmes, devient éminemment problématique au cours de la première moitié du XVIII^e siècle, date à laquelle on assiste à l'émergence de la première définition de la santé féminine.

Depuis l'Antiquité, seule la maternité servait de mesure de santé du corps féminin. Toutefois, il s'agissait d'une norme de santé approximative, défailante et problématique. Pour Galien, le corps féminin est de toute façon imparfait et pathogène : « En effet, les parties ont été construites intérieurement, pendant la vie fœtale ; n'ayant pu, faute de chaleur, descendre et faire saillie au-dehors, elles ont fait de l'animal un être plus imparfait que l'être achevé de tous points ; mais pour la race en général, ces parties n'ont pas été d'une utilité médiocre, car une femelle était nécessaire. N'allez pas croire, en effet, que notre Créateur ait volontairement créé imparfaite et comme mutilée la moitié de l'espèce entière, si de cette mutilation ne devait résulter une grande utilité » (Galien, 1854-1856, p. 102). Autrement dit, la santé féminine est définie de façon utilitariste, dans le cadre d'une pensée galénique marquée par le providentialisme : les femmes ont été créées pour la reproduction, une femme est saine lorsqu'elle est utile, c'est-à-dire lorsqu'elle est enceinte, lorsqu'elle réalise ce pour quoi elle a été créée. Dans cette perspective, la maternité est considérée à la fois comme un remède – elle vient rétablir les fins de la nature – et comme un signe de santé – elle réalise les fins de la nature. Maladie et santé sont donc définies en rapport avec l'ordre de la nature. Dans le cas des maladies des femmes, c'est précisément la stérilité qui est considérée comme le mal féminin, l'état contre-nature par excellence. La stérilité

désigne un état général, elle peut qualifier toute condition dans laquelle le corps des femmes n'est pas visiblement et certainement enceint⁶. Cet état de stérilité a été traditionnellement associé à la menstruation : les règles sont le signe inquiétant de l'échec de la fécondation. En termes nosologiques, l'inégalité des sexes est donc parfaitement figurée par le fait de la menstruation. Pour toute la tradition galénique, comme l'écrit Gail Paster, « saigner mensuellement représente un exemple particulièrement chargé de la prédisposition du corps femelle à couler, à fuir. La menstruation s'apparente aux autres variétés de l'incontinence féminine – sexuelle, urinaire, linguistique – qui servent de signes puissants à l'incapacité de la femme à contrôler les fonctionnements de son propre corps » (Paster,

6. Les discussions sur les signes de la grossesse occupent une place très importante dans les traités, dans la mesure où le médecin risque toujours de se tromper et de prendre une grossesse pour une autre maladie ou une maladie pour une grossesse, tant les signes de conception sont équivoques et souvent morbifiques. « Comme il est bien difficile, & qu'il n'appartient qu'aux Iardiniers experts, de connoître les plantes, lors qu'elles commencent à sortir de terre, aussi de mesme, il n'y a que les Chirugiens experts, qui puissent donner des assurances certaines de la conception de la femme, dès son commencement : neantmoins aucuns de ces signes ayant ressemblance avec ceux de la suppression des menstruës, & de quelques autres maladies des femmes, font que plusieurs y sont souvent trompez », François MAURICEAU, *Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont nouvellement accouchées*, quatrième édition, Paris, L. d'Houry, 1694, p. 60. Les signes sont une légère douleur au nombril du fait que la matrice effectue un mouvement quand elle se resserre pour retenir les semences, des appétits déréglés, des nausées, la suppression des mois, le gonflement des seins, les yeux enfoncés, un ventre plat. En effet, rapporte Mauriceau, il existe un proverbe de bonnes femmes, « en ventre plat, enfant y a », qui a quelque vérité, selon lui, car la matrice se resserre et les indispositions des premiers moments de la grossesse provoquent souvent un amaigrissement chez les femmes.

1993, p. 83). Cette idée persistante d'une incontenance caractéristique des femmes⁷, qui ne cessent de s'écouler, qui sont dans l'incapacité de contrôler leur propre corps, souligne que c'est bien plutôt la maladie qui les domine. La menstruation est utilisée pour démontrer l'infériorité naturelle des femmes, elle marque l'incapacité d'un organisme à parvenir à ses fins (même si la cessation ou la suppression des menstrues peuvent aussi être les signes inquiétants de maladies⁸).

Or, dès la fin du XVI^e siècle et jusqu'au début du XVIII^e siècle⁹, dans la plupart des traités des maladies des femmes, la maternité ne semble plus pouvoir figurer l'état sain du corps des femmes. Tout se passe comme si l'arrivée des

7. On peut se référer au traité de LIEBAULT, MARINELLO et PENA, *Trois livres des maladies et infirmités des femmes*, Lyon, Jean Veyrat, 1648. Par exemple, les chapitres 28 et 36 du livre I (ischurie menstruelle), 30 et 36 du livre I (gonorrhée) et 33 (babillage incessant causé par la « fureur de l'amarry », p. 95).

8. La cessation de règles est en soi une maladie des femmes : elle cause, par exemple, les suffocations de la matrice ; elle est donc rarement le signe infaillible d'une grossesse, notamment en l'absence des preuves tangibles des derniers mois de la gestation. Les femmes peuvent toujours être grosses d'une mole, ou « faux germe », fruit proprement monstrueux, ce qui nécessite l'expertise médicale, Cathy McCLIVE, « The hidden truths of the belly : the uncertainties of pregnancy in early modern Europe », *Social History of Medicine* 15, n° 2, 2002, (p. 209-27), p. 219 s.

9. Comme le rappelle Evelyne Berriot-Salvadore, toute la première partie du XVI^e siècle n'est pas animée par un souci nataliste : « On sait combien Jean-Louis Vivès se moque de ce désir effréné des femmes qui devraient plutôt penser à "l'incroyable douleur que l'on a à l'enfantement" ! », BERRIOT-SALVADORE, *Un Corps, un destin : la femme dans la médecine de la Renaissance*, Paris, Honoré Champion, 1993, p. 140-141, citant Jean-Louis VIVES, *Livre tres bon, plaisant, salutaire de l'Institution de la femme chrestienne, avec l'office du mary*, traduit par P. de Changy, Lyon, Suplice Sabon, 1540, livre II, chap. X, p. 165.

hommes de l'art dans l'univers de la naissance avait bouleversé la conception de la maternité. Celle-ci est désormais associée, sans ambiguïté, au même titre que tous les autres âges de la vie, à des maladies typiques et quasiment inévitables. On craint les accouchements plus que tout, qui plus est ceux qui sont « contre nature » (accouchements dangereux qui nécessitent une manipulation, par exemple, par le siège) parce que l'enfant et la mère sont presque toujours condamnés. La grossesse est considérée comme une époque de la vie des femmes où elles sont tout particulièrement vulnérables à nombre d'affections, ce dont témoignent les traités ou les chapitres qui traitent spécifiquement des « maladies des femmes grosses et accouchées » tout au long de l'Âge classique. Elle est définie comme une maladie, avec ses signes, ses causes, ses symptômes et ses dénouements souvent mortels (Fernel, 1655, p. 505). Rodericus Castro, dans *De Universa muliebrium morborum*, considère bien que la grossesse est une maladie chronique dont l'accouchement est la « crise » (Castro, 1628, p. 174 ; Berriot-Salvadore, 1993, p. 157). Par conséquent, si la grossesse « soigne » nombre de maladies des femmes, elle est aussi l'une des maladies féminines les plus dangereuses : traumatisme de l'accouchement, descente de matrice ou prolapsus de l'utérus, mutilations de l'appareil génital, déchirures, pertes blanches, hémorragies, douleurs dans les seins... sont des maux plus souvent fatals, ou entraînant eux-mêmes la stérilité. « La femme qui peut porter un enfant ou qui allaite un enfant, est une femme vivante à tous égards. Les femmes sont donc prises dans une contradiction insoluble : la grossesse est signe de santé, mais les suites des accouchements sont imprévisibles et effrayantes » (Rousselle, 1980, p. 1099). Cette représentation ambiguë de la maternité, pré-

sente depuis l'Antiquité, témoigne de l'angoisse avec laquelle les médecins rendent raison du paradoxe selon lequel la femme a la charge d'une fonction pour laquelle elle semble totalement inadaptée et démunie. L'arrivée des chirurgiens auprès des femmes en couche au cours du XVII^e siècle et, plus généralement, des hommes dans le domaine de l'obstétrique, a certainement modifié la représentation de la grossesse et de l'accouchement. Le rapport de ces hommes à la naissance n'est désormais plus médiatisé par d'autres femmes – compagnes ou matrones. La souffrance de la parturiente, difficilement supportable, est souvent en proportion inverse de l'impuissance du médecin. « La grossesse, même lorsqu'elle se déroule sans complication particulière, est, aux yeux du médecin, un état pathogène qui perturbe violemment le système humoral et dérègle l'équilibre psychologique. La description rationnelle des syndromes – les marques sombres sur le visage, les seins gonflés, l'anxiété – est facilement submergée par un imaginaire de la grossesse où trouvent place les récits les plus fantastiques sur les « envies », les « appétits dépravés », les naissances monstrueuses » (Berriot-Salvadore, 1991, p. 443). En 1625, Louys de Serres, dans son *Discours de la nature, causes, signes et curation des empêchements de la conception et de la stérilité des femmes*, au lieu d'étudier et de répertorier, comme de coutume, les signes et les causes de la stérilité ou de l'infécondité des femmes, écrit un véritable plaidoyer en faveur des femmes stériles. À ses yeux, eu égard au calvaire des femmes enceintes, des nourrices ou des mères, celles qui ne peuvent concevoir devraient se réjouir d'échapper à une condition funeste. On dit que la stérilité est une malédiction, pour lui elle est bien plutôt : « Une grande exemption de décharge d'une infinité

de chagrins qui sont inséparablement conjoints à la procréation et éducation des enfants » (Serres, 1625, p. 124). Les femmes stériles restent jeunes plus longtemps, elles sont plus joyeuses, plus entreprenantes, parce qu'elles échappent à nombre de douleurs qui font des femmes enceintes « comme un troisième sexe raisonnable, mais beaucoup plus hargneux, maussade et entraversé que le second, à cause de ses appétits désordonnés et brutaux » (Serres, 1625, p. 125). La femme enceinte ou la mère sont considérées comme un type physiopathologique distinct de l'homme et de la femme, et encore bien pire que cette dernière, lequel semble incarner la morbidité même. La femme enceinte « est déjà morte au monde, et tient un pied dans la fosse » (Serres, 1625, p. 126). Dans cette première partie du XVII^e siècle, si les pratiques contraceptives ou abortives sont officiellement défendues, elles apparaissent néanmoins comme un moyen d'échapper aux souffrances causées par la maternité. La grossesse, l'accouchement et les premiers mois suivant la naissance, sont clairement considérés comme des maladies mortelles, vis-à-vis desquelles les techniques d'infécondité volontaires sont considérées comme des remèdes, par les médecins eux-mêmes. Au XVII^e siècle, la maternité ne permet donc pas de définir de façon satisfaisante une norme de santé. À la fin du siècle, François Mauriceau, l'un des premiers et des plus illustres obstétriciens du XVII^e siècle, faisant référence à l'épisode de la Genèse rapportant le mépris d'Agar pour sa maîtresse stérile Sarah, admet que les mœurs ont bien changé relativement à la stérilité des femmes et qu'aujourd'hui : « Les femmes de nostre temps ne font pas neantmoins tant de cas d'avoir lignée de cette façon, & il s'en voit tres-peu, qui vueillent souffrir que leur mary caresse la chambriere, bien loin de l'y exciter

charitablement à cet exemple, dont la coutume est abolie parmi nous. J'admire aussi à ce sujet la forte passion qui se remarque en plusieurs personnes, qui n'ont pas aucun plus grand regret que de se voir mourir sans enfans, & sans mâles principalement » (Mauriceau, 1668, p. 48). Il est intéressant de constater que de nombreuses femmes de la noblesse préféraient élever comme leurs enfans, ceux que leur mari avait avec les domestiques, dont l'assignation à un service sexuel, contraintes et forcées, était ainsi totalement acceptée par la société et même rentable pour les familles.

Dans ces *Aphorismes touchant la grossesse, l'accouchement, les maladies, et autres indispositions des femmes*, le même Mauriceau écrit : « Les femmes souffrent ordinairement tant d'incommodités durant tout le temps de la grossesse, qu'on l'appelle vulgairement avec raison, une maladie de neuf mois » (Mauriceau, 1694, p. 8). On retrouve cette même idée dans d'autres traités des maladies des femmes grosses et accouchées, comme dans celui de Dionis, ou dans les *Aphorismes* de Boerhaave. La définition de la santé féminine ne relève pas du « progrès » de la science médicale mais bien de la façon dont les médecins conceptualisent le corps des femmes et la différence sexuelle. Si pour la doxa médicale, toutes les femmes sont d'un tempérament flegmatique, par définition pathogène – ce qui implique que toutes les femmes sont inférieures aux hommes – il semble impossible de pouvoir définir ce qui correspond à un type féminin sain sans prêter à telle ou telle paysanne vigoureuse un tempérament viril. Toute la question est donc de savoir : Comment la pensée médicale va produire une norme de santé féminine, susceptible d'encourager les naissances et de promouvoir socialement les mères, tout en maintenant la hiérarchie des sexes ? La naissance de la santé féminine

s'apparente à la conceptualisation et à la production inédite d'une catégorie nosopolitique.

LA « MERE » : NAISSANCE D'UN
CONCEPT DE SANTE FEMININE

Mon hypothèse est que, *indépendamment* des moyens techniques dont dispose l'art médical pour prévenir les nombreux maux qui accablent les femmes, le problème est avant tout d'ordre conceptuel : il est urgent de trouver une norme de santé féminine. En effet, comment encourager la natalité, si l'accouchement est considéré comme la maladie des femmes par excellence et si la mère n'est que l'une des multiples versions pathologiques d'une constitution féminine considérée par nature comme valétudinaire ? Il est nécessaire d'améliorer les conditions sanitaires de la grossesse et de l'accouchement, afin qu'ils soient effectivement moins dangereux, mais, surtout, il est nécessaire qu'ils soient conçus, représentés et réputés moins morbides. Un indice : à partir de 1760, on ne trouve guère plus de traités des « maladies des femmes grosses », à proprement parler, mais plutôt un nombre considérable de cours d'accouchement, de catéchismes sur l'art des accouchements, de traités des accouchements. Même les récits de grossesses monstrueuses ou d'accouchements cauchemardesques, si fascinants pour les médecins des XVI^e et XVII^e siècles, sont devenus anecdotiques, symboles de la crédulité et de la fausse science des seuls matrones ou autres rebouteux. Toute la morbidité de la grossesse et de l'accouchement semble ainsi euphémisée au profit d'une propédeutique médicale de la maternité qui vise à assainir le

corps féminin. Désormais, tout se passe comme si la grossesse et l'accouchement *n'étaient plus*, ou plutôt, *ne devaient plus être*, des maladies.

Durant toute la première partie du XVIII^e siècle, au moment où se met en place la première politique nataliste, les médecins doivent trouver une définition opératoire de la santé féminine. Jusqu'ici inexistante, la santé féminine va progressivement se confondre avec le concept de régularité des phénomènes organiques, en redéfinissant certains d'entre eux comme spécifiquement féminins ou caractéristiques d'un tempérament « utérin » : la grossesse et la menstruation¹⁰. Ainsi, alors qu'ils étaient auparavant considérés comme des événements particulièrement pathogènes, ces deux phénomènes sont redéfinis de telle sorte qu'ils deviennent des critères de la santé féminine. Ils permettent désormais de dessiner les traits d'un type physiologique féminin sain, celui de la « mère ». Il s'agit d'une réélaboration de la norme antique, mais d'une réélaboration profonde qui

10. Alors qu'ils sont nombreux dans la médecine de la Renaissance, on trouve de plus en plus rarement des récits de grossesses masculines dans les textes de médecine du XVIII^e siècle. Dionis rapporte bien le cas d'une grossesse masculine où le fœtus s'est développé dans le scrotum. Mais, si le cas intéresse particulièrement Dionis, c'est qu'il tendrait à démontrer que les grossesses extra-utérines sont possibles, point sur lequel il y a débat parmi ses confrères. Les cas de grossesses masculines sont donc pensés au XVIII^e siècle comme des cas critiques qui mettent à l'épreuve les différentes théories de la génération alors en concurrence. Voir DARMON, *Le Mythe de la procréation à l'âge baroque*, p. 95 s. Quant à la menstruation, elle devient progressivement au cours du XVIII^e siècle une caractéristique physiologique féminine, alors qu'elle était pensée jusqu'ici, soit comme un châtiment, soit comme une pléthore naturelle ou pathologique, au même titre que les hémorroïdes et, par conséquent, elle n'était pas véritablement considérée par les médecins comme la marque distinctive d'un sexe.

obéit à un nouvel univers de pensée. La « mère » devient une norme de la santé féminine, car elle désigne trait pour trait un type physiologique qui s'apparente à l'état sain des éléments et des fonctionnements organiques, à savoir la texture et la nature des fibres, ainsi que la régularité des mécanismes qu'ils permettent d'effectuer. Et, alors qu'on n'observe pas une amélioration réelle des conditions matérielles et hygiéniques, ni même une baisse de la mortalité, la grossesse et l'accouchement passent de la catégorie de maladie, à celle de tribut, ou de travail des femmes. Dans ces conditions, la « mère » elle-même n'est plus simplement une femme, ce qui l'inclurait dans un groupe à risque dans la mesure où les femmes sont physiologiquement malades ; elle figure, au contraire, le type féminin sain, elle incarne la figure de la santé féminine.

Jusqu'ici absente des traités des maladies des femmes, l'émergence d'une figure de la santé féminine, dans la première partie du XVIII^e siècle, est à la fois l'un des signes et l'une des conditions de possibilité d'une véritable politique nataliste. Jean Astruc exprime l'enjeu d'un tel changement de perception quant au corps féminin : « La santé de la mère est nécessaire pour conserver la santé de l'enfant qu'elle porte » (Astruc, 1765, 5, p. 322). Les années dix-sept cent soixante-dix marquent donc un tournant dans l'histoire de la médecine des femmes : on remarque désormais que les médecins sont en mesure de définir une norme de la santé féminine, à travers le portrait d'un type physiopathologique, et que cette définition est étroitement liée à une modification dans l'appréhension de la maternité. On doit à Raulin d'avoir donné les contours théorique et politique de cette nosopolitique inédite.

« La grossesse est un état naturel ; elle ne sauroit produire des maladies par elle-même. Toutes celles qui surviennent à son occasion, sont des effets de la délicatesse du tempérament des femmes, de quelque irrégularité dans l'ordre de leurs fonctions, du trop de roideur ou de relâchement de leurs solides ; de quelque vice de la masse des liquides, ou de quelque autre désordre dans l'économie animale » (Raulin, 1768, p. 230-231).

La grossesse n'est donc une maladie que chez les femmes au tempérament valétudinaire, faible et maladif, dont les maternités donnent naissance à des enfants chétifs et débiles.

Le très influent François Roussel, dans son *Système physique et moral de la femme*, publié en 1775, offre une vision des plus représentatives du changement d'appréhension de la maternité. Pour lui, la grossesse n'est pas une maladie, « elle entre au contraire dans le système des fonctions de l'homme sain » (Roussel, 1775, p. 290-291). Il ajoute : « La grossesse n'est une maladie que pour les femmes en qui des organes éternés rendent toutes les fonctions pénibles ; que pour ces machines frêles et délicates, en qui chaque digestion est une courte maladie » (Roussel, 1775, p. 291). Si l'auteur reconnaît aisément que la grossesse est accompagnée d'une gêne certaine, en aucun cas elle n'est une infirmité ou une maladie. À plusieurs reprises, il n'aura de cesse de rappeler ce nouvel adage. Même l'accouchement perd à ses yeux son ancienne réputation mortifère. « L'accouchement est une fonction animale dont vraisemblablement la nature n'a pas voulu faire une maladie » (Roussel, 1775, p. 331). La maternité, de la conception jusqu'au retour de couches, est donc définie comme une fonction naturelle, exactement de la même façon

que la digestion. Or, la nature n'a pu rendre cette fonction familière et cyclique insupportable. Même raisonnement chez Ballexserd, pour qui les saignées des femmes enceintes, mode répandue parmi les femmes de la bourgeoisie et de la noblesse, ne sont qu'un moyen de leur éviter de faire de l'exercice et de surveiller leur régime : « Les femmes qui habitent les grandes villes, & dans ce nombre celles sur-tout qui ont de la fortune, sont pour la plûpart paresseuses & friandes à l'excès. Elles aiment mieux se faire saigner trois ou quatre fois pendant une grossesse, à des tems marqués par la mode ou le préjugé, que de faire un exercice convenable & de réprimer leur gourmandise sur mille mets de caprice ou artistement empoisonnés. Cependant une femme qui n'est pas trop sanguine ou pléthorique, celles qui sont un peu bouffies, pâles ou d'un tempérament humide, pituiteux, ont grand tort de suivre cette pratique... Une saignée faite sans nécessité absolue rompt l'équilibre entre les solides & les fluides, & fait obstacle à la génération des esprits : c'est même une ruine certaine pour les personnes qui ont les nerfs minces & foibles, & souvent, en relâchant les fibres, un moyen d'occasionner l'avortement qu'on avoit dessein d'éviter » (Ballexserd, 1775, p. 7-8).

Si on a bien étudié l'apparition d'une figure psychologique de la « mère » au XVIII^e siècle, ce dont témoignent les textes innombrables sur l'allaitement maternel dont l'enjeu est l'affection « naturelle » des mères pour leur enfant, on peut affirmer que cette figure psychologique est l'effet d'une redéfinition physiologique du corps féminin par les médecins. Les caractéristiques psychophysiologiques de cette femme saine, idéale, sont déterminantes, non seulement pour soutenir la politique nataliste du Royaume et maintenir fermement une hiérarchie entre les sexes, mais

aussi pour établir une distinction entre les femmes elles-mêmes. Alors que toutes les femmes étaient par définition des êtres inférieures parce que naturellement malades, désormais, on peut établir une échelle des tempéraments féminins où trône un modèle de santé au féminin, celui de la mère vigoureuse et aimante. Chaque moment de la maternité est ainsi appréhendé par le corps médical comme une fonction « normale » qui participe de l'accomplissement organique de ce nouveau type féminin. La médecine a ainsi rendu efficace la prise en charge politique de la naissance, en assurant la promotion physiologique de la maternité : à la veille de la Révolution, la grossesse n'est plus assimilée à une maladie, mais plutôt à un événement éprouvant de la vie des femmes. D'où la disparition des titres « maladies des femmes grosses et accouchées », au profit d'une littérature beaucoup plus didactique, qui consiste tout autant à former des professionnels, qu'à éduquer les futures mères de la « Nation ».

Les femmes, pour être considérées comme saines, doivent éviter deux écueils, une « souplesse sans force » et une « force sans souplesse » (Venel, 1776, p. 13). Entre ces deux excès, nous obtenons un juste équilibre des qualités que les médecins prêtent au corps de la parturiente idéale, dont les accouchements ne sont que de simples moments pénibles. Du tempérament flegmatique unique, qui fonde un déterminisme somatique non différencié (toutes les femmes sont des femmes malades), on passe à une échelle des tempéraments (lymphatique, nerveux, sanguin, musculaire), qui hiérarchisent les femmes entre elles, selon la distinction de sain et du malsain. Alors même que les caractéristiques physiologiques et physionomiques sont exactement les mêmes que celles qui attestaient une faiblesse d'essence au

siècle passé, la « mère » devient une norme positive et exclusive, comparée à des figures « déviantes », « dégénérées » ou pathologiques – l'hystérique, la nymphomane, la jeune veuve, la ménopausée, la lesbienne, la prostituée, la Noire ou l'esclave, l'Égyptienne*¹¹. Qu'en est-il de ces autres femmes ? À l'article « Nymphomanie », Loyer-Villermay affirme que cette maladie, de la même façon que l'hystérie, n'a pas d'équivalent chez les hommes ; pour autant, elle ne touche pas toutes les femmes : « Ainsi, on voit cette disposition à la nymphomanie chez de jeunes femmes dont le système nerveux est prédominant, qui, à des muscles très-prononcés et peu pourvus de tissu cellulaire, joignent un système pileux abondant et fortement coloré, des cheveux, des cils, des poils nombreux et très-noirs ; des yeux de la même couleur, grands et vifs ; une physionomie expressive et mobile, ou dont les attributs sexuels sont très-saillants, tels qu'un sein bien placé, ferme, et d'un volume proportionné ; des hanches bien dessinées et cambrées ; un bassin évasé, avec des saillies arrondies ; enfin des membres abdominaux très-développés ; une taille svelte, élancée,

11. Il faudrait ajouter la paysanne, mais cette figure est un modèle contesté de santé au XVIII^e siècle : les paysannes sont considérées soit comme des femmes vigoureuses et saines et elles sont alors prises en exemple pour critiquer les femmes de la bourgeoisie et de la noblesse, soit elles sont stigmatisées comme des vecteurs de maladies, comme des femmes sales, immorales et prêtes à tout pour obtenir quelques sous (les médecins qui militent contre le nourrissage mercenaire critiquent féroce-ment les nourrices des campagnes, principalement issues des couches les plus pauvres de la population rurale). Sur ces maladies des femmes en général, voir Elsa DORLIN, « Maladies des femmes », in Dominique LE-COURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 702-707 et Grégoire CHAMAYOU et Elsa DORLIN, « Objet = X. Nymphomanes et masturbateurs (XVIII^e-XIX^e siècles) », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 24, n° 1, 2005, p. 53-66.

etc. » (Louyer-Villermay, 1812, p. 36-568). En termes de pathologies féminines, les frontières du morbide sont ici clairement anthropologiques et racistes. Dans les traités médicaux, on trouve de nombreuses mentions à la débauche des femmes noires, prétendument porteuses de maladies : cette stigmatisation de la femme esclave, comme étant une femme malsaine, lubrique et « mauvaise mère » participe d'un processus plus général de fabrication de la « femme blanche » comme un être moral exemplaire, bonne mère, épouse dévouée. Dans les colonies, l'enjeu populationniste est de taille : les colons sont dès le milieu du XVIII^e siècle en très large minorité et s'inquiètent de la fécondité de leurs épouses comme de la vigueur de leurs descendants légitimes. Il s'agit alors pour l'idéologie coloniale de promouvoir la supériorité anthropologique de la « femme blanche » par rapport à la population servile, par conséquent de la supériorité de certaines femmes – blanches – sur certains hommes – noirs – et sur les autres femmes, esclaves ou servantes. Ainsi, le processus de construction de la féminité est exacerbé car il constitue un instrument politique redoutable : la femme esclave est pensée comme la rivale de la femme blanche, diabolique et pathogène, elle est utilisée comme une figure repoussoir de la féminité. Le culte de la féminité ne s'est donc pas tant construit comme l'envers de la masculinité que contre celui de la sexualité des femmes noires, prétendue sexualité qui a eu pour fonction de les exclure purement et simplement de la « féminité », telle que physiologiquement définie par les médecins du XVIII^e siècle, et de la catégorie sociale des « femmes ». Alors que les femmes blanches sont « glorifiées » pour leur délicatesse toute maternelle, et effectivement contraintes de procréer au moyen de toute une gamme disciplinaire (éducation, culte de

la virginité, mariage, politique nataliste, traitement des pathologies dites féminines – hystérie, saphisme, etc.), on restreint l'accès, ou on différencie le mode d'accès, des femmes noires, non seulement à la sphère de la reproduction, mais aussi à la « féminité ». Les femmes noires ont la réputation d'être brutales, porteuses de maladies, lubriques et violentes à l'encontre de leurs propres enfants. Cette érotisation outrancière de la femme noire va donc de pair avec une virilisation forcenée de leur corps esclave – pour s'en convaincre, il suffit de constater l'absence de division sexuelle du travail servile sur les habitations¹² – qui permet de l'exclure de la féminité et de lui interdire les rares bénéfices symboliques ou sociaux qu'elles offrent aux femmes blanches de la bourgeoisie et de la noblesse (Gautier, 1985, Carby, 1987, Dorlin, 2005). Dans une telle configuration du rapport de genre, la dimension violemment antagoniste de la domination trace une frontière quasiment plus hermétique entre les femmes elles-mêmes – blanches et noires – qu'entre les hommes et les femmes.

12. Mêmes conditions de déportation et de vie, même ration, même châtiment, mêmes tâches dans les plantations de cannes à sucre entre les hommes et les femmes esclaves – contrairement à une idée reçue, dans les colonies des Antilles françaises, il y a à peu près autant de femmes que d'hommes esclaves assignés au service domestique. L'exception notable est la violence sexuelle que subissent en plus les femmes esclaves de la part des hommes blancs. Toutefois, cette violence plantocratique soutient le mythe de la lubricité des femmes noires, lubricité censée être un trait plutôt viril, comparée à la pureté et à l'innocence des femmes « respectables ».

CONCLUSION : REGENERER LA NATION

La définition d'un tempérament féminin, par définition valétudinaire, instrument du maintien de l'inégalité entre les hommes et les femmes, a produit des effets complexes : efficace pour assurer la pérennité de la domination de genre, l'articulation entre le sain et le masculin et entre le malsain et le féminin a cependant suscité ou encouragé une certaine inquiétude. Si les mères sont faibles et malades, qu'attendre de leurs enfants ? Or, si les enfants d'une nation sont languissants et malades, elle est perdue. Le souci nataliste est étroitement lié à une compréhension de l'histoire politique des nations comme une histoire conflictuelle, antagonique, calquée sur une vision médicale de la viabilité et de la résistance des individus dans des milieux réputés hostiles. Depuis la fin du XVII^e siècle jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, l'enjeu déterminant est de trouver et d'élaborer une figure féminine qui soit, non seulement en mesure de transmettre un tempérament ou des caractères sans les gâter, mais aussi de les cultiver de telle sorte que la chaîne généalogique de transmission ne soit pas rompue ou altérée. Il ne suffit pas de mener à terme une grossesse et d'être en bonne santé pour accoucher sans dommage pour sa fertilité, il faut encore être d'une constitution suffisamment vigoureuse pour rendre son enfant viable, vigoureux et à son tour fécond. Après la déclaration d'indépendance de l'Amérique, on s'émerveille, depuis la France, des mères américaines qui deviennent un véritable modèle. « Épouses chastes, mères tendres, maîtresses économes, citoyennes vertueuses, les Philadelphiennes allaitent leurs enfants, encouragent leurs époux, filent pour vêtir les armées et font des vœux pour la

patrie » (Royer, 1778, p. 10). Les Philadelphiennes figurent la force de la jeune nation américaine. En France, la diffusion par la bourgeoisie de l'idéologie nationale s'appuie sur l'exemple des sociétés coloniales. L'Ancien Régime sue le luxe, la stérilité et la vieillesse : il faut régénérer la nation, porter une nation nouvelle. « Il est temps que la nation se gouverne elle-même... Comment donc nos constituants, vos prédécesseurs, ont-ils pu établir que la royauté soit déléguée héréditairement à la race régnante, de mâle en mâle par ordre de primogéniture ? Que peut être cette race régnante dans un temps où tout doit être régénéré ? » (Conseil général de la Commune de Marseille, 1791 ; Guiomar, 1974, p. 41). Le modèle colonial est loin d'être étranger à la tournure rhétorique que prend l'idéologie nationale à la veille de la Révolution française. La promotion d'une régénération de la nation passe par la redéfinition de ce qui fait l'unité et l'identité du peuple français et de la souveraineté nationale. Face au peuple épuisé, diminué, face au luxe des aristocrates, c'est la promotion d'une nouvelle figure de la « mère » saine et vigoureuse qui fera des Français, non pas des sujets, mais des frères au sein d'une même entité souveraine. Les différentes situations coloniales offrent des exemples contrastés aux médecins : en face de l'Espagne, métissée et dépeuplée par les conquêtes et le commerce du luxe, s'élèvent les jeunes Amériques Unies, dont la population double tous les vingt ans (Royer, 1778, p. 10). C'est la jeunesse et la vigueur des Amériques qui fascinent, au moment où tout porte les contemporains à croire que la France dégénère et suit le même chemin que l'Espagne. Pour remédier à la dégénérescence nationale, le corps médical envisage plusieurs solutions. L'une d'entre elles s'avère des

plus efficaces. La modification de la gestion sociale de la reproduction et la définition d'un type physiologique féminin, qui constitue le canon de la santé féminine, permettent de promouvoir la figure de la nouvelle « mère », à la fois aimante et allaitante. « Que les mères nourrissent leurs enfans ; que l'on proscrive les nourrices mercenaires : ce premier abus réformé, amenera nécessairement à sa suite la réforme successive d'une infinité d'autres usages également nuisibles & dangereux. Les enfans seront mieux soignés ; ils seront élevés avec plus d'intérêt : les mères plus éclairées apporteront plus de choix dans la manière de les coucher, des les vêtir, de les allaiter, & de leur donner des alimens étrangers. Plus dociles aux préceptes des Médecins, elles en sentiront mieux l'avantage & la vérité. Elles verront croître, s'élever & profiter autour d'elles & dans leur bras des enfans sains & bien constitués, des enfans qui dans tous les tems seront la joie, la consolation de leurs pères, l'espérance de leur famille, le soutien & la gloire de la patrie » (Landais, 1781, p. 52-53). L'émergence d'un type sain féminin permet donc d'établir une échelle des tempéraments féminins où la « mère », au sommet de l'échelle, est définie en fonction de traits physiques et sociaux qui excluent une multitude de femmes de la maternité. *La mère de la Nation française est née*. La nation, à l'aube de la Révolution, émerge des colonies, où s'est élaborée une définition médico-anthropologique – à la fois sexiste et raciste – du peuple français, laissant présager les trahisons futures à l'encontre d'une conception universaliste de la citoyenneté.

BIBLIOGRAPHIE

- Jean ASTRUC, *Traité des maladies des femmes...*, 6 vol., Paris, Cavalier, 1761.
- Jacques BALLEXSERD, *Dissertation sur cette question : Quelles son les causes principales de la mort d'un aussi grand nombre d'Enfans, & quels sont les préservatifs les plus efficaces & les plus simples pour leur conserver la vie ? Par Jacques Ballexserd, citoyen de Genève, couronnée par l'Académie Royale des Sciences de Mantoue en 1772*, Genève, chez Isaac Bardin, 1775.
- Évelyne BERRIOT-SALVADORE, *Un Corps, un destin : la femme dans la médecine de la Renaissance*, Paris, Honoré Champion, 1993.
- Hermannus BOERHAAVE, *Aphorismi de congnoſcendis et curandis morbis, in usum doctrinae domesticae*, Lugduni Batavorum, 1709.
- HermannusBOERHAAVE, *Maladies des femmes et des enfans, avec un Traité des accouchemens, tirés des Aphorismes de Boerhaave commentés par Van-Swieten...* 1745, traduit par M.A.L.***, 2 vol., Paris, D'Houry, 1769.
- Johannes BUXTORF, *Synagoga Judaica*, Basel, Ludwig Königs selige Erber, 1643.
- Hazel V. CARBY, *Reconstructing Womanhood : the Emergence of the Afro-American Woman Novelist*, Oxford, Oxford University Press, 1987.
- Rodericus CASTRO, *De Universa muliebrium morborum*, 1603, Hamburgi, 1628.
- Grégoire CHAMAYOU et Elsa DORLIN, « Objet = X : Nymphomanes et masturbateurs XVIII^e-XIX^e siècles », *Nouvelles questions féministes* n° 1, 2005, p. 53-66.

- Elsa DORLIN, « Maladies des femmes », in Dominique LE-COURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004, p. 702-707.
- Elsa DORLIN, « Les Blanchisseuses. La société plantocratique antillaise, laboratoire de la féminité moderne », in H. ROUCH, E. DORLIN, D. FOUGEYROLLAS, *Le Corps, entre sexe et genre*, Paris, L'Harmattan, 2005.
- Elsa DORLIN, *La Matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris, La Découverte, 2006.
- GALIEN, *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales*, éd. C. Daremberg, vol. 2, *De l'Utilité des parties du corps humain*, Paris, Baillière, 1854-1856.
- Arlette GAUTIER, *Les Sœurs de Solitude. La condition féminine dans l'esclavage aux Antilles du XVII^e au XIX^e siècle*, Paris, Éditions Caribéennes, 1985.
- Sander L. GILMAN, "Mark Twain and the Diseases of the Jews", *American Literature* 65, n° 1, 1993, p. 95-115.
- Sander L. GILMAN, *The Jew's body*, New York, Routledge, 1991.
- GUIOMAR, *L'Idéologie nationale*, Paris, Éditions Champ Libre, 1974.
- Raymond KLIBANSKY, Erwin PANOFSKY et Fritz SAXL, *Saturne et la mélancolie* (1964), traduit par Fabienne Durand-Bogaert et Louis Evrard, Paris, Gallimard, 1989.
- François MAURICEAU, *Des Maladies des femmes grosses et accouchées...*, Paris, D'Houry, 1668.
- François MAURICEAU, *Aphorismes touchant la grossesse, l'accouchement, les maladies et autres dispositions des femmes*, Paris, d'Houry, 1694.

- Cathy MCCLIVE, "The hidden truths of the belly : the uncertainties of pregnancy in early modern Europe", *Social History of Medicine* 15, n° 2, 2002, p. 209-227
- GAIL PASTER, *The Body Embarrassed : Drama and the Disciplines of Shame in Early Modern England*, Ithaca, Cornell University Press, 1993.
- Joseph RAULIN, *De la conservation des enfants, ou les Moyens de les fortifier... depuis l'instant de leur existence, jusqu'à l'âge de puberté*, Paris, Merlin, 1768.
- Pierre ROUSSEL, *Système physique et moral de la femme*, Paris, Vincent, 1775.
- Aline ROUSSELLE, « Observation féminine et idéologie masculine : le corps de la femme d'après les médecins grecs », *Annales ESC* 35, 1980, p. 1089-1115.
- ROYER, *Mémoire sur la conservation des enfants, lu dans l'Assemblée publique de l'Académie des Sciences, des Arts & des Lettres de Lyon le 5 mai 1778*, Lyon, Roche, 1778.
- Gabriel-François VENEL, *Essai sur la santé et sur l'éducation médicinale des filles destinées au mariage*, Yverdon, société littéraire et topographique, 1776.

LES CATEGORIES
DU GENRE, ENTRE
POLITIQUES DE
SANTÉ ET
CONCEPTIONS
VERNACULAIRES
(PAYS MAZATEQUE,
MEXIQUE)

Magali Demanget

Dans la Sierra Madre Orientale, au Mexique, Huautla de Jimenez est un important chef-lieu des hautes terres mazateques productrices de café, zone de transactions commerciales entre la Sierra et les villes métisses de la plaine. À partir des années 1950-1960, l'intensification des monocultures extensives (café, canne à sucre), mais aussi le développement des politiques gouvernementales indigénistes, ont été accompagnés de profondes mutations économiques, poli-

tiques, culturelles dans les milieux indiens. À présent, avec la modification de la Constitution en 1992, la reconnaissance officielle de la diversité culturelle influe sur les nouvelles politiques indigénistes. L'indigénisme visant l'assimilation des Indiens à la société mexicaine a laissé place à l'« indigénisme de participation » qui s'appuie sur une collaboration active des Indiens. Les récents programmes de santé destinés aux populations indiennes se fondent sur l'idée d'« ethno-développement » par la mise en application « d'un modèle de développement régional généré depuis l'intérieur des populations » (Nahmad, 1998, p. 38), avec la contribution des « médecins traditionnels » locaux conçus comme relais à la biomédecine.

Le programme IMSS-Solidaridad¹, mis en place à l'hôpital de Huautla construit en 1985, coordonne ainsi deux réseaux de « médecins traditionnels » : le réseau Maria Sabina des « chamans » de Huautla (les « gens de savoir » : *chjota chine*), et le réseau des « sages-femmes »². Le terme « chaman » employé ici correspond à un usage fréquent à Huautla, qui a été (et est encore) le lieu d'un tourisme « mystique » ou « ethnique ». Cette ville mazatèque est, en effet, bien connue au Mexique et dans le monde comme le haut lieu de la magie, des « chamans » et des « champignons sacrés ». À présent, la célèbre « chaman » Maria Sabina et les champignons sont revendiqués par les Mazatèques comme emblématiques de leur culture : la Maison de la

1. IMSS : Institut Mexicain de Sécurité Sociale (*Instituto Mexicano de Seguridad Social*).

2. En espagnol : *parteras*, ou en langue vernaculaire : *chjon chine chichi ndi*.

Culture ³, fondée en 1991 est baptisée du nom de la défunte Maria Sabina et, chaque année, est organisé le festival « Maria Sabina » en collaboration avec l'Institut National Indigéniste (INI).

Les acteurs ethniques Mazatèques établissent ainsi une définition substantielle de leur ethnicité qui renvoie aux pratiques magico-religieuses souterraines, sollicitées pour contrer les épreuves de la vie quotidienne. Par l'entremise de Maria Sabina, devenue une héroïne culturelle posthume, les Mazatèques revendiquent une aptitude à résoudre les problèmes sur lesquels achoppe la « science des gens des villes ». Les « Problèmes délicats » (*kjoa xkon*) relèvent tout autant du corps, de l'agriculture, d'une situation familiale, de la réussite sociale et professionnelle, de l'infortune en général. Si le corps, avec la culture des denrées de base (la *milpa*), ont constitué les espaces où s'exerce un savoir autre, interstices secrets partagés tout au long de la Colonie, ils sont ainsi aujourd'hui érigés au rang de frontière ethnique positive ⁴. Ces espaces sont dans un même temps ouverts à des « bricolages » sollicités pour multiplier les efficacités dans un contexte de profonds changements. Le recours à la biomédecine participe de ces « bricolages », selon des logiques multiples qui, loin d'être exclusives, se révèlent parfois comme complémentaires.

Les *chjota chine*, tout en s'adaptant aux nouveaux problèmes de leurs patients ⁵, exercent dans la sphère des ten-

3. *Casa de la Cultura María Sabina*.

4. Sur la question de la construction ethnique, voir DEMANGET, 2004b.

5. Voir DEMANGET, 2001.

sions sociales intestines, exacerbées par l'augmentation des écarts socioculturels entre les membres de la communauté. Mais, surtout, ils se prêtent à la perpétuation de la langue vernaculaire par leur excellente maîtrise du langage imagé propre aux oraisons chamaniques. Les mises en scène de la tradition par les acteurs locaux dépassent ainsi largement la fiction de la médiatisation occidentale. La mise en scène de la culture à Huautla, si elle implique les acteurs mazatèques et diverses institutions officielles⁶, se réalise dans une société plurielle où coexistent différents rapports au monde. Elle ne doit pas faire oublier que derrière le voile des traditions inventées, persistent des conceptions de la personne et du monde, une étiologie indigène qui, si elles ne sont pas figées dans une authenticité fantasmée, n'en sont pas moins complexes et singulières.

Dans le cadre des « cours de médecine traditionnelle » dispensés à l'hôpital pour favoriser l'échange entre médecins et *chjota chine* (ou « médecins traditionnels »), se croisent deux systèmes sociaux de différenciation du genre et deux ordres de conceptions liées au corps et à la maladie. Le genre, entendu comme la construction sociale d'une distinction du masculin et du féminin, est alors élaboré dans des contextes qui relèvent tour à tour des politiques indigénistes, de l'empreinte touristique et du système symbolique local. Comment se superposent ces classifications issues de différentes grilles d'interprétation ? En deçà de la réification du genre observée dans le cadre du programme, quelle est la place du « féminin » et du « masculin » dans les pratiques et les conceptions relatives

6. L'Église, l'INI, l'*ayuntamiento* – « municipalité » – via la Maison de la Culture « Maria Sabina ».

au chamanisme ? Ces questions nous conduiront à confronter, à l'aide de quelques exemples, l'objectif du programme avec la mise en pratique de certains de ses enseignements par ses participants.

LE PROGRAMME « IMSS-SOLIDARIDAD »,
LE CULTUREL AU SERVICE D'UN
PROBLEME SOCIAL

Une sécurité sociale pour les Indiens

La création de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale⁷, fondé en 1943 et destiné aux salariés⁸, constitue l'un des symboles de l'intervention redistributive de l'État durant la

7. *Instituto Mexicano del Seguro Social* : IMSS.

8. La Loi de la Sécurité Sociale est promulguée durant la période de consolidation du Mexique de la post-révolution de 1917 à 1943. Mais c'est seulement à partir du 19 janvier 1943 que cette loi devient effective, avec son application aux ouvriers salariés citadins. Par la suite, seront incorporés les travailleurs salariés permanents et saisonniers des zones rurales les plus favorisées. Dès 1972, l'IMSS, dans le souci de prendre en charge des populations jusque-là exclues, étend sa couverture aux zones rurales – et notamment aux ouvriers agricoles. En 1973, une nouvelle Loi de la Sécurité Sociale édicte l'extension de la santé à tous les Mexicains, grâce à l'exercice d'une solidarité sociale collectivement organisée (Voir IMSS, 1983, p. 18-19). Avant ces années, la politique sociale redistributive, qui accompagnait la croissance économique du pays, était essentiellement destinée aux citadins et employés industriels et de services, ce qui tendait à engendrer une « aristocratie ouvrière » socialement et économiquement distincte (OEHMICHEN, 1999, p. 30).

période de modernisation et de croissance économique du Mexique. Jusqu'aux années 1980, les populations indiennes étaient bénéficiaires des politiques indigénistes intégratives, dont les objectifs convergeaient vers leur assimilation économique et sociale, essentiellement par l'entremise des réformes agraires et de l'éducation. En 1979, en accord avec le programme COPLAMAR⁹ lancé sous la présidence de José Lopez Portillo, la politique redistributive s'étend aux Indiens, en particulier au travers de la création d'infrastructures (construction de cliniques, unités médicales, d'internats scolaires, etc.)¹⁰. Après s'être intéressé aux ouvriers agricoles, l'IMSS, dans le cadre de l'accord IMSS-COPLAMAR, élargit ainsi sa préoccupation à des zones encore plus « marginalisées », celles des collectivités indiennes. Cet accord se concrétise par le « Programme National de Solidarité Sociale par coopération communautaire IMSS-COPLAMAR »¹¹. Baptisé depuis les années 1990 par le sigle IMSS-Solidaridad¹², l'évolution du programme est centrée autour du concept de « solidarité sociale », qui implique une mise en œuvre des politiques

9. *Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados* : « Coordination Générale du Plan National de Zones enclavées et de Groupes Marginalisés ». COPLAMAR est créé en 1977, et l'accord avec l'IMSS est signé en 1979.

10. Au travers de ce programme, l'IMSS, fin 1982, avait construit 3025 Unités Médicales Rurales (UMR : *Unidades Médicas Rurales*) et 60 Hôpitaux Ruraux.

11. *Programa Nacional de Solidaridad social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR*.

12. En 1983, avec la disparition du Programme, l'IMSS assume seul l'administration du Programme National de Responsabilité Sociale, pour lequel le sigle d'identification COPLAMAR est gardé jusqu'en 1989, année où il sera baptisé « IMSS-solidaridad ».

sociales sur la base d'une participation active des collectivités. Comme on le voit plus loin, la réalisation concrète du programme consiste en la coordination de réseaux de thérapeutes locaux et en des cours de « médecine traditionnelle » axés sur l'échange entre savoirs locaux et biomédecine.

Une nouvelle relation entre l'État et la société

Produit du « libéralisme social », cette politique, qui s'inspire de programmes antérieurs¹³, émerge dans la conjoncture de la valorisation ethnique que l'on a évoquée. Valorisation qui, selon les différents acteurs (Indiens, anthropologues, programmes gouvernementaux), est investie de finalités distinctes. Mais alors qu'anthropologues et médecins font aujourd'hui valoir le respect des différences culturelles indiennes par l'impulsion de projets favorisant leur autogestion (avec l'« ethno développement »), la création de programmes tels que COPLAMAR est avant tout

13. La mise en application d'une telle politique s'inscrit en continuité avec les précédentes puisqu'elle s'inspire d'expériences antérieures, telles que le *Programa de Desarrollo Rural Integral* (PIDER), ou le programme COPLAMAR (Garocho, Sobrino 1995, p. 41). L'ancien concept de « Solidarité sociale » y est repris, concept qui implique dans un même temps la participation active des populations et la réduction du coût des politiques sociales. On peut ainsi lire dans le premier rapport du diagnostic de Santé de l'IMSS pour les zones rurales marginalisées du Mexique : « [...] les mécanismes adoptés par le Mexique comportent une aspiration fondamentale : apporter à ces secteurs une attention de la meilleure qualité, avec le moindre coût, dans le cadre d'une philosophie de la solidarité sociale qui transcende le concept d'assistance, en faisant de la santé un point stratégique pour vaincre la marginalisation » (IMSS, 1983, p. 17). Ma traduction.

préfiguratrice du « Programme National de Solidarité »¹⁴ (PRONASOL), axe central de la politique saliniste néolibérale. Cette politique se prévaut d'instituer une autre relation entre la société et l'État, grâce à l'impulsion de nouvelles formes de politiques sociales à moindre coût, et par le désengagement massif de l'État dans divers secteurs de la vie publique (Musset, 1999, p. 71). Dans la perspective de cette politique, l'argument culturel est de plus en plus appelé à jouer le rôle de médiateur pour instaurer une communication plus efficace. Au-delà, il s'agit de montrer le bien fondé démocratique des politiques sociales sur la scène internationale et, dans ce cas, de répondre à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour un accès à la santé de tous dans le respect des « médecines traditionnelles »¹⁵.

La reconnaissance de l'« autre médecine »

Si dans le premier diagnostic de l'IMSS, les caractéristiques culturelles sont signalées dans une perspective négative – il est en effet question d'« un bas niveau culturel » (IMSS, 1983, p. 23) – elles sont ainsi rapidement valorisées, et se trouvent au fondement de plusieurs programmes¹⁶.

14. *Programa Nacional de Solidaridad*.

15. En 1978, sous l'influence du Groupe de Travail en Médecine Traditionnelle de l'OMS, les représentants des pays membres se sont engagés à rendre plus accessibles les services de santé destinés aux communautés.

16. Dès 1982 dans l'État du Chiapas. On peut signaler également l'accord signé dès 1985 entre le Programme et l'INI, qui se concrétise par la participation de l'INI pour des actions ponctuelles initiées par l'IMSS, qui ont une vocation plus ou moins directement culturelle. En 1987, le développement du modèle de « *Capacitacion Dialogada por Experiencias para las Parteras Rurales* » implique une formation à l'hygiène de sages-

L'IMSS consacre la reconnaissance de la « médecine traditionnelle » par la publication d'ouvrages qui témoignent des « échanges d'expériences » réalisés dans le cadre du Programme COPLAMAR et *Solidaridad*¹⁷. La reconnaissance des spécificités culturelles – et ici de l'« autre médecine » – constitue la condition incontournable d'un développement exemplaire. Les actions se basent alors sur « l'interrelation de la médecine traditionnelle avec la médecine institutionnelle », grâce à la « reconnaissance de la médecine traditionnelle au sein du programme » (Aguilar Soto, 1992, p. 212). Ainsi, la préoccupation de la Sécurité Sociale, à l'origine éminemment pragmatique, intègre la composante culturelle dans le programme *IMSS-Solidaridad*, qui se définit par une double vocation culturelle et sociale. Néanmoins, ces deux approches ne se situent pas sur le même plan, puisque le culturel est ici instrumentalisé au profit d'un résultat social. L'argument culturel apparaît en effet surajouté à une posture médico-sociale en partie étrangère aux particularismes locaux. En témoigne une critique de l'anthropologue indigéniste Gonzalo Aguirre Beltran au sujet du programme

femmes « traditionnelles » et leur constitution en réseaux contrôlés par un Promoteurs de santé. En 1989 sont initiées les « Réunions d'actualisation et d'échange d'expérience » (*Reuniones de Actualizacion e Intercambio de Experiencias*). En 1995, un accord est signé entre l'IMSS et le « Conseil National de Médecins Traditionnels » (*Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales* : CONAMIT) et a lieu le « Première Rencontre Nationale IMSS-Solidaridad-CONAMIT » (*Primer Encuentro Nacional IMSS-Solidaridad-CONAMIT*).

17. *La Medicina Tradicional en México. Experiencias del Programa IMSS-COPLAMAR*, (1988) ; *El Programa IMSS-Solidaridad y la Interrelacion con la Medicina Tradicional*, (1993) ; *Plantas Medicinales del Herbario IMSS : cuadros basicos por aparatos y sistemas del cuerpo humano* (1994).

IMSS-COPLAMAR (1987, p. 15-16) : sa planification tout autant que sa mise en œuvre, n'ont pas bénéficié des critères anthropologiques. Elles procèdent des méthodes de la sociologie médicale, qui mettent l'accent sur les statistiques et l'aspect quantitatif sans prendre véritablement en compte les spécificités culturelles. Or, si nous observons le dernier diagnostic de l'IMSS (1997)¹⁸, c'est paradoxalement cette dimension culturelle qui est mise en exergue au travers des témoignages des participants du Programme *IMSS-Solidaridad* sur les « échanges d'expériences ».

Cette instrumentalisation du culturel nous intéresse ici en ce qu'elle implique une communication autour d'« objets culturels médias » qui, selon les participants, se décomposent en de multiples usages et significations. Ces objets médias ont pour thématique la dénommée « médecine traditionnelle ». Appréhender cette spécialité dans une perspective anthropologique, comprendre les constructions du genre dans la complexité des représentations en présence, implique d'interroger la pluralité des définitions et des fonctions attribuées aux thérapeutes locaux. Certes, ceux-ci, par leur position nodale de médiateur dans les problèmes de santé, constituent les principaux acteurs d'un travail de la production de sens nécessaire à la gestion de l'infortune physique, sociale ou morale. Mais, dans un même temps, ils sont institués comme les acteurs stratégiques de la prévention en matière de santé. Appelés tour à tour à supporter une spécificité ethnique ou à représenter des compétences propres au domaine problématique que forme

18. *La participación comunitaria en salud. Experiencias del IMSS en zonas indígenas y campesinas* (1997).

la « médecine traditionnelle », ils constituent à ce titre les supports d'interprétations diversifiées.

MEDECINS TRADITIONNELS, CHAMANS,
GUÉRISSEURS, SORCIERS OU *CHJOTA*
CHINE ?

Le flottement sémantique qui entoure la désignation des spécialistes religieux occultes, omniprésent par ailleurs dans la littérature ethnographique sur différentes sociétés (Galinié, 1983, p. 131), se trouve concentré dans l'aire de Huautla. Selon le contexte d'énonciation sont tour à tour utilisés les termes de « chamans », « médecins traditionnels », « guérisseurs » et « guérisseuses », « sages-femmes rurales » ou « sages-femmes empiriques », « sorciers » et « sorcières », « hommes et femmes de savoir »¹⁹, ou encore les nombreuses dénominations en langue mazatèque, que l'on résumera pour l'instant par le terme générique *chjota chine*²⁰. Ce foisonnement d'appellations est révélateur de la situation multiculturelle où se côtoient les « gens de coutume » ou « gens humbles », les Mazatèques engagés dans des processus de médiation et de promotion culturelle et les non mazatèques (intégrant des programmes de santé, essentiellement médecins). Le système des conceptions et des pratiques locales relatives à la question du soin tend alors à

19. Les termes respectifs en espagnol sont les suivants : *médicos tradicionales* ; *curanderos, curanderas* ; *parteras rurales, parteras Empiricas* ; *brujos, brujas* ; *sabios* ou *sabias*.

20. J'offre plus loin un récapitulatif des différentes spécialités contenues dans ce terme.

être l'objet de représentations multiples qui sont l'expression de diverses approches.

Étiologies plurielles

Dans ce contexte multiculturel, coexistent plusieurs systèmes de références qui ne se situent pas au même niveau du social : les politiques indigénistes, orientées sur un axe normatif (notamment au travers de l'importance accordée à l'hygiène), l'évènement touristique que les Mazatèques ont investi pour la reconstruction de leur spécificité culturelle et les conceptions locales relatives au corps et à la maladie sous-tendues par un ensemble de pratiques sociales. Tout comme il intègre, selon des logiques spécifiques, le tourisme ethnique (Demanget, 2001), la gestion de la maladie et de l'infortune en général n'en implique pas moins des emprunts aux « techniques » allochtones dans une perspective de complémentarité. Ces emprunts s'articulent cependant avec des approches « mécaniques » de la maladie qui ne sont pas absentes de la nosologie locale. En témoignent les différentes spécialisations des guérisseurs locaux. Ainsi la terminologie mazatèque distingue-t-elle les « connaisseurs/euses d'herbes » (*chjine xka*), les « femmes connaisseuses des enfants au sein » (*chon chjine chichi ndí*), les « manipulateurs des os » (*chjine benda*), etc. Parmi ces multiples spécialisations signalons la catégorie *chjine xki*, qui renvoie à la conception « mécanique » évoquée plus haut. Ce terme est destiné aux médecins, mais également aux connaisseurs des os et des plantes. Ces appellations témoignent d'approches qui privilégient la maladie sous l'angle du symptôme, auquel les spécialistes apportent une interprétation causale liée à sa manifestation biologique. Dans tous les cas, la

construction de sens que font les thérapeutes locaux autour de la maladie conduit toujours à réintégrer les individus dans un tissu social et à poser le savoir autochtone dans un rapport d'opposition avec les médecins. La maladie constitue alors un intervalle de la vie où se rejoue l'établissement d'une frontière ethnique.

La taxinomie nosologique est conçue sur la base des classifications dualistes : chaud/froid, corps fermé/ouvert, fort/faible, en relation avec la « pression » du sang, la jonction des cordons du corps, les articulations osseuses et l'affaiblissement de l'« âme ». L'approche biologique, dans la perspective vernaculaire, n'est cependant jamais détachée d'un contexte magico-religieux omniprésent²¹, avec une construction *a posteriori* de la causalité (d'ordre social ou cosmologique) si la maladie se prolonge ou prend un tour « délicat ». On observe de fait une étroite relation entre les maladies du corps et les instances animiques qui l'habitent. Les affections du corps sont rarement contenues dans un corps fermé séparé des instances animiques qui l'entourent. Ces enchâssements montrent un rapport de continuité entre les hommes et leur participation au jeu social et cosmologique. Tout comme la jonction de l'« âme » et du « corps », de la personne et de l'environnement, l'imbrication des compétences entre le domaine de l'étiopathie et celui du magico-religieux rend indécise la frontière entre une

21. C'est ce qu'illustre l'apparente difficulté à classer les maladies et les spécialités des thérapeutes locaux, par les auteurs d'une enquête menée dans sept municipes mazatèques dans des zones éloignées (hautes et basses terres). Les auteurs énumèrent les maladies de *susto* (frayeur), « mauvais air », « mauvais œil », gastro-intestinales, des muscles et des os, de sang, etc. (Mellado CAMPOS *et al.*, 1994, p. 472).

étiologie exclusivement biologique et une étiologie sociale et cosmologique.

Les Mazatèques différencient cependant deux ordres de maladies. Les unes portent atteinte à l'identité de la personne, en affectant l'« enveloppe », l'« âme-image » (*sén*, selon la terminologie vernaculaire). Les autres engagent surtout la mécanique du corps. En réalité, cette distinction renvoie à deux localisations de la cause. Les maladies qui « naissent du corps » sont souvent entraînées par un écart du comportement (volontaire ou non) du patient. Les maladies provoquées par une agression extérieure altèrent essentiellement l'« âme-image ». De fait, qu'il s'agisse du corps dont les éléments participent du principe vital (le *nga'nio* : force vitale, circulation du sang) ou qu'ils soient imprégnés d'essence animique volatile (*sén*), la maladie relève toujours d'un déséquilibre (*kjoa tjin*). La maladie découle des avaries d'une combinatoire complexe où organes et sentiments, corps et principes animiques sont associés. L'intensité de cette association diffère selon la durée de l'affectation et selon son issue (guérison ou non) : l'étiologie sociale ou cosmologique apparaît alors construite après coup si les traitements mécaniques n'ont pas été efficaces.

Voici quelques exemples, que l'on peut situer sur l'axe du temps (long ou court) :

Longues maladies :

- Le diabète (chaud) : *njile kamaxi* (son sang se sucre) ; la personne grossit et après elle maigrit (peur, frayeur et colère).

- Pression haute (chaud) : *ndaile kjami* (colère).
- Pression basse (froid) : *kja ba'a jin* (peur, frayeur).

Maladies courtes : sans autres précision que chaud/froid ;
ouvert/fermé :

- Température : (chaud) *ndaï*.
- Angine : (chaud) *ninda kjī tjen* (les os se ferment et on ne peut plus respirer).
- Grippe : (chaud) *chin tsé* (toux : *chjin tj'e*).
- Diarrhée : (froid) *tifa ale* ²².

On peut distinguer, à l'instar de M. Augé (1994, p. 35-91) ²³, deux types de démarche concernant la « maladie », en fonction de son positionnement dans la nosologie vernaculaire. Lorsque les maladies sont de moindre gravité, ou en tous cas reconnues comme telles dans la nosologie locale, le symptôme prend le pas sur la cause. Les spécialistes cités ci-dessus sont alors sollicités pour la guérison, aux côtés des *chine xki* (médecins), pour ceux qui peuvent payer. Dans des circonstances plus graves, incluses dans une étiologie sociale et cosmologique, la connaissance de la cause vient au premier plan, précédant celle de la guérison. D'autres spécialistes sont alors consultés : les « connaisseurs/divinateurs des grains de maïs » (*chine najme*) ; les spécialistes de la communication des âmes de morts (*chine cera*) et, plus largement, les « gens de savoir » (*chjota chjine*). Cette classification, qui reste largement incomplète, est par ailleurs arbitraire. La frontière tracée ici entre les

22. Doña María, sage-femme, variante de Mazatlan, HUAUTLA, 2001.

23. En Côte d'Ivoire et au Togo.

spécialisations énoncées plus haut et les « gens de savoir » est souvent peu évidente, en raison des imbrications de compétences détaillées plus loin. Toutefois, le statut de *chjota chjine* implique nécessairement une capacité de médiation reconnue par la collectivité, grâce à la maîtrise du « voyage » avec le « Sang du Christ » (champignons rituels).

Chjota chine : une référence ambiguë au soin

Les femmes, tout comme les hommes, peuvent accéder au savoir qui caractérise les *chjota chjine*, savoir qui renvoie à leur aptitude à déceler l'origine du problème. Cette aptitude est supportée par leur connaissance des rituels et leur capacité de médiation, qui se concrétise par la parole des oraisons. Les *chjota chjine* sont de fait des « gens de parole » – *chjota én* – à même de communiquer avec diverses entités mythiques et divines : les saints, « images » parfois superposées à un concept vernaculaire, notamment certains *Chikon*, des esprits qui habitent les éléments du relief, incarnations des montagnes, de l'eau, des grottes et de la terre ; et les « âmes » des morts, elles aussi « images » (*Ndí Santo* ou *Ndí Nima*). Au même titre que les morts, les *Chikon* sont versatiles, entre haut et bas, lumière et obscurité, fécondité et stérilité, ils sont tour à tour bénéfiques ou maléfiques. À l'instar de l'ambivalence qui caractérise ces alliés mythiques, les *chjota chjine* sont aussi perçus sous le signe de l'ubiquité. Lors de problèmes graves et « délicats » (*xkon*), ils maîtrisent l'usage du « Sang du Christ » (champignons rituels)²⁴. Grâce à ce sang « froid » qui pénètre veines et

24. Tout un langage métaphorique (à nos yeux) entoure ces « choses délicates », « choses » personnifiées et vivantes issues des premières

tendons (les « cordons du corps ») comme des « serpents », les « gens de savoir » guident leur patient dans les « chemins » (*nd'ia*). Visitant les « lieux délicats » (*nde xkon*) personnifiés par les *Chikon*, ils communiquent avec les saints et les morts, et ils conduisent à voir l'origine et la cause du mal, par le basculement de l'obscurité à la lumière, de l'ignorance à la connaissance de la cause. Ces médiateurs engagés dans une opération périlleuse en raison de la contagion qu'elle implique sont aussi incorporés au jeu de miroir qui caractérise les affaires du « monde de la terre » (*so'nde*). Le terme *chjota chjine* implique alors une référence ambiguë au savoir, mais également une identité de genre spécifique elle aussi fondée sur l'inversion et l'ubiquité. Avant de la préciser, on peut déjà souligner la frontière souvent labile tracée par les informateurs entre *chjota* (gens) et *chon* (femme) *chine* (l'un comprenant l'autre). On me répond successivement que « *c'est pratiquement pareil* » ou que la femme a moins de « force » (*nga'nio*) ou une « force » différente. Il en est de même pour la distinction entre « sorcier » (*chjota te'e* : ceux qui « travaillent à l'envers », « sous un manteau noir »), et les *chjota chine benda* (les « gens de savoir de la prospérité »). Comme le souligne un Huautleco :

« *Le « guérisseur » est un homme qui te soigne, non ? Il t'aide à te soigner et le sorcier te fait le mal. Mais en gé-*

pluies prospères en mai. Ce langage s'exprime essentiellement en langue mazatèque : *Ndî ts'o mji* : « Petit qui poussent » ; *Ndî Santo* : « Petits Saints » ; *Ndî xtî* « Petites choses », *Ndî xi tjo* : « Petits enfants », *Nji le Kristo* : « Sang du Christ »...). En langue espagnole, ce langage métaphorique perd de sa richesse : *honguitos* « petits champignons » est le terme le plus couramment utilisé avec les étrangers.

néral, “guérisseurs” et “sorciers” c’est pratiquement la même chose ».

La « force » des hommes et des femmes

Alors que dans la perspective coutumière les femmes n’avaient pas accès à la parole publique des « gens caractérisés » (en relation avec l’ancienne gestion politique gérontocratique), elles ne sont pas moins les protagonistes de la parole secrète des *chjota chine* aux côtés des hommes. L’expression *chjota chjine*, a-t-on vu, inclut hommes et femmes (*chjota*). Tous deux possèdent le « savoir » (*chine*), celui de conduire sur le chemin de la connaissance du « problème délicat ». À l’intérieur de la catégorie générique *chjota chjine*, la féminité peut être explicitement spécifiée par le mot femme (*chon*, par extension épouse). *Chon chjine* : « femme de savoir » dérive ainsi d’une classification englobante (*chjota chine*), qui renvoie à un autre statut sur l’axe sexué hommes/femmes.

La construction du genre, comme le souligne Françoise Héritier (1996, p. 28-57), est enfermée dans des grilles où se croisent des opérations de classement, d’opposition, de qualification, de hiérarchisation qui ont une logique commune, celle de l’analogie et d’une appréhension dualiste du genre. Face à des données biologiques élémentaires (les différences entre hommes et femmes, la procréation, la succession des générations), s’opère le travail symbolique de la parenté. La succession des générations (parents, enfants ; aîné, cadet) supporte une hiérarchie asymétrique masculin/féminin. Dans la société mazatèque, la patrilocalité et la patrilinéarité s’assortissent de conceptions qui tournent autour de l’alli-

ance/force (*ng'anio*) transmise par l'homme. D'une femme devenue veuve ou abandonnée par son époux, l'on dit qu'elle a perdu son *nga'nio* (son « énergie », son « alliance »). « *Hé kichan nga'niona* » : « j'ai perdu ma force », se lamente la femme lorsque son époux a disparu. La « faiblesse » (maladie) d'une jeune femme peut être également due à l'absence de *nga'nio*, de « relations » (sexuelles) avec un homme. À l'inverse, la charpente du corps peut aussi être abîmée par l'homme :

« *Ca vient de beaucoup de situations, quand il y a des relations, il y a des hommes qui font beaucoup de mal, ils sont rudes, ils sont forts ; et l'autre raison est quand on ne le fait pas assez souvent : les hommes peuvent tout autant arranger les os dans la relation que les déranger, la nature est bizarre* » explique la *chon chine* Eugenia²⁵. Contrairement à l'homme, le corps de la femme est susceptible d'être fermé (lors de la gestation) ou béant et froid. Ses os s'ouvrent notamment lors des « jours de femme » : l'os est chaud, on sent du chaud-froid (*escalofrio*) et les os s'écartent pour que sorte le sang, m'explique-t-on. On dit ainsi que les règles sont froides. Pour cela, si l'on prend du cacao (froid) ou des infusions de feuilles froides (avocat), « *ça descend plus vite* », alors que les infusions chaudes font que « *ça descend moins vite* ». Durant ces jours, il faut faire attention à ne pas aller vers les points d'eau : « *Les curanderos disent que si la femme va ainsi dans des lieux propres, purs, près de l'eau, et si elles font (urinent), elles salissent avec leur sang et après leur sang s'effraie* ». Les « jours de femme », au cours desquels s'échappe leur sang sont des jours délicats, frappés d'in-

25. HUAUTLA, 2001, traduit du mazatèque.

terdits. On ne peut pas parler de « sang » (*nji*), pour cela on dit : « *ce qui nous arrive chaque lune* » (à nous, les femmes : *jo mana xi xhi sá*). L'association avec la lune, loin d'être fortuite, rappelle la position cosmologique de la femme associée à l'astre lunaire.

Au-delà de ces divisions, les constructions du genre, loin d'être figées, s'inscrivent dans un cycle de vie : une femme (*chon*, également épouse), lorsqu'elle atteint un certain âge (celui de la non-procréation), est dénommée par la catégorie englobante de « gens anciens » (*chjota chinga*). Elle devient « de respect », hors des problèmes causés par le célibat d'une femme toujours fertile. Elle n'en dépend pas moins du *nga'nio* de son mari. Celui-ci, pour les veuves, est remplacé, symboliquement (comme en témoignent les rituels d'alliance) par son fils aîné. De même, si elle est reconnue comme *chjota chine*, elle devient aussi de pouvoir en étant alliée à un conjoint mythique ou catholique (saint) et en puisant sa force dans les défunts masculins de son lignage. Elle se situe de fait au-delà de la faiblesse qui est censée caractériser une femme sans l'alliance (*nga'nio*) de l'homme. On peut ainsi émettre l'hypothèse, nous appuyant sur Saladin d'Anglure (1986), d'un chevauchement des sexes, d'un « troisième sexe » qui surgit dans le contexte magico-religieux.

Les femmes *chjota chine* sont âgées, souvent veuves, séparées, ou encore « filles mères ». Des hommes, bien qu'il s'agisse d'hommes mariés, j'ai pu remarquer une identité du genre trouble. Selon nos propres catégories, elle semble s'apparenter à une homosexualité dont témoignent certaines marques féminines (perruque, bagues, chaînes en or), des postures, des gestes, le ton de la voix. Chez les femmes

chjota chine, de façon plus subreptice, des attributs masculins sont utilisés (fumer le cigare ou des cigarettes, boire de l'eau-de-vie). Mais au-delà de ces observations, c'est surtout dans les oraisons que l'on retrouve ce chevauchement des genres, avec l'association systématique des principes cosmiques masculins et féminins. On rejoint ainsi l'idée du « troisième sexe », lieu du chevauchement des genres, dégagée par Saladin d'Anglure (1986, p. 97). D'un point de vue fonctionnel, ce « troisième sexe » social surgit dans les circonstances bien précises d'une médiation entre plusieurs échelles. Reprenant l'auteur, je les adapte ici sur la base des conceptions et des pratiques locales :

L'échelle infrahumaine, qui renvoie dans notre cas à la mère terre : *na nangui* et au monde (*so'nde*) habité par les *Chikon* et les hommes, sphère féminine faite de cavités (grottes) lieu de la naissance de l'eau, de la fécondité, de la pourriture et de la mort. On peut qualifier cet espace de milieu intersubjectif (Descola, 2002), continuum naturel et social où les a-humains, les *chikon*, maîtres des différents éléments du relief et des morts, adoptent des comportements humains.

L'échelle humaine, où la division sexuelle des tâches, chez les Mazatèques, peut rapidement être énoncée de la façon suivante : hommes/femmes correspondent aux deux pôles agriculture/préparation de la nourriture, production agricole/commerce ; ancrage patrilocal/circulation exogamique ; participation à la vie politique (hommes) dont sont exclues les femmes. Sachant là encore, et ce d'autant plus aujourd'hui, que ces oppositions restent très schématiques.

L'échelle supra-humaine : le cosmos (*nga'jmi*) où sont situées les éléments cosmologiques et les défunts ancestralisés brillant dans les étoiles. La fécondité (et par extension la

procréation) dépend d'une imbrication de contraires (est/ouest, lumière/obscurité, eau/feu) imbriqués dans la première échelle de la « mère terre ».

Le chevauchement des genres s'opère autour d'une frontière entre les sexes délimitée par les rôles sociaux, les activités respectivement masculines et féminines, et les positions cosmologiques des sphères masculin et féminin (haut/bas).

Ma classification ci-dessous offre un résumé des spécialités respectives des hommes et des femmes. Elle n'est certainement pas exhaustive, mais elle permet de dégager deux pôles de compétences en relation avec le genre.

	<u>spécialité</u>	<u>étiologie</u>
<u>Hommes</u>		
<i>Chjota chine</i>	Soin de la <i>milpa</i> .	Cosmologique/sociale
<i>Chjota chine</i>	Divination : Lecture des grains de maïs, des cartes, du copal	
<i>Chine benda</i>	Remise en ordre des os et des « cordons du corps ».	Symptôme/corps
<u>Hommes et femmes</u>		
<i>Chine cerra</i>	Invocation « flammes/âmes » des morts.	Sociale/cosmologique
<i>Chjota chine</i>	Soin de l'« âme-image » et du <i>nga'nio</i> . Sacrifice, purifications : « purifications rituelles », « voyage » avec les champignons rituels), etc.	Sociale/cosmologique
<i>chjine chjin</i>		
<i>ch'inroo</i>	Aspiration du mal.	Sociale/cosmologique

<i>chjine xka</i>	Infusions, onction de plantes.	Symptôme/corps
<u>Femmes</u>		
<i>chine chichi</i>	Accommodation de la matrice, du fœtus dans le ventre,	Symptôme/corps
<i>ndí</i>	Accommodation de la matrice, accouchements, Soin des enfants, purification, remise en place des os post-partum	Sociale/cosmologique (surtout pour les enfants en raison de l'envie)

Cette répartition, par sa staticité, ne rend que partiellement compte des chevauchements de compétences sur l'échelle du genre. Les domaines d'intervention sont rarement exclusifs : ainsi l'accommodation des os réservée aux hommes relève aussi du savoir des « sages-femmes ». Mais s'il y a chevauchement, c'est aussi parce qu'il y a frontière entre les sexes (Saladin d'Anglure, 1986, p. 50). On remarque à ce titre deux orientations respectives : celle des hommes se situant sur le pôle de la fécondité des cultures, les problèmes d'os (en relation avec le lignage) et celle des femmes sur celui des soins des femmes et des enfants qui se traduit d'ailleurs par un savoir domestique partagé, en deçà d'une reconnaissance comme *chjota chine*.

Selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, la force n'est pas de même nature. Ainsi me dit-on que les hommes sont plus liés aux montagnes, aux torrents (entendons aux maîtres des lieux) en relation avec l'agriculture, alors que les femmes sont plus « spirituelles », plus dans la religion (catholique). Ces deux orientations montrent un *nga'nio* (alliance, force) de filiation avec les acteurs mythiques pour les « hommes de savoir », quand le *nga'nio* des « femmes de savoir » engage un rapport d'alliance avec les saints. Mais

dans les deux cas, la contiguïté avec les défunts constitue la constance de la force. Par-delà les nouveaux ordres de reconnaissance allochtones (tourisme, institutions), le contact avec les défunts reste un élément fondamental de la force, tout comme il conduit à alimenter l'ambiguïté qui caractérise les *chjota chine* engagés dans une communication à l'interface du monde des humains et de non-humains.

La « médecine traditionnelle », la face positive des savoirs vernaculaires

Contrairement à l'agitation des contraires qui règne dans la sphère du magico-religieux, la catégorie « médecine traditionnelle » situe les savoirs vernaculaires sur un axe manichéen orienté, en relation avec les diverses appréhensions de l'indianité dans l'histoire de l'indigénisme mexicain. Elle réfère à la conceptualisation des pratiques curatives magico-religieuses indigènes dans le cadre de l'anthropologie et de l'archéologie. La « médecine traditionnelle » se développe comme champs d'étude de l'anthropologie appliquée à partir des années 1950, après la création de l'Institut National Indigéniste (INI) qui signe l'accélération des politiques indigénistes d'intégration. L'anthropologue indigéniste Gonzalo Aguirre Beltrán en est l'initiateur. Chirurgien de formation initiale, il promeut un nouveau terrain d'étude avec l'anthropologie médicale. Auparavant, l'attention portée à la médecine préhispanique et « traditionnelle » s'effectuait dans une perspective ethnocentrée en lien avec le mépris colonial, ou bien intégrait cet aspect dans l'ensemble de monographies dont elle ne formait que l'un des composants (Viesca Treviño, 1987). Pour Aguirre Beltrán, auteur d'un célèbre ou-

vrage (*Médecine et Magie*), il est question d'instituer comme objet d'étude ce qui autrefois ne formait pas un corps de recherche à part entière, tout en le soustrayant à certaines analyses ethnocentriques²⁶.

Dans ce souci de réhabilitation, les termes de « médecine populaire » ou « médecine traditionnelle », remplacent ceux de « guérisseur » et de « sorcier », qui sont bannis pour la charge dépréciative qu'ils sont censés receler²⁷. L'objectif, dans la perspective indigéniste dominée par l'orientation culturaliste intégrative, est de mieux connaître et de mieux comprendre, afin de faciliter l'incorporation socioculturelle des indiens à la société mexicaine.

L'intégration des Indiens passe par le filtre d'une acculturation contrôlée, en particulier avec l'éducation et l'hispanisation. Si elle se fonde sur l'idée de l'égalité des cultures, elle privilégie néanmoins une acculturation unilatérale en faveur de l'introduction de la pratique médicale scientifique dans les communautés indiennes

26. Telles que celles de W. H. R. RIVERS, *Medicine, Magic and Religion*, 1924 ; Forrest E. CLEMENTS, *Primitive Concept of Disease*, 1932. Quant aux monographies, celles-ci s'attachent davantage au changement social général au sein duquel le problème « magico-religieux » ne forme qu'une composante de la culture en voie de transformation (voir les travaux de REDFIELD, et Alfonso VILLA ROJAS) (Aguirre BELTRAN, 1992, p. 52-53).

27. Ainsi, lors de la célèbre rencontre de Patzcuaro le 14 avril 1940, qui marque le début des politiques indigénistes, Aguirre Beltrán (1992, p. 69-70) explique que « les médecins et les indigénistes se prononcent pour le respect et la tolérance vers les idées, les rites et les cérémonies utilisés par les natifs – nommés de façon dépréciative sorciers ou guérisseurs – pour résoudre l'anxiété que réveillent les maux de la société dominante dans la société folk ». Ma traduction.

(Campos Navarro, 1992, p. 12). Les aspects privilégiés dans ce type d'échange sont ceux considérés comme scientifiques : la flore médicinale et les propriétés biochimiques des plantes hallucinogènes. Cet intérêt est essentiellement dicté par une efficacité mécanique positiviste et par la posture de l'anthropologie médicale qui, dans sa version appliquée, a tout d'abord été abordée comme une branche de la médecine. L'approche résolument « scientifique » conduit alors à exclure certaines thématiques de travail : la préoccupation pour l'efficacité des pratiques traditionnelles, les systèmes de conceptions en relation avec les morts, auxquelles s'ajoute la tendance à analyser la « médecine traditionnelle » par opposition à la médecine « scientifique » (Menéndez, 1998, p. 117-118).

Le souci de réhabilitation que sous-tend l'étude des « médecines traditionnelles », conjugué à l'orientation de recherche dans la perspective de l'anthropologie appliquée, contribuent à évacuer la forte ambiguïté qui règne dans les pratiques curatives. Mais surtout, et c'est ce qui nous intéresse ici, elle concourt à ancrer une efficacité biomédicale – sur la base de l'hygiène – sur un pôle essentiellement féminin, comme en témoigne l'accent porté sur la formation des « sages-femmes rurales ». Elle rejoint finalement l'« hygiénisme », « médecine sociale » appliquée à des populations cibles, développée dans les pays européens (Herzlich, 1994, p. 190).

*La réapparition des « sorciers » et l'irruption des
« chamans »*

L'anthropologie médicale, alors influencée par les objectifs assimilationnistes indigénistes, n'est pas épargnée par la crise des années 1970 à l'encontre des politiques intégratives. Ainsi selon Aguire Beltrán (1992, p. 44), « les institutions gouvernementales chargées de dispenser des services aux peuples ethniques sont qualifiés d'instruments de contrôle »²⁸. Même l'anthropologie médicale, dont l'objectif ultime, souligne l'auteur, vise à introduire la médecine et la santé dans leur modalité scientifique, est condamnée comme outil de sujétion. Avec cette remise en cause, les termes de « guérisseurs » et de « sorcier » sont à nouveau utilisés. Il s'agit alors, pour les anthropologues détracteurs des politiques gouvernementales d'exacerber la différence indienne dans un rapport d'opposition à l'assimilation de pratiques culturelles distinctives par la « culture hégémonique ». En accord avec la perspective de Guillermo Bonfil (1994, p. 191), figure marquante de la nouvelle orientation relativiste, le champ du magico-religieux constitue une « permanence » intégrante de la « culture de résistance ».

C'est à cette même époque que survient l'événement médiatique à l'origine de la célébrité de Huautla, haut lieu de la « chaman » Maria Sabina et des « champignons sacrés », conçus comme résurgences intactes d'un lointain passé préhispanique. L'émergence de la mouvance New Age, des courants néo-indiens et les mouvements occidentaux et mexicains de la « contre-culture » trouvent alors toute leur

28. Ma traduction.

résonance dans ce chef-lieu mazatèque, qui expérimente une désorganisation de ses institutions politiques et un interventionnisme accru de l'État. Pendant que se multiplient les écrits aux confins du témoignage, du journalisme et de l'anthropologie, l'ouvrage de l'ethnologue Eckart Boege (1988) sur les Mazatèques, montre que les « gens de connaissances » (*shuta chjine* : variante dialectale de la zone basse), sont les garants privilégiés de l'identité ethnique face à l'État-Nation²⁹. Or l'ethnicité en creux scellée par le secret est aujourd'hui balisée par l'emblème ethnique « Maria Sabina », figure qui apparaît localement controversée. Cette « limite symbolique », selon la perspective de Barth (1969), tend en effet à se déplacer en fonction des situations d'échange : la « chaman », emblématique d'un savoir autre, est conçue comme « sans pouvoir » lorsque le point de comparaison n'est plus celui du savoir mazatèque face aux « gens blancs » (*chjota chikon*), mais celui des *chjota chine* contemporains de Huautla (Demanget, 2004, p. 52-54). Soulignons ici que l'emblème sollicité pour représenter un héritage ancestral face aux agents étrangers est une femme. Ce qui n'est pas sans poser une contradiction apparente dans une société fondée sur la patrilinéarité. Entre magico-religieux, indigénisme et New Âge, comment s'établit la confrontation entre ces différentes catégories dans l'application du programme IMSS-Solidaridad à Huautla ? Quelle place est attribuée aux hommes et aux femmes au sein de l'« échange d'expériences » ?

29. Selon l'auteur (1988, p. 163), ils soutiennent en effet l'armature d'un contre-pouvoir de classes indiennes exploitées opposé aux mécanismes de centralisation étatiques, économiques, sociaux et politiques.

COURS DE « MEDECINE
TRADITIONNELLE » ET REIFICATION
DES GENRES

Les politiques de santé conjuguent les deux premières approches que l'on a évoquées : l'orientation positiviste de l'indigénisme classique et la valorisation – voire l'instrumentalisation – culturelle de « l'indigénisme de participation ». Les acteurs locaux et institutionnels s'appuient sur les emblèmes ethniques médiatisés par l'Occident. En témoigne l'irruption de la catégorie de « chaman », à présent répandue dans les diagnostics nationaux de « IMSS-solidaridad », catégorie associée localement à la figure d'une femme, Maria Sabina. La raison d'être du Programme se fonde sur son ancrage dans la population locale, et en particulier dans ses aspérités les plus traditionnelles, au travers de la constitution d'un réseau d'acteurs locaux choisi par les « gens de coutume ». Au sein de cette coopération, les Indiens sont appelés à être les propres acteurs de la politique dont ils sont les destinataires. Concrètement, elle se traduit par la formation de « promoteurs d'action communautaires » issus de la population locale, par la mise en place de comités de santé dans les localités excentrées, et par la constitution de réseaux de « médecins traditionnels ». Ces réseaux consistent en des maillages qui couvrent le territoire afin de pénétrer les localités excentrées, à l'écart de l'hôpital construit à Huautla en 1984³⁰ dans le cadre du

30. Selon les Huautlecos, ce n'est pas un hasard si l'hôpital a été construit à Huautla en 1984, un an avant le décès de Maria Sabina, alors alitée dans un hôpital de Oaxaca, et si le lieu de l'édifice se situe en contrebas

programme COPLAMAR³¹. Mais il a aussi pour objectif de toucher des populations difficilement contrôlables en raison de leur situation d'extrême pauvreté et du taux élevé de monolinguisme qui les spécifie. *IMSS-Solidaridad* ne vise donc pas les populations indiennes, mais une certaine couche socioculturelle de ces populations, celle qui concerne les plus démunis. Ce programme participe des politiques ciblées aux populations extrêmement pauvres, sorte de « filets de sécurités » qui ont fait leur apparition en Amérique ces dernières décennies (Salama & Valier, 1999, p. 80).

Les gens préparés et ceux de la poussière

Pour les Mazatèques les plus intégrés à la société nationale, il existe la possibilité d'un recours simultané à la médecine « moderne » et aux pratiques vernaculaires, l'une n'excluant pas l'autre, qui vient comme en complément de la première. Or ce choix est beaucoup moins évident pour les « gens de coutume » monolingues (près de 40% de la population), contraints, par l'obstacle de la langue et leur condition de dénuement extrême, à des rapports sociaux inégaux d'autant plus exacerbés lorsque ceux-ci se jouent en-

de sa maison : il s'agirait là d'une manipulation politique du gouvernement, pour profiter de la publicité qu'entoure la célèbre chaman.

31. En plus de l'hôpital, des « cliniques rurales » sont implantées à l'intérieur des terres. Concernant les alentours de Huautla, elles sont distribuées selon trois zones de services : Teotitlan, Cuicatlan, et Huautla, avec une moyenne de 14 « cliniques » par zone. Ces unités médicales sont destinées à la médecine préventive et aux soins de première nécessité, et elles sont composées d'un jeune médecin faisant son « service social » et de deux infirmières recrutées locales, présents du lundi au vendredi.

vers des institutions officielles. Ces « gens de coutumes » se prénomment eux-mêmes *Chjota yoma*, « Gens pauvres, humbles ». Les plus indigents, dont le travail des champs constitue la seule ressource, sont également surnommés *Chjota nguí chao*, « Gens sous la poussière ». Dans le contexte des conceptions vernaculaires, cette dénomination dépréciative aux yeux des Mazatèques (« ces gens ne savent rien d'autre que les choses de la terre », dit-on) se comprend également par le contact « délicat » (*xkon*) entretenu avec la terre (*nanguí, nde*). Cet univers « impur », en relation avec le « dessous » (*nguí*), fait de cavités (*nguí xo*) et d'eau (*nandá*), est conçu comme féminin. En témoigne sa dénomination : la « mère terre » (*na nanguí*). C'est entre autres parmi eux que se trouvent les *chjota chine*, catégorie qui transcende les clivages sociaux évoqués ici.

À l'opposé des « Gens humbles » et des « Gens sous la poussière », les « Gens préparés » (*Gente preparada*) ou « Gens de papier » (*Chjota xon*), sont concentrés dans le chef-lieu majoritairement bilingues où a été construit l'hôpital. Ils sont également reconnus comme « Gens du centre » : *Chjota niyá*. Ces catégories – notamment celle de « gens humbles » et de « gens du centre » – loin d'être figées, sont toutefois relatives, et les désignations varient selon les positions de interlocuteurs. Au-delà de cette variabilité, à l'extrémité, les Mazatèques désignent les gens des villes comme *Chjota chikón*, « gens clairs », que l'on pourrait littéralement traduire par « étrangers », car *chikón* signifie aussi « étrange », « confus ». Ce terme s'assortit par ailleurs de l'idée de pureté (*chikon* annonce ce qui est « clair », et ce terme est accolé à l'« eau pure » ou « eau

bénite » ou encore à l'est et à la mer). D'un point de vue plus général, le terme de *Chikon* renvoie à la conceptualisation de l'altérité, désignant tour à tour les gens des villes, les gens blancs venus de l'au-delà de la mer (les visiteurs étrangers en quête d'« expériences chamaniques »), ou les acteurs mythiques du relief, propriétaires des lieux alliés des *chjota chine*.

Deux réseaux : hommes « chamans » et « sages-femmes »

Le cours de « médecine traditionnelle » auquel j'ai assisté en 1999 est organisé deux à trois fois par an dans le cadre du Programme. Privilégiant l'« échange d'expériences », il réunit à ce titre des gens très diversifiés. Les actions de médiation culturelle initiées durant le cours sont de fait opérées entre ces deux extrêmes : les *Chjota chikon*, « gens blancs » et médecins de la ville et les *Chjota chjine*, « hommes et femmes de savoir » ; ou encore certains spécialistes (en particulier les « sages-femmes empiriques » ou *chon chine chichi ndí*), en général originaires des périphéries ou de toutes façons appartenant à la condition de « Gens humble » (*Chjota yoma*). Les médiateurs sont des mazatèques bilingues, « gens préparés » qui, même s'ils sont originaires de localités adjacentes, sont considérés comme des « gens du centre » (*Chjota niyá*). Doublement central, le lieu où se déroule le cours a une valeur hautement symbolique. L'entrée dans la bâtisse de l'hôpital s'apparente à l'incursion dans un autre univers, celui de la ville, des « gens préparés » (« clairs » : *chikon*). Par ailleurs, bien que l'hôpital ait été construit à la limite de l'agglomération, il est néanmoins situé dans le centre, Huautla (*niyá*). En plus du cadre des activités que nombre de Mazatèques des

périphéries associent à la « ville » (au « progrès »), l'échange établi entre les médecins et les « médecins traditionnels » est structuré sur deux axes de différenciation : entre « gens humbles » et « gens préparés » d'une part ; et entre hommes et femmes d'autre part.

Le cours compte une trentaine³² de personnes dont les deux tiers sont des femmes appartenant au réseau des « sages-femmes rurales » (*chon chine chichi ndí*) coordonné par l'IMSS. Le tiers restant sont les *Chjota chine* (gens de savoir) ou « chaman » du réseau « Maria Sabina » de l'INI (Institut National Indigéniste). On peut tout d'abord distinguer le groupe majoritaire des sages-femmes, qui constitue le pôle médical positiviste du programme : leur action consiste à aider aux accouchements et aux soins dispensés aux nouveau-nés, moyennant des techniques qui ont été adaptées par des formations essentiellement axées sur l'hygiène et sur la promotion de la lactation et la distribution de lait en poudre. En second lieu, la collaboration de l'INI au travers du réseau « Maria Sabina » contribue à renforcer le versant culturel du projet. Cette plus-value culturelle se structure autour de l'emblématique « néo-indienne » qui entoure les pratiques locales : outre le label de « Maria Sabina », nombre des *Chjota chine* apparaissent dans un livre de portraits (« Les chaman de la Sierra »), en prolongation de l'événement médiatique de ce haut lieu de « chaman »³³. Il

32. Plus précisément : 27 personnes : 9 hommes, 14 femmes.

33. Il s'agit de *Curanderos y Chamanes de la Sierra Mazateca* (1997), préfacé par Fernando Benitez, journaliste très présent lors de la divulgation du phénomène Maria Sabina, et écrit par Juan GARCIA CARRERA, journaliste mazatèque auteur de *l'Autre Vie de Maria Sabina* (1987).

s'agit donc de *Chjota chine* dont la renommée, à l'instar de Maria Sabina, est renforcée par une divulgation à grande échelle. La reconnaissance est ainsi établie selon un double mouvement. Elle s'appuie d'une part sur un emblème ethnique local, la figure de la « chaman » Maria Sabina, qui représente ici des participants essentiellement masculins. D'autre part, le réseau majoritaire des sages-femmes reconduit à une définition normative du travail thérapeutique des femmes.

« *Échange d'expériences* » et *clivages sociaux*

L'« échange » d'expérience, censé aller à l'encontre des présupposés paternalistes des anciennes politiques indigénistes, se noue autour d'une rupture totale entre les allocutions des médecins et la structuration du « cours »³⁴. Les

34. L'observation de l'organisation des séances conduit en effet à remettre en cause la perspective d'un véritable dialogue entre les participants et les médecins. En ce qui concerne l'alternance des séquences, celles qui relèvent d'un échange de savoir sont présidées par le « promoteur de santé » mais elles ne comptent pas la présence des médecins. Ceux-ci ne viennent au « cours » que lors de leurs propres exposés magistraux. Malgré quelques incursions ponctuelles et fugaces – en raison de la surcharge de travail –, ils n'assistent pas aux exposés des « médecins traditionnels », exposés du reste en langue vernaculaire. Par ailleurs, concernant le contenu du « cours » que l'on ne développe pas ici, les séquences de « médecine traditionnelle » sont essentiellement orientées sur l'herboristerie, champ privilégié de l'anthropologie médicale, en raison de l'assimilation des usages vernaculaires des plantes à ceux de la pharmacopée. Cette entrée implique des grilles de classification en complet décalage avec les conceptions locales. Les rapports de cause à effet, au même titre que la distinction entre un corps seul réceptacle de la maladie conduisent à des classements sans lien apparents, voire incohérents, tant pour les participants que pour le spectateur éventuel. Les grilles proposées

divers modes de communications contribuent à recréer un contexte scolaire qui tend à renforcer l'écart existant entre les différents participants. La distribution de cahiers et de stylos lors de l'inauguration du cours, la traduction et la copie des informations en espagnol sur un tableau de feutre – destiné à un public hispanisant absent – contribuent à instaurer l'assise d'un savoir dont la majorité des *chjota chine* sont exclus³⁵. Ce type de démarche, par la position qu'il réserve aux participants, s'appuie sur l'existence de statuts inégalitaires déjà en jeu dans les disparités sociale locales (entre *chjota yoma*, *chjota niya* et *chjota chikon*).

Dans ce système inégalitaire, hormis les intermédiaires bilingues (les « promoteurs de santé »), les femmes sont quasiment muettes face aux « gens blancs » en raison du taux plus élevé de monolinguisme. Les hommes, quant à eux, se révèlent comme des interlocuteurs privilégiés. Certains intégrants du réseau des « chaman » (bilingues et vivant dans le centre) prennent alors la parole sous couvert du nom d'une femme (Maria Sabina), pendant que les femmes,

sont en réalité des sortes de carcans méthodologiques au sein desquels les coordinateurs et l'assemblée s'évertuent tant bien que mal à insérer des informations qui ne correspondent pas à ce type d'approche. On ne peut manquer de sourire lorsque les « *hongos halucinantes* » ne semblent traiter aucune maladie en particulier. Après discussion, il sera annoté qu'ils soignent « diverses maladies ». Or comme on l'a vu, dans ce cas il est moins question du symptôme et du soin, que de la question de la cause (projetée dans un espace social).

35. Les participants, s'ils n'ont pas été scolarisés, ont en effet été indirectement touchés par les politiques d'éducation initiées à partir des années 1950, alors que l'« éducation formelle » avait pour mission d'enseigner l'espagnol en interdisant l'usage de ce qui était alors considéré, selon les termes d'un huautleco scolarisé à cette époque, comme des « dialectes d'animaux ».

appelées à être des médiatrices de la santé, restent en retrait de la parole des hommes. Voici, après l'allocution d'un médecin, la remarque en espagnol d'un « médecin traditionnel », unique participant du réseau « sage-femme ». Notons la demande d'une reconnaissance de l'« âme » mazatèque qui, en langue vernaculaire, est désigné par métonymie comme cœur (*nima*, contenant de l'« image » ou « âme » : *sén*) :

Je voudrais ajouter quelques mots plus simples, non ? Comme vous savez que nous sommes gens d'une communauté et que nous ne savons pas exprimer bien notre parole, mais de façon simple je veux vous dire que nous sommes contents que vous nous preniez en compte [...] Que vous ne nous considérez pas comme des gens, comme un déchet (en référence au « gens de poussière), que vous ayez de l'estime pour nous. Parce que notre cœur (renvoyant ici à l'« âme ») est le même, nous aussi nous avons un « petit cœur » (« âme »), et nous sentons aussi. Estimez-nous ! Soyons Amis !

La place en creux réservée aux savoirs vernaculaires apparaît comme un prétexte pour initier une participation des *chjota chine* qui se situe à un autre niveau. Comme le démontrent les interventions magistrales, il est avant tout question de mettre en confiance afin d'instituer les « médecins traditionnels » comme relais, essentiellement conçus au travers des femmes. Les « sages-femmes traditionnelles » – lors d'autres séances de formations régulières (tous les deux ou trois mois) instruites sans le réseau « Maria Sabina » – sont en effet appelées à être les véhicules de l'hygiène, condition première d'une diminution de la mortalité infantile et

des décès des femmes lors des accouchements. Ainsi, si par le passé, avant la dénonciation d'une « domination masculine » par Nicole Claude Mathieu, la variable « sexe » a été abordée par la sociologie comme relevant d'un constat biologique, « les femmes se situant plutôt de côté de la nature et les hommes de la culture » (Devreux, 2001, p. 98), on retrouve ici le renversement entre ces deux oppositions. Les hommes, en étant identifiés sous le label « Maria Sabina », sont positionnés sur le pôle d'une culture qui relève de la « nature », pendant que les femmes sont sollicitées pour une régulation de ce pôle culturel/naturel. Or cette féminisation d'une efficacité biomédicale « hygiéniste » que l'on retrouve dans nombre de programmes de développement, renvoie à une bipolarité du genre qui ne reflète pas nécessairement les conceptions et les répartitions des compétences locales. Si cette bipolarité s'inspire d'un constat prosaïque, celui d'une différence biologique patente des sexes (Héritier, 1996, p. 28), les discernements qui commandent les interprétations différentielles du genre sont loin de se fondre dans un cadre normatif unique qui s'imposerait par évidence.

Corps ouvert, corps fermé : entre froid et chaud

Est-ce un hasard si les *chjota chine*, engagés dans des procès de médiation « délicats » (*xkon* : « sacré », « dangereux »), sont aujourd'hui conçus par les leaders ethniques comme les porteurs d'une ethnicité substantielle ? Dans la perspective d'un contre-pouvoir évoqué par Boege (1988, *op. cit.*), ils vantent leur savoir face aux « gens blancs », attestant d'une célébrité qui rejoint celle de Maria Sabina. Selon les *chjota chine*, les gens viennent à Huautla du monde entier se faire soigner là où échoue la médecine

moderne : les « Petits Saints » peuvent en effet tout résoudre sur cette terre, même le cancer et le sida. Dans un mouvement inverse, ce qui vient de loin (*nga ndá chikon* : « au-delà de l'eau claire », de la mer « sur laquelle a marché Jésus-Christ »), au même titre que les choses de « gens blancs », dit-on, a plus de « force » (*nga'nio*)³⁶. D'une certaine manière, recevoir des gens du monde constitue une reconnaissance de la notoriété du *chjota chine* qui, ajoutée au consensus communautaire, assoie un pouvoir non dépourvu d'ambiguïté. À l'inverse du renom généré par le tourisme mystique, la reconnaissance officielle, quant à elle, introduit une légitimation normative du travail thérapeutique des femmes. Cette légitimation conforte la position des sages-femmes sur le pôle d'une étiologie axée sur le corps (au même titre que les connaisseurs de os et des plantes). C'est ce que montre la coordonnatrice du réseau « *parteras* », en distinguant les « médecins traditionnels » reconnus par l'IMSS : Si le réseau « Maria Sabina » est présent, c'est qu'ils confondent « médecine traditionnelle » avec les sages-femmes, remarque-t-elle :

« Ils croient qu'ils sont dans la médecine traditionnelle, ils sont très spéciaux, surtout ceux qui viennent des communautés [...] ils aspirent (le mal), ils font la lecture du maïs, ils lisent les cartes ». Et d'ajouter : « Ici, il faut faire les choses propres ».

Rejoignant la division entre « médecine traditionnelle » positiviste et le chamanisme qui implique une référence ambiguë au savoir, elle explique :

« Ici, un médecin traditionnel c'est celui qui connaît les herbes, qui soigne les maladies avec les herbes [...] Il sait,

36. Nous revenons plus loin sur le terme de force : *nga'nio*, qui signifie également « pouvoir », « alliance ».

et s'il me fait une « purification rituelle » (limpia), alors c'est un médecin traditionnel ».

On voit cependant combien cette perspective biomédicale reste imprégnée des conceptions locales, avec l'articulation mécanique à la purification rituelle. Comment sont alors intégrés les savoirs biomédicaux par les sages-femmes ?

La légitimation ritualisée de l'« autre savoir » dans le cadre de l'hôpital, notamment par la remise de diplômes aux « médecins traditionnels », si elle implique un autre type de reconnaissance des spécialistes locaux, ne renverse cependant pas radicalement les logiques de pensée à l'œuvre dans les « techniques du soin ». Celles-ci sont plus ou moins prégnantes selon les sages-femmes, dont on a vu que la majeure partie est monolingue. Commençons par la coordinatrice citée ci-dessus, bilingue et scolarisée. Elle insiste ainsi sur sa formation de sage-femme par l'entremise d'un médecin. Elle fut cependant initiée au départ par une tante. Selon elle, il ne faut plus accoucher sur le sol, et elle accompagne certaines de ses patientes à la salle d'accouchement de l'hôpital. Mais, ajoute-t-elle, « *Mes sages-femmes font ce qu'elle peuvent, ce sont des gens humbles* », « *Il faut échanger* », « *On ne doit pas être choquant avec les gens humbles* ». Elle insiste cependant sur leur savoir, savoir accommoder la matrice, ce que les docteurs désapprouvaient, il faut « *réchauffer la femme* » après l'accouchement, faire des bains d'« *herbes de connaissance* », garder les 40 jours après l'accouchement, faire des « *purifications rituelles* » aux enfants, au nom du Père, du Fils et du Saint-Esprit. Elle insiste également sur

l'hygiène, les ciseaux et leur désinfection pour couper le cordon, la nécessité de faire bouillir l'eau.

Toutefois, dans la pratique de nombre de femmes, cette intégration de techniques allochtones ne va pas nécessairement dans le sens de l'efficacité telle qu'elle est conçue dans la perspective biomédicale. En témoigne l'exemple tragique d'une sage-femme, qui me vantait avec fierté son diplôme. Elle me disait savoir comme les Blancs, mais aussi plus que les Blancs. Victime d'un abcès au pied, elle se soigne, seule. Elle *voit* la cause avec les « Petits saints » (champignons rituels), se désinfecte avec de l'eau de vie (*aguardiente*). Elle refuse d'aller à l'hôpital, car elle « sait ». Son savoir est double : elle sait par les « Petits saints », elle sait faire de piqûres. Elle s'injecte elle-même de la pénicilline lors des poussées de fièvre qui accompagnent le gonflement du pied et de la jambe. Elle décède au bout de deux ans, probablement d'une septicémie. On voit combien les séances de formation ont conduit à un « bricolage » qui consiste à articuler un traitement mécanique avec les « techniques » locales de guérison, combinant le traitement direct du symptôme avec des voies traditionnellement employées pour identifier une étiologie hors du corps.

Parfois, cependant, les efficacités respectives se trouvent dans des rapports de correspondance. Citons comme autre exemple le roseau vert, taillé en biseau en regardant vers l'est, qui sert à couper le cordon ombilical : vert, car « vivant », rappelant le rituel sacrificiel *ma xkoen* (reverdir) utilisé pour la prospérité des cultures d'autoconsommation

(*milpas*) et pour la vitalité du corps³⁷. L'orientation vers l'Est, quant à elle, renvoie au lieu de surgissement du « Père Soleil » (*Nai Tsui*). C'est vers lui (également « Père Éternel ») que les cultivateurs se dirigent pour travailler les champs, où sont orientées les têtes des défunts dans le cimetière et où disent regarder les *chjota chine benda* (ceux qui « travaillent pour le bien »). La pureté, c'est donc l'Est, la lumière (par opposition à l'ouest, assimilé à l'obscurité et aux morts). Un point essentiel de la formation des sages-femmes a porté sur l'utilisation d'un ciseau désinfecté, distribué lors des séances de formation. À présent, le ciseau a remplacé le roseau, comme nouvel instrument à même de prodiguer la force (la vitalité) au nouveau-né : des produits de la terre, les Maztèques disent communément : « *C'est du pur fer* ». Instrument dont les *chaon chine* parlent avec fierté, attribut d'une reconnaissance de leur statut. Le ciseau a donc remplacé le roseau. Au même titre que l'eau-de-vie qui supplée bien souvent à l'alcool à 90° : « *On fait avec ce que l'on peut* ».

Parallèlement à cette adoption, on observe la poursuite de pratiques qui vont à l'encontre des séances de formation à l'hygiène. Elles n'en sont pas moins efficaces tant d'un point de vue symbolique que pratique. Précisons que l'efficacité biomédicale est tout autant une construction qui ne constitue pas pour autant une « vérité » inconditionnelle. Ainsi l'accouchement dans un lit, auquel les thérapeutes

37. Ce rituel consiste dans le saignement d'un dindon, sous l'aile gauche : le sang, mélangé à des graines de cacao broyées – par ailleurs monnaie rituelle offerte aux acteurs mythique du relief, les *Chikon* – est disposés aux quatre coins de la *milpa* et en son centre ou, sur le corps, sur les poignets, les chevilles et le plexus (voir DEMANGET, 2001).

autochtones opposent la technique locale, relève tout autant d'une norme sociale. Pour les Mazatèques, la future mère doit prendre appui sur le sol (de terre battue, à l'intérieur des « maisons humbles »), accroupie « *parce que c'est la mère terre qui donne la force* ». La coordinatrice remarque à ce sujet combien il est difficile de faire accoucher au lit, les femmes disant : « *Cette sage-femme est bonne à rien, pourquoi vais-je me coucher dans le lit, ça va me tuer ?* ». Mais de plus en plus, selon la coordinatrice, les choses changent. Elles changent cependant hors de la sphère des « gens humbles ». Persiste encore la pratique de dormir à même le sol. Durant les quarante jours, celle qui vient de « donner la lumière » ne peut dormir dans un lit ni balayer, mais elle doit reposer sur un *petate* (natte tressée posée à même le sol) avec le nouveau-né. De plus en plus, les quarante jours sont réduits au quatre jours de « diète comportementale », qui suit tout « problème délicat ». Contre la terre, la femme est supposée s'« endurcir », tirer de la « force » (*nga'nio*). Lors de l'accouchement, la femme devient de fait ouverte et froide, elle « *rentre en froideur* »³⁸ : « *C'est mauvais pour les petits pores qui sont ouverts, le froid que tu as à l'intérieur des os te sèche* ». Il s'agit donc de lui faire des thés d'« herbes de connaissance » « chaudes » (cannelle notamment). Mais surtout, il faut lui prodiguer des bains de vapeur d'herbes « chaudes » tous les trois ou quatre jours, durant quarante jours, afin qu'elle se « referme » et que le lait monte. C'est grâce au réchauffement et resserrement des os que le lait viendra en abondance. Voici l'invocation dite par une *chon chine*

38. « *Entra en frialdad* ».

chichi ndí pour la remise en place du désordre du corps après l'accouchement :

*Soigne-moi, « esprit » du Temazcal³⁹,
 Rassemble ma colonne,
 Rassemble mes jambes,
 Rassemble mes os,
 Réchauffe mes os
 Réchauffe mon corps
 Dedans je me sens mal,
 C'est dedans que je sens des douleurs
 musculaires,
 Des douleurs de chair,
 Des douleurs de chute,
 Des douleurs de froid,
 Soulage-moi Sage du Temazcal
 Père Jésus Christ, Père Éternel [...]
 Soulage-moi avec cette chaleur que tu vas me
 donner avec ce nuage de vapeur⁴⁰.*

Au fil des quarante jours, son corps se referme, et la femme peut de nouveau dormir à distance de la « mère terre ». La situation proche de la sphère tellurique, espace des morts et de la fécondité, rappelle les rituels d'affliction après le décès. Ceux-ci durent quarante jours après l'enterrement, le défunt encore « frais » habitant symboliquement la maison au cours de ce temps. Alors que ce laps de temps

39. Le *temazcal* est une sorte de bain de vapeur, construit en dur avec un mélange d'adobe et de pierre, ou improvisé avec des bambous et des feuilles de bananier. De plus en plus, ce bain est remplacé par une marmite remplie d'eau sur laquelle la femme s'accroupie recouverte d'une couverture.

40. Traduit du mazatèque.

consiste à accompagner le défunt qui perd sa « chaleur », la femme, quant à elle, est amenée à se « refermer » et à se réchauffer. Le rôle de la sage-femme consiste alors à aider au rétablissement de la distance du monde contagieux des morts, duquel la femme se trouve alors dangereusement proche. Si des changements sont survenues suite aux enseignements du programme, et notamment chez les femmes plus « préparées », avec des « idées de ville », on remarque la poursuite de certains invariants. Ainsi, la coordinatrice explique qu'à présent, à Huautla, le *temazcal* se fait de moins en moins « *parce qu'il n'y a pas l'espace de la terre* » dans le chef-lieu citadin. Alors elle fait des bains avec des « herbes de connaissance » bouillies des heures. Mais ajoute-t-elle, « *le temazcal est très bon* ». Elle en a aussi bénéficié, et pour cela elle n'a jamais souffert de « froideur » et elle n'est jamais tombée malade. Dans les deux cas, qu'il s'agisse de bains d'herbes ou du *temazcal*, il convient toujours de refermer le corps afin de l'éloigner du froid mortifère de la terre. Le dialogue entre les efficacités recouvre donc de multiples réalités, où les conceptions se croisent, se rejoignent parfois, tel l'exemple du roseau et de la force du fer. Ou bien elles ne se rencontrent pas, comme pour le dernier exemple d'un accouchement tour à tour proche de la terre afin de bénéficier de sa force, ou séparé du sol pour des raisons d'hygiène. Les femmes se trouvent alors au centre des négociations engagées dans le programme. Elles y sont conçues comme les principales médiatrices. Le réseau des « chamans » apparaît en revanche symboliquement instrumentalisé. Il permet, dans le cadre du programme, de faire montre du crédit accordé aux savoirs locaux, quand bien même les formations (l'« échange d'expériences ») privilégient les normes symboliques de la

société dominante, ainsi qu'en témoigne l'accouchement au lit.

CONCLUSION

On le voit, les critiques formulées par l'anthropologue et médecin Aguire Beltran à l'encontre des programmes de santé quelques trente années auparavant trouvent toujours leur raison d'être. Comme on l'a évoqué, l'amélioration de la santé des Indiens relève aujourd'hui du domaine public, par l'entremise de l'IMSS qui couvre les problèmes de santé des populations mexicaines dans leurs ensemble, et organise des actions spécifiques destinées à des populations ciblées. Sans remettre en cause les répercussions positives de telles actions ⁴¹, il convient de souligner leur entreprise normative (Massé, 2003). Entreprise qui contraste dans ce contexte, avec la déréliction économique et sociale des populations indiennes. Mais également avec une étiologie indigène qui n'est pas systématiquement en accord avec les schémas positivistes qui règnent dans une approche biomédicale dépouillée ici de réflexion anthropologique. Des acteurs contemporains qui conjuguent la double compétence d'anthropologue et de médecin ont d'ailleurs souligné les dissonances de ces programmes où le dialogue autour des efficacités apparaît tour à tour en décalé ou bien dans des rapports de complémentarité au gré des aléas des concep-

41. Comme le souligne AUGE et HERZLICH (1994, p. 12), aborder l'acceptation à la santé de sociétés inégalement situées sur l'axe du progrès sous l'angle de son degré de scientificité et d'efficacité, revient à occulter la dimension sociale de la maladie du système nosologique local.

tions en présence⁴². Mais laissons-là ce débat, abondamment traité par ailleurs⁴³. La question du genre apparaît au centre des enjeux du « développement » par l'entremise des femmes, et en particulier des sages-femmes. Comme on l'a évoqué, l'impact du programme induit une redéfinition du rôle des femmes dans la perspective d'un système de références intégré selon un ordre nécessaire à la prévention. La résolution de problèmes de santé y relève d'un corps fermé et de catégories (« santé », « maladie ») qui dérivent d'une efficacité mécanique envisagée selon des représentations occidentales. Cette conception mécanique, si elle s'organise selon d'autres conceptions du corps, n'est pas pour autant absente du système nosologique local. Elle ne saurait être contenue sur le seul le pôle féminin : les connaisseurs des os, ceux des herbes, officient aux côtés des sages-femmes. En réalité, l'opposition masculin/féminin observée dans le cadre du programme introduit une séparation entre deux sphères de compétences, à savoir la magie qui répond d'une vocation masculine et la médecine orientée sur le pôle féminin. Cette séparation ne correspond pas à une distribution vernaculaire du genre entre magie et médecine. On a de la sorte montré que les spécialités des thérapeutes s'articulaient avec la division sexuée des tâches de la vie quotidienne, entre la fécondité des humains (féminin) et la prospérité des cultures (masculin). Au-delà de cette division sexuée des compétences, la communication avec les non-humains requiert un troisième sexe, lieu de chevauchement des genres. Dans ce domaine de la médiation entre humains

42. Voir Roberto CAMPOS, communication personnelle et également (1996).

43. Voir par exemple Jean BENOIST (« Prendre soin ») extrait en ligne sur le site AMADES.

et non-humains, les femmes ont une place bien particulière. Ainsi, a-t-on observé l'armature rituelle qui entoure les accouchements reconduit à la promiscuité symbolique qui les lie à la terre et au monde des défunts. Les femmes se trouvent par ailleurs au centre des cabales du soupçon qui règnent dans les souterrains de la sorcellerie. Ces figurantes des démêlés de la convoitise entre parents apparaissent en effet à l'interface des vivants et des morts, médiatrices des rapports conflictuels tissés autour de la filiation et de l'alliance. Le visage féminin de la sorcellerie mazatèque relève, semble-t-il, de la dynamique des alliances en société exogame et patrilinéaire, où la circulation des femmes constitue le ressort des alliances. Leur position d'entre-deux leur confère visiblement le rôle symbolique d'actrices du malheur. Peut-être la féminité de l'emblème ethnique Maria Sabina n'est-elle pas étrangère à la situation intermédiaire de la femme dans la société mazatèque. Dans un même temps, selon une toute autre perspective, les femmes forment les principales médiatrices des programmes de santé. Conçues comme les véhicules d'une hygiène préventive d'un côté, elles sont paradoxalement les premières impliquées dans les eaux troubles de la sorcellerie.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel AGUILAR SOTO, "La interrelación con la medicina tradicional : Una propuesta de atención integral a la salud en el programa IMSS-Solidaridad", en *Quinto Coloquio Medicina Tradicional Mexicana*, "Un saber en Extensión", México, UNAM, 1992, p. 212-219.

- Gonzalo AGUIRRE BELTRÁN, “La asistencia médica primaria y el retorno a la medicina popular”, en *Medicina Tradicional y Atención Primaria. Ensayos en homenaje a Aguirre Beltrán, México*, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, 159, 1987, p. 13-17.
- Gonzalo AGUIRRE BELTRÁN, « Nace la antropología Médica en México », en *La Antropología Médica en México*, México, UAM, 1992, p. 39-77.
- Marc AUGE, « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement », *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 1994, p. 35-91.
- Marc AUGE, *Le Génie du Paganisme*, Paris, Gallimard, 1982.
- Marc AUGE et Claudine HERZLICH, « Introduction », in *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 1994, p. 9-31.
- Frederik BARTH (comp.), *Los Grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales*, México, Fondo de Cultura Económica, 1969-1976.
- Eckart BOEGE, *Los Mazatecos ante la Nación. Contradicciones de la identidad étnica en la México actual*, México, Siglo XXI, 1988.
- Eckart BOEGE, « La cuestión étnica y la antropología social en México : balance y perspectivas », en *Teoría e Investigación en la Antropología Social Mexicana*, México,
- Guillermo BONFIL, *México Profundo. Una civilización negada*, México, Grijalbo, 1987-1989.
- Roberto CAMPOS, « Introducción », en *La Antropología Médica en México*, México, UAM, 1992, p. 7-35.

- CIESAS, *Cuadernos de la Casa Chata*, 160, México, 1998, p. 45-65.
- CIESAS, « Memoria histórica y acción política de los campesinos mazatecos. Héros, águilas y come-hombres », dans *Religión Popular : hegemonía y resistencia*, Mexico, ENAH, INAH, 1986, p. 61-95.
- Danièle COMBES et Anne-Marie DEVREUX, « Travail des femmes et rapports sociaux de sexe », *Relations de Genre et Développement. Femmes et sociétés*, Paris, Éditions de l'ORSTOM, p. 149-165.
- Magali DEMANGET, « Maria Sabina, une femme de savoir mazatèque ou la chaman des étrangers ? Les coulisses de l'ethnicité : au-delà d'un emblème culturel (Pays mazatèque, Mexique) », *Cahiers des Amérique Latines* n° 44, Paris, Institut des Hautes Études de l'Amérique Latine, 2004, p. 41-60.
- Magali DEMANGET, « La nouvelle vie des morts. La fête de *Todos Santos* et la mise en scène des âmes-images à Huautla. (Sierra Mazatèque, Mexique) », in M. BERGE, M. C. BOCCARA, *Aux Sources de l'Expression : possession, chant, paroles, théâtre*, Vol. 1, Paris, Anthropos-economica/CNRS 2004, p. 143-179.
- Magali DEMANGET, « El precio de la tradición. En torno a los intercambios entre las riquezas económica y espiritual en la comunidad mazateca Huautla de Jiménez », *Cuadernos de Trabajo de la Universidad Veracruzana* N° 7, Xalapa, 2000.
- Philippe DESCOLA, « L'anthropologie et la question de la nature », *L'Environnement en Perspective. Contextes et représentations de l'environnement*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 61-83.

- Anne-Marie DEVREUX, « Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour des questions de santé ? », *Femmes et Hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Paris, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2001, p. 97-115.
- Y. ESCALANTE BETANCOURT, A. RAJSBAUM GORDEZKY, et S. CHÁVEZ CASTILLO (coordinadores), *Derechos Religiosos y Pueblos Indígenas. Memoria del Encuentro Nacional sobre Legislación y Derechos de los Pueblos Indígenas de México*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1998.
- Jacques GALINIER, *La Moitié du monde. Le corps et le cosmos dans le rituel des Indiens Otomi*, Paris, PUF, 1997.
- Juan GARCÍA CARRERA, *La Otra Vida de María Sabina*. México, à compte d'auteur, 1987.
- Juan GARCÍA CARRERA, (textos de), Juan MIRANDA (fotografías), Fernando BENITEZ (prólogo), *Curanderos y Chamanes de la Sierra Mazateca*. México, Gatuperio Editores, 1997.
- Carlos GARROCHO, Jaime SOBRINO, *Pobreza, Política Social y Participación Ciudadana*, México, El Colegio Mexiquense, Secretaría de Desarrollo Social, 1995.
- Françoise HERITIER, *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1996.
- Claudine HERZLICH, « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 1994, p. 189-215.
- Claude LEVI-STRAUSS, *La Pensée Sauvage*, Paris, Agora, 1962.

- María LUZ DE LA PARCERO, María DEL CARMEN ANZURES, María Sara Molinori, *Nuevo Catalogo del fondo Weitlaner*, DEAS/INAH, México, 1995.
- Alfredo LOPEZ AUSTIN, *Cuerpo Humano e Ideología. Las concepciones de los Antiguos Nahuas*, México, Universidad Autónoma de México. Vol. I. Instituto de Investigaciones Antropológicas, 1984.
- Alessandro LUPO, "Apostillas sobre las transformaciones de la medicina tradicional en México", en *La Cultura Plural*, A. Lupo, A. López Austin Editores, México, 1998, p. 221-255.
- Raymond MASSE, *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Laval, Les Presses de l'Université de Montréal, Les Éditions de l'IQRC, 2003.
- Virginia MELLADO CAMPOS & al., « Mazatecos », *La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México*, T. 3, Mexico, Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana, 1994, p. 469-485.
- L. Eduardo MENÉNDEZ, « Antropología médica, etnomedicina y otras posibles confusiones », en *Teoría e Investigación en la Antropología Social Mexicana*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, 160, México, 1998, p. 111-142.
- Alain MUSSET, « Interventionnisme, libéralisme et mondialisation : l'Amérique Latine dans tous ses états », *Cahiers des Amériques Latines* n° 26, 1999, p. 69-74.
- Salomón NAHMAD SITTON, « Corrientes y tendencias de la antropología aplicada en México. Indigenismo », *Teoría e investigación en la Antropología Social Mexicana* 160, México, CIESAS, 1998, p. 17-41.

- Bazán OEHMICHEN, Christina MA, *Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México, 1988-1996*, México, UNAM, 1999.
- Bernard SALADIN D'ANGLURE, « Du fœtus au chaman, la construction d'un troisième sexe inuit », *Études Inuit Studies*, n° 10/1-2, 1986, p. 25-113.
- P. SALAMA, J. VALIER, « De la pauvreté et des moyens de s'accroître », in G. COUFIGNAL (dir.), *Amérique Latine Tournant de Siècle*, Paris, Éditions La Découverte et Syros, 1997, p. 69-86.
- Carlos VIESCA TREVIÑO, "Veinte años de investigación en medicina tradicional en México", *Medicina Tradicional y Atención Primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*, Cuadernos de la Casa Chata, CIESAS, México, 1987, p. 59-81.

« HABILLÉE DE
TEMPS ».
LA FEMME A L'AGE
CRITIQUE DANS LE
DISCOURS
MEDICAL AU
TOURNANT DU
XIX^E SIECLE

Nicoletta Diasio

La force de certaines catégories scientifiques semble résider dans leur intemporalité. Une fois construites et vulgarisées, s'effacent en elles les traces de l'histoire et du relatif au grand triomphe de l'évidence et de l'absolu. Leur usage peut ainsi rappeler ce que Barthes écrivait sur le mythe en sémiologie : « Ce que le monde fournit au mythe, c'est un réel historique, défini, si loin qu'il faille remonter, par la

façon dont les hommes l'ont produit et utilisé ; et ce que le mythe restitue, c'est une image *naturelle* de ce réel [...] le mythe est constitué par la déperdition de la qualité historique des choses : les choses perdent en lui le souvenir de leur fabrication » (Barthes, 1994, p. 230). L'expérience de la ménopause semble avoir participé de cette « transformation de l'anti-physis en pseudo-physis » (*ibid.*) : si elle va de soi, ici et maintenant, dans un contexte de médicalisation diffuse, elle n'en est pas moins un produit culturel et social.

Dans ce travail, je vais analyser les premiers écrits médicaux qui, entre la fin du XVIII^e et la première moitié du XIX^e siècle, ont abordé l'étude de la ménopause. La réflexion sur l'arrêt des règles prolonge et articule le débat qui, depuis les Lumières, s'interroge sur la « nature » féminine, le rapport du physique et du moral, la relation entre sexualité « naturelle » et « civilisée », les modalités de contrôle et d'éducation de la femme. Il s'agit d'un questionnement en creux : qu'est-ce qui reste de la féminité une fois exclue sa fonction de reproduction ? Et comment le jeu des organes et des passions peut aider les médecins, « anges de civilisation et de progrès » comme ils seront appelés au XIX^e siècle (Bertani in White Mario, 1888, p. 628), à définir la frontière fragile entre normal et pathologique, naturel et civilisé, soi et autre ? Retracer la façon dont la ménopause a été construite en catégorie scientifique n'est donc pas uniquement un mode pour questionner l'absolu des nosologies médicales, mais aussi un analyseur des concepts de féminité, d'âge social et biologique, de génération à une époque où la médecine est un outil de définition et de construction des appartenances sociales (Diasio, 1999).

Dans les textes ici présentés l'assignation de la femme à un rôle, un statut, un genre, une classe passe par un traitement spécifique du temps. La femme y est « habillée de temps »¹ ; non seulement pour l'importance accordée au vieillissement, mais aussi parce que toute son existence semble se construire à l'intersection de temps différents : cycle menstruel, saisons de la vie, temps de l'attente et de la jouissance, rythmes quotidiens et familiaux. La médecine essaye de mettre de l'ordre dans cette trame des temps, et de l'intégrer dans l'enchaînement de l'histoire et de la succession des générations : la périodicité féminine doit s'accorder à la fois avec les impératifs de l'époque, la survivance de la société et la marche de la civilisation.

ARRET DES REGLES OU FIN DE LA
VIE ? UNE TEMPORALITE MORCELEE

Le questionnement sur l'arrêt des règles s'impose dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle, essentiellement dans le cadre de la réflexion sur le système moral et physique de la femme (Hoffmann, 1977). Des auteurs comme Astruc (1765), Roussel (1775) ou Fothergill (1788) situent ce mo-

1. Ainsi en est-il, dans un poème de Gozzano, une demi-mondaine que le poète avait aimée à l'âge de quatre ans et qui revit dans ses souvenirs, « habillée de temps », conduisant par la main l'enfant qui a été et l'amant qui ne sera jamais (COCOTTE, 1911). On y retrouve le thème de la femme en tant que « sentinelle des temps » qui constitue le fil rouge de cette réflexion.

ment entre les 45 et les 50 ans, par le truchement du concept d'« âge critique »².

Dans son ouvrage *Conseils pour les femmes de quarante-cinq à cinquante ans ou conduites à tenir lors de la cessation des règles*, Fothergill associe sans équivoque un âge et un phénomène physiologique. Une dizaine d'années auparavant, Roussel avait aussi relevé, dans cette époque de la vie, un ensemble de modifications de la physiologie féminine qui donnent lieu à un nouveau corps et une nouvelle identité sociale. Ce passage laborieux n'est pas l'affaire d'un jour, il se fait progressivement, par étapes. La première aurait lieu autour des 45 ans : « La femme perd son éclat, son coloris, la flaccidité succède à la souplesse, son embonpoint est incompatible avec la finesse, la légèreté de sa taille. Mais ces grâces majestueuses sont encore un piège à l'amour. [...] La nature tâche d'en tirer parti et de le faire servir au projet de l'espèce : elle ranime *par intervalles* l'éclat de la femme, elle fait de *temps en temps* naître de nouvelles fleurs sous ses pas pour en tirer de nouveaux fruits. Mais enfin ne la pouvant plus défendre contre les impressions destructives du temps et la tenant quitte de tout envers l'espèce, elle abandonne à son individu l'usage des *derniers moments* qui lui restent » (Roussel, 1775, p. 84, souligné par moi). Il s'agit d'une période marquée par des discontinuités : les expressions soulignées évoquent un temps fragmenté, très différent de la linéarité qui caractérise les très rares descriptions du vieillissement masculin,

2. Je n'aborderai pas les paradigmes de la médecine humorale qui inspirent ces textes, ni leurs transformations, ni les différences, parfois importantes, entre les auteurs : mon souci est de montrer plutôt leur convergence dans la construction conjointe de catégories de genre et de temps.

comme celle, plus tardive de Guyétant (1837), où l'âge avancé est décrit comme l'aboutissement d'une longue existence et l'époque du perfectionnement moral de l'homme. Les individus masculins ne tombent pas dans l'âge (*to fall in age*), comme ne tombent pas dans l'amour (*to fall in love*) : ils y « ascendent ». « Dans le calme des passions, l'homme juge le passé dont l'expérience l'éclaire sur l'avenir et, plus occupé que jamais du grand problème de la destinée humaine, il s'élève aux plus sublimes pensées, descend au fond de sa conscience, interroge les siècles, puise à toutes les sources connues de la sagesse, et tourne vers l'étude de lui-même toutes les forces de son intelligence » (Guyétant, 1837, p. 39).

Un deuxième moment est celui de la fureur amoureuse. La vieillesse, « plus hâtive pour les femmes que pour l'homme », ne succède pas immédiatement à l'époque où elle cesse d'engendrer, il y a un « espace de temps, mais trop court sans doute, où elle intéresse pour un reste d'attraits qui rappellent le souvenir de ce qu'elle n'a plus » (Roussel, *op. cit.*, p. 84-85) : d'où les machines pour arrêter les ravages du temps et les efforts pour conserver « ce reste précieux et inutile. [...] Mais si elle pousse les soins plus loin que ne l'exige le désir légitime de faire une retraite honorable, si elle écoute trop cet instinct qui ne lui a jamais fait envisager d'autre bien que le bonheur de plaire, il est à craindre que la vieillesse, prête à fondre sur elle, ne vienne mettre dans un trop grand jour le contraste désavantageux de ses prétentions et de son impuissance » (*ibid.*, p. 85). Il s'agit de la période la plus critique où il est difficile de trouver un équilibre entre l'ancienne inclination aux plaisirs et une retraite honorable et un clivage se creuse entre ambition et impuissance.

Succède enfin « l'enfer des femmes » : « tout est flétri, tout est détruit » (*ibid.*, p. 85). C'est le moment de jouir des droits respectables que les fonctions exercées dans le passé lui ont valu : la maternité et la fidélité conjugale peuvent, dans la dernière phase de la vie, donner lieu à de nouvelles consolations domestiques.

Les deux premières étapes sont les plus dangereuses : voulant prolonger son pouvoir de séduction, aux aguets d'un corps désirant qui, malgré l'âge, s'obstine à vouloir inspirer l'amour, la femme qui entre dans la ménopause est décrite selon le thème littéraire de la vieille femme désirante, punie à cause d'une sexualité débridée et hors norme.

C'est un topos très connu de la pensée occidentale où le vieillissement féminin est associé à la fin de la sexualité et l'équivalence beauté-jeunesse (voir les sonnets douloureux de Ronsard ou Góngora) a fait de la femme âgée l'emblème du danger. Sexualité, puissance et péril s'étagent en trois dominantes³. En tant que figure de la mort et de la décadence, la femme âgée incarne cette inéluctabilité du changement corporel que la société ne sait penser, ni maîtriser. Mais, messagère du monde des morts, la vieille femme dispose d'une puissance qui peut se révéler bénéfique (la vieille dame de Babar⁴) ou maléfique (la sorcière), de toute façon inquiétante. Par exemple, V. J. Propp a analysé dans un vaste corpus de fables, le rapport entre la *baba jaga*, ses

3. Dans ces textes médicaux, tout comme dans les travaux littéraires que je vais rapidement évoquer, la ménopause est mise sur le même plan que le vieillissement, alors que cette saison de la vie ne peut être superposée conceptuellement au seul arrêt des règles, au moins pas dans l'expérience qu'en font les femmes particulières dans différents contextes culturels et historiques (VINEL, 2002).

4. Voir D. DELANOË, 2001.

attributs séniles (chair flasque, os fragiles, dos dévoré par les vers), une morphologie féminine particulièrement marquée et la mort. Ce rapport d'exclusion et de proximité vis-à-vis de la société des vivants donne lieu, enfin, à une sexualité contre-nature dangereuse aussi bien pour soi (les vanités dans la peinture baroque) que pour les autres (Madame de Merteuil dans les *Liaisons dangereuses* de Choderlos de Laclos). C'est à la fin du Moyen Âge italien, au moment où l'horizon métaphysique se fragilise, que la mort prend le visage perturbant et le crâne chauve de la *Belle Dame sans Merci* (Ariès, 1975 ; Praz, 1976). L'identification de la femme âgée aux forces maléfiques est un trait caractéristique de l'art religieux du XIV^e et du XV^e siècles : dans les représentations de la Passion apparaît le personnage d'une vieille, incarnation du mal, qui conduit les soldats au Mont des Oliviers et prépare les clous de la crucifixion (Minois, 1987). Ce thème est ensuite décliné de façon en apparence plus laïque durant le XVI^e et XVII^e siècles : l'image de la vieille acquiert alors des connotations plus lubriques, mais ses tentatives de séductions agressives et impuissantes se font des métaphores de la mort et de la fugacité du temps. La femme âgée est peinte et sculptée dans les modes du grotesque (Pieter Bruegel), du laid (Jusepe de Ribeira) ou du métaphysique (Gustav Klimt, Auguste Rodin) : une fois perdue sa fécondité, la vieille est habitée par des désirs où s'entrelacent sexualité, séduction et sentiment de la mort. Le fragment 31 de l'*Éloge de la folie* d'Érasme, tout comme l'*Essai sur l'humorisme* de Pirandello repropoent, à un demi millénaire de distance, une image analogue de désolation. Et tout comme cette représentation de la sénilité féminine conjugue fortement imaginaire et physiologie, le rappel de l'âge s'inspire,

souvent, au sens le plus instinctif et évocateur : l'odorat. La femme âgée se reconnaît à son odeur : *l'odor di femmina*, le parfum de femme perd toute valeur érotique pour se transmuier en fétidité, mauvaise haleine, odeur de vieille. Comme le dit Claude Lévi-Strauss, dans son analyse structuraliste du mythe de sarigue « retirez la maternité de la féminité, reste la puanteur » (Lévi-Strauss, 1964, p. 277) ⁵.

À partir du XIX^e siècle, « âge critique » et « âge de retour » sont les formulations les plus courantes. En 1816, le terme ménopause est inventé par de Gardanne dans son traité *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique*. Ce mot est construit à partir des termes grecs *menes* (menstrues) et *pausis* (fin) ⁶. En décrivant la vie de la femme comme « marquée par la souffrance physique de la puberté, de la grossesse et de l'accouchement » de Gardanne met en garde contre les « grands dangers qui précèdent, accompagnent, suivent la fin de la fonction (menstruelle) et qui ont donné lieu à la dénomination d'âge critique » (de Gardanne, 1816, p. ij). Après cette introduction, il va se servir indifféremment du mot *menespausie* et âge critique. Les

5. La cantate de sarigue est d'ailleurs riche en suggestions pour l'étude des représentations de la ménopause, car cet animal est présent dans les mythes sur la vie brève, sur l'origine des maladies et du vieillissement. La sarigue est marquée d'ambiguïté : à la frontière de l'homme et de l'animal, parfois mâle, parfois femelle, « comme nourrice elle est au service de la vie, comme bête puante ou pourrie elle anticipe la mort » (LEVI-STRAUSS, 1964, p. 255-256). Dans un des mythes du cycle de la sarigue on assiste à « une des deux manières concevables pour une femme de ne pas se conduire en mère [...] il s'agit d'une grand-mère, femme ayant passé l'âge de la procréation, (qui) tue métonymiquement par ses pets » (*ibid.*, p. 277) et donc par un corps ni policé, ni fermé.

6. D'autres dictionnaires historiques de la langue française y retrouvent en revanche la matrice latine de *mensis* (mois) et *pausa*.

textes qui suivent adoptent immédiatement le mot « ménopause » à la place de « menespausie ».

En 1834, Bompard parle de « cette époque » et lâche le mot « mort ». « Elles sont mortes pour les jouissances de l'amour et de la vanité, elles sont encore pleines de vie pour les passions douces, tendres et affectueuses » (Bompard, 1834, p. 11). Il différencie l'« époque de la cessation des menstrues » et celle qui vient « après la ménopause ». Il parle aussi d'« âge critique » auquel les femmes se préparent, selon l'opinion vulgaire, par le recours à des infusions de vulnéraire, des purgatifs, des sudorifiques « dans la vue d'expulser ce lait que l'on dit être répandu dans toute l'économie et auquel on attribue ces infirmités qui les accablent à cette époque de leur existence » (*ibid.*, p. 21). Menville de Ponsan, en 1858, reprend la distinction entre un âge critique, qui consiste moins dans la cessation du flux menstruel que dans la perte de la faculté de reproduction (Menville de Ponsan, 1858, p. 471), et un âge de retour, le moment fallacieux où les sens sont trompeurs et donnent à la femme l'illusion d'une nouvelle jeunesse.

Âge critique, temps du retour, du déclin, verte vieillesse, enfer des femmes, hiver des femmes, mort du sexe : les premiers traités médicaux qui abordent la question de la ménopause pullulent de définitions évoquant l'entropie et la mort. Toutefois, ces définitions, utilisées indifféremment par la plupart des médecins, font référence à deux champs sémantiques distincts et co-présents. Le premier, qui parle de crise et de retour, renvoie à une conception du temps brouillée et morcelée, le corps de la femme étant soumis à des phases de vie alternes, aux frontières labiles, aux transitions fréquentes et difficiles, et au risque de télescopage et de retour d'un cycle sur l'autre. L'autre champ sémantique renvoie à une

image de temps linéaire, où l'arrêt des règles constitue l'aboutissement et la fin d'une biographie : le « déclin de l'âge », la « verte vieillesse » côtoient des images empruntées au monde naturel – notamment la métaphore des saisons, où la fin de la période reproductive est associée à l'hiver (et non pas à l'automne) – ou à l'eschatologie : l'enfer ou la mort du sexe, qui est à la fois mort de la sexualité et de la féminité, le terme « sexe » étant couramment employé au XVIII^e siècle pour « femme ».

Ces deux champs sémantiques sont souvent enchevêtrés et les uns reprennent le discours des autres dans une sorte d'hypertexte où le sens est donné par l'ensemble des variantes. Ainsi un jeune médecin, Lamaze, dans sa thèse sur *la cessation du flux menstruel et les moyens propres à prévenir les accidents et les maladies qui peuvent affecter les femmes à cette époque*, prescrit à ses patientes de « suivre le carême religieux (qui) se révèle utile quand on fait face au passage de l'hiver au printemps et aussi du point de vue médical dans le passage de l'époque critique » (Lamaze, 1805, p. 25). Son précepte est rendu possible par la convergence de trois périodicités, chacune relevant d'un cadre différent de construction du temps : les calendriers religieux, saisonnier-astronomique et biographique, individuel, tel que le définit la science médicale de l'époque. Progressivement, à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle, la vulgarisation du mot ménopause va brouiller les démarcations internes à « l'âge critique » et unifie des phases à l'origine nombreuses et distinctes.

UNE CRISE PHYSIOLOGIQUE,
HISTORIQUE ET SOCIALE

En quoi cet âge est-il critique ? Le mot « critique » est un emprunt au mot grec *kritikos* de *krinein*, juger, et signifie « capable de juger, de décider ». Dans le langage médical, il est souvent associé au mot latin *dies*, jour, dans le sens de phase « décisive, critique », qui va déterminer la suite des choses ou « pour qualifier ce qui est marqué d'une crise ». Selon le *Dictionnaire historique de la langue française Robert* le mot « crise » ne s'est répandu qu'au XVIII^e siècle (1762) dans l'usage courant au sens de « qui décide du sort de quelqu'un ou de quelque chose, amène un changement ».

Cet âge est critique en premier lieu parce que transition chargée de périls et d'embûches. Ce danger est décrit en termes médicaux : hémorragies de l'utérus, métrites, ulcérations, squirres, polypes, cancers, hydropisie des ovaires, éruptions cutanées, goutte, hystérie, maladies du cœur (Jallon, 1805) émaillent ces textes et concourent à une représentation de la ménopause comme temps de tous les risques⁷.

L'émergence de nouvelles pathologies féminines ferait suite à des changements démographiques et aux nouvelles pratiques de limitation des naissances. Le *coitus interruptus*, qui commence à se répandre auprès de l'aristocratie à partir de la deuxième moitié du XVIII^e siècle, et d'autres techniques de contrôle de la reproduction seraient à l'origine d'une baisse de la natalité et d'un avancement de l'âge de la dernière grossesse. « La fécondité des mariages de ducs et

7. Jallon décrit dans le détail dix cas cliniques de femmes ménopausées, dont sept se terminent avec la mort de la patiente.

pairs, au XVIII^e siècle ressemble beaucoup à celle des populations à natalité volontairement limitée. [...] Mais la plupart des monographies paroissiales font ressortir dans la seconde moitié du XVIII^e siècle une baisse de fécondité, à chaque âge et pour un âge au mariage donné, un baissement de l'âge des mères à la dernière naissance, une diminution de la dimension des familles, qui font penser que la limitation volontaire des naissances a dû commencer à se répandre, au moins dans le Bassin parisien [...] plus exactement à partir de la période 1740-1770 » (Armengaud, 1992, p. 60-61). D'où la constatation des cliniciens de l'époque d'une augmentation des fibromes et d'hémorragies utérines à l'âge mûr. La pratique des grossesses successives, avant ce contrôle intensif des naissances dans les classes nobles et de façon générale à l'intérieur des classes populaires, aurait en revanche favorisé une ménopause douce, en continuité avec l'aménorrhée de la dernière grossesse (Delanoë, 1998).

Ce danger est néanmoins distribué de façon inégale. Pinel parle de « transition douce » pour celles qui ont vécu selon les lois de nature, ces mères de famille à la vie active et laborieuse (Pinel, 1798, p. 488). Pour de Gardanne (1816, p. 240), les femmes à risques sont celles « des villes, celles de libertinage et débauches, celles qui n'ont pas allaité ou qui ont eu des fausses couches ou des accouchements laborieux, celles qui ont eu des maladies de la matrice ou des ovaires, les célibataires, les femmes à l'imagination déréglée ». La ménopause réussie est donc l'aboutissement d'une bonne carrière d'épouse, de mère et de travailleuse : les mêmes périls happent « celles qui ont usé des plaisirs de façon immodérée, les oisives et celles qui se sont volontairement soustraites à la douce obligation de devenir mères »

(Lamaze, 1805, p. 10 ; un concept analogue est exprimé par Bompard en 1834). Renoncer à la maternité, volontairement ou moins, lire et étudier⁸, s'adonner aux plaisirs du lit ou de la table, négliger ses enfants, adopter les mœurs aristocrates ou des religieuses – en temps révolutionnaire, d'abord, et en ceux du triomphe de la bourgeoisie, ensuite – constituent autant d'entorses à la destinée naturelle de la femme. Mais qu'entend-on, dans ce contexte, par « nature » ?

Aussi bien Cabanis (1802) que P. Roussel (1775), Choderlos de Laclos (1783) et J.-L. Mareau (1803) soulignent l'équivalence femme-animal et la nocivité de la civilisation pour la féminité. Selon Roussel, un conflit irréductible oppose la nature féminine, mobile et capricieuse, et les institutions civiles qui, tel le mariage, imposent fidélité et constance en amour (Roussel, 1775, p. 40-41). Le concept de nature regroupe encore ces réflexions sur les peuples dits primitifs et la chaîne d'associations entre femme, animal, enfant, noir, que le savoir évolutionniste et la théorie de Haeckel (l'ontogenèse récapitule la phylogenèse) aboutiront dans la deuxième moitié du siècle⁹. La « nature » renvoie aussi à une segmentation en classes sociales et à une opération de type idéologique qui fait des classes populaires et ru-

8. La lecture, qui excite les passions, est toujours très dangereuse pour les femmes car, livrées aux sensations et à l'inconstance, « tout en elles est sentiment » (ROUSSEL, 1775, p. 42). Vibrante d'émotions, la femme ne peut s'adonner sans péril à cette caisse de résonance de son cœur et de l'esprit que sont les romans ; les vapeurs menacent celle qui s'y aventurent. « Et attention aux femmes savantes, ni bonnes mères, ni bonnes épouses ! » (BOMPARD, 1834, p. 11).

9. Ainsi Carl VOGT, sur les ressemblances entre le type africain et le singe : « Nous pouvons être certains que partout où nous apercevons un rapprochement vers le type animal, cette tendance est toujours plus prononcée dans le sexe féminin » (1878, p. 236).

rales les dépositaires de l'authentique face à des dégénérescences induites à la fois par la civilisation industrielle et les vices de la noblesse.

Sur ce point, l'idéologie de la bonne ménopause côtoie le débat sur l'origine et la fonction des règles. Pour Roussel, par exemple, le flux menstruel est le produit d'une vie sociale qui provoque la surabondance des sucs nourriciers : l'oisiveté, le défaut d'exercice, les festins demandent qu'on se débarrasse périodiquement de ce superflu dangereux. Les règles sont « inconnues chez plusieurs nations sauvages, plus tardives et abondantes dans les femmes de la campagne, sans doute parce qu'elles participent moins aux vices de la grande société, [...] il a dû exister un temps où les femmes n'étaient pas assujetties à ce tribut incommode, & où le flux menstruel, loin d'être une institution naturelle, est au contraire un besoin factice contracté dans l'état social » (P. Roussel, 1775, p. 196-197). Une fois introduit dans l'espèce humaine, le flux menstruel se serait ainsi transmis suite à une « filiation non interrompue » (*ibid.*, p. 197). Le naturaliste Virey, dans son étude comparative des races humaines, souligne le faible flux menstruel des femmes primitives et des animaux (1824, t. 1) et ce questionnement traversera une bonne partie des études raciales françaises du XIX^e siècle (voir Bordier in Diasio, 1999). Lamaze ne prend pas en compte les peuples dits primitifs, mais nuance les différences entre paysannes, au régime simple, aux sueurs copieuses, et donc aux règles moins abondantes et douloureuses, et les femmes des villes, adonnées à une vie de mollesse et d'oisiveté, dans une atmosphère malsaine, dans « le feu et le tumulte des passions, la profusion des mets, l'abus de parfums et de liqueurs fermentées, la jouissance de mille plaisirs » (Lamaze, 1805, p. 10).

La nature se configure enfin comme la destinée culturelle de la femme dans l'indissociabilité de la sexualité et de la reproduction à l'intérieur du lien marital¹⁰. Si pour de Gardanne la constitution, le pays, le style de vie peuvent accélérer ou retarder l'apparition et la disparition des menstruations, celles-ci sont surtout la réponse à l'humeur prolifique, à *l'aura seminalis* (Gardanne, 1816, p. 41). La volupté comme le célibat constituent des facteurs dérégulants, alors que le mariage est un normalisateur du corps féminin : la volupté, l'imagination titillée par des images obscènes sollicitent le moteur séminal et induisent des menstrues plus abondantes que ceux des femmes « naturellement froides et indifférentes pour les hommes » (Gardanne, *ibid.*, p. 45). De la même façon les excès amoureux rendent la fin des règles plus tumultueuse. Le sentiment d'une sexualité féminine dangereuse et débordante, la préoccupation pour l'espèce renforcent l'équivalence entre féminité et maternité. Cette équivalence n'est pas nouvelle, mais elle s'impose avec une force particulière sur la scène sociale bourgeoise. La réduction de la femme à son pouvoir de reproduction, déjà présente dans le discours populaire et dans le système théologique, est finalement légitimée par le dogme scientifique : « l'arraisonnement du corps féminin » (Mathieu, 1981) passe par une discipline de son usage qui rejette aussi bien « la privation du coït » que « l'abus dans les jouissances de l'amour » (Bompard, 1834).

10. La typologie de la menstruation constitue un analyseur du degré de lascivité de la femme. Des règles peu abondantes, non douloureuses et de courte durée (BOMPARD, 1834, p. 18) sont le signe d'une discipline corporelle et d'une vie passée en conformité aux lois de nature, et donc scellée par une bonne ménopause.

Ce renforcement est lié aussi à des transformations d'ordre sociologique : la fin de la société de cour, le déclin du séducteur comme figure morale et du libertinage en tant qu'idéologie, la fin de la relative liberté des mœurs de la société aristocratique, la crise du badinage et de la conversation brillante en tant que rituel de communication élaboré (Luhmann, 1982) modifient l'image de la femme et de la relation entre les sexes. Comme le montre le succès de Ninon de Lacs en tant qu'arbitre du goût et de la séduction jusqu'à un âge très avancé, les compétences cérémonielles, les manières, la connaissance de l'étiquette de cour avaient constitué un atout pour le pouvoir de séduction de la femme âgée vis-à-vis des plus jeunes et non expérimentées (Elias, 1969). Privée du prestige qui dérive du rang et des moyens de la famille, vidée de sa compétence cérémonielle, la femme bourgeoise est plus dépendante de sa capacité de plaire et de se reproduire. Sa valeur et sa capacité de séduire se déplacent dans le champ du sexe biologique et de la capacité d'engendrer (Delanoë, 1998).

La nature dont il est ici question est donc un champ à géométrie variable. Elle délimite tour à tour des appartenances d'espèce, de classe sociale, de genre, mais aussi appartenance à son époque, à un ici et maintenant qui protège à la fois de la dégradation sur l'échelle de l'évolution et de la corruption de la société moderne et industrielle. Par son corps qui est temps, la femme est gardienne d'autres temps, celui du progrès, de la chaîne évolutive, de la filiation et du renouvellement générationnel. La crise de l'âge est loin de n'être que médicale. Moment de vérité de l'identité féminine, elle marque aussi le tournant de la civilisation et la

légitimité des valeurs bourgeoises et (post)-révolutionnaires ¹¹.

SOUBRESAUTS DU CORPS
ET CONFUSION DES TEMPS

La femme à l'âge critique, telle qu'elle est décrite dans ce corpus de textes, chancelle dans un équilibre précaire : on lui demande de garder sa proximité de l'état naturel sans se faire happer par la sauvagerie, d'être le rempart de la civilisation sans être le sujet de l'histoire. Dépositaire des temps, elle est aussi particulièrement exposée à leur fusion et leurs pièges. Le désordre des sens, qui guette celle qui ne sait pas vieillir, peut se traduire en superposition des cycles de vie, identités sociales et fonctions biologiques.

Dans son cours théorique et pratique sur les maladies féminines, Bompard définit neuf cadres des affections féminines : « avant la puberté, après l'établissement des règles, après la première jouissance, pendant l'état de grossesse, la parturition, après cette fonction, pendant l'allaitement, à l'époque de la cessation des menstrues, après la ménopause ». Chacun de ces cadres rythme un moment de la vie reproductive : enfermée dans le cercle de sa puissance fécondante, la femme est happée par l'hystérie, la nymphomanie ou la fureur utérine si, en perdant le pouvoir d'être mère, change l'influence de la matrice sur le système nerveux ou si, confondant âges et fonctions, elle déborde du territoire qui lui a été assigné. « Il y en a même qui, au déclin de la

11. D'où l'abondance des ouvrages sur la ménopause au tournant du XIX^e siècle.

faculté de reproduction deviennent passionnées comme elles ne l'ont jamais été aux beaux jours de leur jeunesse » (Raci-borski, 1844, p. 356). D'autres ressentent les signes trompeurs de la grossesse : nausée, appétit insatiable, tension mammaire, ventre gonflé, mélancolie (Fothergill, 1788 ; Lamaze, 1805). Pour d'autres encore l'âge de retour est une sorte de retour à l'enfance, ce « moment labile et transitoire où l'accumulation de graisse, la fermeté des tissus extérieurs, le développement du sein provoquent des charmes passagers qui rappellent la puberté » (Menville de Ponsan, 1858, p. 480).

Glissements et superpositions entre les différentes phases du cycle reproductif rappellent les biographies de femmes hystériques recueillies par Giordana Charuty dans le Sud-ouest français, où « les désordres du corps, de l'esprit et des mœurs [...] ne sont que l'expression exacerbée des crises somatiques et psychologiques à travers lesquelles s'effectue, pour chaque femme, le passage d'un âge à l'autre et qui, toutes, comportent la menace d'une identité sexuelle » (Charuty, 1997, p. 65). Traverser l'âge critique, fin de la période féconde qui inscrit une femme dans sa destinée biologique et sociale, signifie s'exposer à une identité sexuelle précaire et au double péril de la fureur désirante et de l'atrophie utérine. Ainsi le désordre somatique peut se traduire dans une virilisation du corps (par exemple la pilosité ou des maladies comme la goutte, les calculs, des congestions ou des coliques) ou « des goûts et des idées » (Lamaze, 1805, p. 11). Dans cette phase de la vie la femme est censée avoir des qualités – l'esprit, le sens de l'amitié, la conversation – qui la rendent précieuse aux yeux de la société (de Gardanne ; 1816, p. 64-65) et proche du sexe masculin. Cette sociabilité accrue se prévaut de la fin de la sexualité et

d'une nouvelle « mission d'aïeule et d'ange tutélaire de la nouvelle famille » – celle de ses enfants – où elle a le rôle de « faire le nouveau-né » (une formule qui rappelle la fonction de la laveuse décrite par Y. Verdier, 1979) et une activité sociale modérée qui obéisse aux « lois de nature et aux vertus domestiques » (Menville de Ponsan, 1858, p. 503).

La ménopause met ainsi en exergue la fragilité des démarcations sexuelles, déstabilise l'identité féminine et la place sous le signe de l'incertitude et de la précarité. D'une part, elle correspond à la période de marge de l'initié, là où les attributions sociales sont redéfinies de fond en comble, une phase de descente dans l'échelle des statuts en vue d'une re-classification périodique de la réalité (Turner, 1990, p. 126). En même temps, les formulations de Van Gennep ou de Turner sur la mise en marge de l'initié ne peuvent pas s'appliquer à la femme ménopausée. L'âge critique ne s'organise pas en rite de passage, même s'il ouvre sur la construction d'une nouvelle subjectivité et d'une autre temporalité.

DU TEMPS POUR SOI

Alors qu'on insiste sur les périls de l'époque critique une autre opposition se dessine, parfois au sein des mêmes textes : celle entre le temps révolu des dangers, essentiellement grossesse et accouchement, et le temps du repos et de la vitalité. C'est l'émergence d'un temps pour soi. Les débordements d'un cycle de vie sur l'autre, d'une identité sur l'autre se donnent à voir par des explosions de puissance : « affranchies des maux propres à leur sexe, elles acquièrent

la constitution de l'homme, sans être exposées aux infirmités qui l'accablent dans sa vieillesse ; on dirait qu'elles portent en elles un principe inépuisable de vie » (Saucerotte, 1829, p. 30) ; « après l'époque critique les femmes acquièrent un fond de vie inépuisable. Le temps des périls est passé » (Lamaze, 1805, p. 10).

Cette surabondance de vie est liée à la fin de la fonction utérine, au glissement du centre de gravité de l'organisme féminin et donc à la nécessité de distribuer l'énergie et le flux vital aux autres organes : d'où le risque de congestions, obstruction des vases sanguins, gonflements et inflammations. La ménopause modifie aussi la mobilité toute féminine des organes. Plus sensible que robuste, plus flexible que résistante, la femme excelle dans les arts qui demandent adresse, succession rapide d'idées et de mouvements, sensations mobiles (Roussel, 1775, p. 26). L'instabilité n'est pas uniquement un trait moral et psychologique, mais aussi un principe d'organisation somatique : la flexibilité des organes est censée protéger la femme des maladies chroniques, de l'ictère, des obstructions intestinales, mais la mobilité sans contrôle de l'utérus la livre à un corps capricieux à discipliner de façon systématique.

La conception de l'utérus errant remonte au moins à la médecine hippocratique et romaine, elle est aussi partie intégrante d'un système de pratiques et de représentations populaires où l'intériorité corporelle se configure comme un processus et non un donné. Un équilibre précaire tient ensemble des organes qui, sous l'impulsion des humeurs ou des émotions, peuvent changer de place : descendre (l'estomac ou la vessie), monter (la matrice), se déplacer (la clavicule, « l'os de l'âme »). « La rationalisation du savoir et des pratiques empiriques à l'œuvre dans tous les traités que

l'on consacre aux maladies des femmes a ainsi eu pour effet paradoxal d'assigner à la matrice un statut d'exception en attribuant à elle seule une mobilité qui, dans la physiologie populaire, constitue une propriété générale de l'intériorité corporelle et de son vécu » (Charuty, 1997, p. 55).

Dans ces traités médicaux, la mobilité des organes féminins peut subir des modifications au moment de la ménopause. Parfois, on souligne la perte de flexibilité des organes internes et donc la susceptibilité à des maladies typiquement masculines (Roussel, 1775), d'autres fois, on souligne le glissement de l'utérus à l'estomac en tant que principe d'organisation corporelle, avec un accroissement conséquent des problèmes gastriques (de Gardanne, 1816)¹². Pour Jallon (1805) le retour d'âge peut s'accompagner au symptôme essentiel de l'hystérie : « le sentiment d'une boule qui, de la matrice, parcourt les diverses régions du ventre, s'élève dans la poitrine et se porte jusqu'à la gorge, où elle cause la sensation d'un étranglement » (Jallon, 1805, p. 64). Selon Bompard (1834), les désordres de la matrice s'intensifient. Pour Virey (1824), mobilité nerveuse et affections hystériques augmentent à la fin du flux menstruel. Pomme avait déjà classé ces signes dans le cadre des affections vaporeuses, censées se multiplier à l'âge dit critique (1765).

12. La réciprocité d'influences entre l'estomac et l'utérus, autre thème ancien de la médecine hippocratique et populaire, désigne une polarité masculin-féminin : c'est par le déplacement de l'estomac que chez l'homme s'exprime cette identité sexuelle précaire qui, chez la femme, prend corps dans le vagabondage utérin. L'estomac mobile est désigné, dans la médecine populaire italienne, par le recours caricaturé du mot « matrice », *matrazza* (voir PITRE, 1893 ; ZANETTI, 1892). Le glissement utérus-estomac cadre donc avec le processus de virilisation déjà mentionné.

Ce corps suspect, soumis à l'irrégularité et aux fluctuations, exige un contrôle rigoureux : d'où la nécessité de discipliner aussi bien les mouvements de la femme, que les soubresauts de l'âme et le vagabondage de l'imagination. À la femme ménopausée ne convient pas la danse, ni l'équitation. Roussel critique les promenades qui, sollicitant uniquement la partie inférieure du corps, constituent une occasion pour s'abandonner « à cette intempérance d'idées qui la charment en fatiguant les ressorts de leur esprit et aux extatiques visions dont elles (les femmes) se repaissent » (Roussel, 1775, p. 96). Pour de Gardanne, la femme ne doit pas se promener seule, ni avec des accompagnateurs aimés ou détestés, ni s'attarder dans des lieux susceptibles d'évoquer tristesse ou joie : marcher « affranchit l'imagination qui, livrée à elle-même voyage dans des intempéries d'idées qui fatiguent la machine entière » (de Gardanne, 1816, p. 223). D'ailleurs les femmes ne seraient pas faites pour la déambulation : « la disposition (des membres) rend la progression plus pénible chez la femme, et lui donne une démarche toute particulière, surtout à cause du déplacement plus prononcé du tronc » (Bompard, 1834, p. 8). On conseille plutôt un exercice modéré, sur le modèle des paysannes industrielles (selon le principe qui fonde, comme nous l'avons vu, une distinction de classe et de nature/civilisation) : « celui qui convient le mieux est le mouvement des occupations domestiques » (de Gardanne, 1816, p. 217).

L'association de la vitalité et de la mobilité donne corps à un imaginaire ancien et répandu sur l'inconstance des femmes, sur les caprices et les risques moraux qu'elles font encourir au groupe au moment où elles occupent l'espace public : la femme qui bouge est littéralement dérangée, porteuse d'instabilité spatiale, morale et affective. Le principe

de vie sans fin et le mouvement permis par le relâchement des contraintes domestiques (Menville de Ponsan esquisse, bien avant les théories psychologiques contemporaines, le syndrome du « nid vide », 1858, p. 492) confèrent à la femme âgée une puissance particulière : Virey entretient l'imaginaire sur des femmes ménopausées jadis oracles ou prêtresses, habitées par les dieux ou les démons, assujetties à des signes extraordinaires comme les convulsions. Il raconte aussi l'habileté acquise dans le temps à pénétrer le cœur des hommes et à manipuler les conventions sociales (Virey, 1824, p. 233-252).

Mobilité du corps et des sens, explosion de vie, compétences relationnelles dessinent une transformation de rôle qu'un refrain inquiet, ponctuant tous les textes, ne cesse d'évoquer : « la femme, en perdant la faculté de procréer, cesse de vivre pour l'espèce, et prend une existence individuelle et propre » (Lamaze, 1805, p. 6), « les femmes cessent d'exister pour l'espèce et ne vivent plus que pour elles » (Jallon, 1805), « elles cessent d'exister pour l'espèce, elles ne vivent plus que pour soi » (de Gardanne, 1816, p. 54), « elle ne vit plus pour l'espèce, elle rentre dans la vie individuelle » (Menville de Ponsan, 1858, p. 480).

Le potentiel autrement employé dans la reproduction se libère en énergie vitale et profusion de temps pour soi. Résonne dans ces discours la préoccupation pour cette « police de la sexualité » si bien décrite par Michel Foucault (1976) : la prolifération de discours et de savoirs sur la sexualité ; l'incitation politique, économique, technique à en parler sous forme d'analyse, comptabilité, classification, spécification, le développement ordonné de forces collectives et individuelles afin d'augmenter le pouvoir de la population par le nombre. Autour du débat sur la sexualité –

et la définition du sexe sain, utile, productif, finalisé à donner du sang neuf aux États – gravitent une science du sujet et des formes de bio-pouvoir qui, par l'action sur les forces vitales des individus, redessinent les stratégies de pouvoir et liberté. Vivre pour soi demande une discipline des forces, une canalisation d'énergies qui peuvent, à tout moment, se retourner contre la femme ou la société. Affranchie des devoirs envers l'espèce, la femme se fait sujet malgré le sexe et non par lui ; en termes kantien, elle devient fin et non plus instrument.

Une révolution aussi radicale n'est pas exempte de tensions que le langage épuré des traités médicaux n'arrive pas à gommer : par exemple entre « les femmes qui s'arrogent le droit de traiter les diverses affections » (de Gardanne, 1816, p. 190) et les conseils du « sage médecin éclairé » (*ibid.*, p. 239) ou encore la concurrence, fille du XIX^e siècle, entre opérateurs thérapeutiques, les représentants d'un pôle masculin, urbain, académique, aux ambitions scientifiques et ceux d'un camp essentiellement féminin, rural, illettré, connoté par le recours à des pouvoirs magiques ou à des savoirs empiriques (voir Zanetti, 1892). Autour de ces questions se jouent la reconstruction de l'identité sexuelle féminine et le contrôle de la population, le temps fini de l'individu et celui sans cesse renouvelé de la filiation : l'un cède le pas à l'autre, d'où la prohibition de contracter un mariage ou tenter une maternité, formulée par Menville de Ponsan à l'usage des femmes au seuil de l'âge critique.

CONCLUSION

Temps de femmes, paroles d'hommes. Les femmes concrètes se dissolvent dans le générique de ces affirmations : outre la caricature des oisives et vaniteuses, demeure le silence et la disparition de tous ces savoirs pratiques, fondés sur l'expérience quotidienne, que la critique des hommes savants laisse présager¹³. Dans ces écrits, la ménopause est, plus qu'un passage, un moment de vérité de la biographie féminine, de la carrière d'épouse et de mère, de la démarcation entre les sexes. L'âge critique peut ainsi donner lieu à une béance des temps, au risque de télescopage entre cycles de vie : entre la puberté et la vieillesse, entre le temps de la maternité et celui de la grand-maternité, considérés mutuellement exclusifs.

Le glissement entre frontières temporelles ne concerne point le seul pas des âges : une « douce ménopause », au bon moment, marque un avant et un après la civilisation, inscrit l'espèce sur l'échelle évolutive, légitime des transformations socio-historiques, intègre le temps fini de l'individu dans le temps long de la filiation. À la frontière entre une nature à géométrie variable et une civilisation crainte et aimée, la femme est garante de l'appartenance à une espèce, à une race, à une classe sociale, à un statut, à une famille (*kinship*). Elle offre à l'homme le visage de sa finitude, mais

13. La tension entre différents opérateurs thérapeutiques, comme le médecin et la commère, que les ouvrages laissent transparaître est une compétition pour la maîtrise, dans ce passage non ritualisé, d'une nouvelle identité féminine non liée à la reproduction. Conflits entre genres et savoirs, et entre savoirs genrés, accompagnent dès son émergence la construction du concept de ménopause.

par les rythmes de son corps, la mort est conjurée, la continuité des générations assurée.

Deux siècles séparent ces textes médicaux des remarques de l'anthropologue Ida Magli sur les crises féminines, mais les uns résonnent dans l'autre. « La femme s'est toujours renfermée dans son corps, écoutant avec anxiété la cadence de son temps physiologique, répétitif : tour à tour étrangère ou ennemie de ce monde qui, hors d'elle, se déroule sur le mode continu, historique, qui ne connaît pas de répétitions ni de retours. Attendant à chaque échéance mensuelle que son corps lui dise son essence, sa raison d'être, la femme s'abandonne à la maladie mentale de la manière dont elle s'abandonne à ses crises de passage. Puberté, grossesse, ménopause sont devenus des moments angoissés d'attente de sa propre "vérité", cette vérité qui est nourrie de tous les signifiants culturels dont la femme n'est pas porteuse mais fondement, et qui pour cela ne pourront jamais pour elle se transformer en "histoire" » (Magli, 1982, p. 129).

La fin de la fécondité ouvre toutefois une période de sexualité sans reproduction et le début d'une phase existentielle où, soustraite aux obligations de l'espèce, la femme commence à vivre pour soi et à tomber dans le temps historique, continu, fini. Pouvoirs et périls guettent ce passage à la subjectivité. Habitées par le désir, victimes d'un décollage entre corps et imagination, entreprenantes comme des hommes, livrées à la mobilité et à la fureur – métaphores d'une identité féminine en transit –, les femmes à l'âge critique manifestent les « symptômes » de l'hystérie. Piégées entre un principe de vie sans fin et les maux de l'âge, elles combinent vitalité et déchéance dans « une mort partielle qui précède la mort générale, les organes s'éteignent sensible-

ment et deviennent des membres inutiles » (Menville de Ponsan, 1858, p. 469).

BIBLIOGRAPHIE

- P. ARIES, *Essais sur la mort en Occident*, Paris, Seuil, 1975.
- A. ARMENGAUD, *La Famille et l'Enfant en France et en Angleterre du XVI^e au XVIII^e siècle. Aspects démographiques*, Paris, Société d'Édition de l'Enseignement Supérieur, 1992.
- J. ASTRUC, *Traité des maladies des femmes*, Paris, P. G. Cavalier, 1770.
- R. BARTHES, *Mythologies*, Paris, Seuil, 1994.
- Dr. BECLARD, *Essai sur les maladies auxquelles les femmes sont le plus fréquemment exposées à l'époque de la cessation*, Paris, La Vve Panckoucke, 1802.
- A. BOMPARD, *Cours théorique et pratique sur les maladies des femmes*, Paris, Rouvier, 1834.
- G. CABANIS, « Rapports du physique et du moral », in C. LEHEC & J. CAZENEUVE, *Œuvres philosophiques de Cabanis*, Paris, PUF, 1956, [1802], vol. 2, p. 460-512.
- G. CHARUTY, « Le mal d'amour », *L'Homme*, 103, XXVII (3), 1987, p. 43-72.
- G. CHARUTY, *Folie, mariage et mort. Pratiques chrétiennes de la folie en Europe occidentale*, Paris, Seuil, 1997.
- P. A. F. CHODERLOS DE LACLOS, *De l'éducation des femmes*, tr. it. *L'Educazione delle donne*, Palermo, Sellerio, 1990 [1783].

- J. F. B. CHOUFFE, *Des accidens et des maladies qui surviennent à la cessation de la menstruation*, Paris, Gabon, 1802.
- D. DELANOË, « La médicalisation de la ménopause. La pathologisation comme processus de socialisation », in P. AÏACH et D. DELANOË, *L'Ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, 1998, p. 211-251.
- D. DELANOË, *Représentations culturelles de la ménopause*, Thèse de doctorat, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2001.
- N. DIASIO, *La Science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*, Paris, PUF, 1999.
- N. ÉLIAS, *La Société de cour*, Paris, Flammarion, 1969.
- D. FOTHERGILL, *Conseils pour les femmes de quarante-cinq à cinquante ans ou conduite à tenir lors de la cessation des règles*, Londres-Paris, Briand, 1788.
- M. FOUCAULT, *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.
- Ch.-P.L. DE GARDANNE, *Avis aux femmes qui entrent dans l'âge critique*. Paris, Gabon, 1816.
- G. GOZZANO, *Tutte les poesie*, Milano, Newton Compton, 1993.
- S. GUYETANT, *Le Médecin de l'âge de retour et de la vieillesse, ou conseils aux personnes des deux sexes qui ont passé l'âge des quarante-cinq ans*, Paris, Ballard, 1837.
- P. HOFFMANN, *La Femme dans la pensée des Lumières*, Paris, Association des publications près les Universités de Strasbourg-Ophrys, 1977.
- L.-J. S. JALLON, *Essai sur l'âge critique des femmes*, Paris, Didot jeune, 1805 (an XIII).

- H. LAMAZE, *Essai sur la cessation du flux menstruel et sur les moyens propres à prévenir les accidents et les maladies qui peuvent affecter les femmes à cette époque*, Paris, Didot jeune, 1805 (an XIII).
- C. LEVI-STRAUSS, *Le Cru et le Cuit*, 1964.
- M. LOCK (ed.), « Anthropological Approaches to Menopause : Questioning received Wisdom », *Culture, Medicine and Psychiatry* 10, 1, 1986.
- N. LUHMANN, *Liebe als Passion. Zur Codierung von Intimität*, tr. it. *Amore come passione*, Bari, Laterza, 1985.
- I. MAGLI, *La Femmina dell'uomo*, Bari, Laterza, 1982.
- N.-C. MATHIEU (dir.), *L'Arraînement des femmes*, Paris, Publications de l'Homme, 1981.
- MENVILLE DE PONSAN, *Histoire philosophique et médicale de la femme*, Paris, Baillière, 1846.
- G. MINOIS, *Histoire de la vieillesse en Occident de l'Antiquité à la Renaissance*, Paris, Fayard, 1987.
- S. MORAVIA, *Filosofia e scienze umane all'età dei Lumi*, Firenze, Sansoni, 1982.
- J.-L. MOREAU, *Histoire naturelle de la femme*, Paris, s. l., tomes 1-3, 1803.
- P. PINEL, *Nosographie philosophique ou la méthode d'analyse appliquée à la médecine*, Paris, Maradan, tomes 1-2, 1798.
- G. PITRÉ, *Medicina popolare siciliana*, Bologna, Forni, 1893.
- P. POMME, *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, Lyon, Benoît Dupliant, 1765.
- M. PRAZ, *La Carne, la Morte e il Diavolo nella letteratura romantica*, Firenze, Sansoni, 1976.
- V. PROPP, *Morfologija skazki*, tr. it. *Morfologia della fiaba*, Torino, Einaudi, 1981 [1928].

- A. RACIBORSKI, *De la puberté et de l'âge critique chez la femme*, Paris, Baillière, 1844.
- P. ROUSSEL, *Système physique et moral de la femme*, Paris, Vincent, 1775.
- G. SAPORI, *Il Fondo di medicina antica della Biblioteca Ginecologica Emilio Alfieri*, Milano, A. Cordani, 1975.
- C. SAUCEROTTE, *Nouveaux conseils aux femmes sur l'âge prétendu critique ou conduites à tenir lors de la cessation des règles*, Paris, Mme Auger-Méquignon, 1828.
- V. TURNER, *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure* (1969), tr. fr. *Le Phénomène rituel. Structure et contre-structure*, Paris, PUF, 1990.
- Y. VERDIER, *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard, 1979.
- V. VINEL, « Interprétation et traitement de la puberté et de la ménopause. Paroles de citadines françaises », *Journées d'études Identité, genre, sociétés*, Université Marc Bloch, 21 et 22 novembre 2002.
- J.-J. VIREY, *Histoire naturelle du genre humain*, Paris, Crochard, tomes 1-3, 1824.
- C. VOGT, *Leçons sur l'homme, sa place dans la création et dans l'histoire de la terre*, Paris, C. Reinwald & Cie, 1878.
- J. WHITE-MARIO, *Agostino Bertani e i suoi tempi*, Firenze, Barbera, 1888.
- Z. ZANETTI, *La Medicina delle nostre donne*, Perugia, Ediciclo, 1978 [1892].

HISTOIRES DE
FEMMES ISSUES DE
L'IMMIGRATION
MAGHREBINE.
PERSPECTIVES ETHNO-
PSYCHANALYTIQUES

Pascal Le Vaou

L'auteur n'a pas encore donné l'autorisation de mise
en ligne de son texte.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

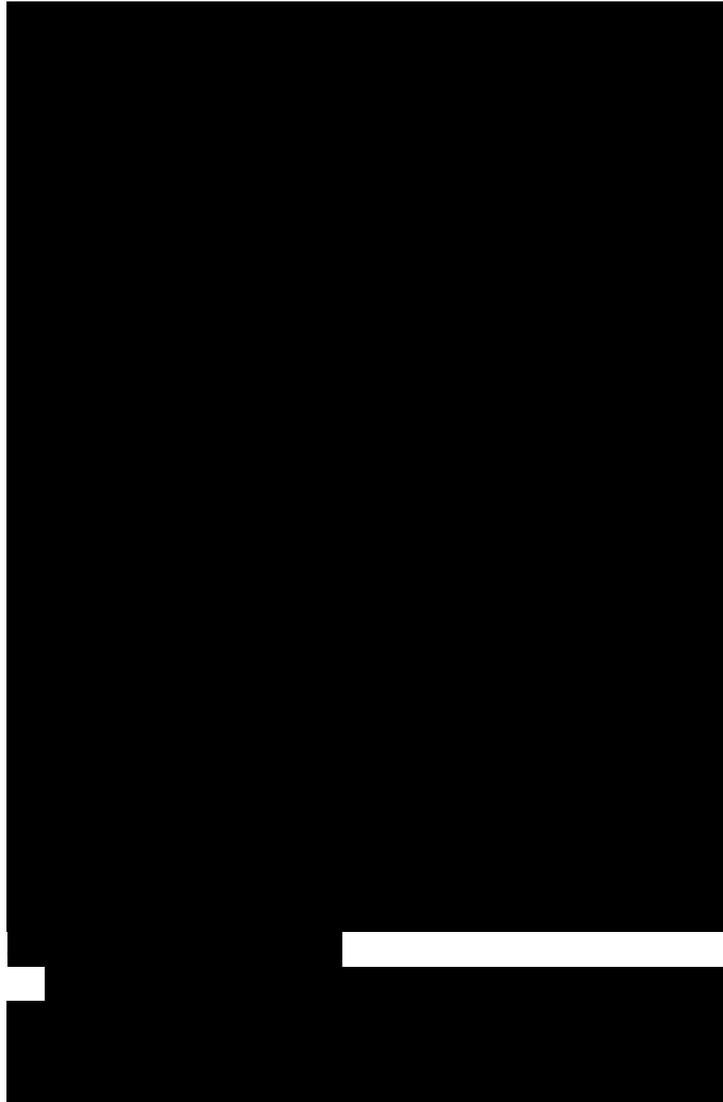
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]





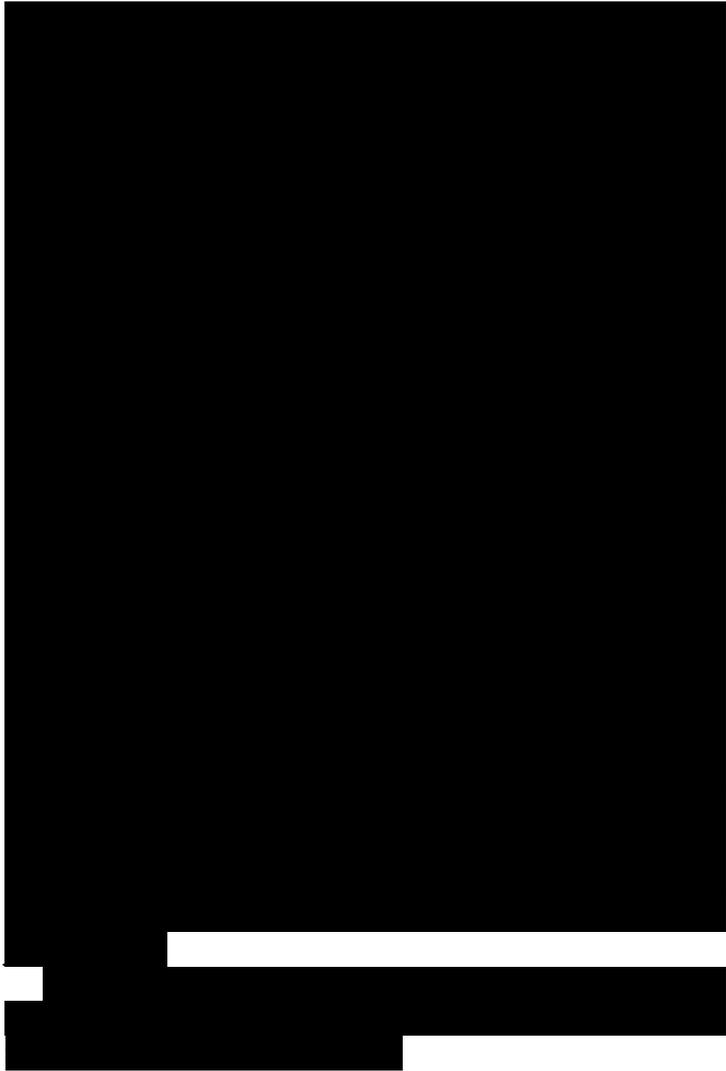
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



[REDACTED]

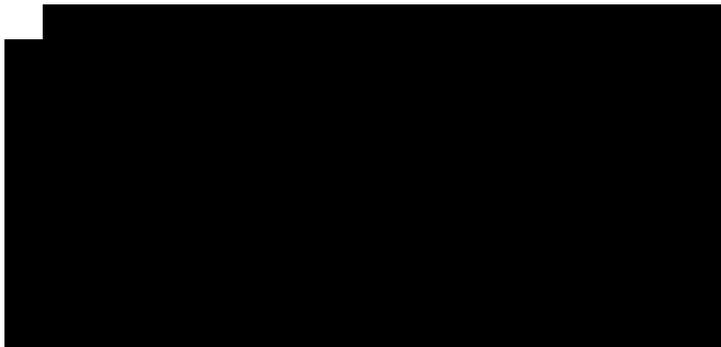
[REDACTED]

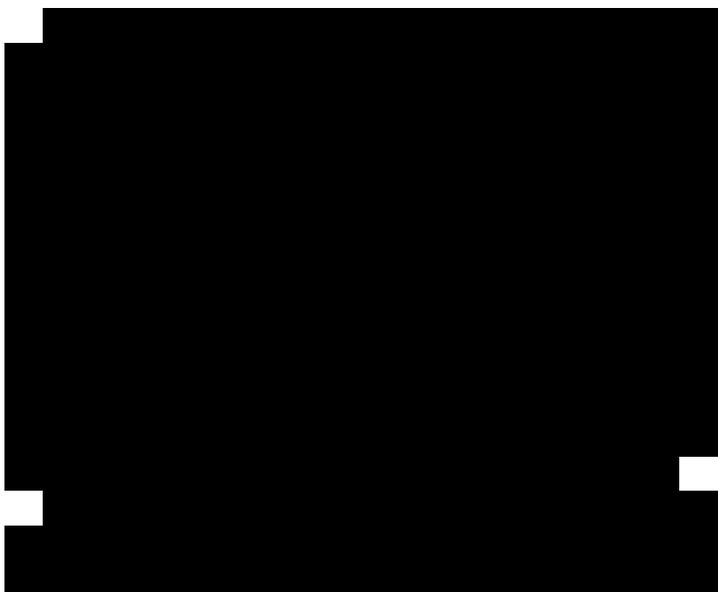
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

















[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

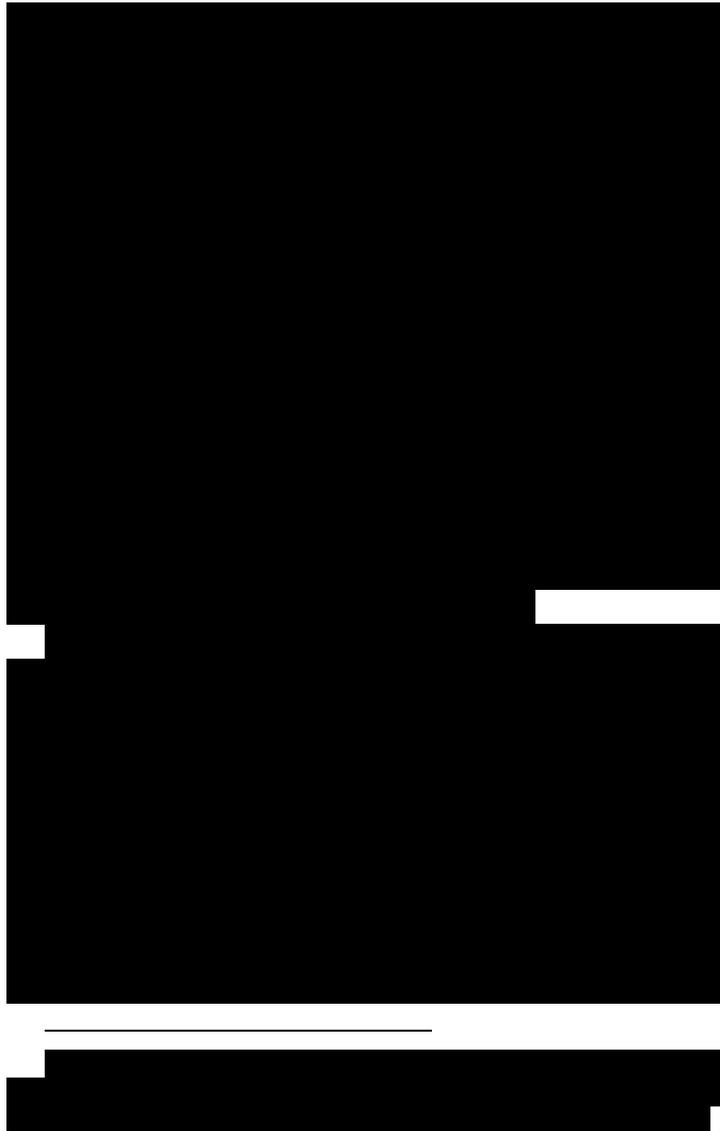
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

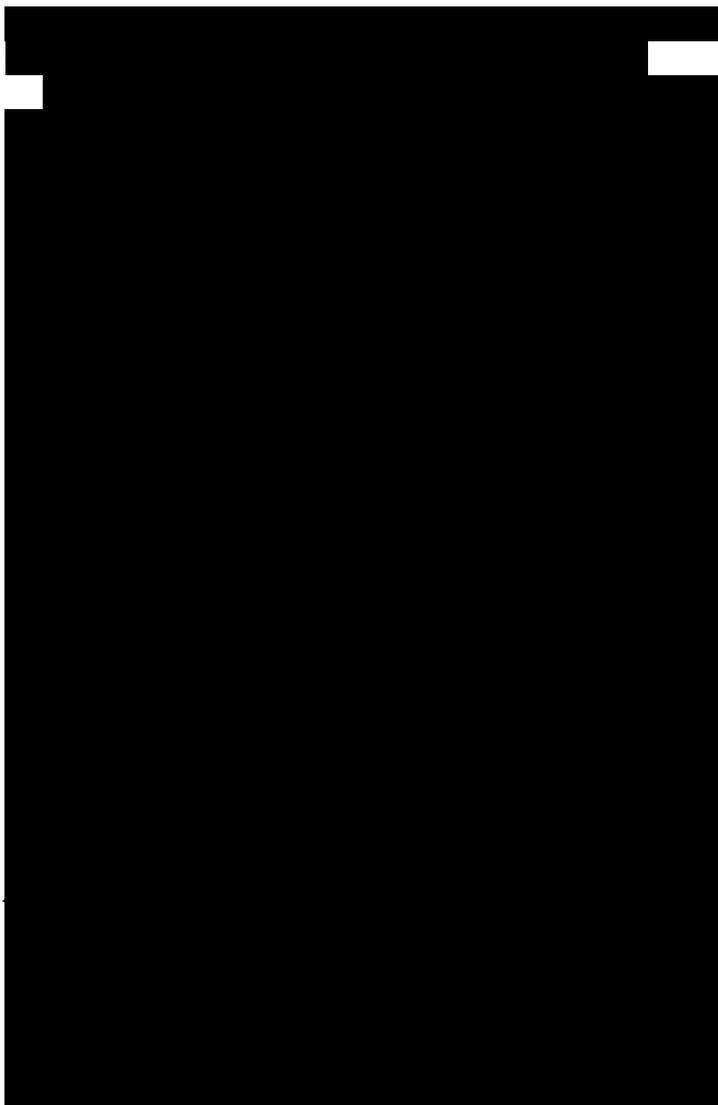
[REDACTED]

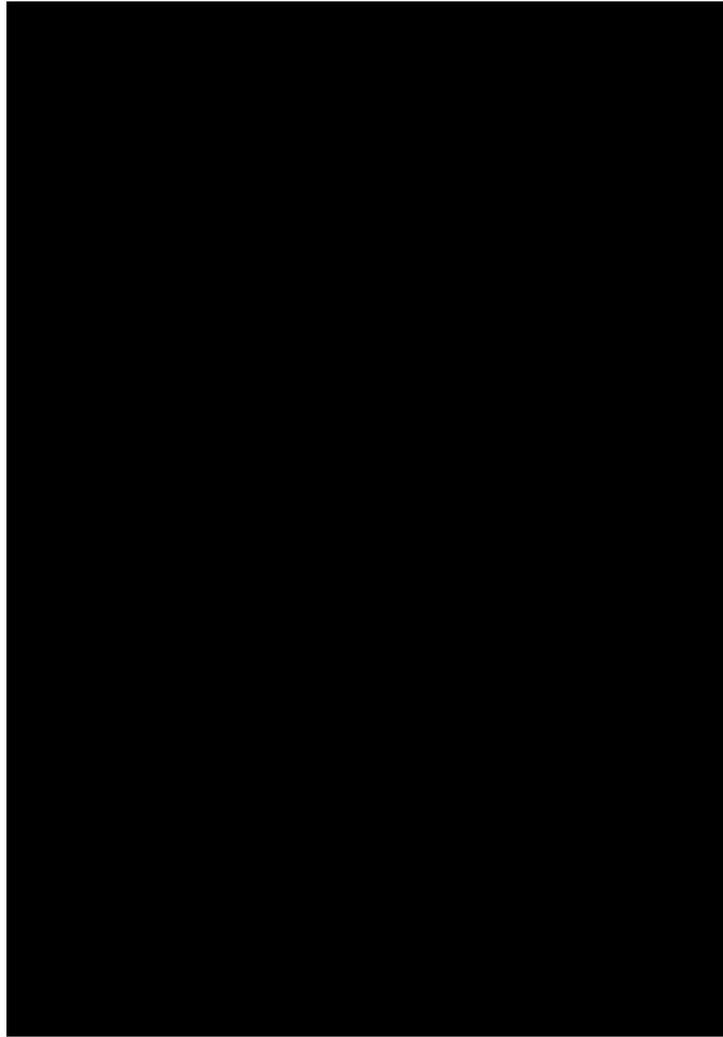
[REDACTED]



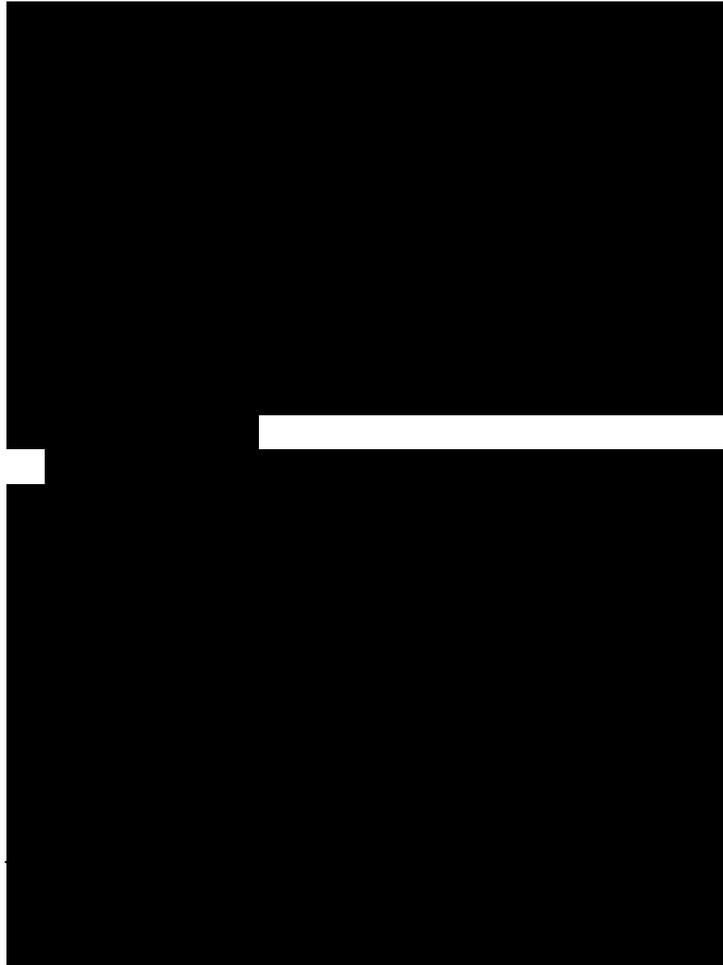


[Redacted]









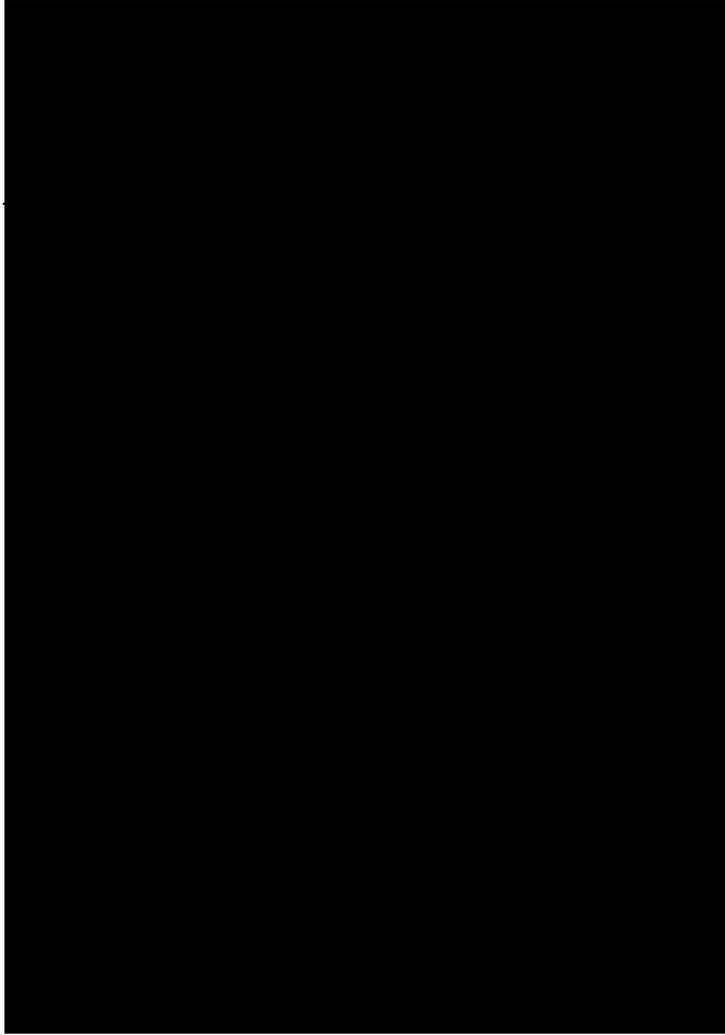
■

[REDACTED]

[REDACTED]

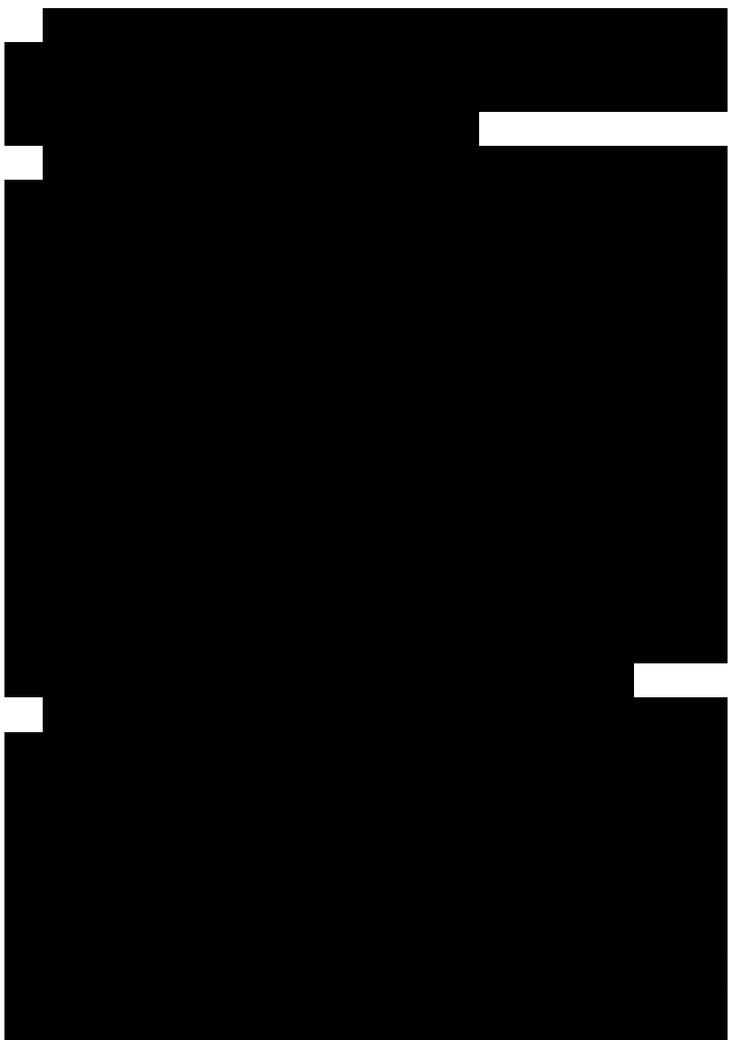


██████████



[REDACTED]

[REDACTED]







[Redacted]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



[REDACTED]

[REDACTED]



SILENCE ET INCONTINENCE URINAIRE

Patrick Ténoudji

Une étude intitulée « Les représentations psychosociales de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale » a été effectuée pour l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, sur un projet de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste, par un groupe comprenant un médecin généraliste et enseignant chercheur au CHU Bobigny-Broussais (Annie Catu, coordinatrice de l'étude, SFTG) une documentaliste et traductrice (Natacha Luchnikova, docteur en Anglais de l'université de Kiev et étudiante en maîtrise d'Italien à l'Université Marc Bloch, Strasbourg) et deux anthropologues : Anna Jarry, doctorante à l'EHESS, a effectué les entretiens et les transcriptions ; j'ai animé les *focus groups* de juin 2001 à décembre 2002. L'enquête a été préparée en 2000 et pilotée par un comité composé d'Annie Catu, Anne-Marie Magnier (médecins

généralistes SFTG et enseignantes-chercheuses) et moi. Mon regard extérieur et oisif place les chercheurs, médecins et anthropologues, dans l'espace d'observation. Dans un premier temps, en 2001, furent effectués une recherche documentaire, plusieurs entretiens exploratoires, puis l'observation de consultations avec dépistage systématique aux cabinets de 8 médecins généralistes (dont 4 femmes) et 3 kinésithérapeutes (dont un homme) lors de consultations ou de séances de rééducation¹. Un rapport d'étape a été examiné en *focus groups* avec 7 de ces soignants. Après un temps de réflexion et préparation, 17 entretiens avec des patientes ont été effectués par Anna Jarry en juin-juillet 2002. Les rapports de Natacha Luchnikova et Anna Jarry ont été repris en *focus group* avec les soignants, puis intégrés dans un rapport final et des propositions de recommandations ANAES rédigées par Annie Catu.

L'enquête fut difficile à organiser. Plusieurs médecins et kinésithérapeutes refusèrent de participer à l'enquête malgré leurs liens de proximité avec un membre du comité de pilotage. Cette réaction a étonné Annie Catu : certains « refusers » avaient participé activement à d'autres enquêtes, notamment un médecin, « qui fait de la psychanalyse et se passionne pour la psychosomatique » (Anna Jarry). Le motif invoqué fut le secret médical. Nous avons rédigé un proto-

1. Les discours de médecins généralistes retranscrits de nos enregistrements sont précédés des lettres MG, ceux des kinés de la lettre K, et les patientes sont désignées par un P. Les numéros ajoutés pour la compréhension des dialogues ne renvoient pas à ceux utilisés par Anna Jarry dans son rapport. Je remercie Annie Catu, Nicoletta Diasio, anthropologues et Christian Michel, médecin et anthropologue, pour leurs conseils dans la rédaction finale de ce travail.

cole qui n'a pas fait changer d'avis les médecins réticents². Une affiche mentionnant l'ANAES fut préparée par Annie Catu pour les salles d'attentes. Son silence sur l'incontinence urinaire nous donne un premier indice :

Votre médecin participe à une enquête sur les représentations de la maladie et leur influence sur les soins. Un chercheur en anthropologie médicale assistera à la consultation si vous l'acceptez.

L'incontinence urinaire est un problème médical, psychologique et social, ce que les Américains appellent *a condition*, une pathologie avec laquelle il faut vivre en permanence. Une étude anglaise la définit « une perte involontaire d'urine plus de deux fois en un mois ». Cette *condition* est associée dans la littérature médicale à un état dépressif, ce qui influe de manière non négligeable, et sans doute dangereuse, sur la relation thérapeutique. La définition n'est pas la même suivant les auteurs, et chaque participant à l'étude avait sa propre idée. Entre « l'incontinence de la première goutte », jamais admise, et l'impossibilité de sortir de chez soi, il y a un monde.

Un tiers des patientes de tous âges rencontrées étaient passagèrement incontinentes après un accouchement ; les

2. Les médecins avaient reçu copie de l'ordre de mission de l'ANAES et un texte dont voici des extraits :

« Cette étude a été évaluée et avalisée par l'ANAES qui a donné son accord après six mois de réflexion et passage devant différentes instances chargées de vérifier la pertinence et la qualité du projet. Un anthropologue est lui aussi soumis au secret professionnel, et l'équipe qui a monté ce projet a une longue compétence et pratique de ce type d'étude. Toutes les données sont anonymisées. Les informations recueillies ne seront utilisées qu'en cela qu'elles concernent le problème de l'incontinence urinaire et de ses représentations. »

autres avaient des profils divers, sclérose en plaque, troubles de la ménopause, cancer du sein, pertes liées à des cystites, à l'effort (une jeune sportive de haut niveau), troubles neurologiques causés par un grave accident de la route. Plus d'un tiers des incontinenances étaient ponctuelles ou passagères (la plupart après un accouchement), deux femmes souffraient de symptômes faibles, mais réguliers, les autres cas étaient plus difficiles. Ces patientes étaient de niveaux d'éducation et de milieux sociaux divers : les variations en rapport à ces paramètres ont semblé à Anna Jarry peu pertinentes, ce qui constitue un indicateur de la dimension psychologique du problème. L'incontinence nous a paru difficilement compatible avec une sexualité épanouie : six patientes vivent seules et sans partenaire sexuel, deux disent ne pas être prêtes à rencontrer un nouveau partenaire tant que durera ce problème urinaire. Trois femmes mariées ont confié à Anna n'avoir aucun rapport avec leur mari.

De mon point de vue focalisé sur l'interaction entre chercheurs et soignants plutôt que sur celle entre soignants et patientes, l'enquête a abouti aux résultats suivants :

– aborder le sujet de l'incontinence urinaire est aussi difficile pour les soignants, médecins et kinés, que pour les patientes et... anthropologues. Anna Jarry écrit que le fait d'en parler lève cette difficulté dans la presque totalité des cas, mais il me semble que parler rend aussi l'incontinence plus réelle et change le statut de la patiente, qui passe du normal au pathologique.

– de manière plus ou moins explicite, ce problème est stigmatisé par l'entourage d'une patiente (y compris par elle-même et son médecin) en termes de défaut de maîtrise de soi, de la propreté que l'on doit à soi et aux autres, avec toutes les connotations morales et normatives de l'anglais

improper (inconvenant). Le problème est explicitement associé au défaut, ou à la perte, de la maturité sociale et sexuelle. L'incontinence urinaire féminine est associée à l'enfant non encore maître de lui, ou à la personne âgée qui ne l'est plus, à partir d'une représentation de la normalité d'un corps performant, en forme, capable de séduction.

- l'incontinence nous a paru difficilement compatible avec une sexualité épanouie : six patientes vivent seules et sans partenaire sexuel, deux disent ne pas être prêtes à rencontrer un nouveau partenaire tant que durera ce problème urinaire. Trois femmes mariées ont confié à Anna n'avoir aucun rapport avec leur mari.

Les réactions des patientes, médecins, anthropologues évoquent la notion de *double bind*, la schizophrénie telle qu'en parle Gregory Bateson (1986). Bateson étudie la schizophrénie en tant que dysfonctionnement du système de communication, il dépasse le niveau individuel pour la traiter par exemple en pathologie du système familial. Le *double bind* est une contradiction insoluble entre un message ou injonction et le *frame*, le cadre de référence, par exemple familial, fournissant les règles pour son interprétation.

Il y a *double bind* quand deux personnes au moins sont en présence ; quand il y a répétition de l'expérience ; que la victime reçoit une première injonction négative ; puis une seconde, contradictoire avec la première, à un niveau plus élevé d'abstraction, et qui comme la première est assortie de sanctions ; enfin, qu'une

troisième injonction négative interdit à la victime de sortir du champ de l'expérience. Cette situation sans issue conduit à la schizophrénie, car la victime n'est plus en mesure de décoder les messages qui lui proviennent : quel que soit le sens qu'elle leur donne, elle est sanctionnée. Elle est alors conduite à trois attitudes de défense l'hébéphrénie, la catatonie ou la suspicion à l'égard de tout message reçu (défense paranoïde) (Bateson, *ibid.*, p. 193).

Dans l'incontinence urinaire féminine, l'urgence et la peur panique des fuites contredisent l'injonction de silence. Le défaut d'information né du silence « interdit à la victime de sortir du champ ». Ce silence s'accompagne côté soignants de stratégies d'évitement et même parfois d'attitudes accusatrices ; il se traduit côté patientes par une difficulté de parler, un sentiment de culpabilité, des stratégies visant à retarder toute démarche thérapeutique, l'enfermement, l'apathie, le renoncement à toute vie sexuelle et sociale : Bateson reconnaîtrait sans hésiter de tels symptômes.

Les participants des *focus groups* pratiquaient un double discours, l'un explicite, l'autre pas – plus exactement à la limite entre le non-dit et le mal dit – dont le télescopage donne voix, comme nous allons le voir, à des stéréotypes misogynes. Certes les études médicales constituent un lieu de cristallisation de ces préjugés (cf. le mode de socialisation qu'implique le mot "carabin") : mais le mal touche toute notre société. Ces discours sont aussi le fait des kinés, patientes et anthropologues, et ils sont contredits par

la pratique et les discours humanistes d'hommes et de femmes que j'estime profondément après plusieurs années d'études de leurs pratiques et représentations : les médecins généralistes. Les rires et les regards complices des participants aux *focus groups* contredisent le conformisme des discours reproduits ici. Ils contiennent une dimension de lucidité et d'autodérision, qui souligne les paradoxes d'une culture tout en acceptant l'impuissance de l'individu à y remédier.

Les *focus groups* semblaient frappés par la malédiction de Babel. La caractéristique première des discours était une confusion qui n'épargnait aucun participant :

Moi : — Il semble que les mots pour le dire n'existent pas vraiment.

Anna Jarry : — Oui, dans tous les sujets on regarde [parle] partout [de] l'incontinence, mais tous les problèmes ne sont pas toujours dans l'incontinence, c'est [seulement] l'un des symptômes. Les gens qui ont de l'impériosité ne sont pas tout le temps incontinents. Une fuite est apparue sur la première impériosité très forte et puis ils [elles] vont aux toilettes toutes les trente minutes et comme ça il n'y a plus de fuite. Et si on leur pose la question de l'incontinence elles vont pas forcément dire oui.

L'éclairante obscurité de cet extrait fait une bonne introduction. Anna Jarry montre qu'il s'agit d'un problème de nomination : la chose est trop gluante pour être proprement recouverte d'un mot. L'incontinence est un non-lieu, que l'on regarde partout mais où les problèmes ne sont pas toujours. Ce qu'elle dit en creux est intéressant : « Dans tous les sujets on regarde partout l'incontinence » : en effet,

l'incontinence concerne l'image de soi et le regard des autres, la dimension visuelle est capitale. L'évitement du genre féminin (« les gens », « ils vont ») met l'accent sur la déféminisation, et nous mènera sans contradiction à l'hypothèse d'une stigmatisation de tout le genre féminin par le discours ordinaire sur l'incontinence urinaire, un trait qui émerge d'autant plus nettement que cette étude portait essentiellement sur des femmes ; cette déféminisation va jusqu'à une dépersonnalisation et déshumanisation elles aussi audibles dans la grammaire et la présentation « mécaniste » du problème et de sa pseudo-solution (« une fuite est apparue »/« il n'y a plus de fuites »). L'incontinence induit un changement de statut : elle mérite qu'on l'appelle, cette fois en français, une condition.

UNE INCOMPÉTENCE SOCIALE

Les rapports d'enquête laissent entendre que le silence se paie cher. Le comportement en famille, en couple et avec les amis, au travail et en voyage, et en général la vie à l'extérieur sont bouleversés par un problème qui implique des techniques du corps particulières. Les patientes vivent dans l'anticipation permanente d'une fuite, et surtout d'une fuite hors de chez elles. Cela se voit dans l'apparence générale, la démarche et le vêtement : elles mettent des sous-vêtements noirs, des tenues faciles à laver et des chaussures qui s'enlèvent rapidement, elles évitent de porter du blanc. L'incontinence urinaire a une dimension olfactive et tactile : pensez à la différence entre sec et mouillé. L'impossibilité de pouvoir rester longtemps debout et de se plier met en péril la vie

sociale et professionnelle : une enseignante explique que son problème, pourtant léger, la gêne énormément dans son travail. Les patientes évitent les mouvements pouvant déclencher une fuite, par exemple se plier en deux pour lacer une chaussure. Il faut gérer l'humidité, l'odeur et les fréquentes envies. Elles « se débrouillent », en utilisant des stratégies qui compliquent la vie, comme celle qui calcule à la minute près ses trajets en repérant les toilettes. L'objectif est de se sentir « normale ». Un contrôle de l'environnement s'établit, un rapport nouveau aux objets : transporter, ranger ou cacher protections, médicaments et vêtements de rechange. Certaines « bricolent », pour éviter d'acheter les protections spécifiques, stigmatisantes.

Cela se traduit par un enfermement progressif ; elles sortent de moins en moins. Natacha Luchnikova cite une Américaine et une Australienne qui ne le font plus du tout. Sans aller jusqu'à cette extrémité, beaucoup hésitent à visiter des amis de peur d'un accident, ou simplement parce qu'elles ont honte des fréquents passages aux toilettes. Partir en vacances devient problématique.

Anna Jarry a relevé l'impact sur la vie amoureuse, ne serait-ce que pour « la crainte de fuites durant l'acte sexuel ». Le conjoint n'est mis au courant que lorsqu'il devient impossible de le lui cacher. Seules viennent aux consultations accompagnées de leur conjoint les plus de soixante ans.

La dimension psychologique m'a semblé essentielle : la patiente n'est plus « propre », elle perd la maîtrise de son corps, elle passe de l'humain à l'animal, et son discours perd le genre féminin. :

P : — Je suis comme un petit chien, c'est une honte.

La honte et le silence emplissent les salles d'attente des deux kinés spécialistes ; selon Anna Jarry : « Les gens entrent et ne se disent pas bonjour » (à nouveau « les gens », l'évitement du féminin), ce qui n'est, selon un kiné, pas le cas chez les autres kinés. La difficulté d'en parler, d'y penser, induit un comportement irrationnel dans la gestion du symptôme. Plusieurs refusent à tout prix le mot incontinence : elles ont « des fuites », et elles dépensent des trésors d'intelligence pour faire comme si elles n'en avaient pas.

Les patientes associent l'incontinence urinaire à une normalité de la femme vieille : « je ne suis pas encore vieille, je vais pouvoir me soigner ». Cette notion de normalité est partagée par les conjoints : une patiente explique que le sien ne voit pas la nécessité d'une rééducation, du moment que ni sa mère ni son ex-femme n'en ont fait. De la même manière, elle associe le problème à la folie : elles n'ont plus leur tête, elles ne maîtrisent plus leur corps, selon un modèle cybernétique, elles ne sont plus elles-mêmes :

P1 : — Quand on m'examine, vessie pleine, « poussez, forcez », eh bien ils disent, non, ça ne fuit pas. » Et alors là je me suis dit : « mais je suis folle ».

P2 : — Mon mari avait envisagé de me faire voir un psychiatre : « elle est peut-être folle ? » Parce que moi, je suis propre, c'était comme si le plafond de la maison me tombait dessus.

L'idée de catastrophe semble liée au moment de vérité où l'incontinence sort au grand jour :

Anna Jarry : — Il y a une dame qui annonçait que sa fille s'était suicidée après que tu lui aies posé la question sur l'incontinence.

Il est difficile pour elles d'en parler au médecin : plusieurs expliquent leur silence en disant que leur incontinence est trop légère pour constituer un « réel » problème. Ce refus de nommer le symptôme est une autre constante. L'une dit : « je n'en ai pas parlé parce que je croyais que c'était normal ». Les patientes ne parlent pas davantage au gynécologue, pas davantage aux médecins femmes. Finir par dire le mot rendrait le « problème » trop réel, l'aggraverait. Requalifié en pathologie, il fait glisser la femme vers la condition d'incontinente urinaire.

De manière caractéristique, les femmes rencontrées par Anna Jarry n'en parlent pas à leur entourage proche (à la maison et à leur mère) avant d'engager le processus thérapeutique. Auparavant, elles le cachent par tous les moyens possibles. Le lien mère-fille est particulièrement mis à l'épreuve. Le silence s'accompagne de soupçon, surtout lorsque c'est la fille qui est incontinente, mais aussi dans le cas inverse. Nous avons discuté de cas de filles racontant à leur mère leur expérience de rééducation, mais n'osant leur poser la question sur elles. Une fois le problème verbalisé, toutes deviennent capables d'humour. Mais la parole qui brise le tabou et permet d'entamer une démarche de soins de sortir du *double bind* a le pouvoir redoutable de requalifier le problème en pathologie.

La gêne à parler d'incontinence urinaire, y compris dans un groupe réuni pour en parler, était étonnante. Plusieurs participants, kinés et médecins sont tombés d'accord pour dire qu'il valait mieux ne pas employer le mot « inconti-

nence urinaire » avec les patientes : ils et elles préfèrent le discours « à côté » :

MG³ (femme) : — Ne pas commencer par « êtes-vous incontinente ? », parce qu'honnêtement elles vont dire non, qu'elles ne le sont pas. C'est un terme à ne pas employer.

Les kinés spécialistes de rééducation périnéale ne sont pas unanimes :

K1 : — Je ne suis pas d'accord, je ne suis pas sûre qu'en posant la question, elles ne répondent pas, je suis incontinente !

K2 : — Mais il n'y a pas que ça, elles peuvent venir pour une autre rééducation.

K1 : — Elles ne vont pas tout de suite verbaliser « je suis incontinente ».

MG (Femme) : — Elles font pipi, elles se mouillent, mais elles ne savent pas qu'elles sont incontinentes. Et ce n'est pas parce qu'elles veulent nous le cacher. J'ai eu le cas : une femme me dit : — « je n'ai aucun problème urinaire » et moi : — « et quand vous toussez ? » ; — « si... si... ».

L'assimilation de femmes adultes à l'enfant qui fait pipi correspond à la perte du statut d'adulte. L'association du mouillé au féminin, par opposition à un sec masculin, correspond à une dévalorisation du féminin ou à une réduction

³ MG = médecin généraliste ; K = kinésithérapeute.

au féminin dont je reparlerai. La perte de normalité est très souvent associée à la folie : « Mais je suis folle », ou « Je suis très négligente ». L'image de soi est dévastée par un sentiment d'anormalité, leur corps leur devient un objet de dégoût.

L' INCONTINENCE URINAIRE FEMININE
EST-ELLE AUSSI UN PROBLEME
MASCULIN ?

Une patiente : « Je n'en ai pas parlé parce que je croyais que c'était normal ».

Les patientes et leurs médecins (kinés, anthropologues) tendent à considérer le problème comme le lot des femmes. Dans le sens commun l'identité féminine associe des fonctions biologiques et des représentations sociales : une personne devient femme quand elle a ses premières règles et la capacité de porter et nourrir des enfants, elle cesse de l'être quand elle cesse d'en avoir, alors qu'un homme reste un homme. L'importance sociale d'un corps performant est primordiale, et tout dysfonctionnement pose des problèmes liés à la perception sociale du genre. Une étude australienne relevée par Natacha (Peake *et al.*, 1999, p. 268) parle de *gendered inevitability of incontinence*. Je traduis :

Plus de 50 % des femmes normales admettent avoir eu à des degrés divers des pertes d'urine mineures. Il faut en tenir compte avant d'établir une définition de la normalité féminine en la matière. L'inévitabilité genrée de l'incontinence est si forte que certaines femmes l'attendent dès la

cinquantaine et s'y attendent, à l'arrêt des menstruations.

Qu'est-ce qu'une femme normale, un homme normal ? Il serait intéressant d'étalonner ce qu'un homme admettrait en termes de « pertes d'urine mineures ». L'incontinence urinaire est considérée par notre étude un problème seulement féminin, seulement organique, pas du tout masculin, pas sexuel : une conséquence biologique de la féminité : le lot normal des femmes, avec l'enfantement dans la douleur et les règles. Mais l'assimilation de l'incontinence urinaire à une normalité féminine ravale toutes les femmes à l'enfant pas maître de soi ou à la très vieille personne incapable de se retenir.

Cette représentation participe d'une tendance de toute notre société, pas uniquement les hommes, à dévaloriser les femmes en toutes circonstances en les renvoyant systématiquement à leur corps et à sa fragilité, tout en refusant systématiquement d'envisager l'identique fragilité de la base biologique de la masculinité. Le dialogue suivant eut lieu devant les boîtes aux lettres, à l'université Marc Bloch de Strasbourg. Je dis à une collègue sociologue que je prépare une communication sur l'incontinence urinaire :

Elle : — (se tord de rire) : On ne raconte pas un truc comme ça à une femme de mon âge.

Moi : — Ni à un homme du mien !

Elle : — Oui, mais toi, ce serait pathologique !

Ainsi les femmes étant « naturellement » incontinentes, les « petites fuites » et les « accidents » font partie des préoccupations de toutes. Chacune est perçue par le sens commun vulgaire masculin et, hélas, féminin comme susceptible de cette condition : la « pisseuse » impubère peut se méta-

morphoser en « femme fontaine » dispensatrice, à elle-même et à son partenaire, de plaisir et de fierté (un médecin généraliste femme lors du dernier *focus group*) ; mais le problème est que les deux représentations sont liées. Les fluides corporels féminins sont globalement l'objet de tabous. Pour le sens commun une femme n'est jamais définitivement « propre » ou « sèche » (Héritier, 1984), si elle l'est un jour : l'obsession de la propreté intime est encouragée dès l'âge le plus tendre. Dans une enquête italienne, dans l'acte sexuel, homme et femme émettent des liquides mais le plus souvent seule la femme se préoccupe de l'humidité des draps (Diasio 1999, p. 79) : la femme est corps et s'occupe des émissions du corps. C'est tellement évident qu'il est inutile d'en parler. Dans un article sur le rapport entre hygiène intime et gynophobie, l'anthropologue italien Piero Camporesi (1995, p. 158) évoque de manière frappante cette représentation du sexe féminin :

Humide porte de chair, au fond du gouffre obscur,
puits noir où stagnent les eaux mortes, livides, les
liquides douteux, limoneux, la lymphe infâme et
sale comme le péché, gluante comme le Mal,
contaminée par le maléfice d'une ignoble maladie.

Une femme coule toujours, la preuve, il y a la queue aux toilettes des femmes. Il y aurait à réfléchir sur ce sujet : les architectes⁴ les construisent sur le même modèle et conformément au principe d'égalité numérique, sans tenir compte de la durée plus longue du déshabillage, du fait qu'elles doivent s'asseoir, que beaucoup plus de femmes sont accompagnées d'enfants, qu'elles utilisent les toilettes pour

4. Les 4 z'arts sont avec la fac de médecine réputés un haut lieu du machisme national.

changer une serviette ou un tampon et pour se maquiller, et qu'elles n'iront jamais se soulager n'importe où. La descente aux enfers du malpropre menace toutes les femmes, dans les discours ordinaires masculin et féminin, alors que la fragilité masculine n'est que rarement évoquée. Ces représentations nous ont paru partagées au quotidien, y compris par les médecins, les kinés et les anthropologues. Témoin ce dialogue lors d'un comité de pilotage à la SFTG.

Moi : — Mais pourquoi ne parle-t-on jamais d'incontinence urinaire masculine ?

*MG (homme) : — Mais cela concerne beaucoup moins les hommes. Ils peuvent faire une petite goutte de temps en temps, mais ça ne vient jamais en consultation*⁵.

Cette réponse évoque l'étude australienne citée plus haut, et donne un élément de réponse : cet homme et praticien est prêt à admettre, à l'extrême limite, l'idée qu'un homme fasse « une petite goutte de temps en temps », sans doute la fameuse goutte spermatique, le trop-plein de l'impatience de l'étalon. Mais il n'admettra ni le problème ni le mot pour l'exprimer : « ça ne vient jamais en consultation ». L'humidité est d'abord un trait féminin. Les publicités pour les tampons, et ceux pour les protections spécifiques, évoquent une étanchéité⁶ toujours compromise, jamais acquise. Un seul des articles compilés par Natacha Luchnikova (Glew *et al.*, p. 1986) établit, à partir d'un large échantillon américain

5. Lisant ces lignes, Annie Catu me rappelle que lors d'une réunion à l'ANAES notre proposition d'envisager une étude similaire sur l'incontinence urinaire masculine avait rencontré la même incompréhension.

6. Christian Michel a parlé d'une publicité qui employait précisément ce mot.

que, quel que soit l'âge, l'origine ou le milieu, les hommes refusent d'en parler, alors que les femmes en parlent sans gêne. Dans un *focus group* une femme généraliste commente cet article en insistant sur la difficulté masculine d'en parler :

MG (femme) : — Quand on parle d'identité de la femme, lorsque l'incontinence la gêne, on ne parle pas de l'incontinence urinaire chez l'homme, et c'est une calamité. La plupart du temps, c'est clair, l'incontinence chez l'homme, ça va vachement plus loin parce que c'est accompagné de problèmes d'impuissance, de problèmes d'érection... dans notre cabinet, on voit les messieurs qui parlent de ça et on a à leur répondre.

Je ne vois pas en quoi « ça va vachement plus loin », il me semble que c'est exactement le même problème : l'impuissance, c'est l'incapacité d'avoir des rapports sexuels. Mais cela se traduit effectivement dans la réalité concrète par une différence, que ce médecin précise, après lecture des lignes qui précèdent : « tout ce que dans cette société un homme est, et une femme n'est pas ». La discussion sur l'article américain, seul à mentionner le problème au masculin, fut instructive. Une kiné, notamment, sera interrompue par un médecin généraliste homme :

K (femme) : — Les femmes lient le problème à la féminité, les hommes ont tendance à le lier à la masculinité, l'homme aussi est touché dans sa masculinité. Et ils sont touchés dans ce que ça a de sexuel et pas seulement d'organique.

Cette différence entre sexuel et organique contient une équivalence entre sexuel et psychosomatique qui peut contribuer à expliquer les réticences des médecins généralistes...

K (suite) : — Quand je lis (dans le résumé de Natacha Luchnikova) : « on comprend l'importance que revêt la pathologie de l'organe procréateur », elles (les informatrices de l'anthropologue américaine) font une distinction avec leur organe procréateur.

Je pense qu'elle veut dire exactement le contraire, autrement dit que ces patientes « font une équivalence entre fonction urinaire et organe procréateur » En disant cela, K commet une seconde équivalence entre la femme et son organe procréateur et elle parvient à exprimer une chose et son contraire, avec *double bind* : ce qu'elle pense « médicalement correct », ou réel, la distinction entre la pathologie de la fonction urinaire et l'organe procréateur, et ce qu'elle pense « vraiment », ou symboliquement, autrement dit leur équivalence. Elle continue avec la même éclairante confusion :

K (suite et fin) : — C'est une conséquence peut-être, mais moi je vois des catastrophes (elle parle d'incontinence urinaire) après les accouchements, à aucun moment n'est mis en cause le fait d'avoir procréé. Mais ce n'est pas une pathologie organique, le procréateur, le monsieur, lui, quand il a une incontinence, c'est une pathologie d'organes procréateurs en tant que soi, mais c'est quelque part le pénis avec et...

MG (homme), véhément, l'interrompt : — Moi, je

ne peux pas être d'accord, j'ai été révolté par la lecture de ça. Je ne suis pas d'accord avec plein de trucs.

Ayant dit l'essentiel, le mot « catastrophe », la kiné pose un curieux argument. Une femme devenue incontinente après un accouchement reste une femme puisqu'elle a accouché ; les autres non. « Ce n'est pas une pathologie organique » signifie que l'incontinence urinaire féminine n'est pas une pathologie de l'organe sexuel, ce qui est exact, même si les exercices de rééducation demandent de contracter les muscles vaginaux. Il faut saluer une exception : elle sera l'unique participante à donner clairement cette précision. Puis elle dit à nouveau une chose et son contraire : l'incontinence masculine est une pathologie d'organe procréateur, mais le pénis n'est pas seulement un organe procréateur. Elle a mis le doigt sur l'équivalence insoutenable : chez l'homme le même orifice remplit les deux fonctions, alors que chez la femme, elles sont physiquement séparées. Le médecin l'interrompt avec une véhémence qui ne colle pas à son discours. Ce qui le révolte, les « pleins de trucs » avec lesquels il n'est pas d'accord, est-ce, en tant que médecin matérialiste le discours à deux niveaux, symbolique et réel, de K (mais il se pique de psychanalyse) ou est-ce le fait de souligner, ô promiscuité, qu'un pénis est aussi « pissEUR » ? La fonction la plus claire de son discours, c'est de faire taire cette expression d'une insupportable équivalence. La fin du *focus group* sur les *progress reports* de Natacha et Anna se passe en rapides échanges sur le même sujet :

MG (homme) : — La maladie sexuelle, c'est quelle page ?

Moi : — Page 11, deuxième paragraphe ; (cite

Anna : « *Les femmes ont appris à se concentrer sur cette partie du corps, le sexe est source de plaisir, mais lorsqu'il est atteint de maladie... »*

Anna Jarry : — *Je voulais parler en général, pas seulement d'incontinence urinaire !*

En dehors de l'évocation pertinente par Anna Jarry d'une identification de la femme en général à son sexe, le débat porte à nouveau en apparence (et toujours sans précision) sur le télescopage par l'anthropologue, en un lieu réputé « le sexe féminin », de deux organes, deux fonctions, deux spécialités médicales distinctes. Anna m'a semblé gênée d'avoir contribué à l'amalgame sexe / incontinence urinaire devant son informateur MG1, une personne particulièrement charismatique et impérieuse (excusez-moi), qui ne manque pas d'intervenir. Suit un échange assez vif, qui évoque assez les médecins de Molière :

MG1 (homme) : — *Mais pour moi ce n'est pas une maladie du sexe.*

MG1 (femme), du tac au tac, à *Anna* : — *Ne l'enlève pas, parce qu'il y a quand même un lien avec le sexe.*

MG1 (homme) : — *Mais il y a des gens qui associent l'incontinence urinaire avec la sexualité.*

MG1 (femme) : — *Elles (les femmes, dans le texte d'Anna) parlent de sexualité féminine, de l'incontinence urinaire.*

MG2 (homme), conciliant : — *Il y a litige parce que l'incontinence n'est pas une maladie.*

MG1 (homme), pas conciliant : — *Non, ce n'est pas un litige, mais elles considèrent que c'est une maladie du sexe.*

MG1 (femme) : — Quand on n'est plus propre, on est déficient socialement et sexuellement.

MG2 (homme) : — Par rapport à la rééducation, elles ne savent plus si elles font l'amour ou de la rééducation, cela peut poser un problème psychique. Cela réveille de la culpabilité, ce n'est pas seulement dans le vagin et dans le corps, mais c'est aussi dans la tête.

Le langage dédoublé, et même détripilé, emmêle les niveaux et échelles d'observation du quotidien, du biomédical et du psychologique. Le télescopage entre « révèle » et « réveille » nous ramène avant la naissance sans péché du Christ, à l'époque de l'ancienne alliance et de la culpabilité constitutive des filles d'Eve. L'équivalence paradoxale entre sexualité et incontinence urinaire est à nouveau soulignée : l'incontinence n'est pas une maladie, et c'est une maladie du sexe. Qui n'est pas propre est déficient socialement et sexuellement. Le problème psychologique que pose la rééducation, où le kiné fait contracter les muscles du vagin pour soigner un problème urinaire, ce qui alimente la confusion, est très bien souligné par MG2. Mais, avec l'affirmation véhémement et culpabilisante que « c'est aussi dans la tête », ce discours évoque aussi une femme faisant l'amour comme une rééducation (une traîtresse), ou une femme faisant une rééducation en croyant faire l'amour (une nymphomane), ou encore une folle au corps démultiplié, ou disproportionné, obscènement réduite à un vagin, un corps et une tête (un Picasso). Quelle est cette chose qui se passe dans le vagin, dans le corps et dans la tête ? Nous sommes dans un univers de fantasmes masculins justifiés, comme souvent, par une référence à la psychologie. Le dialogue continue :

MG1 (homme) : — Quand le ventre est atteint de n'importe quoi, que ce soit viral ou une malformation, c'est sale. Du coup l'incontinence aussi.

Le lieu stigmatisé pathologique s'étend à présent à tout l'appareil reproducteur. Un homme, c'est quand même plus net et propre sur soi qu'un ventre, métonymie qui réduit la femme à son essence : la reproduction. À nouveau l'incontinence est rabattue sur le féminin, à nouveau émerge la différence de valeur entre le sec, extérieur et propre, du masculin et le mouillé, intérieur et sale, du féminin. L'humidité douteuse fait partie d'une représentation d'incomplétude attachée au corps féminin, ni propre, ni fini, ni adulte (Héritier, 1984).

MG1 (femme) : — Ce qui m'a choquée dans cette histoire, c'est que la sexualité féminine est tabou par rapport à la sexualité masculine, qui ne le serait pas.

Elle dit à nouveau le contraire de ce qu'elle dit : c'est la sexualité masculine qui est tabou, et le conditionnel final donne la clef, la fin de la phrase étant beaucoup plus incertaine que le début. L'usage des pronoms dans la réponse révèle un trouble :

MG1 (homme) : — Chez l'homme, on rééduque le périnée par voie anale, je n'ai pas l'impression de m'occuper de son sexe. On ne rééduque pas pour redonner du plaisir, ce n'est pas le but premier de la consultation. Avec les hommes on en parle beaucoup, parce qu'il y a le problème de l'impuissance.

La fin de la phrase est éclairante : avec les hommes on (je+nous, les hommes) parle beaucoup, avec les femmes, beaucoup moins, et il est connu que l'anus n'a aucun rapport avec la sexualité masculine. La répartie de MG2 est frappée au sceau de la sagesse :

MG2 (femme) : — Les deux le disent, que c'est lié à leur sexualité.

Un rapprochement fait par Anna Jarry entre incontinence et incompétence déclenche une nouvelle discussion :

Anna : — Dans l'enquête il y a aussi un rapprochement entre incontinence et incompétence. Il ne peut y avoir d'incontinent incompétent, c'est antinomique.

Un fois encore Anna dit aussi le contraire : si pour elle, il ne peut y avoir d'incontinent incompétent, c'est qu'incontinent et incompétent, c'est deux fois la même chose. Elle parle à deux niveaux et établit une équivalence entre incontinence (pathologique, de l'ordre organique) et incompétence (psychosociale, d'ordre sexuel ou symbolique comme l'impuissance). Les réactions sont vives :

MG (femme) : C'est intéressant, on est forcément incompétent quand on est incontinent, pas capable de maîtriser les choses.

MG (homme) : Excusez-moi de revenir à la chirurgie, mais dans les rapports d'interventions chirurgicales on parle de l'incontinence comme d'une incompétence.

Anna Jarry : Les femmes que j'ai rencontrées parlent plutôt d'incapacité.

MG (femme) : J'ai trouvé ça touchant par rapport

à l'identité féminine : si je suis incapable de contrôler une fuite d'urine, je suis incapable de contrôler ma vie, et ça c'est très fort.

MG2 (femme) : Une femme m'a dit : l'incontinence urinaire, ça démolit une femme.

La correspondance avec la notion d'impuissance au masculin est claire. Le passage à la première personne du médecin femme est très fort : une fuite d'urine, c'est l'incapacité de gérer sa vie. L'incontinence est antinomique avec la condition de femme, elle la démolit en remettant en cause la compétence sexuelle, qui permet de séparer deux fonctions accomplies dans les représentations ordinaires avec le même « organe ».

LE SILENCE DES MEDECINS

Le sentiment d'incompétence n'est absolument pas le seul fait des patientes : tous en étaient atteints. Ainsi, plusieurs généralistes contactés par Anna Jarry :

Anna Jarry : — On a dit que l'incontinence urinaire de toutes façons est un truc rare. J'ai été à huit demi-journées chez les généralistes et il y a eu à chaque fois une femme qui avait des problèmes d'incontinence. Certains m'ont dit : « j'y connais pas grand-chose, donc j'envoie chez le gynéco, j'envoie chez l'urologue. »

En écoutant Anna, j'ai eu l'impression d'un problème repassé de main en main comme une braise chaude. Selon

deux patientes, certains médecins vont au-delà de cet évitement :

C'est la faute de votre urologue (dans la bouche de deux MG, homme et femme).

Anna Jarry parle avec insistance d'« espace médical protégé ». Plusieurs médecins hommes et une kiné femme lui ont donné l'impression qu'ils mettaient certaines clientes « problématiques » en condition de refuser l'entretien :

Anna Jarry : — K me fait asseoir, se met debout, et explique à la patiente qu'il vaut sans doute mieux refuser.

Anna a souligné à quel degré l'enquête fut pour les patientes une occasion unique de parler du problème. Ces dialogues avec les soignants n'étaient pas une pratique courante :

Anna Jarry : — Parmi ceux qui ont participé à l'enquête plusieurs ont parlé du problème en disant « puisque ma collègue est là, je vous pose la question ». Je me suis dit alors « quand l'anthropologue n'est pas là, il n'y a pas de question. »

Plusieurs médecins, intéressés par la psychanalyse, défendent auprès de l'anthropologue leur compétence annexe. « Ça leur faisait plaisir d'être mouillés sur ce genre d'étude » commente sans rire Anna Jarry. Mais, constate-t-elle, ils n'en parlent pas davantage avec leurs patientes :

Anna Jarry : — Celui qui fait de la psychanalyse dit connaître par cœur toutes ses patientes. Il s'est arrangé pour que je n'en connaisse aucune. Il a

fait en sorte que toutes les patientes problématiques refusent ma présence.

L'évitement du problème, y compris après un accouchement, a été souligné par tous les participants des *focus groups*. Malgré l'abondante littérature, notamment ANAES, les médecins généralistes continuent de prescrire automatiquement une rééducation implicitement seulement abdominale. D'autre part, plusieurs médecins hommes et une kiné femme ont fait pression sur les patientes en présence d'Anna pour leur rappeler la règle de silence :

P : – Je suis propre.

MG (homme) : — Je sais quand mes patientes sont incontinentes. Je sais que tu n'es pas incontinente. Est-ce que tu es incontinente ?

Comment le sait-il ? J'en frémis ! Cette *omertà* est confirmée par ces patientes évoquées par Anna Jarry durant un *focus group* :

Anna Jarry : « J'ai des patientes, elles savent décrire très bien ça : elles ont passé des consultations et des consultations, chez des gynécologues, pas seulement chez des généralistes. « J'ai essayé d'en parler vingt fois ; j'avais préparé un papier avec une liste ⁷, et à la fin de la consultation :

- Au fait, docteur, on n'a pas parlé de mon

7. Lisant ce texte, Annie Catu fit la remarque suivante : « Quand les gens font des listes qui amènent l'incontinence urinaire en fin de liste, ce n'est pas un hasard : elle sait qu'on va l'envoyer bouler ». Cette remarque confirme une entente des deux partenaires de la relation sur la règle de silence ; par ailleurs, l'emploi des « gens » et du pronom impersonnel « on » constitue un nouveau cas de l'évitement du féminin analysé ici.

problème d'incontinence !

- Mais oui, on en parlera la prochaine fois ». Et ça dure des dizaines de consultations jusqu'à ce qu'elles en aient ras le bol.

Dans trois cabinets visités, des brochures ou des photocopies de pages Internet étaient à la disposition des patients, portant sur divers troubles : constipation, ronflements, tension artérielle, ménopause. Aucun ne portait sur des troubles urinaires. Voici plusieurs extraits de discours de médecins généralistes rapportés à Anna par des patientes :

*« Ce n'est quand même pas grave. » « C'est normal. »
« On verra ce problème plus tard . » « Vous pourriez faire attention, je suis sûr que vous le faites exprès. »*

L'une des femmes médecins n'ayant jamais abordé le sujet avec sa patiente, cette dernière s'est sentie plus à l'aise avec l'anthropologue : lors de l'entretien elle lui a parlé d'une incontinence fécale qu'elle avait passé sous silence lors de la consultation. Seuls 5 cas avant l'enquête étaient clairement repérés, 5 nouveaux cas ont été découverts durant l'enquête et plus des 2/3 des symptômes discutés durant les entretiens étaient inconnus des médecins généralistes. 4 patientes n'en avaient jamais parlé. Le rapport d'Anna Jarry a mis l'accent sur la notion de tabou et la reconnaissance manifestée par celles à qui fut donnée l'occasion d'en parler. Anna souligne également un fait récent : l'importance d'articles de magazines qui ont plusieurs fois facilité la prise de parole. Voici certaines propositions de recommandations formulées par Annie Catu :

Le médecin généraliste doit aborder le sujet avec les patientes.

Le médecin doit devenir un référent en matière d'écoute et de conseils, tant sur les possibilités de rééducation, médicaments, chirurgie que sur le vécu et la gestion du quotidien.

Le médecin doit connaître les retentissements de l'incontinence urinaire et les aménagements utilisés par les patientes.

Le médecin généraliste doit vérifier que les patientes ne font pas de la rééducation abdominale en lieu et place de la rééducation périnéale et doit vérifier l'état du plancher pelvien avant de prescrire de la rééducation abdominale.

Le médecin doit connaître et expliquer aux patientes les modalités des rééducations périnéales. En particulier il doit prévenir les patientes de la possibilité d'un toucher vaginal, de l'introduction d'une sonde vaginale et d'un courant électrique.

Conclusion

L'incontinence urinaire est un problème dévalorisé, toujours envisagé en second par rapport à une autre pathologie. Dans l'esprit de plusieurs médecins, traîne l'idée que, notamment à partir de la ménopause, l'incontinence urinaire féminine est « normale ». J'ai été frappé de leur ignorance sur l'incontinence et ses possibilités de traitement. La médecine a changé depuis un siècle, elle touche moins au corps. Le contact direct est laissé à l'infirmière et au kiné. Trop de praticiens ne savent pas

comment se déroule une séance de rééducation périnéale, ignorent qu'un toucher vaginal puisse être fait par un kiné, ne savent pas qu'il existe plusieurs techniques de kinésithérapie. Plusieurs se focalisent sur la sonde utilisée pour l'électrostimulation, dont ils ont parlé de manière floue, et donc effrayante, aux patientes comme « d'un appareil électrique introduit dans le vagin ».

Le discours sur l'incontinence urinaire, comme toute notre discussion sur la construction sociale du genre dans les représentations, pratiques et discours relatifs à la santé, n'est que l'un des lieux où se manifeste un problème plus général. Cette tentative de décoder une difficulté à dire et un sentiment d'incompétence ressentis, y compris au niveau professionnel, par tous les acteurs d'une étude dépasse la relation thérapeutique. D'une interaction entre soignants, patientes et anthropologues émerge l'évocation d'un malaise dans le rapport de genre. Les fluides corporels et les représentations d'un féminin sale-mouillé-dépendant, l'opposé d'un masculin sec-net-autonome, restent des problèmes dont il n'est pas convenable de parler. Dans certains domaines, par exemple tout ce qui touche à la famille, nous sommes agis, au-delà de l'impératif égalitaire, par un conformisme communautariste, quoique majoritaire, qui met nos pratiques quotidiennes en contradiction avec nos discours. Comme l'écrit Ulrich Beck (1986) « L'inégalité entre les sexes est devenue plus grande, plus consciente et moins légitime ». D'où le trouble manifesté par les participants à l'enquête, dont je me sais le semblable : le fait que cette rhétorique de l'égalité où les actions contredisent les discours soit mon objet d'étude ne me pose nullement en exception.

Le problème de l'incontinence urinaire fait partie de ceux qui fâchent, parce qu'il met le doigt sur des apories de

l'idéologie individualiste, en des lieux où celle-ci ne peut accepter d'exception : le corps des individus, et particulièrement le corps des femmes. Il pose une question honteuse : concrètement, l'égalité entre les genres est-elle possible ? Ce problème est d'une brûlante actualité : les femmes sont-elles libres d'être libres ou soumises, de couvrir ou découvrir leur corps plus qu'il n'est socialement convenable, d'aliéner ce seul bien ici inaliénable contre de la monnaie ? La discussion autour de la loi de mars 2003 sur la prostitution ou des projets de lois sur l'interdiction du port du « foulard islamique » ou du string sous les jeans, à l'école, ne sont pas le fruit d'un souci de sauver les acquis du féminisme, ils émanent de ce communautarisme majoritaire, aujourd'hui exacerbé, qui implique un recul préoccupant du féminisme : une loi interdit aux femmes de se couvrir, une autre qualifie de « prostitution passive » le fait de se découvrir : notre société, comme toutes continue, malgré des principes égalitaires proclamés, à ne souffrir aucune déviation du conformisme imposé à son élément féminin.

BIBLIOGRAPHIE

- P.P. ASHWORTH, M. T. HAGAN, "The Meaning of Incontinence : a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence and construction of control", *Journal of Advanced Nursing* 18 (9), 1993, p. 1415-1423.
- G. BATESON, *Toward a Theory of Schizophrenia*, New York, Macmillan, 1986.
- U ECK, *Riskgesellschaft : auf den Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt/am/Main, Suhrkamp, 1986.

- M. BLYTH, "What Physicians don't know about their Female patient", *Journal of Women's Health Gender based Medicine* 9(1), 2000, p. 1-3.
- P. CAMPORESI, *Il sugo della vita. Simbolismo e Magia nel sangue*, Milano, Mondadori, 1988.
- P. CAMPORESI, *Il Governo del corpo*, Milano, Garzanti, 1995.
- A. CATU (dir.), *Les Représentations psycho-sociales de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale*, Paris, ANAES, 2003.
- A. COCHRAN, "Don't ask, don't tell: the incontinence conspiracy", *Management and Care Quarterly* 8 (1), 2000, p. 44-52.
- N. DIASIO, "Infezione et infrazione. Parole sulla femminità e sull'AIDS", *L'Arco di Giano* 22, 1999, p. 77-91.
- M. DOUGLAS, *Purity and danger*, London, Routledge and Paul Kegan, 1967.
- M. DOUGLAS, *Natural Symbols*, London, Penguin Bks, 1970.
- C. E. DUBEAU, B. LEVY, C. M. MANGIONE, N. RESNICK, "The Impact of urinary Incontinence on Quality of life: importance of patient's perspective and explanatory style", *Journal of the American Geriatric Society* 46 (6), 1998, p. 683-692.
- A. FAULKNER, "Too bad to Mention", *Nursing Clinics of North America* 84 (14), 1988, p. 70-72.
- J. GLEW, "A Woman's Lot ?", *Nursing Times* 82 (15), 1986, p. 69-71.
- F. HERITIER, « Stérilité, aridité, sécheresse : quelques invariants de la pensée symbolique », in M. AUGE & C. HERZLICH (dir.), *Le Sens du mal*, Paris, Archives contemporaines, 1984.

- E. A. MASON, "The Management of Incontinence", *Journal of Biomedical Engineering* 3, 1981, p. 321-324.
- D. L. PATRICK, M. L. MARTIN, D. M. BUSHNELL, P. MARQUIS, C. M. ANDREJASICH, D. P. BUESCHING : "Cultural adaptation of a quality-of-life measure for urinary incontinence", *European Urological Journal* 36 (5), 1999, p. 427-435.
- D. L. PATRICK, M. L. MARTIN, D. M. BUSHNELL, I. YALCIN, T. H. WAGNER, D. P. BUESCHING, "Quality of life of women with urinary incontinence : further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL)", *Urology* 53 (1), 1999, p. 71-76.
- S. PEAKE, L. MANDERSON, H. POTTS, "Part and Parcel of being a Woman, female urinary incontinence and construction of control", *Medical Anthropology Quarterly* 13 (3), 1999, p. 267-285.
- B. ROE, C. MAY, "Incontinence and Sexuality : findings from a qualitative perspective", *Journal of Advanced Nursing* 30 (3), 1999, p. 573-579.
- J. SIMONS, "Does Incontinence Affect Your Client Self-Concept ?", *Journal of Gerontological Nursing* 11 (6), 1985, p. 37-42.
- L. V. SWITHINBANK, P. ABRAMS, "The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. World J", *Urology* 17 (4), 1999, p. 225-229.
- A. M. THOMAS, J. M. MORSE, "Managing urinary incontinence with self-care Practices", *Journal of Gerontological Nursing* 17 (6), 1991, p. 9-14.
- A. J. VALERIUS, "The psychosocial impact of urinary incontinence on women aged 25 to 45 years", *Journal of Urological Nursing* 17 (3), 1997, p. 96-103.

J. F. WYMAN, S. W. HARKINS, S. C. CHOI, J. R. TAYLOR, J. A. FANTL, "Psychosocial impact of urinary incontinence in women", *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 70 (3 Pt 1), 1987, p. 378-381.

ANDROPAUSE ET
MENOPAUSE :
UNE
COMPARAISON
DES IMAGES DE LA
VULGARISATION
MEDICALE

Virginie Vinel

Cet article vise à mettre en parallèle les représentations contemporaines véhiculées par la vulgarisation médicale sur la ménopause et l'andropause. La notion de ménopause, inventée en 1823, s'ancre dans une histoire ancienne de construction de la différence biologique entre hommes et femmes. Au XVIII^e siècle, les corps masculin et féminin alors considérés comme identiques – la femme ayant des organes masculins inversés et internes en faisant une sous-catégorie d'homme (Laqueur, 1990) – sont distingués. Théories et

recherches vont alors se focaliser sur la définition de cette différence et, surtout, sur la spécificité féminine. Le corps féminin, seul corps sexuel, devient l'objet par excellence de la médicalisation (Foucault, 1976). Au tournant du XX^e siècle, les scientifiques introduisent un nouveau modèle de compréhension du corps, celui de corps hormonal (Oudshorn, 2000). Mais ce sont les hormones sexuelles dites féminines qui vont faire l'objet de la recherche endocrinologique et rencontrer un succès et une diffusion d'ampleur. Nelly Oudshorn (*ibid.*) montre que cet engouement pour les hormones féminines tient, d'une part, à la plus grande disponibilité des matériaux féminins (ovaires, urines)¹, d'autre part, à la rareté de la clientèle potentielle pour les hormones masculines. L'andrologie n'ayant vu le jour que dans les années 1960 (*ibid.*), il n'existait pas de réseau médical institutionnel destiné aux pathologies masculines.

La notion d'andropause émerge donc plus d'un siècle après celle de ménopause. En 1952, Antoine Porot la définit dans son *Manuel alphabétique de psychiatrie* et elle ne passe dans le vocabulaire courant français que dans les années 1980 (*Le Grand Robert*). Cette notion prend lentement son essor dans une société où les difficultés sexuelles des hommes demeurent un tabou. Ainsi, la production scientifique reste restreinte sur la question : alors que la ménopause fait l'objet de 308 thèses françaises, essentiellement médicales, entre 1983 et 2004, quatre thèses seulement ont été consacrées à l'andropause.

1. Due à la médicalisation des femmes, l'ablation des organes féminins et l'existence d'un contexte institutionnel permettant le recueil de ces matériaux (cliniques, gynécologues). Il n'existait pas d'équivalent pour les hommes et le recueil des hormones masculines étaient difficiles.

La littérature de vulgarisation demeure aussi disproportionnée : 6 ouvrages sur les hommes autour de 50 ans de 1980 à 2004 en France, contre une centaine sur la ménopause, une dizaine de sites internet francophones dont aucun français (l'un est belge, les autres canadiens) à propos de l'andropause contre une centaine sur la ménopause.

Dans un travail précédent, j'ai analysé les représentations véhiculées dans des documents de vulgarisation médicale française sur la ménopause (Vinel, 2002). En tenant compte de la disparité des publications sur la ménopause et l'andropause, il s'agit ici de comparer les discours sur l'une et l'autre pour en distinguer, tant dans la forme que dans le fond, les convergences et les divergences. Dans les discours de vulgarisation, la ménopause est synonyme de vieillissement, qu'en est-il de l'andropause ? La première est décrite en terme de bouleversements, de crise, de manifestations pathologiques multiples (*ibid.*), l'andropause est-elle équivalente pour les hommes ? L'hormonalisation du masculin est-elle prégnante dans le discours de vulgarisation médicale comme elle l'est pour la vie féminine ? Plus généralement, peut-on discerner dans ces discours une tension vers la médicalisation du sexe masculin et la généralisation aux hommes du bio-pouvoir ?

La recherche scientifique sur l'incidence des hormones sur l'organisme humain est proluxe et se développe sur les hormones masculines. Il ne s'agit pas ici d'en faire état, mais d'analyser ce qui est proposé au large public. Je ne sous-entends pas que cette littérature modèle les comportements et les pensées des individus, mais je cherche à déconstruire les catégories de vulgarisation médicale. Un travail sur la réception des informations et sur la place de la

ménopause dans les biographies individuelles est en cours (Vinel, 2004), et sur l'andropause en projet.

DEFINITIONS : PHENOMENE GENERAL
OU PATHOLOGIE LIMITEE ?

Le terme andropause est formé d'après « ménopause », d'« andro », le mâle, l'homme et de « pausis », l'arrêt, la cessation. A. Porot (1960, p. 41-42) en donne la première définition : « [...] l'arrêt de la fonction sexuelle chez l'homme. Cette suppression s'accompagne parfois d'un syndrome d'anxiété, de ralentissement intellectuel et de diminution flagrante de la puissance génésique. » Cette définition est reprise par *Le Grand Robert* (1994) qui écrit « cessation de la fonction sexuelle chez l'homme. Andropause ou retour d'âge masculin ». La proposition de Debled (1992, p. 19) est plus large : « la cessation naturelle de l'activité sexuelle de l'homme. [...] L'andropause est l'ensemble des modifications physiologiques, psychologiques qui accompagnent la cessation naturelle et progressive de l'activité sexuelle de l'homme. »

Le site du laboratoire de Liège (2004) apporte un point de vue généralisant sur l'andropause et met en évidence le fondement hormonal de ce état : « Fatigue générale, perte du désir d'entreprendre, baisse de *la libido* sont autant de plaintes qui se font de plus en plus fréquentes chez les hommes aux abords de la cinquantaine. On parlera d'andropause si ces plaintes s'accompagnent de taux anormalement bas de testostérone et de modifications corporelles comme une diminution de la masse et de la force

musculaires et une augmentation de la masse grasseuse. Cet état est aussi parfois appelé climatère masculin ou androclise. L'andropause n'est pas une maladie mais un phénomène inclus dans le processus normal du vieillissement comme la ménopause l'est chez la femme. »

Le site Organon (2004, p. 1) insiste sur le côté pathologique de l'andropause, et focalise sur le changement hormonal : « L'andropause est une affection médicale reconnue par les médecins, la Société canadienne d'andropause et l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.), de même que par la majorité des Canadiens. [...] La ménopause et l'andropause se caractérisent toutes deux par une baisse des concentrations d'hormones : l'œstrogène, chez la femme, et la testostérone, chez l'homme. » Il justifie ainsi son importance en soulignant que des institutions nationales et internationales de santé reconnaissent ce problème.

Les définitions de Belaisch et de Kervasdoué (1996, p. 498) est plus restrictive : « L'andropause n'affecte qu'une petite proportion des hommes (5 à 10 %) souffrant de deux ordres de maux nécessairement associés : une chute très franche de leur activité sexuelle, un ensemble d'autres troubles, proches de ceux de la ménopause féminine. » Ces auteurs distinguent alors l'andropause, comme pathologie, de « l'apaisement progressif de l'activité sexuelle, après la soixantaine » (p. 478).

Les définitions proposées au public ne sont donc pas uniformes. Les divergences entre les discours portent, premièrement, sur la notion de fonction ou d'activité sexuelle : la fonction renvoie à la fois à la sexualité et à la procréation. Porot le précise en citant ensuite la « puissance génésique » alors que la notion d'activité, plus employée dans les écrits

récents, renvoie à l'acte sexuel sans forcément faire référence à la procréation. Le silence semble se renforcer sur la possibilité de procréation des hommes en andropause, ce tabou étant peut-être encore plus fort que celui sur leur capacité érectile².

Deuxièmement, les variations portent sur le fait que l'andropause est un processus normal du vieillissement ou une pathologie. Porot (*ibid.*, p. 42) était hésitant, proposant à la fois une restriction de la population atteinte : « En fait, il (le syndrome) est d'observation bien plus rare que la ménopause » – et une grande variation des âges : « l'arrêt sexuel des hommes [...] apparaissant parfois peu après la trentaine et pouvant ne se produire qu'après 70 ans ».

Debled parle de « cessation naturelle » et le collectif de Liège titre « Un phénomène naturel ». Il le qualifie de « phénomène inclus dans le processus normal du vieillissement ». De même, le site canadien en fait « un état » plus qu'une maladie. Alors qu'Organon et Belaïsch *et al.* la circonscrivent à une pathologie validée par les institutions internationales. Si ce dernier ouvrage affirme que la controverse est aujourd'hui levée, restreignant le taux de personnes atteintes de 5 à 10 % et confortant ses propos par des mesures hormonales (moins de 4 nanogrammes/millilitre de testostérone dans le sang), les discours les plus récents livrés au public restent bien variables et indécis.

La controverse demeure présente : qui est atteint par l'andropause ? L'ensemble des documents, à l'exception de l'ouvrage de Debled qui en fait un phénomène universel, s'accordent sur le fait que les hommes ne sont pas tous at-

2. En Italie contemporaine, la puissance du sexe masculin est d'abord sexuelle ; elle réside dans la capacité érectile et élongatrice de l'organe. Elle relève ensuite de la fécondité (DIASIO, 2000).

teints, mais comme le souligne le site Servicevie : « On peut difficilement préciser la portion d'hommes atteints, tant les chiffres varient d'une étude à l'autre. Les estimations vont de 20 à 50 % des hommes. » Ce site, d'ailleurs, rend compte des discussions persistantes entre andrologues et urologues qui « croient » ou « ne croient pas » en l'andropause. Organon fait une moyenne en estimant que « 30 pour cent des hommes dans la cinquantaine ont des taux de testostérone assez bas pour entraîner des symptômes ou constituer un risque. »

Le flou est encore plus grand sur les âges auxquels les hommes peuvent être touchés : Porot cite entre 30 et 70 ans, Debled (*op. cit.*, p. 13) affirme que « tous les hommes de plus de 40 ans » sont concernés, Belaïsch parle plutôt de 50 et 60 ans, son premier ouvrage sur la question étant d'ailleurs titré « L'homme de 50 ans ». Le site Servicevie propose : « L'homme vit son "retour d'âge" essentiellement entre 40 et 55 ans. Ce qui n'exclut pas des entrées en andropause à 36 ou à 67 ans. » Et Organon retient le seuil de 40 ans, à partir duquel le taux de testostérone baisse de 10 % par décennie.

Comme pour l'andropause, les définitions des âges de la ménopause sont variables dans les productions de vulgarisation médicale : « autour de 50 ans », « vers l'âge de 45 ans » « allant de 45 à 60 ans », mais les intervalles d'âges sont moins élevés que pour le phénomène masculin. Il est notable que les documents des années 1980 indiquaient le seuil de 40 ans pour la ménopause alors qu'il a reculé de 10 ans aujourd'hui. L'âge de 50 ans devient aussi un passage socialement défini dans l'activité sexuelle et génésique des

hommes et des femmes contemporains. Toutefois, les hommes conservent plus de marge par rapport aux normes médicales tant dans la précocité (30 ans) que dans la longévité (70 ans).

Contrairement à l'andropause, la ménopause est qualifiée par tous de « phénomène naturel » et concerne toutes les femmes. Ce qui n'empêche de l'aborder comme générateur de morbidité qui justifie la prise en charge médicale des femmes de plus de 50 ans.

La controverse sur les définitions de l'andropause, comme baisse généralisée des fonctions sexuelles de l'homme âgé ou comme pathologie spécifique à une population masculine restreinte, dépasse les débats médicaux. D'une part, elle sous-tend des enjeux économiques considérables d'intégration du corps masculin dans le marché hormonal ; d'autre part, et surtout, elle touche à l'identité masculine, mettant en cause l'imaginaire d'un homme toujours en capacité de sexualité et de procréation. Les défenseurs de l'andropause comme pathologie réduisent cette mise en cause de l'identité masculine en renvoyant la question au domaine de la santé, alors que les autres l'ancrent dans le processus de vieillissement.

L'autre enjeu de ces définitions est d'un point de vue épistémologique un renversement (non abouti nous le verrons) des rapports de genres puisque la ménopause et donc le féminin deviennent l'étalon de référence.

LA MENOPAUSE COMME REFERENCE

Dans tous les documents consultés, la ménopause sert de repère pour définir l'andropause. *Le Grand Robert* donne le

ton en expliquant que le terme est formé d'après « ménopause » mais « est mal composé ». D'ailleurs, les anglosaxons utilisent fréquemment l'expression « male menopause » pour qualifier l'état masculin.

Les documents renvoient à la fois à la période et à l'état physiologique de la ménopause comme le site de Liège : « Que se passe-t-il chez l'homme à un âge où chez la femme l'arrêt de la menstruation, la *ménopause*, perturbe son milieu hormonal et marque la fin de sa période de fertilité ? [...] L'andropause n'est pas une maladie mais un phénomène inclus dans le processus normal du vieillissement comme la ménopause l'est chez la femme. » (p. 1). Organon assimile ménopause et andropause : « À mesure que les hommes s'approchent du mitan de leur vie et par la suite (40 ans et plus), ils peuvent connaître une expérience semblable à la ménopause féminine, appelée l'andropause. » Il en est de même pour l'autre site canadien « Service vie » : « Qu'arrive-t-il à une femme de 40 ou 50 ans qui se sent “tout à l'envers” ? Elle entre probablement en ménopause. Se pourrait-il que l'homme éprouve lui aussi quelque chose de semblable ? On le croit désormais. C'est l'andropause, cette “ménopause au masculin”. »

Quelques nuances séparent les auteurs : ainsi, Debled (1992, p. 19) assimile explicitement andropause et ménopause. Son ouvrage débute par une explication de la ménopause (citant d'ailleurs une étude de 1939 !) puis conclut : « l'andropause [...] correspond à la ménopause chez la femme ». Alors que Belaisch et de Kervasdoué (1996, p. 498) n'accordent un parallélisme qu'au niveau des troubles : « Certains hommes après cinquante ans, mais surtout après soixante, éprouvent des troubles dont on admettra facilement qu'ils sont proches de ceux de la ménopause. »

La ménopause tant en matière de passage de cycle de vie, de transformation hormonale que de symptômes sert de référence à la description de l'andropause. On assiste donc à un renversement ou à un déplacement des représentations du sexe et de la sexualité. Il paraît surprenant que le sexe féminin devienne le référent, mais les travaux de Laqueur (1990) et de Foucault (1976) peuvent éclairer la logique de ce parcours historique. En effet, comme le démontre Laqueur, au XVIII^e siècle, s'opère un passage d'une représentation du sexe unique à celle de sexes distincts non seulement au niveau des organes, mais aussi de tous les tissus du corps. Or, le sexe spécifique est le sexe féminin et l'administration de la sexualité passe par la médicalisation de ce sexe (Foucault, *ibid.*). Si l'hormonalisation et la médicalisation du corps masculin cherchent à s'étendre, il paraît logique qu'elle s'appuie sur le corps historiquement médicalisé à savoir le sexe féminin. Le sexe masculin serait-il en passe de devenir un sexe féminin inversé ? Debled (1992, p. 55) le propose lorsqu'il affirme : « Les testicules sont en réalité des glandes sexuelles comparables aux ovaires. Au lieu d'être situés dans le ventre, ils se trouvent dans les bourses. En somme ce sont des "ovaires extérieurs" qui, au lieu de sécréter de l'hormone femelle, fabriquent l'hormone mâle très proche par sa structure chimique de celle de l'hormone femelle. » Cet auteur pousse la logique à son aboutissement et inverse les représentations dominantes du XVI^e siècle, mais il est le seul³.

Toutefois, si les documents de vulgarisation médicale mettent la ménopause au centre de la définition de l'andropause, 5 documents sur 6 l'en distinguent soit de façon

3. Les planches reproduites par Laqueur (1990, fig. 30 à 34) donnent une bonne représentation de ces parallèles entre les deux sexes.

tranchée, soit sur des aspects précis. Cette prise de distance est explicite dans le discours du site de Liège : « Mais attention : l'andropause n'est pas comparable à la ménopause même si un rapprochement entre leurs symptômes est souvent fait. La ménopause traduit l'arrêt définitif de l'ovulation, de la capacité de reproduction et de la menstruation. Cette période est caractérisée par une chute variable mais souvent importante des œstrogènes. En revanche, chez l'homme, la fertilité peut persister jusqu'à un âge avancé et la diminution hormonale connaît un décours très différent d'un homme à l'autre. La ménopause touche toutes les femmes tandis que l'andropause se manifeste chez une partie des hommes seulement. »

Plusieurs documents insistent ainsi sur les proportions divergentes, toutes les femmes étant atteintes alors que seule une partie des hommes le sont (Belaïsch et Kervasdoué, Site service vie). La nette séparation entre le genre masculin et le genre féminin est réaffirmée par le fait que seuls quelques hommes sont « défailants » du point de la procréation et de la sexualité, alors que toutes les femmes le sont. Ce passage du site de Liège confond, par ailleurs, la fertilité et la sexualité masculines.

Certains mettent en exergue les différences de comportement sociaux : « Contrairement aux femmes, les hommes ne parlent pas volontiers de cette période trouble et ne consultent pas le médecin davantage. Ils vivent souvent ces changements profonds en solitaire, en silence, même s'ils sont nombreux à les éprouver. » Et ils exposent le plus grand flou de l'andropause : « Contrairement à la ménopause, qui se produit généralement entre le milieu de la quarantaine et le milieu de la cinquantaine, la transition vécue par l'homme peut être beaucoup plus progressive et s'étendre sur plu-

sieurs décennies. [...] À la différence des femmes, les hommes n'ont pas de points de repère évidents, comme la cessation des menstruations pour les femmes. » (Organon).

En opposition, la ménopause serait un phénomène bien connu (« Les troubles de la ménopause sont décrits depuis des siècles » (Belaïsch, p. 498), sans incertitude, aux contours intangibles ce qui est loin d'être le cas, comme l'analyse des discours médicaux l'a déjà montré (Vinel, 2002).

Les deux documents qui penchent explicitement pour une prise en charge hormonale des hommes vieillissants (Debled et Organon) accentuent les parallélismes entre ménopause et andropause, alors que les autres s'attachent à perpétuer les différences. Cette tension reflète l'enjeu culturel considérable de la propension contemporaine – véhiculée par certains mouvements homosexuels, *queer* et féministes – à l'indistinction des sexes avec le sexe féminin comme référent, que La Cecla (2002), par exemple, dénonce. L'autre enjeu contemporain est celui de la médicalisation de l'ensemble des corps, ce que sous-tendent les discours livrés par ces documents au public.

UN ETAT GENERAL CRITIQUE

J'ai montré ailleurs (Vinel, 2002) comment la ménopause apparaît dans les ouvrages et les sites de vulgarisation comme une maladie totale, à la fois physique, psychique et sociale. Si les auteurs sont parfois nuancés, indiquant qu'il n'existe pas *une* mais *des* ménopauses, cinq sur six documents étudiés consacrent la majeure partie de leur

développement aux symptômes et aux effets observés ou supposés de la ménopause et à leurs traitements. L'énumération crée un surenchérissement de troubles physiques, psychologiques et sociaux qui a pour effet de conforter l'image d'une ménopause maladie, malgré les précautions des auteurs. Cette impression est confirmée dans les ouvrages traitant du masculin et décrivant la ménopause. Debled, avec l'absence de délicatesse qui caractérise son ouvrage, écrit : « Lorsque la ménopause survient, toute une série de symptômes font leur apparition. [...] La ménopause provoque l'atrophie des organes génitaux féminins. [...] Les troubles urinaires sont fréquemment associés. [...] » Puis il cite l'un après l'autre : hémorragie de l'utérus, cancer, complications vasculaires, ostéoporose. Belaïsch et De Kervastoué, plus sérieux pourtant, n'en commencent pas moins leur chapitre sur la vie sexuelle des hommes de 40-60 ans par « les difficultés sexuelles de la femme » en relatant les « perturbations psychologiques et [...] hormonales » de la femme ménopausée. Commencer un chapitre ou un ouvrage sur l'andropause par les troubles supposés de la ménopause rappelle que, dans les représentations, les femmes demeurent le sexe pathologique par essence. Toutefois, seul cet ouvrage n'attribue pas à l'andropause les symptômes généralisés rapportés à la ménopause chez la femme. En effet, pour ces auteurs, les « maux de la cinquantaine » sont associés au vieillissement et non à l'andropause. Ainsi les « petits maux » tels que les défaillances de l'ouïe, de la vision et la prise de poids et « les vraies complications », c'est-à-dire l'athérosclérose, sont attribués au vieillissement physiologique. Les autres documents ne prennent pas ces précautions et si le site de la Province de Liège indique que « les symptômes observés pris séparément ne sont pas

propres à l'andropause. Toutefois, s'ils sont tous présents au même moment, il faut penser à un diagnostic d'andropause » et que : « L'expression et l'intensité des symptômes observés sont variables entre les hommes », il n'en souligne pas moins qu'une déficience des taux de testostérone se répercute à plusieurs niveaux de fonctionnement (psychologique et corporel). Et les 3 sites énumèrent et analysent les pathologies dérivant de la baisse de testostérone disponible dans le sang : risques cardiovasculaires, ostéoporose, obésité, diminution de la force physique, fatigabilité accrue. Il énonce ensuite les signes dits « classiques » : trouble de la sexualité, trouble du sommeil, trouble de l'humeur, trouble métabolique, instabilité vasomotrice, trouble urinaire, trouble de la mémoire et de la concentration.

Les autres documents mêlent symptômes physiques, psychologiques voire sociaux : « les bouffées de chaleur, la transpiration épisodique, l'insomnie et la nervosité. Ils deviennent moins endurants à l'exercice physique, perdent de la vigueur, de l'énergie, de la force et de la masse musculaire, prennent un peu de poids, perdent des poils pubiens et voient leur ventre grossir. Ils deviennent irritables et léthargiques, ne se sentent pas bien, manquent de motivation, n'ont que peu d'énergie mentale, perdent un peu la mémoire à court terme, ont de la difficulté à se concentrer, se sentent dépressifs et moins sûrs d'eux. L'homme y laisse de son entrain et ne trouve pas vraiment de sens à sa vie, se sent seul, moins charmant et mal aimé. Il éprouve également des modifications d'ordre sexuel : moins d'intérêt pour la chose, inquiétude au sujet des changements de nature sexuelle, pensées et désirs plus fréquents de relations avec d'autres partenaires, perte d'érection durant les relations sexuelles,

éjaculation plutôt faible et volume de l'éjaculat réduit.» (Servicevie).

Ménopause et andropause apparaissent bien comme deux états morbides, altérant la santé physique et psychique, voire générant des maladies graves. Mais l'un et l'autre ne sont pas exactement traités de façons similaires : les difficultés sociales sont moins intégrées au phénomène biologique chez l'homme que chez la femme. En effet, les documents sur la ménopause amalgament le départ des enfants, le passage au statut de grand-mère, les soucis professionnels, les difficultés de couple voire les divorces à la ménopause biologique (Vinel, 2002). Perte d'énergie et de motivation sont seulement évoqués pour les hommes. Si Belaïsch et Kervadoué parlent longuement des transformations sociales des hommes de plus de 60 ans, ils ne le réfèrent pas à l'andropause, mais au vieillissement. Les questions esthétiques apparaissent moins fondamentales pour les hommes que pour les femmes (le poids, la peau voire les cheveux sont des sujets centraux dans les documents sur la ménopause). En revanche, le dysfonctionnement de la sexualité est le premier symptôme masculin. De même, les documents insistent plus sur la variabilité d'un homme à l'autre, sur la progressivité et l'imprévisibilité des symptômes alors qu'ils sont présentés comme massifs et largement partagés par les femmes. Enfin, si certains documents sur l'andropause intègrent de pointes d'humour (dessins de Bretécher dans Belaïsch, titre de l'ouvrage de Debled, allusions aux « performances » sexuelles masculines), les ouvrages sur la ménopause sont sérieux, didactiques et les sites internet parfois complaisants et dramatisants.

Ces différences d'approches de la ménopause et de l'andropause confirment que les comportements sociaux et af-

fectifs des femmes sont encore rapportés à leur biologie alors que ceux des hommes en restent en partie indépendants. Le discours sur l'andropause révèle une tension entre le choix de traiter les hommes comme des corps et celui de leur accorder une marge de liberté par rapport à celui-ci.

La construction du corps hormonal féminin n'est plus à prouver et la ménopause représente en quelque sorte l'apogée de « l'hormonalisation » du féminin, « désordre », « bouleversement » et « carence » hormonal transformant littéralement l'existence physique, psychique, sociale et familiale des femmes avant, pendant et après la ménopause. Ce qui est nouveau – il me semble – c'est l'intégration du corps masculin au discours hormonal et sa diffusion au large public. La testostérone principalement et les gonadotrophines, secondairement, sont susceptibles de bouleverser l'état général de l'homme avançant en âge : « L'action principale de la testostérone porte principalement sur les organes génitaux et sur le cerveau. Ses autres cibles sont le système pileux, le tissu musculaire, la masse graisseuse, les cellules sanguines et les os. Une déficience des taux de testostérone se répercute donc à plusieurs niveaux de fonctionnement (psychologique et corporel). » (Site de liège).

La première conséquence de cette tendance est l'incitation à la médicalisation du corps masculin, les documents étudiés conseillant systématiquement aux hommes touchés par des symptômes de consulter un médecin et de se faire diagnostiquer. On tend alors, un siècle après les femmes, à un déplacement des troubles sexuels masculins du psy-

chisme au médical, ce qui est confirmé par les travaux sur l'impuissance⁴.

Une deuxième conséquence, plus surprenante, est que femmes et hommes deviennent alors égaux devant la puissance des hormones qui modifient leur existence : « La ménopause et l'andropause se caractérisent toutes deux par une baisse des concentrations d'hormones : l'œstrogène, chez la femme, et la testostérone, chez l'homme. Chez ces derniers, les transformations de l'organisme se produisent progressivement et elles peuvent s'accompagner de changements au niveau des attitudes, de l'humeur, de la fatigue, de l'énergie, du désir sexuel et de l'endurance physique. De plus, les études démontrent que cette baisse de la testostérone peut, en fait, faire augmenter le risque d'autres problèmes de santé, tels que les maladies cardiaques et la fragilité des os. » (Organon). Pour les hommes, pas de termes excessifs et connotés négativement, mais un vocabulaire pesé (baisse, changement) et technique (cibles, déficience, fonctionnement). Le risque et la crainte sont véhiculés par le caractère aléatoire de l'andropause qui ne concerne qu'une partie malchanceuse des hommes : « Il n'y a aucun moyen de prédire qui connaîtra des symptômes d'andropause assez graves pour nécessiter une aide médicale. Il n'est pas, non plus, possible de prévoir à quel âge les symptômes se manifesteront chez un individu donné », explique le site Organon.

L'effet produit par ces discours est identique pour les femmes comme pour les hommes : la baisse d'hormones altère leur existence entière. Que préconisent alors ces documents ? En dernière analyse, tous proposent une image

4. GIAMI, 2004.

stéréotypée des hommes et des femmes vieillissants et prescrivent une vieillesse normalisée.

UNE NORMALISATION DE LA
VIEILLESSE FEMININE ET MASCULINE

Comme l'ont souligné les auteurs du numéro des *Cahiers du Genre* (2001), « Vieillir jeunes, actifs et disponibles », spécialement Agathe Gestin (2001) et, Michèle Kérisit et Simone Pennec (2001), l'impératif contemporain fait aux femmes et aux hommes vieillissants de rester actifs, dynamiques, jeunes et en bonne santé. Les documents étudiés ici participent pleinement de cette idéologie.

Ainsi, la période de la ménopause et de l'andropause est présentée comme un âge où les possibilités de vie s'élargissent. Elia (1997, p. 244), par exemple, oppose les femmes de 50 ans à celles de 30 ans « engluées dans leur vie familiale et professionnelle ». Les premières sont libérées des contraintes et peuvent davantage s'épanouir. Ménopause et andropause apparaissent comme des étapes de recrudescence d'activités que les problèmes de santé ne doivent pas entraver. « Comme la ménopause chez la femme, l'andropause commence à un stade de la vie où les possibilités sont les plus grandes. » (Organon). La prise en charge de la santé et du corps de l'individu est donc préconisée pour effacer ces contraintes. Pour les femmes comme pour les hommes, l'équilibre de la vie de couple est particulièrement mise en avant. Le maintien d'une bonne santé passe pour les unes et les autres par l'exercice physique, une alimentation « saine » et la perte de poids : « Que peut-il faire qui ne soit pas spectaculaire mais qui

puisse contribuer à son mieux-être ? Trouver de nouvelles façons de se soulager du stress. Manger des aliments nourrissants, peu gras et riches en fibres. Dormir beaucoup. Limiter sa consommation d'alcool et de caféine. Boire beaucoup d'eau. Faire de l'exercice régulièrement. » (Service Vie). Les soins esthétiques sont particulièrement valorisés pour les femmes, mais les hommes n'échappent pas non plus à la normalisation d'un corps qui ne doit pas montrer de signes de vieillissement.

Les recommandations touchent aussi la vie sociale : les hommes et les femmes vieillissants sont enjoins de se projeter dans l'avenir et de construire des projets. Ainsi, le site de Liège, à travers une « histoire vécue de Jacques et de son père », jette un regard particulièrement négatif sur un homme de 58 ans au caractère instable, sans projet et manquant de désir. Son fils lui préconise d'en parler à son médecin et fait le vœu de « recevoir (l'année prochaine) ici un couple de parents jeunes plein de projets dans la tête. N'oubliez pas qu'«on a l'âge que l'on croit avoir !» »

Les activités culturelles sont particulièrement conseillées aux femmes⁵. Ainsi, les représentations de femmes libérées de leur fonction reproductive devant s'engager dans le spirituel construite dès l'apparition du concept de ménopause⁶ se perpétue-t-elle aujourd'hui.

De nouvelles modalités entre corps et paroles sont aussi proposées aux hommes : tous les documents les incitent à parler de leurs symptômes (fatigue, irritabilité, problème sexuel) à un médecin. « Se confier à un ami ou prendre part à un groupe où l'on discute des changements du mitan de la

5. D. ELIA (1997), par exemple.

6. Voir l'article de N. DIASIO dans cet ouvrage, p. 101.

vie chez l'homme, et où il est possible de se confier » est aussi préconisé par G. Sabourin dans Servicevie.com. Les femmes ont l'habitude de produire une parole sur leur corps dans le cadre des consultations gynécologiques ; des groupes de parole autour de la ménopause existent aussi dans les services hospitaliers. Les hommes le sont moins. Ils sont ici incités à suivre la même voie que les femmes en se confiant à des tiers, médecin, autres hommes, amis. D'un point de vue foucauldien, on pourrait avancer que le « dispositif de sexualité » dont l'aveu comme production de vérité sur soi est central s'étend lentement au corps masculin. Le médecin apparaît comme une figure centrale de la gestion du passage de l'andropause comme l'est le gynécologue pour les femmes (Laznick, 2003).

Les ouvrages et les sites de vulgarisation sur la ménopause et l'andropause proposent un regard stéréotypé sur les hommes et les femmes vieillissants. Ils ne tiennent pas compte de la pluralité des situations des personnes tant du point de vue professionnel – nombreux sont ceux et celles qui ont encore une activité professionnelle à la cinquantaine, et ceux et celles qui recherchent un emploi – que du point de vue familial : présence ou non d'enfants, de petits-enfants, de parents âgés ou d'un conjoint malade à prendre en charge, vie de couple, veuvage, séparation ou célibat. La période autour de la cinquantaine s'avère rarement exempte de contraintes, car cette génération se situe à l'articulation entre celle des enfants en voie d'être indépendants et celle des parents âgés en voie d'être dépendants (Attias-Donfut, 1995). Les images proposées n'évoquent pas non plus la singularité des biographies personnelles, tant en matière de santé que de transmission familiale qui peuvent influencer sur

la perception et l'interprétation des symptômes de santé en général, de la ménopause et de l'andropause en particulier.

CONCLUSION

L'analyse que nous venons de mener, bien que non exhaustive, révèle un glissement dans la construction des genres à travers les catégories médicales vulgarisées de la ménopause et de l'andropause. En effet, le genre féminin devient le référent en matière de transformation hormonale, l'andropause apparaissant comme un reflet flou et non stabilisé de la ménopause. Plus, l'état général attribué à la ménopause se retrouve dans le discours sur l'andropause dont les symptômes englobent à la fois les problèmes physiques, sexuels, psychiques et sociaux des hommes. La forme employée pour décrire les transformations masculines reste moins abrupte que les propos relatifs à la ménopause présentée comme une « carence », un « orage hormonal », un « manque comparable à celui d'un toxicomane ». L'andropause, quant à elle, ne concerne qu'une partie des hommes, arrive progressivement et peut être tardive. De plus, la baisse de l'activité sexuelle est centrale dans l'andropause, alors qu'elle est plus diffuse dans la ménopause. Sexualité et procréation tendent encore à être confondues pour les hommes, alors qu'elles le sont moins pour les femmes.

Toutefois, les images véhiculées par les documents analysés convergent vers une sur-détermination des baisses d'hormones sur le comportement général des hommes et des femmes. À cette représentation, s'ajoute une convergence des propositions faites aux deux sexes dans le traitement de leurs changements : passage par la consultation médicale,

contrôle des corps par la surveillance du poids, de l'alimentation et l'incitation à l'exercice physique. Ces schémas aboutissent à une forme de nivellement des sexes dans le vieillissement qui est enclos dans un modèle stéréotypé d'hommes et de femmes actifs, aux corps sains et aux esprits dynamiques. Cet ensemble d'images concourent à une neutralisation des genres dans le vieillissement, neutralisation enfermée dans le corps hormonal.

Les sites internet et les ouvrages consultés enjoignent à la médicalisation de la ménopause et poussent massivement à celle de l'andropause. Toutefois, les résultats de l'étude épidémiologique de *Women's Health Initiative* de 2002 sur les risques des traitements hormonaux de substitution féminins peuvent crever dans l'œuf le processus de médicalisation et de mise sous hormonothérapie du corps masculin vieillissant. Les tensions entre la gestion du risque et la propension à la médicalisation ouvrent sans doute une ère de multiplication des approches de la ménopause et de l'andropause par les hommes et les femmes, et à des décalages certains entre les images projetées par les discours de vulgarisation médicale et les pratiques des sujets.

BIBLIOGRAPHIE

- C. ATTIAS-DONFUT, *Les Solidarités entre les générations. Vieillesse, famille, État*, Paris, Nathan, 1995.
- D. DELANOË, « La médicalisation de la ménopause », in D. DELANOË, P. AÏACH, *L'Ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998, p. 212-251.
- N. DIASIO, « Figures du dédoublement et sexualité de l'homme en Italie », in C. MECHIN et al., *Le Corps, son*

- ombre et son double*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 85-104.
- N. DIASIO, N. VERNAZZA-LICHT, « La ménopause, processus biologique et enjeux culturels », in A. GUERCI, S. CONSIGLIERE, *Il vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*, Genova, Erga edizioni, 2002, p. 278-281.
- M. FOUCAULT, *Histoire de la sexualité. I La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.
- A. GIAMI, « De l'impuissance au dysfonctionnement érectile », in D. FASSIN, D. MEMMI, *Le Gouvernement de corps*, Paris, EHESS, 2004.
- M. KERISIT, S. PENNEC, « La mise en science de la ménopause », *Cahiers du Genre* n° 31, 2002, p. 129-148.
- F. LA CECLA, *Ce qui fait un homme*, Paris, Liana Levi, 2002.
- T. LAQUEUR, *La Fabrique du sexe*, Paris, Gallimard, 1990.
- Le Grand Robert de la langue française*, Paris, Le Robert, 1998
- N. OUDSHORN, « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes », in D. GARDEY, I. LÖWI, *Les Sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, EAC, 2000, p. 31-44.
- V. VINEL, « Les représentations de la ménopause dans des documents français contemporains », in A. GUERCI, S. CONSIGLIERE, *Il vecchio allo specchio. Percezioni e rappresentazioni della vecchiaia*, Genova, Erga edizioni, 2002, p. 326-337.
- V. VINEL, « La ménopause : instabilité des affects et des pratiques (France) », in : Héritier F., Xanthakou M., *Corps et affects*, Paris, O. Jacob, 2004, p 221-235.

Documents étudiés :

Sur la ménopause :

Annabelle CLEMENT, Dr René GENTILS, *La Ménopause*, Paris, Mango Pratique, 2002.

Dr Elia DAVID, *Le Bonheur à cinquante ans*, Paris, Laffont, 1997, Poche « J'ai lu ».

Dr Serge Rafal, *La Ménopause au naturel*, Paris, Marabout, 2001.

Femiweb.com (novembre 2001).

Epsyweb.com (novembre 2001).

Menopause.fr (novembre 2001).

Sur l'andropause :

Dr Jean BELAÏSCH et Dr Anne DE KERSVADOUE, *Questions d'hommes*, Paris, Odile Jacob, 1996.

Dr Georges DEBLED, *Au-delà de cette limite votre ticket est toujours valable*, Paris, Albin Michel, 1992.

andropause.prov-liege.be (avril 2004) de la province de Liège, Secteur santé, en collaboration avec l'Université de Liège.

servicevie.com/02Sante/Sante_hommes/Hommes, (avril 2004).

andropause.ca/fr/index.asp (avril 2004).

L'ACCOMPAGNEMENT
GLOBAL :
HISTOIRES
D'ENTRE-DEUX.
FEMMES ET HOMMES
AUTOUR DE LA
NAISSANCE

Maria-Isabel Freiria

Parler de « la Naissance » est un vaste sujet, toujours d'actualité. Les bouleversements autour de la naissance sont multiples et variés puisqu'ils touchent la femme, l'homme, la mère, le père, la famille nucléaire et élargie. On peut également parler de bouleversements historiques, sociaux, émotionnels, physiques qui accompagnent la naissance, au cours des siècles et à travers, plus modestement, une vie de femme ou d'homme. La naissance est de l'ordre de l'intime avec tous les sentiments contradictoires qu'elle charrie avec elle, de l'ordre de l'éthique avec ses espérances de vie et ses

crainces de mort, de l'ordre des processus psychologiques, psychanalytiques avec ses histoires individuelles qui prennent racines dans le passé, traversent le présent, et se prolongent en répercussions sur l'avenir de la mère, du père et de l'enfant. À partir du moment où la naissance apporte un nouveau-né qui deviendra femme ou homme, être humain, membre de l'Humanité toute entière, la naissance, en tant que venue au monde et la mise au monde, est l'affaire de tous.

Je vous propose ainsi une photographie à un temps t, d'un travail de terrain, accompagné de quelques réflexions autour de la naissance, et plus particulièrement au sujet d'une pratique professionnelle dispensée par des sages-femmes libérales : l'accompagnement global de la naissance. Qu'est-ce qui intéresse les parents dans cette démarche, peu connue et peu pratiquée ? Qu'est-ce que l'accompagnement global de la naissance révèle comme positionnement de part et d'autre ? Qu'est-ce que cet accompagnement rend visible chez ces femmes et ces hommes, ces couples et ces professionnelles ?

Car faire du terrain, c'est avoir envie de se coller avec les faits, de discuter avec les enquêtés, de mieux comprendre les individus et les processus sociaux. Sans cette soif de découvrir, sans cette envie de savoir, presque « d'en découdre », le terrain devient une formalité, un exercice scolaire, plat, sans intérêt.¹

Avec cette perspective en tête, mon terrain a véritablement démarré avec des entretiens approfondis, de

1. S. BEAUD et F. WEBER (1998).

type ethnographique, avec une sage-femme libérale, Madame Christiane Jeanvoine, exerçant à Nancy et ses environs, et qui est reconnue dans la région Lorraine et au niveau national. D'autres entretiens ont révélé l'expérience, le vécu, le ressenti de ces familles qui ont opté pour un positionnement spécifique face à la naissance : le choix d'une sage-femme libérale proposant un accompagnement global de la naissance et les répercussions engendrées par ce choix. Et puis, d'autres entretiens ont été nécessaires, notamment avec des professionnels de la naissance.

Ce sont principalement les différents entretiens avec les familles qui cimentent la présente réflexion. À noter que les entretiens sont liés les uns aux autres, et ces liens leur donnent tout leur sens. Goffman rappelle que « l'universel est dans le particulier ». Dans l'entretien ethnographique, il est important d'établir un travail de contextualisation, comme le conseillent Stéphane Beaud et Florence Weber (1998) qui aide à construire un garde-fou possible contre des interprétations hâtives.

Les familles ont pu raconter, de façon chronologique, les différentes naissances vécues et partagées avec Madame Jeanvoine. La durée des entretiens est variable : d'une heure à trois heures. Chaque histoire familiale est particulière. Quelques couples se sont séparés. Certaines mères interrogées ont donc refait leur vie avec d'autres compagnons. Pour ce qui est des pères, certains n'étaient pas disponibles au moment de l'entretien. D'autres s'occupaient des enfants et intervenaient de manière ponctuelle ou faisaient le choix d'écouter, tout en laissant le rôle de « l'interviewée » à leur femme.

Ainsi, ce travail de recherche tentera d'expliquer le sens que les parents donnent à un référent principal au moment

de la naissance. De nombreuses familles suivies par Madame Jeanvoine se connaissent soit par l'intermédiaire d'un réseau d'interconnaissances qui a pu les informer qu'une autre alternative à la naissance était envisageable, soit à travers un autre réseau constitué autour des familles ayant bénéficiées de cet accompagnement. Ces deux réseaux d'interconnaissances ne sont pas exclusifs l'un de l'autre.

VERS UNE AUTRE ALTERNATIVE

Désirs de couples

Les parents de l'enfant qui va naître choisissent l'accompagnement global et la sage-femme libérale qui propose ce suivi de la naissance. Les parents et la sage-femme libérale sont acteurs ensemble au sein de ce processus. Le choix de l'accompagnement global est révélateur de spécificités, et de positionnements consciemment marqués de part et d'autre. Il s'agit notamment d'« une démarche de couple » : l'implication des deux parents est clairement exprimée ou sous-entendue.

Par ailleurs, les familles cherchent quelque chose de différent après un constat : par rapport à des expériences vécues par l'entourage plus ou moins proche ou par rapport à des expériences entendues dans le cadre professionnel. Cette maman qui exerce la profession de gynécologue médical l'exprime ainsi :

*Moi, j'entendais de par mon métier les femmes qui disaient, quand je leur demandais : est-ce que vous allez bien après un accouchement ? Oui, oui tout va bien ; et cinq minutes après, elles se mettaient à pleurer, en me disant : « mais on m'a pris mon bébé », « je l'ai pas vu pendant deux heures », « j'ai eu une péridurale, j'ai eu l'impression d'être coupée en deux ». Moi, je n'avais pas envie de vivre ça. Il y avait à la fois des éléments de projets positifs, et puis des éléments de réflexion négative. Il y avait des trucs que je ne voulais pas vivre. C'était les deux niveaux. »
[...] Parce que moi je les entendais les femmes raconter comment ça se passait.*

Le témoignage de ce père est intéressant aussi :

Les hommes ont très peu de confidences de femmes sur leurs accouchements. (Rires) Le peu que j'avais entendu c'était assez hallucinant : entre la péridurale où certaines femmes avaient l'impression de ne rien avoir vécu, ou d'avoir été très très extérieures à ce qui c'était passé tout en étant conscientes... Je pense notamment à M qui m'avait raconté qu'elle avait souffert pendant son accouchement plus de dix heures. Enfin des choses assez hallucinantes, assez traumatisantes pour un futur père. [...] Arriver à un accouchement qui soit sympathique et qui inaugure de la future vie avec le gamin.

L'accompagnement global est le résultat de positionnements multiples. Ce passage présente ce qui a conduit des parents à se responsabiliser autrement au cours de la gros-

sesse, de l'accouchement, l'envie d'être davantage acteurs au moment de la naissance. Les familles se positionnent par rapport à une démarche qui part du principe que la grossesse et l'accouchement ne sont pas a priori des maladies. Ces propos sont ceux d'une mère :

Qu'est-ce qui nous a poussé particulièrement à choisir l'accompagnement global ? c'est l'envie de garder une part de responsabilité sur ce qui se passait, de mettre un peu à distance le regard médical, et puis ça correspondait aussi à la démarche non-violente à l'époque, et puis l'envie de pas être dépossédée de ce qui allait se passer.

La naissance d'un enfant, la grossesse, l'accouchement, l'après-accouchement apportent des modifications dans le fonctionnement du couple : il s'agit de composer à deux tout en essayant de trouver une place qui pourrait convenir à chacun des acteurs. Ce père en parle :

Avec ce passage extrêmement délicat, de la relation d'amant à la relation de père. Et puis ce passage où la femme devient mère à partir du moment où elle accouche. Mais l'homme devient père à partir de l'accouchement aussi. Il y a un vrai passage de couple et individuellement. Bon, ça se fait comme ça peut, c'est-à-dire qu'on n'est pas forcément préparé.

Les propos de ce père peuvent surprendre, puisqu'il a été préparé avec sa compagne à la naissance. Tout d'abord, le couple a suivi les cours de préparation dispensés par la sage-femme libérale, d'autre part le suivi, l'accompagnement global, dans son ensemble prépare à la naissance. Les parents

ou futurs parents ne souhaitent pas un suivi qui soit trop médicalisé ou « hypermédicalisé » à leurs yeux, d'autant plus que le recours au suivi médical conventionnel n'est pas nécessaire selon eux puisque les grossesses et les accouchements de ces femmes ne se situent pas dans le pathologique.

Voici une discussion entre un père et une mère qui ont choisi l'accompagnement global à trois reprises :

— *Ça rejoint des débats plus larges sur l'hyper-sécurisation dans notre société ; mais il y a quand même à ma connaissance 95 % des grossesses qui ne sont pas pathologiques. (père)*

— *Oui, bien-sûr. (mère)*

— *Ça veut dire qu'on travaille sur une hyper-médicalisation, une hyper-sécurisation des grossesses alors que 5 % des gens sont réellement concernés (phrase répétée par les deux en même temps)... que ces 5 %-là aient le droit à un plateau technique performant et une sécurisation de leurs accouchements, bien sûr, absolument, c'est clair, je ne veux pas revenir... (père)*

— *...Au Moyen Âge. (mère)*

— *À des morts comme il y avait même au XIX^e siècle, au moment de l'accouchement. (père)*

L'accompagnement global sera davantage explicité plus avant. Par cet extrait, on peut déjà comprendre que cet accompagnement est choisi par des couples dans lesquels la grossesse et l'accouchement ne présentent pas de risques de complications. Donc, on pourrait penser que des parents choisissent l'accompagnement global parce que ce dernier proposerait une formule moins médicalisée. Or la sage-

femme libérale est une professionnelle de la santé qui est professionnellement compétente à suivre les naissances. Le suivi qu'elle propose à travers cet accompagnement est ou reste indubitablement médical. Et il est très important d'insister pour ne pas créer des confusions dans la compréhension de ce qu'est l'accompagnement global.

La sage-femme accompagne

Le moment de la naissance est un moment particulièrement important, et Christiane Jeanvoine sage-femme libérale l'exprime ainsi :

Ce moment essentiel dans la vie de tout individu contribue, pour nous, à structurer un être vivant dans toutes ses dimensions et à donner le sens humain du respect à l'autre, de la différence, de la liberté.²

Différentes entrevues avec Madame Jeanvoine ont balisé ce terrain riche en rencontres multiples. Le parcours de cette femme est atypique, et il serait même plus juste de dire que son parcours particulier est propre à une femme qui a fait certains choix professionnels, et par là même personnels. Ce parcours professionnel particulier révèle et caractérise un positionnement original face aux questions de la naissance : proposer une réponse autre, différente de ce qui l'est généralement en milieu hospitalier. Pour parfaire ce portrait, je pourrais ajouter que Madame Jeanvoine a soutenu une thèse de médecine fin 2003. Mais il est important de noter, bien sûr, que d'autres sages-femmes libérales en France pro-

2. C. JEANVOINE, 2000.

posent également cet accompagnement, même si elles sont très peu nombreuses : une quarantaine. Certaines de ces sages-femmes ont commencé leur carrière par le milieu hospitalier, d'autres ont choisi de travailler en libéral dès le départ, et d'autres encore ont abandonné l'accompagnement global en faveur d'une manière moins contraignante d'exercer leurs compétences. L'accompagnement global suppose que la sage-femme peut être appelée à tout moment, de jour comme de nuit, en semaine ou en week-end. On imagine aisément les conséquences de ces horaires élastiques sur une vie de famille, de couple, ou des projets personnels.

Deux types de surveillances médicales sont proposés à la femme enceinte en France. Il existe un suivi de la grossesse conventionnel ou classique dispensé par des médecins généralistes ou gynécologues. Une minorité de femmes, cependant, opte pour un suivi moins conventionnel, et en comparaison que l'on pourrait qualifier d'« innovant », même s'il trouve certains points d'encrage dans l'histoire de la maternité³

L'accompagnement global de la naissance s'inscrit dans un processus physiologique de suivi de l'accouchement et de la naissance. Cet accompagnement est dit « global » parce qu'il se propose de voir la future parturiente avec les différentes facettes qui la caractérisent. La sage-femme tient compte de son entourage proche – un compagnon ou un mari, si elle n'est pas célibataire – d'autres enfants, s'il ne

³ Quelques chiffres sont utiles pour apporter un cadre au tableau esquissé : environ 15700 sages-femmes exercent en France ; autour de 10 % sont des sages-femmes libérales et une quarantaine d'entre elles proposent un accompagnement global.

s'agit pas d'une première grossesse, de sa vie professionnelle, sociale, familiale au sens large.

L'accompagnement global de la naissance est un accompagnement physiologique, c'est-à-dire qu'il est destiné aux femmes qui ne présentent pas de risques de complications au moment de la grossesse et de l'accouchement. Si des complications surviennent, et donc la grossesse devient pathologique, la sage-femme oriente la parturiente vers un autre spécialiste de la naissance, un médecin, gynécologue médical, gynécologue obstétricien, ou éventuellement le médecin généraliste :

L'approche globale est centrée sur la physiologie, en la respectant. Elle axe son action sur la prévention, en étant attentive à la parole, au vécu de chaque femme, en dépistant, par des signes subtils apparaissant, les pathologies qui peuvent survenir. [...] En cas de pathologies, pendant la grossesse, un avis est pris auprès d'un médecin obstétricien ou si besoin, la femme lui est adressé. Pendant l'accouchement et la naissance, selon qu'il s'agit d'une pathologie concernant la mère ou l'enfant, la sage-femme présente requiert l'aide d'un médecin obstétricien ou d'un pédiatre. Dans la période postnatale, la sage-femme peut solliciter l'avis des médecins si une pathologie survient, dépassant le cadre de sa compétence⁴.

Madame Jeanvoine présente ici l'accompagnement qu'elle propose :

4. C. Jeanvoine, 2000.

C'est parce que nous avons réfléchi sur la maltraitance (familiale, sociale, institutionnelle), sur les carences en soins maternels, sur les notions et la genèse de l'attachement et du détachement (au sens de l'autonomie) dans les relations entre une enfant et ses parents, que nous avons été amenés à considérer l'évènement de la naissance comme un évènement fondamental⁵.

Paloma Chaumette, sage-femme, a tout d'abord travaillé en milieu hospitalier puis appliqué l'accompagnement global. Cette mère de trois enfants témoigne dans son livre de son parcours particulier de femme et de professionnelle. Je vous propose quelques extraits révélateurs de sa pratique même si son ouvrage est riche d'expériences diverses et de réflexions :

Mon but n'est pas de faire ou de ne pas faire des accouchements sous péridurale mais d'aider les couples à vivre pleinement le bonheur du moment unique qu'est la naissance d'un enfant. De laisser les femmes avoir confiance en elles-mêmes, en leur potentialité de femme et de mère. De les soutenir au moment de cette épreuve, car c'en est une, il ne faut pas se le cacher, mais une épreuve de laquelle elles sortiront grandies, enrichies d'une expérience irremplaçable et dont la gloire n'est due qu'à soi-même. [...] Malgré les stages, apprentissages et toutes ces diverses façons de faire, mon action d'accompagnement reste souvent modeste. Parfois, il faut tout simplement ne

5. C. JEANVOINE, 2000.

rien faire et être là. [...] En réalité, ce n'est pas une question de matériel ni de technique car on peut être très bien à la maison où il n'y a rien, quelque fois, pas même une baignoire... sauf l'essentiel : l'intimité et l'émotion ⁶.

Quelles prestations propose la sage-femme libérale dans le cadre de l'accompagnement global ? Voici un « découpage » proposé par Madame Jeanvoine :

Les consultations prénatales représentent une surveillance médicale de la femme, du bébé qui grandit dans le ventre de sa mère, et au-delà de ça se trouve :

[...] Pendant tous ces instants, je prends le temps d'écouter ce qui est à dire, je réponds aux questions si elles surviennent, je permets la réflexion sur ce qui intervient durant la grossesse, pour la mère et pour l'enfant, mais également pour le père. À travers les mots, « quelque chose » passe.⁷

La préparation à la naissance de l'enfant est le moment où certains sujets sont abordés, comme l'alimentation de la mère, les différentes positions envisagées au cours de la phase de travail et pendant l'accouchement, la place de chacun, l'allaitement maternel, les risques.

L'accouchement et la naissance où l'accent est mis sur l'accueil de l'enfant en réduisant les gestes techniques, le contexte s'y prête naturellement. L'ensemble des connaissances rassemblées par la sage-femme jusque-là, sont utiles

6. P. CHAUMETTE, 2005.

7. C. JEANVOINE, 1993.

pour créer un climat de sécurité et favorisent la surveillance « médico-humaine » de la parturiente et du bébé.

Les soins post-natals donnent du temps pour le démarrage de l'allaitement, pour la surveillance/accompagnement médico-humains de l'enfant et de la maman.

Le « découpage » décrit précédemment d'une pratique professionnelle, est avant tout explicatif puisque, « en pratique », l'accompagnement global se construit dans un esprit de continuité et de cohérence, en plus d'être adapté à chaque couple, mère, père. D'ailleurs, un père l'exprime ici :

Moi, j'ai toujours eu l'impression que Christiane inventait avec chaque couple quelque chose sur une trame sur laquelle elle était très claire. [...] On applique une méthode de manière dirigiste et les gens y trouvent leur place parce qu'il y a des cases qui sont toutes préparées pour eux, soit les choses sont peut-être plus improvisées, pas forcément plus sereines, mais en tous cas, ça amène de l'invention et ça amène la possibilité que chacun y trouve sa place.

Une solution adaptée à chacun, parce que les réponses aux questions, posées par la sage-femme, sont personnelles puisque adaptées à des parcours de femmes, d'hommes, de couples, de familles uniques :

Il y avait plein de questions que je ne savais même pas qu'il fallait se poser. [...] De la même façon quand elle m'a dit : « Est-ce que tu envisages ?... ». Quand elle m'a demandé ça ? C'était par rapport à la musique, à la lumière et tout ça ; c'est vrai que là, je savais quoi répondre.

Mais si elle ne m'avait pas posée la question, je ne sais pas ce que j'aurais fait ! [...] Comment est-ce que vous rêvez l'accouchement de votre gamin ? Comment vous l'imaginez ? Quel accueil vous avez envie de lui faire ? Quelle place vous avez envie de lui donner ? Est-ce que vous avez des souhaits par rapport à la position au moment de la naissance ? Qu'est-ce que vous attendez des gens qui seront là ? Voilà, mais ça c'est le boulot de la personne qui accompagne. C'est pour ça que c'était important qu'elle soit là.

Des questions sont posées qui permettent à cette mère d'avancer dans le chemin de la maternité. Cette femme se sent en sécurité, notamment parce que les compétences professionnelles de la sage-femme sont bien réelles même si elles sont rendues moins visibles. Seul « un pépin » révèle la technicité dans le geste, dans la décision.

Je me sentais sûre, sûre de moi, mais sûre des autres aussi, sûre de mon mari, sûre de Christiane. [...] Je me sentais bien. Aussi parce que s'il y avait un pépin, elle assurerait, franchement je n'avais pas peur du tout. Ca j'arrive bien à m'en souvenir de mon ressenti de l'époque. [...] C'était bien qu'elle soit là pour m'aider à prendre un peu de recul. [...] Il y avait de toute façon les échéances de suivi médical qui rythmaient, et à partir de ça, on brodait. [...] Elle savait sur quels chemins on pouvait aller. Elle savait aussi nous présenter les choix, sans les imposer. Moi, je me sentais guidée mais pas dirigée. [...] C'était vraiment extraordinaire. [...] Ceci dit personne n'est

irremplaçable, c'est la démarche qui est importante. [...] L'accompagnement global a forcément eu un effet au niveau du couple parce qu'il y a eu une maturation, on a fait le chemin ensemble, ça nous a construit nous aussi.

Un éclaircissement s'avère nécessaire pourtant. La sage-femme montre évidemment ses compétences professionnelles dans le suivi, qui reste médical. Mais, pourrait-on dire, il n'est pas mis en avant. Ainsi, dans les échanges entre la professionnelle et les parents, on peut remarquer que le tutoiement est souvent voire toujours utilisé, que toute technicité est expliquée aux parents. À noter que la sage-femme demande l'autorisation à la femme avant de l'examiner. De plus l'aspect relationnel est privilégié. Les différents extraits mobilisés ont permis certainement de le montrer.

Le métier de parent est le seul qui ne s'apprend pas. Moi, ce que j'ai aimé par rapport à ce qui s'est passé avec elle, c'est qu'on était dans un début d'apprentissage dans le métier de parents. Mais on a appris par nous-même, ce n'est pas une transmission de savoirs. La transmission de savoirs est extrêmement limitée. C'est un cheminement commun. Il y a un cheminement à faire, et c'est ce qui était intéressant dans l'accompagnement global, c'est le début du cheminement d'être parent. [...] Il y a un cheminement qui est délicat à trouver avec des difficultés de repères, et c'est un début d'apprentissage au niveau de l'accompagnement global de la naissance. Et un travail sur l'autonomie du couple. Dans l'idée : qu'est ce

qui fait durer les couples, d'apprendre à fonctionner ensemble sans que ce soit quelqu'un d'autre qui dise ce qu'il faut faire. On est obligé de se débrouiller, on est obligé de se mettre en phase. On est obligé de savoir ce qui est important, ce qui n'est pas important.

La sage-femme libérale dans l'accompagnement global « aide à porter l'enfant ». Elle devient quelqu'un d'important à un moment donné, dans la vie d'un couple, d'une femme : une confidente/quelqu'un d'important/une amie, cela va dépendre de l'histoire de chacun, de chaque famille.

Bien qu'on la tutoie, elle reste une professionnelle avec des compétences relationnelles et techniques (examens, matériel, démarche auprès de l'institution hospitalière). Certains interviewés mobilisent des métaphores pour représenter la sage-femme : « la mama africaine », « quelqu'un qui a les épaules larges », « parce que la naissance est une grande responsabilité ». En effet, la naissance fait appel à l'éthique, puisqu'elle entraîne avec elle son cortège de pensées et d'actes de vie et de mort.

Le don est également évoqué pour parler de la capacité de la sage-femme à accompagner des mères et des pères : « c'est un don ». Les notions de don/contre-don, et la position ou rôle charismatique seront développées ultérieurement. Mais dans le ressenti raconté par les interviewés, quelque chose se passe qui est de l'ordre du magique, du secret.

Sous le signe de la continuité

Avec l'accompagnement global, les familles font le choix d'un référent unique au moment de la naissance. Ils s'inscrivent dans une continuité.

Cette continuité est triple : dans le suivi de la grossesse par un seul professionnel de santé ; une continuité dans le temps (avant, pendant et après l'accouchement) ; une continuité dans l'histoire familiale.

Pour moi, il y a eu plein de choses. Elle me suivait pendant la grossesse, elle serait là au moment de l'accouchement, et elle serait là dans les semaines qui suivaient. Donc il y avait une continuité. Il n'y avait pas : avant, pendant et après ; avec trois intervenants différents. Aussi, elle nous connaissait tous les deux. Elle connaissait un petit peu nos souhaits. Donc c'était beaucoup plus facile de continuer avec elle. Enfin, moi je trouvais que c'était vraiment bien d'avoir une continuité et pas une rupture.

Suivre plusieurs grossesses au sein d'une même famille permet à la sage-femme de se constituer un ensemble de connaissances sur le fonctionnement, les besoins, les interactions des différents membres de la famille. Elle se constitue « un capital famille » qu'elle peut mobiliser à tout moment. La sage-femme et la famille sont dans un processus dynamique qui comprend des à-coups, des mises au point, mais pas de brisures qui entraîneraient de tout recommencer : la relation de confiance qui s'installe entre la sage-femme et les parents au fur et à mesure des visites, des

conversations, du temps passé à construire un projet de naissance.

Bien entendu, le sempiternel «chaque naissance est unique» est à prendre en compte. Etre mère pour la première fois, et mère pour la troisième fois, c'est différent. Accoucher par césarienne une première fois, puis accoucher par voie basse, changent la donne. Accoucher lorsqu'il y a eu un décès dans la famille, et accoucher lorsque tout va bien, n'entraînent pas les mêmes ressentis. La naissance est un moment qui s'inscrit dans une vie de femme ou d'homme qui ne reste pas figée et les événements de tout genre qui peuvent révolutionner ces vies sont bien entendu multiples et nombreux.

L'accompagnement global, qui favorise une continuité, est un fil conducteur. D'ailleurs, il arrive que la continuité fonctionne si bien qu'une maman interrogée mêle les moments et les histoires de ses différents enfants :

Il y avait aussi le fait que, et ça a été quelque chose de très important pour moi, de pouvoir reparler lors des naissances suivantes, de ce qui s'était passé avant. En particulier, au moment de la naissance du premier, enfin de l'accouchement du deuxième... enfin de la grossesse du deuxième, on a pu reparler de ce qui s'était passé au moment de l'accouchement du premier enfin... Et c'est vrai que c'était important.

À travers l'attention portée à la fratrie au moment de la naissance, la sage-femme s'inscrit dans une histoire familiale. Sa présence physique, effective ne dure qu'un temps donné, qui est somme toute plutôt court ; même si en se ra-

contant les naissances au sein de la famille, d'une certaine manière, on prolonge la présence, l'existence de la sage-femme qui était là au moment crucial de donner la vie.

On a vécu trois naissances avec Christiane. C'est-à-dire c'est pas une naissance, c'est trois éléments qui interviennent à des rythmes de notre vie, à des moments de notre vie un peu différents. [...] Elle les a connus à la naissance, elle les a vus grandir. [...] Il y a des liens forts. Ils savent qui était là au moment de leurs naissances. Ils la connaissent, elle les connaît.

Une relation de confiance a pu mûrir tout le long de cet accompagnement entre la famille et la sage-femme libérale. Il s'agit d'une relation interactive fondée sur une écoute mutuelle. Quelqu'un est présent au moment de la naissance et cette personne n'est pas anonyme. L'interaction génère du lien.

La continuité dans le suivi de la mère par un seul et même référent peut faciliter le retour à la maison, puisque ce passage de la maternité à la maison ne va pas impliquer une rupture. On est dans le physiologique et la confiance qui s'est construite au fur et à mesure, pose un cadre sécurisant.

La continuité dans le suivi proposé par la sage-femme libérale permet un retour à la maison précoce. Et elle faciliterait le dialogue avec les enfants déjà présents au moment de cette nouvelle naissance, ainsi que le dialogue au sein du couple :

Cet accompagnement a facilité le retour précoce à la maison. Ca c'est évident. Au niveau du bon souvenir qu'on a des accouchements, évidemment

aussi. Et puis, l'aide à surmonter les petits moments de difficultés au moment des grossesses aussi, parce qu'il y en a forcément. Comme le disait mon mari, il y a des remaniements au niveau du couple, il y a des difficultés à parler quand il y avait les grands. À plein de niveaux, ça a aidé. Tout a été plus facile.

Il est intéressant de mettre en parallèle les discours précédents de parents avec l'expérience de Paloma Chaumette qui a commencé sa carrière à l'hôpital, puis a pratiqué l'accompagnement global :

La grande différence de mon travail actuel avec celui que je faisais quand j'étais hospitalière, c'est qu'à l'hôpital, neuf fois sur dix, je rencontrais pour la première fois les futures mamans seulement au moment du travail, ou pré-travail, moment douloureux s'il en est, qui peut arriver à n'importe quelle heure de la journée ou pire, de la nuit. [...] Avoir l'assurance d'être accompagnée, le temps qui sera nécessaire, par la personne choisie, savoir qu'elle est joignable à toute heure par téléphone, qu'on pourra rester le plus longtemps possible dans le confort douillet et rassurant de sa maison, entourée des personnes aimées [...] ⁸.

8. P. CHAUMETTE, 2005.

ENTRE FEMMES...

Une histoire de femmes ?

Certaines histoires mythiques perdurent. Zeus a bien accordé à Artémis, figure féminine, fille de Létô, le privilège de devenir la déesse des naissances et de soulager les femmes en couches. Elle aide, par ailleurs, sa mère Létô à accoucher de son frère Apollon, pour occuper par la suite la fonction de « sage-femme surnaturelle ⁹ ».

Au départ, l'accouchement est une histoire de femmes, âgées de préférence, ayant eu des enfants. Fernand Leroy a découvert grâce aux papyrus de l'Égypte Antique ¹⁰, qu'à cette époque, d'autres femmes assistent les futures mères pendant l'accouchement. Les femmes accouchent dans une ambiance magico-religieuse, accroupies sur des briques symbolisant des déesses protectrices de la parturiente.

L'appellation que l'on donne à celle qui accompagne la femme en couches a aussi évolué dans le temps : « accoucheuse », « matrone », « ventrière ». Au Moyen Âge, la matrone, femme d'un certain âge, transmettait la plupart du temps à sa fille son expérience de suivis d'accouchements de femmes de la communauté ainsi que le secret de ses remèdes. Ces matrones proposaient somme toute un suivi re-

9. G. DEVEREUX, 1988.

10. F. LEROY, 2002.

lativement complet, puisqu'elles assistaient les femmes pendant la grossesse jusqu'à l'arrivée de l'enfant.

Au XVII^e siècle, l'invention anglaise des forceps arrive en France ; et « la matrone » est remplacée par « la sage-femme » formée aux règles de l'obstétrique et obéissant au corps médical. Le terme de « sage-femme » date de ce siècle et vient du latin « sapere » qui pourrait se traduire par « jugement », « bon-sens », « prudence », « savoir ». Désormais, la profession de sage-femme est institutionnalisée.

Un homme, Guillaume Mauquest de La Motte ¹¹, chirurgien-accoucheur, parcourt la ville comme la campagne à la rencontre de femmes qui, malgré les mœurs de l'époque, sous le règne de Louis XIV, le sollicitent au fur à mesure. Il répertorie ses pratiques médicales dans un traité. La Motte est un précurseur et aussi « *contemporain de tous ces médecins de pacotille, prisonniers d'une médecine révolue caricaturée par Molière* ». Il pose les bases sur lesquelles d'autres chirurgiens vont s'appuyer pour donner naissance à une obstétrique réformée : l'obstétrique moderne ¹². Précisons tout de même qu'au XVII^e siècle, l'accouchement, pour des questions de décence inhérentes à l'époque, reste principalement une affaire de femmes.

Au XVIII^e siècle, l'accouchement présente toujours certains risques pour la parturiente et pour son bébé. Ce contexte va être prétexte pour certains médecins-accoucheurs, à dénoncer les pratiques des sages-femmes comme étant responsables de ces accouchements qui se passent mal. Finalement, l'arrêté du Parlement de Paris de 1775, statue sur les pratiques chirurgicales, comme étant ré-

11. J. GELIS, 1979.

12. J. GELIS, 1984.

servées aux médecins, et interdites aux sages-femmes. Ainsi les sages-femmes et les médecins ont alors des rôles définis au moment de l'accouchement¹³. En effet, les sages-femmes continuent de pratiquer les accouchements qui ne présentent pas de complications et donc qui ne demandent pas d'interventions qui relèveraient de la pratique médicale.

Progressivement, l'accouchement s'est médicalisé. Les hommes s'installent véritablement dans le domaine de la naissance. Les femmes issues de familles plutôt aisées et vivant en ville sont essentiellement leurs patientes. De plus, au XIX^e siècle, les sages-femmes sont formées, et elles aussi officient davantage en ville.

« Être sage-femme, c'est pénétrer, s'installer dans l'intimité des femmes¹⁴ ». Cela se vérifie, certainement davantage, dans l'accompagnement global. Même si l'histoire des sages-femmes ne peut être dissociée de celle des femmes ; depuis 1982, la profession est accessible aux hommes. Il existe, dans l'hexagone, environ 16000 sages-femmes et 160 hommes sages-femmes, soit 1 % de la profession. D'après certains témoignages, ils sortent plus aisément des sentiers battus, et se construisent un parcours professionnel atypique.

L'allaitement

L'intervention de la sage-femme auprès de la nouvelle maman est tout aussi importante après la naissance, qu'avant ou pendant la naissance. La sage-femme, figure féminine, intervient dans ce passage qui transforme la femme en mère

13. J. GELIS, 1988.

14. C. BIRMAN, 2003.

lorsqu'il s'agit d'une première naissance. La sage-femme libérale est présente pour les suites de couches. Elle est une conseillère rassurante qui va montrer le geste qui est attendu. Cela est d'autant plus vrai pour l'allaitement.

« Allaiter », c'est encore faire un choix spécifique. L'allaitement n'est pas chose aisée. On murmure les vertus de l'allaitement maternel, mais est-ce que notre société occidentale le favorise vraiment ? L'allaitement est un exercice au démarrage périlleux. Et face aux nombreux obstacles rencontrés : les récits catastrophés des tentatives d'allaitement des amies, les « est-ce que ton lait est bon ? », les « est-ce que tu as assez de lait ? », et les « est-ce qu'il a pris assez de lait ? », l'allaitement est vite abandonné ou abandonné à contrecœur avec un sentiment d'échec cuisant bien souvent. Il est vrai que le sein maternel caché, suggéré ou montré est un lieu de fantasmes : il ne laisse pas indifférent. Il est rendu visible au moment de l'allaitement, et continue à receler des secrets.

La présence de la sage-femme au moment de l'allaitement est intéressante. En effet, le moment de l'allaitement est révélateur de la profession même de sage-femme libérale : un doux mélange de technicité et d'humanité. Effectivement, la sage-femme montre le geste technique pour allaiter, elle fait ici, du sur-mesure puisqu'elle s'adapte à chaque femme. Mais, elle encourage aussi la nouvelle maman qui est face à ses doutes. Et de ce fait, le conseil du geste technique se transforme en construction de confiance d'une femme en devenir mère.

Une femme choisit d'allaiter ou non, pour différentes raisons, explicables ou non. Est-ce qu'une raison est davantage

valable qu'une autre ? Est-ce que certaines explications ne ressemblent pas davantage à des excuses ? On se place à nouveau dans le mythe de la femme parfaite : une bonne mère, une bonne épouse, une femme qui réussit sa vie professionnelle. Et pourquoi pas toutes les trois en même temps ? Tout cela pour dire que le regard de l'homme a son importance dans les histoires d'allaitement heureuses ou malheureuses. Certains hommes ne souhaitent pas que leurs femmes proposent le sein au bébé, alors que ce sein leur était d'abord destiné. On peut ajouter à cela un congé maternité plutôt court pour la femme qui désire allaiter dans de bonnes conditions. Et pour finir, il y a l'argument du « plaisir du père de donner le biberon », est-ce que le fait de donner le biberon est réellement à la base du lien entre un père et son enfant ? Il reste important de souligner que chaque femme est libre d'allaiter ou non, mais qu'elle le fasse ou non, que ce soit en toute liberté justement.

La sage-femme libérale, dans sa pratique de l'accompagnement global, propose aux mères l'alternative d'allaiter le moment venu. C'est au cours des différents échanges que l'on peut aborder le sujet, et le père y a sa place. De nombreuses sages-femmes visitent les mères chez elles après la naissance, et c'est véritablement à ce moment-là que tout se passe :

Le plus souvent c'est simple : je corrige une position, aide la mère à en essayer une nouvelle, vérifie si les mamelons sont irrités, les seins souples. Je montre combien son colostrum coule facilement ou comment il se transforme déjà en lait. C'est plus une visite amicale qu'une consultation, quelquefois il n'y a même rien à faire, juste passer. La préparation et tout ce qui entoure le mo-

ment de la naissance en favorisant le « peau à peau » de façon précoce, facilite le démarrage de l'allaitement¹⁵.

Cet extrait révèle le travail d'ensemble de la sage-femme, le moment de l'allaitement est peut-être sa dernière visite auprès de ces femmes. La sage-femme est devenue une amie, le temps d'une aventure plus ou moins longue.

Bien des choses peuvent être dites et discutées sur l'allaitement. Ce couple de parents a opté pour l'accompagnement global et pour l'allaitement en accord avec la sage-femme :

- *On était tous les trois d'accord sur l'allaitement, mais bon... Après ça va bien, mais au début c'est un peu difficile, c'est chaotique quoi, ça se met en route. Et là, elle a été de grand conseil. Et je pense que pour des gens moins convaincus que l'allaitement c'est bien, il y a plein de phases où ça peut être abandonné. Donc, nous, elle nous a bien aidés sur l'allaitement, en particulier sur le premier. (père)*
- *Après, il y a le savoir-faire qu'on apprend aussi (rires). (mère)*
- *Il y a le savoir-faire... (rires). Même moi, par rapport à... (père)*
- *Ben oui, ça revient après (rires). (mère)*
- *Par rapport à l'allaitement, c'est clair. (rires).*

15. P. CHAUMETTE, 2005. 93 % de ses patientes font un allaitement exclusif (c'est-à-dire un allaitement uniquement maternel), et 65 % pendant plus de six mois.

Il y a un apprentissage. Mais pour le premier enfant, sur l'allaitement, l'apprentissage ne... enfin, vis-à-vis de sa mère ou vis-à-vis de la miennne, c'est-à-dire la génération de nos parents, qui nous précède, il y a eu rupture de l'allaitement. Et il y a donc eu rupture des savoir-faire et des compétences que les femmes se passaient entre elles. (père)

— Celles qui m'ont le plus aidée, c'est Christiane et ma grand-mère qui avait allaité tous ses gamins jusqu'à dix-huit mois, deux ans. Parce qu'à l'époque, ça se faisait, dans les années trente. (mère)

Cet extrait de dialogue entre un père et une mère est intéressant à plus d'un titre. Le père aussi bien que la mère se préparent à l'idée de l'allaitement, accompagnés par la sage-femme. La sage-femme intervient de manière efficace au bon déroulement de l'allaitement, d'autant plus qu'il y a eu une rupture dans la transmission de certains savoirs entre femmes. Le père se trouve dans la même dynamique que la mère. Il reconnaît le savoir-faire et il y participe à sa manière en encourageant sa femme, de par sa présence, et physiquement en allant chercher le bébé par exemple.

Entre-deux

L'approche globale tient compte des compétences, de la mère et du père, de l'enfant, dans un projet d'accueil de celui-ci. Les parents sont acteurs et partenaires de ces événements tout au long de la

maternité. C'est en chemin que s'élabore l'accueil de cet enfant, dans un partage de connaissances, de compétences, et de responsabilités ¹⁶.

L'accompagnement global est un choix de couples. La place du père durant la grossesse et au moment de l'accouchement est une place active qui demande un certain investissement :

On est assez vite tombé d'accord tous les deux sur l'absence de péridurale. Mais par contre, un, il fallait que je sois présent autrement que comme certains copains derrière leurs caméras ou leurs appareils-photo. Donc, il fallait trouver une place pour ce père-là que je voulais être. Je tâtonnais, je ne voulais pas tâtonner tout seul. Arriver à un accouchement qui soit sympathique et qui inaugure de la future vie avec le gamin.

L'implication du père est forte au sein du dispositif. Le positionnement du père est tout d'abord physique le jour de l'accouchement, puisqu'il est présent dans le lieu où l'enfant va naître. Cette présence n'est pas inhabituelle. En effet, de plus en plus de pères sont présents à l'accouchement de leurs femmes. Mais ici, dans l'accompagnement global, il s'agit aussi « d'accompagner » sa compagne ; c'est-à-dire d'être véritablement acteur. Le père interviewé dans cet extrait le dit clairement : « il fallait que je sois présent autrement ».

Cet extrait montre aussi le rôle que la sage-femme a auprès du père. Ce dernier veut sa place de père, mais celle-ci est à prendre. Dans cette situation, la sage-femme l'aide à

16. C. JEANVOINE, 2000.

trouver cet espace, en lui donnant la possibilité d'être acteur et actif, pendant la grossesse, l'accouchement, et après la naissance. Ainsi, le père apprend à se positionner par rapport à sa compagne, par rapport au futur enfant, et cela par l'intermédiaire de la sage-femme. Le père découvre ou pressent qu'il a une place physique, émotionnelle, active à prendre, et il commence à se construire ou continue à se construire en tant que père avec, notamment, les outils que lui propose la sage-femme.

Cet espace vacant est à prendre. Un autre père interviewé disait : « *Les pères qui loupent ça, passent à côté de quelque chose.* »

L'investissement du père peut prendre des dimensions très particulières : « *J'ai accouché trois fois dans ma vie avec ma femme (Rires)* ».

L'inversion dans les termes utilisés par ce père est significative. Elle révèle un renversement des rôles par rapport à la situation réelle. C'est sa femme qui accouche et lui qui l'accompagne dans la réalité. Mais dans le ressenti du père, c'est lui qui accouche et sa femme qui l'accompagne. Effectivement, l'image est forte. D'une part, il accouche avec sa femme puisqu'il l'accompagne activement à devenir mère, en étant présent physiquement. D'autre part, il accouche lui aussi de quelque chose : il devient père.

En tant qu'homme, j'avais objectivement besoin d'être rassuré... sur ma place, sur mon rôle, sur ce que c'était un accouchement, sur les idées qu'on se fait par rapport à la souffrance de sa femme.

Il est certainement très difficile pour le père de se positionner le jour de l'accouchement. La situation est complexe. Il se situe par rapport à sa compagne, qui elle-même se cherche. Il se situe par rapport à un enfant à naître, sans le ressenti physique, ou avec un ressenti physique diminué. Il se situe socialement, par rapport à un entourage amical, familial, professionnel.

— *On a fait du chant, on a fait des massages. D m'a massée. On a massé nos gamins. (mère)*

— *Du coup moi, j'ai massé avant l'accouchement et pendant l'accouchement. Du coup j'avais ma place... (père)*

— *Il était acteur complètement...*

— *J'étais acteur...*

— *Autant que moi...*

— *Elle me disait, j'ai mal au dos, tu me masses, plus fort etc., etc. Donc il y avait quelque chose comme ça qui était de l'ordre du vécu.*

Dans ce positionnement spécifique face à la naissance, les femmes sollicitent davantage leurs compagnons, elles font le choix de le faire. Elles investissent donc leurs conjoints de ce choix qui reste novateur et placent par conséquent le conjoint dans une position novatrice renforcée. Effectivement, le rôle du père au moment de la naissance au sens large, se construit par tâtonnements, et le rôle de la mère qui est novateur renforce celui du père dans ce sens.

Le rôle de Christiane était tout à fait à part par rapport au rôle de mon mari. Et je n'avais pas seulement besoin de Christiane. pour l'aider à prendre sa place ; moi j'avais besoin de Christiane aussi pour prendre ma place de mère, pour

savoir comment me situer, pour devenir mère aussi.

Un accouchement est une possibilité de vivre un événement essentiel pour le père : « Si le père n'a pas le vécu de l'accouchement, il passe à côté de quelque chose. »

La place du père est déterminée par la mère, même s'il y a eu discussion dans le couple, entente préalable ; le choix premier vers un accompagnement différent se fait vraisemblablement par la mère.

Après la décision d'un accompagnement global, la place du père se situe par rapport à l'espace que lui donne la mère. Cette place prend plus d'ampleur que dans une situation classique, puisque le père devient acteur, il n'est plus spectateur. Il y a interaction au sein du couple. De plus, le rôle et la place du père sont construits aussi par rapport à ses propres besoins ou souhaits en tant qu'individu.

Cet extrait montre à nouveau l'implication forte du père dans ce moment qui entoure la naissance :

Et puis donc, on a choisi nos positions pour l'accouchement ; ce qui après en en discutant est extrêmement rare.

« Nos positions » indiquent l'implication forte du père. Cette image est d'autant plus intéressante qu'elle concerne le corps de la mère qui devient un corps commun. Ce corps est discuté et il représente un consensus.

Le geste du père est aussi symbolique :

C'est moi qui l'ai baigné, j'ai coupé le cordon etc., etc. Il y a des choses qui sont très sym-

boliques, surtout pour un homme, le fait de toucher un bébé quand il vient de naître, c'est très très surprenant. »

Cette citation présente le geste de « couper le cordon », c'est-à-dire le moment où le père présente l'enfant au monde. Toucher le bébé dès la naissance est important. Le père, en effet, peut avoir un contact immédiat avec son enfant. Il en a les compétences. D'ailleurs, certains pères n'hésitent pas à communiquer avec leurs bébés à travers le ventre des mamans.

L'implication du père au moment de l'accouchement est un véritable investissement pour l'avenir de ce père qui se construit face et avec son enfant, et sans oublier aussi par rapport à sa compagne. L'implication du père est visible par une multiplication de contacts avec sa compagne et avec son enfant.

— J'ai dormi là, à la maternité... (père)

— [...] Mais pour le premier, tu as passé la première nuit à la mat. Et ça c'était super (mère).

— Moi, j'ai soutenu le congé paternité, parce que moi j'ai pris des vacances exprès pour l'accouchement. Et j'avais plein de copains à moi pour qui c'était inimaginable. Donc, ils allaient au boulot, et puis ils allaient voir leur femme à la maternité. Et puis, ils essayaient d'être là un peu avant et un peu après l'accouchement. Alors que moi, pendant trois jours j'étais complètement immergé.

— Même plus que ça, tu es resté quinze jours/trois semaines à chaque fois.

— *Oui, mais les trois premiers jours, c'était les plus forts.*

— *Et puis, accompagner les grands à la maternité, c'était chouette.*

— *Et puis, je pouvais, à ma manière et avec la pudeur de la relation d'adulte à enfant, raconter l'accouchement, d'abord à l'autre et ensuite aux deux autres (rires)... parce qu'on en a trois, trois garçons.*

Ce dernier long extrait montre la place physique et le rôle qu'occupent le père. Ceux-ci sont consolidés par le discours de la mère. Ainsi, l'image forte de l'immersion est intéressante : « j'étais complètement immergé ». L'implication forte du père apparaît à nouveau ici. D'ailleurs, le rôle de père prédomine sur sa place professionnelle. On pourrait même parler davantage d'investissement.

Le père endosse un autre rôle ; c'est celui qui fait le lien entre la mère et les enfants, entre les enfants d'une même fratrie : « je pouvais à ma manière [...] raconter l'accouchement ». Ainsi le père, c'est celui qui raconte, c'est celui qui organise les événements pour mieux les placer dans le récit. Le père est donc un acteur pendant le moment qui entoure la naissance. Cette implication est aussi de l'ordre de l'investissement puisqu'il se projette dans l'avenir pour mieux préparer sa place d'accompagnateur de la femme qui va accoucher, de futur père, de compagnon différent. Mais il est aussi témoin, par le récit qu'il propose des événements aux autres. D'ailleurs, ce témoignage aide à la distanciation des uns et des autres au regard de cette expérience de la naissance riche en émotions.

DERNIERES PIERRES...

Le métier de sage-femme est de toute évidence un des moyens qui peut à la fois satisfaire la légitime demande des couples, qui veulent vivre la venue au monde de leur enfant dans la sérénité et non comme une maladie, et assurer la sécurité de ce moment naturel mais qui comporte des risques, comme tout ce qui est vivant ¹⁷.

Volontairement l'accouchement à domicile n'a pas été abordé en tant que tel. Les parents qui se positionnent dans une démarche d'accompagnement global, peuvent également décider d'accoucher à domicile.

Comme il a été dit précédemment, essayer de mettre en place les conditions qui favoriseraient un accouchement, et avant cela une grossesse dans lesquels on se sent bien ; c'est également installer un climat accueillant pour le nouveau-né. Bien accueillir le bébé est l'effet et la cause des différents points relevés précédemment.

Ainsi, une sur-médicalisation dans les gestes techniques, dans le discours employé, est-elle systématiquement nécessaire pour les femmes qui relèvent du physiologique ? Les familles interviewées s'inscrivent dans une démarche moins médicalisée. Il s'agit aussi de ne pas se laisser déposséder de son corps et de lui faire confiance. De nombreux pères sont surpris devant ce corps de femme aux ressources insoupçonnées, parce qu'un accouchement est un acte incroyablement physique.

17. P. CHAUMETTE, 2005.

Ne pas se laisser déposséder de son corps ou se réapproprier son propre corps sont de véritables combats, peut-être lorsque la vie ou la mort sont en jeu, ou « **en-je** ». Cela signifie aussi que le corps s'exprime par la douleur au moment de l'accouchement, ou par le plaisir au moment de l'allaitement. Brièvement, on peut dire que la douleur est active au moment de l'accouchement, et donc positive, même si cela est difficilement concevable alors que les péridurales sont plutôt appréciées. Le père y a sa place dans ces moments de douleurs, à côté de sa compagne. Il est aussi acteur puisqu'il va mettre en œuvre certains gestes pour la soulager.

L'accompagnement global est un cheminement. La sage-femme libérale marche avec les parents. Chaque femme et chaque homme a son chemin à suivre pour se construire en tant que mère ou en tant que père. Chaque nouvelle expérience de naissance ajoute quelque chose à cette construction. Mais l'enfant lui-même, qui grandit, apporte une pierre à l'édifice.

La grande illusion : j'ai réussi mon accouchement, j'ai réussi mon gamin. Réussir l'accouchement, c'est bien ; on part sur de bonnes bases. Il y a pleins de moments très importants dans une vie de parents, l'accouchement c'est le début. C'est comme le bac, c'est-à-dire quand on l'a, en fait on a rien. Quand on a accouché, tout commence. Mais il n'y a pas de mentions.

Comme le disent des parents, la naissance n'est pas tout. Une naissance qui se passe bien, pas seulement sur le plan « médical », mais aussi sur le plan humain, au niveau du

couple, de la famille, dans la vie d'une femme, dans la vie d'un homme, permet certainement de partir du bon pied : peut-être que les chaussures sont plus confortables alors que le chemin est long et par endroits rocailleux et glissant. Sans oublier que chaque naissance reste en partie imprévisible ! Le tout est de savoir si l'on souhaite « accoucher ou se faire accoucher », formule choc, qui révèle un certain militantisme dans l'accompagnement global, ou un militantisme certain.

BIBLIOGRAPHIE

- Stéphane BEAUD et Florence WEBER, *Guide de l'enquête de terrain*, Éditions La Découverte, 1998.
- Chantal BIRMAN, *Au monde. Ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte...*, Éditions de La Martinière, 2003.
- Paul CESBRON et Yvonne KNIBIEHLER, *La Naissance en Occident*, Paris, Albin Michel, 2004.
- Paloma CHAUMETTE, *Parents et sage-femme : l'accompagnement global*, Gap, Éditions Yves Michel, 2005.
- Georges DEVEREUX, *Femme et mythe*, Paris, Flammarion, 1988.
- Jacques GELIS, *Accoucheur de campagne sous le Roi-Soleil. Le traité des accouchements de G. Mauquest de La Motte*, Toulouse, Privat, Coll. « Résurgences », 1979.
- Jacques GELIS, *L'arbre et le fruit*, Paris, Fayard, 1984.
- Jacques GELIS, *La Sage-femme ou le Médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988.
- Christiane JEANVOINE, *L'Accompagnement global de la maternité*, Paris, Entretiens de Bichat, 1993.

Christiane JEANVOINE, Mémoire de DEA en Génie des Systèmes Industriels, 2000.

Yvonne KNIBIEHLER, *Histoire des mères et de la maternité*, Paris, Coll. « Que sais-je », PUF, 2000.

Yvonne KNIBIEHLER, *Maternité. Affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard Editions, 2001.

Fernand LEROY, *Histoire de naître. De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*, Bruxelles, De Boeck, 2002.

CELA S'APPELAIT
AVORTER.
TEMOIGNAGE

Liane Mozère

1962 : Indépendance de l'Algérie. Je pars avec un groupe réuni autour d'une feuille anti-colonialiste active dans la lutte contre la guerre Vérité-Liberté pour construire une Maison pour les jeunes à Skikda, anciennement connue sous le nom de Philippeville. Bénévoles, nous avons payé notre traversée de la Méditerranée et débarquons plein-e-s d'espoir et de bonne volonté. Pour la grande majorité, nous avons soutenu, d'une manière ou d'une et autre à des degrés divers la lutte de libération nationale du FLN et venions par solidarité envers la population et les jeunes de ce pays mutilé, nettoyé et torturé par l'armée française. J'avais vingt-trois ans et la vie devant moi. À ceci près qu'à l'époque où notre génération militante avait déjà récusé l'hypocrisie du mariage tel qu'il se pratiquait dans les (nos) familles bourgeoises, nous pratiquions une liberté sexuelle comme

d'autres, avant nous souvent plus célèbres. Ces amours librement choisies pourtant étaient en permanence placées sous le signe de la terreur de tomber enceinte.

Il existait certes des moyens dont les garçons les moins machistes parlaient des méthodes « naturelles » comme la méthode Ogino qui a permis la procréation d'innombrables bébés, le *coïtus interruptus*, toujours susceptible de conduire à des « accidents », le diaphragme qui nécessitait d'infinies précautions et a contribué à de multiples naissances non désirées, la capote, dite anglaise, que nos partenaires répugnaient apparemment à utiliser et puis, des sortes de suppositoires, dits ovules spermicides supposés empêcher la fécondation. Ces ovules étaient achetés discrètement dans les pharmacies et dégageaient une odeur insupportable ; plus tard on a pu acquérir par des réseaux des ovules suisses présentés de manière ravissante dans une boîte rayée rose et blanc qui empestaient moins. Si ce choix peut paraître relativement varié, les différentes méthodes étaient toutes loin, très loin d'être infaillibles. Nombre de nos amies épousaient donc leur partenaire – si tant est qu'il ne disparaisse pas –, à la hâte et en blanc bien entendu, et poursuivaient leurs études tant bien que mal, en confiant cet enfant à leurs parents. Pour les autres, en cas d'accident, une seule solution, l'avortement, à l'époque interdit par la loi et passible de poursuites, non seulement pour la personne qui pratiquait l'avortement, mais également pour la femme avortée. Entre nous circulaient des histoires sordides de curetages faits à vif dans les hôpitaux, d'avorteurs qui encaissaient la somme rondelette sans pratiquer l'avortement, de faiseuses d'anges opérant sur des tables de cuisine. Loin d'être des mythes, ces récits que nous faisaient nos amies avaient été vécus par elles dans la solitude et dans la honte. Peu de partenaires

participaient financièrement et surtout par leur présence à ce moment douloureux. La condition féminine, y compris pour des femmes bourgeoisement mariées et qui rechignaient, par exemple, à la succession ininterrompue des grossesses, était d'abord soumise à une fatalité terrifiante : tomber (c'est le cas de le dire) enceinte.

Surveiller ses règles, paniquer au moindre retard, trouver un ami médecin susceptible de faire un test dit de la lapine en sous-main à l'hôpital pour ne pas attirer l'attention, attendre fébrilement les résultats et être anéantie d'apprendre que le test est positif ou de s'apercevoir que les règles ne reviennent pas : tel était le prix de la liberté. Ces sujets n'étaient évoqués qu'à bas bruit, dans l'encoignure de tables de bistrots enfumés où s'échangeaient des tuyaux les plus variés : courir, tomber dans l'escalier, introduire une tige de persil ou de l'eau savonneuse dans l'utérus. Ces informations distillées par des compagnes qui étaient passées par là, étaient accompagnées d'adresses à l'étranger – le voyage en Suisse étant le plus notoire sans doute à cause de la réputation de propreté et la mécanique d'horlogerie bien huilée censée s'y pratiquer – ou en France. Là, il fallait, par mille chemins détournés entrer en contact, dans d'improbables appartements ou officines à l'aspect le plus généralement sordides, et obtenir un rendez-vous moyennant espèces sonnantes et trébuchantes. Le tout dans la discrétion la plus absolue pour ne pas risquer de « griller » la piste et donc la délivrance attendue.

Le départ en Algérie m'avait curieusement conduite à développer un incompréhensible déni de ce retard de règles suite à des relations amoureuses assez peu orthodoxes. *In petto*, cependant le trouble travaillait en « sous-conversa-

tion » puisque je piochais, trimballais des pierres, nageais, sautais des hauteurs avec constance et non sans une certaine inconscience. Cependant le petit bikini cyclamen se tendait sous la poussée de ce que je ne ressentais que comme une chose étrangère et que je refusais calmement, malgré l'inquiétude. La maternité ça n'était pas pour moi. Et aucun compagnon ne se serait, je pense, empressé d'assumer cette paternité. Je revins en France avec un petit ventre bedonnant, des seins épanouis, moi qui n'avais qu'une petite poitrine et prête à affronter la seule issue imaginable pour moi : avorter. Dans mon malheur, j'ai eu de la chance que dans la famille d'un de mes compagnons, il y avait des médecins qui avaient une adresse, « la » bonne adresse. Un avorteur connu sous le nom du Japonais qui opérait de manière efficace, moyennant une forte somme que des amies ont réuni pour moi, et utilisant une méthode non mutilante. Rendez-vous est donc pris avec le Japonais au domicile d'un ami qui avait un studio pourvu d'une douche et de l'eau chaude, ce que la plupart d'entre nous n'avaient pas à leur disposition. Un élégant homme d'une quarantaine d'années, raffiné et cultivé m'explique qu'il va introduire dans le col de l'utérus une tige de bambou prolongée d'une très fine lame se terminant par une petite boule. Une médication devant permettre une légère ouverture du col, suffisante pour introduire la lamelle coupante et celle-ci étant souple et fine, pouvait en raclant la paroi interne de l'utérus, « décrocher » le fœtus sans entraîner de blessure ou de déchirure des tissus. Le Japonais procédait méticuleusement, avec dextérité. Mise à part la dilatation du col, l'opération ne devait pas être douloureuse. Le Japonais me distribua ensuite des suppositoires de *Gynergène* caféiné qui devaient provoquer les contractions censées permettre

l'expulsion du fœtus. J'étais calme, entourée par mon compagnon, la sœur – interne en médecine – de l'ami qui prêtait le studio et je pensais que c'était vraiment beaucoup de bruit pour rien. Quelle erreur ! Sachant que le Japonais n'officialait que pour des grossesses de moins de quatre mois, n'étant moi-même pas très certaine des dates des dernières règles, j'ai éludé la question mais savais pertinemment que j'avais dépassé les délais et le lui cachai.

Peu de temps après les contractions ont commencé, entraînant des douleurs inimaginables : un véritable déchirement intérieur, un feu dévastateur, une douleur incontrôlable. L'amie qui était restée auprès de moi sachant à quoi s'en tenir, m'a enseigné les rudiments de la respiration dite du « petit chien », sorte de halètement à déclencher au moment des contractions pour ne pas se laisser aller aux cris et aux contorsions qui constituent une déperdition d'énergie à préserver précieusement, une première délivrance durant, le plus souvent, longtemps. Le corps s'imposait, totalement inapprivoisable, totalement étranger aux sensations et perceptions habituelles, un corps qui brisait tout sur son passage par la douleur. À la fin de chaque contraction qui progressivement s'intensifiaient et se rapprochaient, il fallait tenter de se détendre, de reprendre son souffle, en attendant la prochaine vague à présent redoutée et toujours douloureuse au-delà de ce qui était attendu. Et les heures s'étiraient, s'étiraient sans que l'expulsion ne semble s'annoncer.

J'ai été privilégiée car j'ai été entourée de mon amie et de mon compagnon qui sont restés vingt-quatre heures à me soutenir, me désaltérer, m'encourager. J'avais beau pousser lorsque les contractions n'étaient espacées que d'une minute, puis de trente secondes, aucune expulsion. Je

m'épuisais. Le matin suivant le Japonais est appelé – cet ami, outre sa douche et l'eau chaude avait aussi, luxe suprême pour nous, le téléphone. Il a promis de passer dans la matinée. Il s'aperçoit alors que, comme mon terme était plus avancé que je ne l'avais admis, la poche des eaux s'était formée empêchant toute expulsion. Il l'a donc percée et quelques heures plus tard ce corps désarticulé, réduit à un cri qui n'était en rien le mien mais le sien, un cri inarticulé mais presque anhumain a accompagné la délivrance. J'étais à moitié évanouie. Le fœtus et le placenta formaient un paquet compact entouré d'une membrane. Le sexe du fœtus était visible : c'était un mâle. Enveloppé dans du papier journal, il a fini à la décharge et je n'ai jamais pensé une seconde que j'avais perdu un fils. Et je ne le pense toujours pas. J'ai avorté librement d'un fœtus que je ne désirais pas.

Ce témoignage pourrait être celui de centaines et de milliers de femmes. Récemment Xavière Gauthier a publié un bel ouvrage intitulé *Paroles d'avortées* où d'autres témoignages apportent souvent une tonalité plus dramatique. Celui que je présente ici n'est en rien exemplaire mais il est l'occasion de s'interroger rétrospectivement sur la manière dont le rapport à notre propre corps a été instrumentalisé pour faire de nous les victimes d'un système patriarcal. Ce sont des législateurs hommes qui ont par la loi de 1920 interdit et réprimé l'avortement en réduisant le corps des femmes à leur seule fonction reproductrice. Ce sont eux qui ont étouffé le désir et le plaisir sexuel, tout comme le libre choix des partenaires amoureux. Pourtant, au cours de l'histoire, dans des situations exceptionnelles, cette réduction des femmes au statut de femme mariée et assujettie aux hommes a été théoriquement remise en question. Théorisant par exemple ce qu'il appelle les

attractions passionnelles, Charles Fourier défend l'égalité entre hommes et femmes et la liberté sexuelle avant la lettre. Loin d'une société de la contrainte comme celle que le XIX^e siècle impose comme une chape de plomb au corps et aux âmes des femmes, Fourier trace des espaces de liberté toujours ouverts et à construire (Debout, 1967 ; Schérer, 2000). Charlotte Perkins Gilman, une écrivaine américaine qui a publié une œuvre multiforme et riche à l'orée du XX^e siècle, met en scène des femmes libres, divorçant (elle-même a divorcé et gagné sa vie), qui s'engagent dans des carrières les plus diverses et renoncent délibérément aux contraintes du mariage. Dans son roman sous forme d'Utopie, *Herland*, trois hommes, prototypes des positions des hommes de son époque, découvrent avec stupeur cette société de femmes qui se reproduisent par parthénogenèse et qui élèvent collectivement leurs enfants en souhaitant que les hommes soient disposés à accepter ces comportements nouveaux et ces formes jusque-là inconnues et impensables de liberté, ce qui bénéficiera aussi bien aux femmes, aux enfants, qu'aux hommes. Mais bien plus tôt après la Révolution anglaise de Cromwell, des sectes protestantes en rupture avec l'Église anglicane ont établi des communautés où les femmes pouvaient par exemple choisir librement leur époux et diriger l'office religieux. L'accès des femmes à ce type de fonctions était certes dû en partie à l'insuffisance des hommes appelés à combattre dans ces communautés. Les règles y étaient certes régies par une stricte observance des préceptes bibliques, mais le libre choix du conjoint illustre un rapport nouveau entre les sexes et une maîtrise par les femmes à la fois de leur corps et de leur âme. Ces idées radicales ont conduit à des formes inattendues de liberté sexuelle, des formes politiques

proches de la démocratie – que l'on n'oublie pas que le premier roi décapité dans l'Histoire moderne fut Charles 1^{er} – qui sont indissociables d'un autre statut des femmes (Hill, 1972).

Le témoignage apporté ici sur cette confiscation par le système patriarcal du corps de femmes au service de la seule reproduction montre que l'avortement, tant qu'il n'a pas été légalisé, est emblématique et fondateur d'une liberté essentielle confisquée aux femmes. C'est après les luttes des femmes et des hommes du Planning familial, des médecins et des bénévoles qui ont introduit clandestinement la méthode Karman (ou avortement par aspiration), les mobilisations du Mouvement de Libération des Femmes autour de mots d'ordre comme « Avortement libre et gratuit », « Nous voulons disposer de nos corps », « Nous aurons les enfants que nous désirons quand nous les voulons et comme nous les voulons », qu'a pu, à travers la légalisation sur l'avortement et l'introduction de la contraception, se défaire et être brisée la fatalité attachée jusque-là au corps féminin. Mais cette question est liée intimement à celle d'une utopie démocratique toujours à réinventer, toujours à recréer.

La question, en effet, reste d'actualité en dépit de ces avancées : preuve en est le faible taux de contraception pour de nombreuses femmes, et surtout dans les pays émergents, l'interdiction de l'avortement et de la contraception par l'Église catholique et dans de nombreux pays par exemple, la menace de suppression du droit à l'avortement aux États-Unis, l'absence de pratiques contraceptives et d'avortements dans de nombreux pays émergents au nom du maintien des règles patriarcales, des traditions religieuses obscurantistes et en l'absence de démocratie. La question de l'avortement

reste donc un symptôme qui permet de mesurer le degré de liberté des femmes, mais aussi leurs poids dans les décisions qui concernent leur corps et leur vie. En ce sens elle implique de tou-te-s une vigilance sans relâche.

BIBLIOGRAPHIE

- Ch. FOURIER (Simone Debout), *Le Nouveau monde amoureux*, Paris, Anthropo, 1967.
Ch. P. GILMAN, *Herland*, Signet Classic, 1992.
Ch. HILL, *The World Upside Down. Radical Ideas during the English Revolution*, Penguin Books, 1972.
« Manifeste des 343 », *Le Nouvel Observateur*, 5 avril 1971.

CONCLUSION

Virginie Vinel

Tirer des conclusions de l'ensemble de ces textes dont les terrains, les cadres théoriques et les méthodes sont hétérogènes paraît trop ambitieux. Il s'agit plutôt ici de proposer quelques idées suscitées par leur relecture.

Force est de constater, tout d'abord, la réelle disproportion de traitement du féminin et du masculin dans les discours et les programmes de santé. Là où le masculin reste invisible, le féminin est pléthorique. Ainsi, l'identité féminine est rapportée à son corps, à sa fragilité et à sa morbidité. L'état de santé féminin existe dans des périodes restreintes, celle de la maternité, au XVIII^e siècle. Le féminin est ainsi relié à son rôle procréateur, pour l'espèce et pour la Nation. La fin de la procréation apparaît comme un état dangereux. La ménopause, au tournant du XIX^e siècle, est un bouleversement du corps, mais aussi de l'identité. La femme passe par un temps de recrudescence de la séduction, puis tombe dans la « destruction ». En parallèle, elle devient davantage elle-même car elle est libérée de la fonction

reproductive, ce qui n'est pas non plus sans danger pour la société. Les représentations des femmes comme mouillées, sales, dépendantes perdurent à travers des paroles, des attitudes ténues, mais bien présentes comme le démontre P. Ténoudji dans son analyse du traitement de l'incontinence urinaire. Les femmes sont du côté de l'absence de maîtrise de soi, le sang ou l'urine sortent d'elles sans qu'elles ne le souhaitent¹. Et lorsque le sang s'arrête, c'est tout leur être qui en est transformé. Le corps féminin demeure donc, dans les représentations médicales contemporaines, du domaine du pathologique. Le corps masculin, quant à lui, commence à entrer dans le champ du médical comme les discours émergents sur l'andropause le laissent penser. Encore, la technicité camoufle-t-elle la réalité des corps masculins vieillissants. Ainsi, le terme andropause est-il remplacé depuis peu par l'expression « Déficit androgénique lié à l'âge » généralement abrégée sous la forme « DALA », ce qui concourt par son opacité à oblitérer les problèmes de santé des hommes. Il semble que l'on bute sur un tabou fort, celui de l'organe masculin à la fois sexuel et procréateur, pour lequel toute remise en cause est de l'ordre de l'impensable.

Masculin et féminin semblent donc bien séparés dans les discours et les représentations médicales, mais cette réflexion ne saurait s'arrêter là sans rendre compte des dynamiques et des approximations qui caractérisent la distinction des genres. Ainsi, dans les représentations et les pratiques mazatèques, masculin et féminin sont-ils confondus ou com-

¹ F. Héritier dans *Masculin/féminin. La pensée de la différence* (Paris, O. Jacob, 1996) fait de l'opposition entre le sang des femmes « qui coule » et le sang « que les hommes font couler », l'un des points de la différence des deux genres.

plémentaires pour traiter certaines maladies. M. Demanget, suivant Saladin d'Anglure, évoque un « troisième sexe » faisant ainsi part de l'indifférenciation dans les pratiques d'hommes et de femmes qui soignent « l'âme-image » ou exécutent des purifications, et dans les représentations cosmogoniques qui sont associées. On retrouve ce chevauchement des sexes dans les catégories de la ménopause – au XIX^e comme au XXI^e siècle – et de l'andropause. Le cloisonnement des genres n'est donc pas absolu ni dans les catégories étiologiques locales, ni dans les catégories médicales dites scientifiques.

Il n'en reste pas moins que les normes proposées, voire imposées dans les discours et les pratiques rapportées dans cet ouvrage, enserrant les corps, surtout féminins, dans des injonctions qui les contraignent, les modèlent voire les font souffrir. La « bonne » santé féminine est déterminée par la maternité au XVIII^e siècle, la « bonne » ménopause dépend de la conformité à la « nature » féminine de « bonne » épouse et de « bonne » mère au XIX^e siècle ; l'exercice physique, le contrôle du poids et la maîtrise des fluides définit un « bon » vieillissement au XXI^e siècle. La normalisation des modes d'accouchement en France ou au Mexique participe aussi de cette politique des corps de détermination de la santé pour tous et toutes. Les normes sociales imposées aux Mazatèques par les politiques de santé mexicaines, sous couverts d'échanges culturels, produisent des modalités de gestion des événements féminins qui vont à l'encontre de la cosmogonie locale. Elles produisent aussi des bricolages de thérapeutiques, parfois heureux, d'autres fois tragiques. Les programmes de santé développés au Mexique conduisent à une autre cristallisation – question peu traitée dans cet ouvrage – à

savoir la réification des genres en matière de personnel soignant, les femmes étant cloisonnées au domaine de la maternité, alors que les guérisseuses mazatèques « traditionnelles » touchent à un ensemble plus vaste de problèmes de santé.

Toutefois, dans cet univers de normes médicales et de médicalisation des corps, apparaissent des pratiques alternatives, des interstices où se profilent des pratiques décalées par rapport à la norme ou à la loi. Ainsi en étaient-il des avortements clandestins en France avant 1975. Pratiqués au péril de leur vie par les femmes en Europe il y a quelques décennies, et aujourd'hui dans nombre de pays, les avortements clandestins témoignent à la fois de la force de la norme qui oblige physiquement les femmes à se mettre en danger et de la liberté que les individus gardent, malgré tout, face à certaines contraintes impossibles. Totalement légale, et moins risqué est l'émergence d'un accompagnement différent de l'accouchement en France contemporaine, dénommé accompagnement global de la naissance. Des individus, parents et professionnelles, font le choix de ne pas se conformer entièrement à la médicalisation absolue de cette phase de la vie des femmes et des familles.

Les normes médicales s'inscrivent dans un ensemble plus large de normes culturelles et sociales qui prédisposent à générer des états de malaise ou pathologiques. Ainsi, les doubles contraintes culturelles, les écartèlements entre les normes de genre du pays d'accueil et du pays d'origine, les injonctions familiales, conduisent certaines femmes de la première et de la deuxième génération de l'immigration maghrébine, à des pathologies mentales. À travers une étude de cas de patientes, P. Le Vaou montre comment les biographies personnelles sont enserrées dans des obligations liées

à la sexualité, au mariage, à la géographie qui traumatisent ces femmes. La norme patriarcale n'est pas l'apanage des populations immigrées, comme le soulignent L. Mozère et P. Ténoudji. Les femmes incontinentes, dans la société française, sont soumises au silence imposé, au regard méprisant de toute une société y compris des soignants. Elles subissent la double contrainte de l'urgence de ne pas se mouiller et de l'impossibilité d'en parler.

Certains textes proposés ici soulèvent de façon approfondie ou en filigrane la question de l'accompagnement des personnes et du suivi des malades. Émergent alors des positionnements d'hommes et de femmes souvent peu remarquables. De manière classique, on retrouve des femmes entourant d'autres femmes, comme les sœurs des patientes évoquées par P. Le Vaou. Mais, plus largement hommes et femmes trouvent une place dans les événements décrits. Du point de vue des professionnels, tout d'abord, médecins et kinésithérapeutes, femmes et hommes ont des positionnements très semblables sur le suivi de l'incontinence urinaire. Il n'apparaît pas, mais sans doute faudrait-il creuser la question, que l'accompagnement des femmes médecins soient plus compréhensifs que celui des hommes médecins. Du point de vue de l'entourage, on retrouve aussi les hommes et les femmes, même à des places différentes. L. Mozère parle d'amis masculin et féminin pour la soutenir dans son épreuve. Surtout, Marie-Isabel Freiria livre une description de l'événement de la naissance à trois : la parturiente, le père et la sage-femme. Dans cette pratique de l'accompagnement global de la naissance, la femme et l'homme accouchent ensemble, accompagnés de la sage-femme, le père participant pleinement à l'événement depuis la grossesse jusqu'à l'allaitement. Cette pratique fait penser

à la couvade réalisée dans d'autres lieux (Océanie, Madagascar) où le père concourt par les interdits qu'il suit, voire par un mimétisme de l'accouchement en public, à la naissance. On assiste là à un moment assez exceptionnel où hommes et femmes collaborent ensemble, avec leurs compétences professionnel, relationnel, physique, émotionnel à un moment clé de l'existence humaine.

TABLE DES MATIERES

Introduction	
<i>Virginie Vinel</i>	7
Genre, santé, Nation à l'Âge classique	
<i>Elsa Dorlin</i>	17
Les catégories du genre, entre politiques de santé et conceptions vernaculaires (Pays mazatèque, Mexique)	
<i>Magali Demanget</i>	49
« Habillée de temps ». La femme à l'âge critique dans le discours médical au tournant du XIX ^e siècle	
<i>Nicoletta Diasio</i>	101
Histoires de femmes issues de l'immigration maghrébine. Perspectives ethnopsychanalytiques	

<i>Pascal Le Vaou</i>	131
Silence et incontinence urinaire	
<i>Patrick Ténoudji</i>	167
Andropause et ménopause : une comparaison des images de la vulgarisation médicale	
<i>Virginie Vinel</i>	201
L'accompagnement global : histoires d'entre-deux. Femmes et hommes autour de la naissance	
<i>Marie-Isabel Freiria</i>	225
Cela s'appelait avorter. Témoignage	
<i>Liane Mozère</i>	263
Conclusion	
<i>Virginie Vinel</i>	273

