

## Que dire du corps des femmes ? Perspectives féministes sur les discours médicaux (XIX<sup>e</sup>-XXI<sup>e</sup> siècles)

Muriel Salle<sup>1</sup>

PARITÉ EN SANTÉ: la recherche scientifique et la médecine ne peuvent plus ignorer les différences biologiques entre les sexes. Les hommes et les femmes ne sont pas égaux devant la maladie et doivent donc être traités différemment. Plusieurs pays européens ont déjà adapté en conséquence leur recherche scientifique et leurs stratégies thérapeutiques, prenant ainsi au moins dix ans d'avance par rapport à la France, où sous prétexte de parité, on évite de reconnaître les différences entre les hommes et les femmes, au mépris des évidences scientifiques et de l'intérêt même de la santé des femmes... et des hommes. La primauté donnée au genre sur les réalités du sexe risque de créer une injustice de plus, dont il est du devoir des scientifiques et des médecins de prendre conscience pour alerter et agir (Communiqué de presse de l'Académie de médecine, juin 2016).

En juin 2016, l'Académie de médecine, publiant un communiqué de presse improprement intitulé «Parité en santé», remettait au goût du jour une problématique centrale des discours médicaux contemporains: la spécificité physiologique comme pathologique du corps des femmes. Ces quelques lignes, symptomatiques d'une méconnaissance de l'histoire de la médecine et du rôle du féminisme dans la critique des savoirs médicaux, contenaient aussi une série de contresens quant aux concepts mis en avant, notamment celui de «genre». Le fait pourrait sembler anecdotique s'il ne s'inscrivait dans un contexte bien particulier. En effet, outre la politisation des questions sexuelles à laquelle on assiste depuis la fin des années 1990 (Fassin & Fabre

---

[1] Muriel Salle est historienne et maîtresse de conférences à l'Université Claude Bernard Lyon 1-ESPE de Lyon. Elle y forme des enseignants et des soignants aux questions de genre en éducation et en santé.

2005, Fassin 2009), le concept de « genre » a surgi sur la scène médiatique et dans le débat public au début des années 2000 et, après avoir été brièvement considéré comme « politiquement correct » par un certain nombre de chercheurs (Parini 2010), semble désormais systématiquement suspect et d'un usage presque impossible. Partant de cet événement, je me propose ici de montrer comment, au XIX<sup>e</sup> siècle, les discours médicaux construisent activement le corps des femmes comme essentiellement différent et pathologique, puis comment la critique féministe des savoirs scientifiques questionne cette perspective. Enfin, je montrerai quel intérêt il peut y avoir, par-delà les polémiques stériles, à utiliser conjointement les deux concepts de « sexe » et de « genre » dans le domaine médical, en matière de recherche comme en matière de soin.

A partir du XIX<sup>e</sup> siècle, les progrès scientifiques et techniques permettent à la médecine d'acquérir une efficacité sans précédent historique. En même temps que progressent savoirs cliniques et techniques thérapeutiques, les médecins acquièrent un rôle, un statut social et un pouvoir nouveaux. Le discours médical élaboré dans ce contexte est fondateur de la « naturalisation de la femme » (Edelman 2003), qui consiste dans l'attribution exclusive des spécificités observées chez les femmes à des facteurs supposés naturels. Ce faisant, ces professionnels de santé élaborent les catégories masculin/féminin comme des catégories naturelles, immuables et éternelles.

Sur le plan politique, les conséquences d'une telle démarche sont évidentes et immédiates. Depuis la Révolution française, l'idée que la citoyenneté se fonde sur le principe du droit naturel s'est imposée. Ainsi que le proclame la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1791, « les hommes naissent [...] libres et égaux en droit ». C'est sur ce même principe que repose la revendication d'égalité civile et civique entre femmes et hommes qu'Olympe de Gouges, parmi d'autres, réclame au même moment. « La Femme naît et demeure égale à l'Homme en droits » écrit-elle ainsi dans sa Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne. Puisque c'est sur l'invocation du droit *naturel* que se fondent ces premières revendications féministes, c'est par l'invocation d'une *nature* spécifique des femmes qu'il faut y répondre et les contrer. La naturalisation des femmes constitue dès le socle d'un dispositif hiérarchique sur lequel s'élabore la démocratie représentative (Riot-Sarcey 2005) : il convient d'assurer la distinction entre les individus nés libres et les femmes, « naturellement » assujetties.

Sur le plan scientifique, les discours médicaux qui s'élaborent alors participent activement de cette entreprise, construisant un corps féminin essentiellement pathologique. En 1896, le docteur Lourbet conclut ainsi, sans appel : « Les récentes découvertes psycho-physiologiques et biologiques auraient démontré l'incurable faiblesse de la femme » (Lourbet 1896, p. V). L'idée selon laquelle le sexe féminin est un sexe faible n'est pas nouvelle, et s'enracine dès le XVIII<sup>e</sup> siècle dans la pensée médicale. La consultation d'un dictionnaire de médecine au XIX<sup>e</sup> siècle est à ce titre édifiante. Ainsi le *Dictionnaire usuel des sciences médicales* édité par Panckoucke, un ouvrage de vulgarisation de très haut niveau auquel ont participé toutes les sommités du temps et dont le docteur Dechambre indique qu'il « renferme l'image la plus complète de la science médicale » (Dechambre 1874-1889, p. II), consacre plus de 250 pages à l'article « Femme », contre une trentaine seulement pour l'article « Homme ». On ne saurait mieux dire quel est le sexe qui pose problème et mérite les plus longs développements. Dans ce même ouvrage, la rubrique « maladies de femmes » compte pas moins de 107 pages et n'a pas d'équivalent masculin. Les femmes partagent quasiment tous les maux des hommes, mais sont de surcroît assujetties à d'autres qui leurs sont propres. « De l'homme ou de la femme, le vrai sujet de nombre de préoccupations scientifiques c'est "la femme" » (Gardey & Löwy 2000). L'abondance du discours médical sur les femmes – leurs humeurs (entendues au sens hippocratique du terme), leurs capacités et leurs plus nombreuses incapacités, leurs faiblesses physiologiques, leur destinée biologique et leur fonction sociale – les consacre comme d'« éternelles malades », pour reprendre l'expression de Jules Michelet. Évidemment, cela n'a pas que des conséquences négatives. C'est ainsi que le XIX<sup>e</sup> siècle, grand moment pour la pathologisation du sexe féminin, est aussi le siècle qui voit l'invention de la gynécologie. Mais il faut compter aussi avec une résignation, une passivité, dont les médecins sont également responsables. N'ont-ils pas démontré, à l'époque des Lumières, que la fragilité et la souffrance étaient le lot du sexe faible, un sexe tout entier soumis à la Nature ? N'ont-ils pas consacré l'existence d'une Nature féminine, là encore sans équivalent masculin ? « Une femme est un être que la nature fait toujours marcher à côté d'un précipice prêt à l'engloutir » pour le docteur Chambon de Montaux (1792, p. 93). Cette Nature féminine est à la fois la cause et la conséquence des pathologies féminines, une grille de lecture des maladies des femmes en même temps qu'un cadre auquel ces dernières se voient perpétuellement renvoyées, assignées.

Les femmes sont aussi «à la fois la différence et le sexe, le tout du sexe, le Sexe». Dans les écrits médicaux, l'évocation de l'homme ne passe pas nécessairement par une caractérisation sexuée de son être. «Homme» peut s'entendre au sein générique de «genre humain», mais même quand il s'agit de parler d'individus mâles la sexualisation de leur organisme apparaît moins prégnante que pour les femmes. Alors que l'on peut dire avec le docteur Roussel que *tota mulier in utero*, la femme est tout entière soumise aux caprices de son sexe, on n'observe rien de semblable chez l'homme. Chez la femme «l'essence du sexe ne se borne pas à un seul organe mais s'étend par des nuances plus ou moins sensibles, à toutes les parties; de sorte que la femme n'est pas femme seulement par un endroit, mais par toutes les faces par lesquelles elle peut être envisagée» (Roussel 1775, p. 143). La Nature s'impose à elle toute entière et tous les efforts de la civilisation n'y peuvent pas grand-chose puisque de toute façon, les femmes «se tiennent plus près de leur nature que nous de la nôtre, la civilisation semble fortifier leurs penchants tandis qu'elle tend à diminuer les nôtres» (Virey 1816, p. 567). Ce diagnostic du docteur Virey est sans appel. «Chassez le naturel, il revient au galop»: voilà un axiome qui semble avoir été pensé pour les femmes. Non seulement l'ensemble des discours médicaux et scientifiques insistent sur les spécificités de l'anatomie et de la physiologie féminine, mais plus encore, la femme est définie par son sexe. Le sexe féminin est partout dans la femme et la femme est tout entière comprise dans son sexe. La partie domine le tout. La femme est son utérus et à la différence de l'homme, son sexe pèse sur toute l'économie de son corps. «Tout individu femelle est uniquement créé pour la propagation; ses organes sexuels sont la racine et la base de toute sa structure: *mulier propter uterum condita est*; tout émane de ce foyer de l'organisation, tout y conspire dans elle. Le principe de sa vie qui réside dans ses organes utérins, influe sur tout le reste de son économie vivante» (*ibid.*). L'homme, en revanche, n'est pas son sexe qui est «plus extérieur ou plus excentrique dans la génération» et n'influe donc pas sur son être. La nature n'assujettit pas l'homme à son pénis. Du reste, «l'homme étant principalement créé pour l'exercice de la pensée et de l'industrie» (*ibid.*, p. 568), il est affranchi de la nature. Ainsi, «les sexes ne diffèrent pas seulement entre eux par des organes destinés à la génération mais encore par toutes les parties de chaque individu» (*ibid.*, p. 569). Ce modèle de la différence des sexes incommensurable, dans lequel les organes génitaux des hommes et des femmes sont représentés, pensés et décrits

comme dissemblables, non seulement par leur anatomie mais surtout par leur physiologie, n'existe donc pas de toute éternité, ainsi que l'a montré Thomas Laqueur. Il fut un temps où la distinction des sexes se pensait moins sur le mode de la différence que sur celui de l'équivalence. Ainsi, pendant des siècles, on considère que les femmes et les hommes ont les mêmes organes génitaux, les unes les portant à l'intérieur du corps, les autres à l'extérieur. Cette représentation induisait déjà un classement hiérarchique dans lequel la femme était un homme imparfait. Mais dès lors que la différence entre hommes et femmes est considérée comme incommensurable, en même temps que les femmes se trouvent assujetties à la fois à leur sexe et à la Nature, l'anatomie devient un destin. La différence des corps se trouve consacrée comme l'origine de la différence des rôles sociaux et des statuts politiques des unes et des autres.

Les mouvements féministes ont précocement construit une analyse critique de ces savoirs médicaux, et de la science de manière générale. Pour la philosophe américaine Sandra Harding (1991), de même que l'avènement de la démocratie moderne consécutivement à la Révolution française passe par l'exclusion des femmes, de même la naissance de la science moderne nécessite « la domination d'un monde féminin et l'exclusion des femmes ». A partir des années 1970, les critiques énoncées par des mouvements militants et par des universitaires à l'encontre du savoir scientifique permettent la formation des théories des « savoirs situés ». Il s'agit de souligner que les savoirs scientifiques, prétendument neutres et objectifs, expriment en fait le point de vue masculin, blanc et hétérocentré à partir duquel ils sont majoritairement produits. Reprenant à leur compte l'injonction de Virginia Woolf dans *Une chambre à soi* (1929) : « *Think we must!* », ces intellectuelles féministes mettent en évidence les conditions matérielles de production des savoirs et l'exclusion persistante des femmes hors de l'arène scientifique, du moins comme sujet pensant. Le principe d'objectivité des scientifiques, conçu comme distanciation et neutralité, est questionné, science et politique se trouvant considérées comme des processus interdépendants. Les savoirs, leurs modalités de productions, les rapports dans lesquels ils s'inscrivent et qu'ils contribuent à transformer sont systématiquement interrogés (Puig de la Bellacasa 2013). Cette critique, qui se déploie principalement dans les pays anglo-saxons, passe par une politisation assumée des sciences et par la proposition du *standpoint feminism* (féminisme du positionnement). Il s'agit en premier lieu d'élaborer une critique des

savoirs établis, de leur contribution historique à la construction des femmes comme catégorie, et de leur rôle dans leur discrimination. La publication de l'ouvrage de Barbara Ehrenreich et Deirdre English consacré à la construction par les médecins d'une pensée sexiste et classiste sur le corps des femmes en 1973 en est emblématique. En outre, la critique féministe des sciences veut revaloriser les savoirs des femmes. C'est de cette mouvance que participe notamment la publication par un collectif de femmes de Boston de *Our Bodies Ourselves* en 1969, traduit et adapté en français en 1977 sous le titre *Notre corps nous-mêmes* (Zancarini-Fournel 2004). Enfin, on cherche à produire des théories pour comprendre, analyser et transformer l'existence des femmes. A la fin des années 1980, ces initiatives militantes conduisent à l'émergence des *feminist science studies* (Harding 1986, 1991, Haraway 1991, Hills Collins 1990), un courant de critique des sciences et d'épistémologie féministe qui porte principalement sur la question de la place des femmes dans les sciences, sur l'analyse des contenus des sciences et sur la critique des critères de scientificité. Il s'agit de promouvoir l'adoption d'une posture réflexive chez les scientifiques, afin que chacun e mesure l'impact de son expérience individuelle (en tant qu'individu historiquement, socialement et politiquement situé) sur sa production scientifique. Loin d'un relativisme radical et stérilisant, le principe du « positionnement » doit permettre de produire des savoirs plus vrais et de rendre visibles certains sujets, savoirs ou personnalités scientifiques négligés par la production dominante.

Biologie et médecine constituent un champ de la recherche scientifique dont le renouvellement, au prisme du principe du « positionnement » peut être particulièrement fécond. Ces disciplines jouent en effet, on l'a montré, un rôle historique dans la justification de l'oppression des femmes et, plus largement, dans le processus de sexualisation (Löwy 2006), l'ensemble des mécanismes de socialisation hiérarchisants et binarisants dont le principal vecteur est le traitement différencié et inégalitaire des corps des femmes et des hommes. Adopter la perspective proposée par l'épistémologie féministe ça n'est donc pas, loin s'en faut, nier l'existence de la différence des sexes, mais c'est plaider pour sa réévaluation à deux niveaux au moins. D'abord, il faut prendre la mesure des similitudes qui existent, au plan anatomique comme au plan physiologique, entre hommes et femmes. A titre d'exemple, la découverte de l'ovulation en 1820 permet de souligner que les appareils reproducteurs mâles et femelles fonctionnent différemment, mais la mise en évidence de la fonction glycogénique du

foie en 1857, commune aux hommes et aux femmes, permet de contester l'idée que cette différence sexuée se retrouve à tous les niveaux. Ensuite, il ne faut pas surévaluer la dimension sexuée des différences. Il n'est pas toujours pertinent d'imputer les dissemblances constatées entre patient·es à la dimension sexuée de leurs corps.

Une réflexion sur les prothèses de genou permet de le montrer de manière tout à fait éclairante (Schiebinger 2011a). La question de départ est la suivante : le genou a-t-il un sexe ? Cette interrogation est justifiée par l'apparition sur le marché, dans les années 1990, d'implants différenciés selon que le patient est un homme ou une femme. Précédemment les prothèses de genou étaient unisexes, élaborées sur la base de l'observation de genoux masculins et de genoux féminins. L'arthroplastie complète du genou est une procédure classique, et les femmes sont majoritaires parmi les opérés (66 %), alors qu'elles sont comparativement sous-représentées dans les études ayant permis d'élaborer les prothèses unisexes. Les prothèses unisexes ne sont cependant pas standards : les chirurgiens ont à leur disposition des implants de tailles et de formes variées, propres à s'adapter au mieux aux spécificités anatomiques de leurs patient·e-s. Il convient toutefois de se demander si la diversité anatomique constatée chez les patient·es ayant besoin d'une arthroplastie complète du genou s'explique exclusivement par le sexe de l'opéré·e. La taille et le poids interviennent de manière significative, et sont seulement pour partie corrélés au sexe. On relève entre outre que la plupart des prothèses de genou approuvées par la *Food and Drug Administration*, l'administration américaine qui délivre les autorisations de mise sur le marché des produits pharmaceutiques<sup>2</sup>, sont produites sur la base d'études anatomique menées sur des individus de race caucasienne. Cela peut-il être problématique ? Les autres groupes ethniques présentent-ils des spécificités biologiques ou des comportements culturels qui doivent être pris en considération dans la conception des prothèses de genou ? La pose de prothèses différenciées selon l'appartenance ethnique des patients donnerait-elle des résultats cliniques plus satisfaisants ? Si la réponse à cette dernière question semble positive, c'est pour des raisons culturelles plutôt que biologiques : la morphologie du genou est bien sûr affectée par des pratiques spécifiques qui sollicitent particulièrement cette articulation, notamment l'habitude de s'accroupir

[2] En France, cette autorisation est délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). En Suisse, cela relève des fonctions de Swissmedic.

à même le sol ou de s'asseoir jambes croisées, plus répandue en Orient que dans les pays occidentaux. De même, les habitus corporels féminins et masculins diffèrent considérablement, notamment en raison des rôles sociaux distincts remplis par les femmes et par les hommes, ce qui explique pour partie les différences anatomiques constatées au niveau du genou entre les deux groupes de sexe. Il importe donc de dissocier les conséquences anatomiques de l'appartenance à un groupe de sexe, ou à un groupe ethnique (véritablement « naturelles ») des configurations anatomiques qui sont à mettre sur le compte du statut socio-économique du patient et de son environnement physique ou culturel (à proprement parler plutôt « culturelles »). La différence des sexes ne suffit pas à expliquer les différences anatomiques constatées d'une patiente à l'autre. D'autres variables doivent être prises en compte : la taille, l'âge, la morphologie générale du patient, le diagnostic, la mobilité pré-opératoire du genou, mais également l'appartenance ethnique des sujets, etc. On montre ainsi efficacement d'une part que le corps n'est pas strictement sexué dans chacun de ses organes ou fonctions et, d'autre part, que loin de n'être qu'un donné biologique il est également le résultat d'une construction sociale dans laquelle le sexe du/de la patiente n'est qu'un facteur explicatif parmi d'autres.

Non seulement il n'est pas toujours pertinent d'imputer les différences constatées entre patientes à la dimension sexuée de leurs corps, mais l'appréhension systématiquement sexuée des problématiques de santé peut parfois empêcher une prise en charge thérapeutique satisfaisante des malades, voire conduire à des erreurs de diagnostic préjudiciables à la santé des femmes comme à celle des hommes. On peut le montrer efficacement grâce à l'exemple des maladies cardiovasculaires, traditionnellement considérées comme masculines, d'une part ; et à celui de l'ostéoporose, au contraire cataloguée comme féminine d'autre part. Si les maladies cardiovasculaires (Schiebinger 2011b) sont considérées comme des pathologies masculines, c'est principalement du fait que les cas d'infarctus se manifestent plus précocement chez les hommes que chez les femmes (environ une dizaine d'années plus tôt). Pourtant, c'est aussi une importante cause de mortalité pour les femmes américaines et européennes, et pas seulement en raison de l'augmentation du tabagisme chez les femmes. La plupart des facteurs de risque s'appliquent aux hommes comme aux femmes (âge avancé, hypertension artérielle, glycémie élevée, diabète, tabagisme, obésité, inactivité physique, régime trop riche, etc.) et sont le résultat d'une évolution générale des modes de vie. Il s'avère pourtant que les



patientes sont sous-diagnostiquées, car elles ne rentrent pas dans le cadre des normes de définition et de compréhension de la maladie, lesquelles ont été principalement établies sur la base d'études cliniques menées sur des hommes malades. Les maladies cardiovasculaires se déclinent différemment chez les hommes et chez les femmes (obstruction de l'artère coronaire chez l'homme/rétrécissement de ces vaisseaux chez la femme), ces dernières manifestant en outre davantage de symptômes atypiques (douleurs à la mâchoire ou nausées) alors que chez les hommes le symptôme majeur consiste dans la classique douleur thoracique. Il existe donc une symptomatologie différenciée selon le sexe du patient. Le savoir permet évidemment d'améliorer sa capacité de diagnostic, et évite de poser, trop vite, un diagnostic d'anxiété sur des troubles évoquant un infarctus (douleurs thoraciques ou difficultés respiratoires), ce à quoi les médecins sont d'autant plus enclins que le patient est une patiente, « naturellement » supposée plus vulnérable à des troubles psychogéniques qu'à une pathologie cardiovasculaire. Cela permet d'adapter son approche diagnostique et thérapeutique afin qu'il ne soit plus possible d'affirmer qu'il existe « un écart troublant [demeure] dans la connaissance et la compréhension des maladies cardiovasculaires chez les femmes » (European Society of Cardiology 2011).

L'exemple de l'ostéoporose permet de faire la même démonstration, appliquée cette fois-ci aux hommes (Schiebinger 2011c). Nombreuses sont les pathologies pour lesquelles le médecin dispose d'un modèle de référence qui a été établi en considérant les hommes, les patients de sexe masculin, comme la norme. Le plus souvent les femmes sont considérées comme des écarts par rapport à cette norme. Mais dans le cas de l'ostéoporose on se trouve dans la situation inverse : les modèles diagnostiques, notamment la densité minérale osseuse normale, ont été établis sur la base d'études impliquant principalement des femmes jeunes (20-29 ans) et blanches, et les critères d'identification du risque d'ostéoporose chez les hommes restent encore mal établis. L'ostéoporose est initialement considérée comme une maladie de femme ménopausée. Cette idée a façonné la pratique médicale : son dépistage, son diagnostic et son traitement s'en trouvent durablement influencés. Il est vrai que l'ostéoporose se manifeste plus précocement chez les femmes (une dizaine d'années plus tôt). Mais cette idée persistante explique que l'ostéoporose chez les hommes ait été substantiellement sous-diagnostiquée, sous-traitée et sous-déclarée. C'est d'autant plus problématique que, bien que les femmes présentent un risque de

fracture accru avec l'âge, les conséquences de ces fractures sont plus graves pour les hommes. On a longtemps considéré une faible densité minérale osseuse comme l'élément prédicteur par excellence du risque de fracture. On sait aujourd'hui que les seuils de fragilité varient d'une population à l'autre : un homme présente une fragilité osseuse accrue à un niveau de densité osseuse moins bas qu'une femme, or il faut attendre 1997 pour que des critères diagnostiques de la maladie soient établis pour les patients. Enfin, il faut souligner que les traitements pharmaceutiques mis en œuvre dans les cas d'ostéoporose n'ont été testés que très récemment chez les patients (étude de 2007) alors que leurs effets sur les patientes sont connus depuis déjà deux décennies. L'ostéoporose a donc été complètement redéfinie comme une maladie affectant tant les femmes que les hommes. Cette prise de conscience a conduit à une meilleure appréhension des risques pour les populations de l'un et l'autre sexe.

Ces exemples permettent de souligner qu'il est, bien sûr, essentiel que la population de référence sur la base de laquelle s'établissent les critères diagnostiques d'une maladie soit conforme dans son profil à celui des patientes, et que soient donc pris en considération les critères du sexe, mais aussi du groupe ethnique<sup>3</sup> ou encore du mode de vie<sup>4</sup>. Bref, cela plaide pour une approche intersectionnelle des problématiques de santé, dans laquelle le sexe du/de la patiente est considéré à sa juste place, et parmi d'autres critères, notamment articulé à son origine sociale ou ethnique.

Au terme de cet exposé on mesure l'intérêt de l'usage croisé des concepts de « sexe » et de « genre » en matière de biologie et de médecine. Le « sexe », du latin *secare* (séparer), permet de distinguer des groupes d'individus qui ont besoin les uns des autres pour se reproduire dans le cadre de la reproduction sexuée. Le sexe est corrélé à un ensemble de facteurs biologiques – les différences génétiques, mais aussi l'exposition hormonale prénatale, puis les fonctionnements hormonaux différents des corps adultes, qui contribuent à l'apparition et à l'entretien de différences dans le corps et dans la santé des hommes et des femmes. La diversité et la complexité de ces facteurs doit être soulignée car si, « pour le sens commun, la différence entre

[3] Dans le cas de l'ostéoporose, on sait ainsi que les femmes non blanches présentent un moindre risque de fracture que les femmes blanches à âge égal.

[4] Pour l'ostéoporose comme pour les maladies cardiovasculaires, l'alimentation et l'activité physique semblent jouer un rôle protecteur efficace.

un homme et une femme s'impose comme une évidence [...] cette évidence demeure cependant une énigme quand on entreprend de rendre compte des critères historiques successifs de définition du masculin et du féminin» (Gardey 2006). Aujourd'hui encore, les scientifiques sont à la recherche du lieu de la différence, de ce qui fait la différence incontestable entre hommes et femmes (Gardey & Löwy 2000) et la binarité des sexes fait l'objet de discussions scientifiques sérieuses (Fausto-Sterling 1992, 1993, 2002, 2012). On voit par là que l'opération de catégorisation hommes/femmes n'est jamais une question simple, ni une simple question de biologie, et que la biologie, comme toutes les sciences d'ailleurs, n'est pas socialement neutre. Quant au «genre», si décrié par l'Académie de médecine, c'est un concept qui renvoie à des caractéristiques socialement construites des hommes et des femmes, «à la dimension culturelle de la sexuation du monde à laquelle correspondent les termes français de masculin et féminin» (Daune-Richard 2001). Il fait référence plus directement à cet «ensemble de règles implicites et explicites régissant les relations femmes/hommes et leur attribuant des travaux, des valeurs, des responsabilités et des obligations distinctes» (Commission européenne 1998). Appliqué au domaine médical, le concept de «genre» permet de montrer comment hommes et femmes ne sont pas également vulnérables à la maladie pour des raisons qui dépassent le strict domaine du biologique, comment leurs comportements diffèrent lorsqu'ils/elles sont malades, et de souligner qu'ils/elles ne sont pas semblablement pris en charge par les professionnels de santé (Lorber 1997). L'enjeu, tant scientifique que politique, de la distinction sexe/genre est donc clair: il s'agit de montrer que la notion de sexe n'est pas aussi explicative qu'on l'a prétendu et de démontrer la validité d'une approche des questions de santé en termes de rapports sociaux de sexe plutôt qu'en termes d'une présumée «nature» (Hurtig *et al.* 1991).

On voit par là que l'appréhension des questions de santé et de médecine en termes de «sexe» ou en termes de «genre» diffère considérablement. On ne peut se contenter d'une approche exclusivement biologique, en termes de «sexe», pas plus qu'on ne saurait se satisfaire d'une réflexion purement sociologique, en termes de «genre». On ne peut pas non plus se contenter d'une conception de la différence des sexes reposant sur une simple bicatégorisation sous-tendue par la double idée de complémentarité (l'homme est l'Un, la femme est l'Autre) et de hiérarchie opposant un sexe fort à un sexe faible. Les travaux des biologistes comme des sociologues montrent en effet clai-

rement que, si les membres de l'un des deux groupes de sexe étaient effectivement de santé plus précaire et plus vulnérables à la maladie que ceux de l'autre groupe, ils présenteraient des taux de morbidité<sup>5</sup> et de mortalité<sup>6</sup> nettement plus défavorables que ceux du sexe opposé, or ce n'est pas le cas. Introduire en biologie et en médecine une réflexion poussée et conjointe en termes de sexe et de genre permettrait de mieux comprendre et de mieux soigner l'ensemble des malades. À ce titre, si le féminisme change la recherche biomédicale (Löwy 2005), c'est bien pour le bénéfice de toutes et tous.

### Bibliographie

- Chambon de Montaux N. (1792), « Constitution des femmes (pathologies médicales) », *Encyclopédie méthodique*, Panckoucke, vol. 144.
- Commission européenne (1998), *100 mots pour l'égalité*.
- Daune-Richard A.-M. (2001), « Hommes et femmes devant le travail et l'emploi », in T. BLÖSS (dir.), *La Dialectique des rapports hommes-femmes*, PUF, p. 127-150.
- Dechambre A. (1847-1889), Préface au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Masson.
- Edelman N. (2003), « Discours médical et construction des catégories homme/femme, masculin/féminin », *Sens public. Revue internationale* 6.
- Ehrenreich B. & English D. (2016), *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes* [1973], Cambourakis.
- European Society of Cardiology (ESC) (2011), *Women at Heart: Scientific Material*, escardio.org.
- Fabre C. & Fassin E. (2005), *Liberté, égalité, sexualités. Actualité politique des questions sexuelles*, Armand Colin.
- Fassin E. (2009), *Le Sexe politique. Genre et sexualité au miroir transatlantique*, Éditions de l'EHESS.
- Fausto-Sterling A. (1993), « The Five Sexes: Why Male and Female Are Not Enough », *The Sciences*, p. 20-24.
- Fausto-Sterling A. (2000), « The Five Sexes, Revisited », *Sciences* 40(4), p. 18-23.
- Fausto-Sterling A. (2012), *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science* [2000], La Découverte.
- Gardey D. (2006), « Les sciences et la construction des identités sexuées. Une revue critique », *Annales. Histoire, Sciences sociales* 3, 61<sup>e</sup> année, p. 649-673.

[5] En épidémiologie, la morbidité correspond au nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné, en général une année, dans une population. L'incidence (nouveaux cas) ou la prévalence (la somme de tous les cas) sont deux façons d'exprimer la morbidité d'une maladie.

[6] La mortalité correspond au nombre de décès rapportés dans une population pour un temps donné.

- Gardey D. & Löwy I. (2000), *L'Invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Éditions des Archives contemporaines.
- Haraway D. (1991), *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*, Routledge.
- Harding S. (1986), *The Science Question in Feminism*, Cornell University Press.
- Harding S. (1991), *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*, Cornell University Press.
- Hills Collins P. (1990), *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*, Routledge.
- Hurtig M.-C., Kail M. & Rouch H. (1991), *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*, CNRS éditions.
- Laqueur T. (1993), *La Fabrique du sexe* [1990], Gallimard.
- Lorber J. (1997), *Gender and the Social Construction of Illness*, Sage Publications.
- Lourbet J. (1896), *La Femme devant la science contemporaine*, Alcan.
- Löwy I. (2005), «Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale? Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis», *Travail, genre et sociétés* 2, p. 89-108.
- Parini L. (2010), «Le concept de genre: constitution d'un champ d'analyse, controverses épistémologiques, linguistiques et politiques», *Socio-logos* 5, p. 1-11.
- Puig de la Bellacasa M. (2013), *Politiques féministes et construction des savoirs. «Penser nous devons»*, L'Harmattan.
- Riot-Sarcey M. (2003), «L'impossible sujet de l'histoire ou l'utopie du paria», *Tumultes* 2 (21-22), p. 57-67.
- Roussel P. (1775), *Système physique et moral de la femme ou Tableau philosophique de la constitution, de l'état organique, du tempérament, des mœurs, & des fonctions propres au sexe*, Vincent.
- Schiebinger L., (2011a), «De-gendering the knee: Overemphasizing Sex Differences as a Problem», *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, and Engineering*.
- Schiebinger L. (2011b), «Heart Disease in Women: Formulating Research Questions», *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, and Engineering*.
- Schiebinger L. (2011c), «Osteoporosis Research in Men: Rethinking Standards and Reference Models», *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, and Engineering*.
- Virey L. (1816), Article «Femme», *Dictionnaire usuel des sciences médicales une société de médecins et de chirurgiens*, vol. 15, Panckoucke.
- Zancarini-Fournel M. (2004), «Notre corps nous-mêmes», in E. Gubin et al. (dir.), *Le Siècle des féminismes*, Les Éditions de l'Atelier, p. 209-220.