

Panel n°6

« Normaliser les corps, contraindre le genre »

11h30-13h00 – Vendredi 16 octobre 2020

Interventions

De la beauté, bon gré mal gré ! Le cas des salles de remise en forme démixées.

Cindy LOUCHET, Doctorante en sociologie, Centre Max Weber, Université de Lyon 2.

Gouverner les corps sexués : la prise en charge médicale et parentale des variations du développement sexuel des enfants.

Gaëlle LARRIEU, Doctorante en Sociologie, OSC, Institut d'Études Politiques de Paris,

Le corps sein. Politiques de santé publique et vécus des femmes atteintes d'un cancer.

Sinem GUNES, Doctorante en Philosophie des sciences, IHRIM, ENS de Lyon.

Modération

Christine DETREZ, Maitresse de conférences, CMW, ENS de Lyon.

Marine DUARTE-SILVA, Post-Doctorante en socio-histoire, LEGS, Université Paris 8.

De la beauté, bon gré mal gré ! Le cas des salles de remise en forme démixées.

Louchet Cindy

Doctorante en Sociologie, Centre Max Weber, Université Lyon 2 & Unité de recherche pluridisciplinaire sport santé société (URePSSS), Université de Lille.

Perçu comme « malléable, modifiable, transformable, à la hauteur de la ferme prise que l'individu peut avoir sur lui » (Darmon, 2006, 444), le corps est devenu un capital à part entière que tout à chacun peut développer s'il s'en donne les moyens (1), par le biais de soins de beauté et de santé, de cures amaigrissantes mais aussi des activités physiques et/ou sportives (Meidani, 2007). En tant que lieu privilégié de l'entretien corporel, les centres de remise en forme sont des acteurs de premier plan en la matière et en ont fait leur principal fonds de commerce. Les salles de fitness strictement réservées aux femmes, qui se sont développées et multipliées ces quinze dernières années, n'échappent pas à la règle.

Pourtant, elles se démarquent de leurs concurrents mixtes au moyen de procédures 1) de « mise en chiffre de soi » (Pharabod, Nikolski, Granjon, 2013, 97) - impliquant leurs clientes dans un vaste processus de mensuration, de catégorisation et de hiérarchisation des corps - 2) de parcellisation, planification et de quantification de l'effort en train de se faire - les astreignant à une constante et nécessaire performativité, 3) de surveillance, de contrôle par les représentant.e.s de ces institutions sportives, 4) de sanction privée et publique des « meilleurs » résultats. Autant de dispositifs permettant, selon leurs dires, d'accompagner leur clientèle dans leur objectif de perte de poids.

C'est sur ces derniers que nous nous proposons de revenir dans cette contribution, en nous appuyant tout d'abord sur une étude de leurs supports publicitaires visuels comme textuels (n=3 235), puis sur des observations (non participantes au sein de huit structures (350h) et enfin sur des entretiens semi-directifs menés auprès des gérant.e.s et encadrant.e.s (n=42) ainsi que des clientes (n=27).

Dans les faits, les centres de remise en forme interdits aux hommes diffusent donc l'idée d'un corps qu'il faut peser, mesurer, morceler, travailler, classer pour tendre vers l'idéal corporel. Plus que diffuser l'idée, ils la mettent en acte en participant à la conscientisation individuelle des corps, à son évaluation au prisme des normes dominantes en matière de beauté. Car tout est mis en œuvre pour amener les femmes à tendre vers la minceur, à la fonte de la masse grasseuse, ou encore à l'augmentation de la masse musculaire sans qu'aucune forme de résistance ne soit observée. Tout se passe comme si le processus de contrôle des corps allait de soi, comme si la fin justifiait les moyens. Ces pratiques peu répandues, pour ne pas dire rares, sur le « marché de la forme » (Mischler et Pichot, 2005, 249) français peuvent être interprétées comme une forme de « gouvernementalité » et confirment que le corps demeure le lieu d'imposition privilégié de normes corporelles de genre, un corps soumis à « des contraintes, des interdits ou des obligations » (Foucault, 1975, 161).

Notes :

(1) Tel est le message sous-jacent dans les campagnes de prévention sanitaire diligentées par les pouvoirs publics ou dans les médias.

Gouverner les corps sexués : la prise en charge médicale et parentale des variations du développement sexuel des enfants.

Gaëlle Larrieu

Doctorante en sociologie à l'Observatoire Sociologique du Changement (OSC), Institut d'études politiques.

Durant les cinq dernières années, les débats autour de la prise en charge des enfants présentant des variations du développement sexuel (1) ont été de plus en plus nombreux, principalement sous l'impulsion d'associations de personnes intersexes. Dans le cadre de la révision des lois de bioéthique, cette question a été mise à l'agenda en tant que problème public en France. La question au cœur des débats concerne les opérations chirurgicales et les traitements hormonaux sur de jeunes enfants pratiqués sans leur consentement et sans urgence vitale. Par ces pratiques, l'institution médicale cherche à produire des corps sexués répondant aux définitions binaires auxquelles doivent correspondre des corps de femmes et d'hommes. Étant donnée l'impossibilité d'obtenir un consentement exprimé personnellement, ce sont les parents qui doivent prendre les décisions concernant ces interventions médicales. Si les débats actuels posent la question du consentement des personnes dont les corps sexués sont modifiés, nous nous centrerons dans cette communication sur la production du consentement parental.

Ma communication s'appuie principalement sur des entretiens semi-directifs approfondis avec cinquante-trois parents d'enfants présentant une variation du développement sexuel. Ces enfants ont entre quelques mois et une quarantaine d'années au moment de l'entretien, moins de dix ans pour la majorité d'entre eux. Je m'appuie également sur des entretiens réalisés avec des médecins – endocrinologues et chirurgien·ne·s – spécialistes des variations du développement sexuel, des personnes impliquées dans les politiques publiques et des membres d'associations de personnes concernées par ces variations et/ou de parents. Enfin, les productions écrites de ces différent·e·s acteur·rice·s et des documents institutionnels ont également été analysés.

Je m'intéresserai dans une première partie au cadrage médical des variations du développement sexuel dès le moment de leur diagnostic. En effet, l'institution médicale bénéficie du privilège de juger les corps et de décider ce qui relève du normal et de l'anormal. De la définition d'un problème localisé dans le corps de l'individu découle le mode d'intervention pour le résoudre : les opérations chirurgicales et les traitements hormonaux sont présentés comme des solutions pour normaliser les corps sexués atypiques.

Dans une seconde partie, je montrerai les marges de manœuvre dont disposent les parents dans la détermination de la prise en charge de leur enfant, et les façons dont ils peuvent ou non s'en saisir selon les rapports de genre et de classe dans lesquels leurs relations aux médecins sont imbriqués. Nous verrons que certains parents consentent d'emblée aux propositions d'interventions faites par les médecins – voire sont demandeur·se·s d'une prise en charge chirurgicale et hormonale plus importante – tandis que d'autres remettent en question ces pratiques.

Notes :

(1) Les personnes présentant une variation du développement sexuel sont nées avec des caractéristiques sexuelles (génitales, gonadiques, hormonales et/ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins. Les termes personnes intersexuées ou intersexes sont également utilisés.

Le « corps-sein » : politiques de santé publique et vécus des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Sinem Gunes

Doctorante en Philosophie des sciences, Institut d'histoire des représentations et des idées dans les modernités (IHRIM), ENS de Lyon.

L'objectif de cette communication est de comprendre les rapports entre les représentations corporelles de la féminité attribuées au cancer du sein dans les politiques publiques de santé et les vécus corporels des femmes atteintes de cette maladie.

Dans 99% des cas le cancer du sein affecte les femmes. Avec le cancer de l'utérus, il est catégorisé comme un « cancer féminin ». Le sein, principal organe touché par la tumeur et élément considéré comme stéréotype du féminin, est à guérir et à sauver. La prise en charge de la reconstruction mammaire, à la suite d'une ablation, est reconnue par l'assurance maladie en France comme faisant partie du parcours de soin et essentielle pour « le bien être des femmes ». Les images focalisées sur les seins qui circulent durant le mois d'octobre et dans des campagnes de sensibilisation accentuent cette préoccupation.

J'interroge l'attention portée sur le sein et les représentations médicales et sociales genrées de cette maladie, comme deux éléments interdépendants et interconnectés. La focalisation sur le sein oriente, juge et détourne les vécus corporels des femmes, tout en perpétuant la perception sexuée du corps féminin et la normativité des genres dans un système médico-social patriarcal.

Ce travail effectué dans le contexte du système de santé français porte sur des cas de femmes cisgenres. Je m'appuie d'une part sur une analyse discursive des politiques de santé publique et d'autre part sur des entretiens menés avec 10 femmes ayant eu un cancer du sein ainsi que sur diverses observations effectuées auprès de 38 femmes dans un centre de cancérologie dans la région lyonnaise entre octobre 2019 et mars 2020.

L'analyse des vécus corporels des femmes se fait en deux moments : à la suite de l'annonce du diagnostic et en cours des traitements conventionnels, afin de capturer les éventuelles ruptures entre les représentations et l'expérience d'une maladie qui cause de nombreux changements dans le corps des femmes.

« L'IVG, c'est toujours le symptôme d'autre chose ».
Gouverner le psychisme féminin en centre d'orthogénie : le rôle des conseillères conjugales et familiales dans la mise en récit genrée de l'avortement.

Laurine Thizy

Doctorante en sociologie, Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (CRESPPA), Paris 8.

Cette communication, appuyée sur une enquête doctorale relative à la stigmatisation genrée de l'avortement, se propose d'analyser le rôle de l'entretien pré-IVG dans le dispositif contemporain d'encadrement de l'avortement volontaire en France. L'« entretien psychosocial », imposé par la loi Veil de 1975 pour accéder à une IVG (Devreux, 1982), est devenu facultatif pour les femmes majeures en 2001 (Bajos et Ferrand, 2011). Pourtant, en pratique, il demeure systématiquement proposé voire imposé à toutes – mineures et majeures – dans de nombreux centres d'orthogénie (Mathieu et Ruault, 2014). Les vertus psychiques conférées à une entrevue préliminaire avec « la conseillère » sont en effet saluées par l'ensemble des professionnel·les de santé chargé·es de la prise en charge de l'avortement.

A partir d'observations ethnographiques répétées du travail des conseillères conjugales et familiales (CCF) dans deux centres d'IVG, je montrerai comment l'entretien pré-IVG est le lieu d'une mise en récit psychologisant du recours à l'avortement. Cette interaction constitue par sa seule existence un dispositif de contrôle qui contribue à l'*awfulisation* de l'avortement (Hadley, 1997), en raison de sa mise en récit par les CCF comme un acte « difficile » et « pas anodin » (Mathieu, 2016). L'échange avec des professionnelles du psychisme, en proposant une mise en sens de « l'événement » IVG dans la trajectoire biographique, est censé prévenir les difficultés émotionnelles liées à l'avortement. « L'échec contraceptif » y est interprété comme un « lapsus », comme « le symptôme d'autre chose », en général un « désir inconscient de grossesse et/ou de maternité » - plus rarement un signal d'alarme dans un couple problématique ou des rapports familiaux conflictuels. Un tel gouvernement par la parole et par le psychisme (Memmi, 2003) trouve une certaine félicité chez des femmes socialisées à la maternité et ayant l'âge socialement légitime pour enfanter.

Cependant ce cadre d'analyse, largement appuyé sur la psychanalyse et une représentation conservatrice des relations conjugales, sexuelles, familiales, contribue à invisibiliser les logiques sociales genrées au principe de l'IVG. En cela, et malgré la volonté de « bien s'occuper » des femmes, une telle prise en charge peut contribuer à stigmatiser les avortantes – de façon différenciée selon leur appartenance sociale. La charge mentale et les difficultés effective du travail contraceptif (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017) sont en effet minorées au profit d'une explication par le désir inconscient de grossesse ; la sexualité hétérosexuelle n'est jamais questionnée ; les transformations des normes procréatives issues de la planification familiale sont ignorées (Bajos et Ferrand, 2006) ; la maternité, essentialisée, est toujours considérée comme une joie, et son refus comme un renoncement.

Je montrerai enfin qu'au-delà d'une volonté historique de contrôle social de l'avortement, une telle importance donnée à l'accompagnement psychique s'explique structurellement par l'organisation du travail en centre d'orthogénie. Le travail de *cure* étant très simple, puisque l'avortement ne demande que de faibles compétences techniques, l'investissement du *care* est essentiel à la reconnaissance professionnelle des pourvoyeuses de soin, ce qui vient renforcer le récit de l'avortement comme un moment douloureux nécessitant un accompagnement compassionnel.